

INFORME DE LA COMISIÓN INVESTIGADORA DE LAS EVENTUALES IRREGULARIDADES EN LOS PROCESOS DE INVERSIÓN PÚBLICA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA.

HONORABLE CÁMARA.

Vuestra Comisión Investigadora de Inversión Hospitalaria, pasa a informaros sobre la materia del epígrafe.

I.- COMPETENCIA DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA, AL TENOR DEL ACUERDO DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS QUE ORDENÓ SU CREACIÓN.

La Cámara de Diputados, en su sesión 12ª, de 15 abril de 2014, ante la petición formulada por cincuenta y cinco diputados y diputadas, de conformidad con lo preceptuado en la letra c) del número 1 del artículo 52 de la Constitución Política de la República acordó para “crear una Comisión Especial Investigadora de las eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria. En el ejercicio de su cometido, la Comisión deberá investigar el estado actual de la inversión pública en infraestructura de la red de atención primaria y hospitalaria, con énfasis en las obras concesionadas y no concesionadas, durante los dos últimos periodos presidenciales hasta la fecha, como, asimismo, las eventuales irregularidades en los procesos de licitaciones, concesiones, adjudicaciones, contratos, operaciones, renegociaciones, avances de obras, multas y otros subsidios con cargo a fondos públicos en las materias señaladas.”.

II.- ANTECEDENTES GENERALES.

a) Breve resumen de antecedentes expuestos por los diputados solicitantes de la Comisión Investigadora.

Los diputados solicitantes hacen presente su preocupación por el sistema imperante en la actualidad, mediante el cual se ha adoptado el criterio de construir infraestructura hospitalaria mediante el sistema de concesiones, el que estaría a cargo del Ministerio de Obras Públicas, quien efectúa un contrato de concesión con una empresa privada para que ésta efectúe la construcción y mantenimiento posterior del recinto hospitalario, como la explotación de servicios de atención hospitalaria, excluyendo siempre eso sí la que dice relación con los servicios de prestaciones médicas.

Dentro de esa modalidad –a la época de la solicitud de la creación de la Comisión Investigadora-, se encuentran los hospitales de Maipú, La Florida, Antofagasta, Salvador Geriátrico, Félix Bulnes, Sótero del Río, Puente Alto, Biprovincial Quillota-Petorca, Marga-Marga (dentro de la Red Quinta), y Curicó, Linares y Chillán (dentro de la Red Sur).

A juicio de los solicitantes, por un lado, se han presentado situaciones y denuncias de irregularidades en los procesos y, por otro, retrasos en la construcción o entrega, alzas de costos, quiebras de empresas concesionarias, entre otras anomalías, que ameritan efectuar una investigación que ayude a esclarecer los hechos poco claros que se vislumbran en todos esos casos.

b) Sistemas o modelos de construcción de infraestructura hospitalaria, vigente en Chile.¹

“En general se plantean distintas alternativas para la construcción o la prestación hospitalaria en el país, la que de acuerdo a su naturaleza pueden ser: i) Construcción directa del Ministerio de Salud; ii) Mandato de obra pública; iii) concesión; y iv) compra directa de servicios hospitalarios a privado.

La construcción directa a través del Ministerio de Salud es el método tradicional utilizado por el Estado, en que con los recursos presupuestados en el erario nacional se pueden construir las obras. Bajo la opción de mandato de obra pública, el Ministerio de Salud puede mandar al Ministerio de Obras Públicas para la construcción de las infraestructuras. Por su parte, las concesiones conllevan diferentes formas de participación del sector privado, siendo la forma más tradicional, la de concesionar hospitales por el sistema COT, Construye, Opera y Transfiere, donde una vez terminado el plazo de concesión, el establecimiento regresa al Estado. Finalmente se encuentra la compra directa de servicios hospitalarios a privados, la cual resulta una alternativa a la construcción hospitalaria, donde la administración del servicio se encuentra condicionada a justificar de manera satisfactoria y objetiva las razones por las cuales no le es posible utilizar la regla general de la licitación pública o privada.

I.- Ministerio de Salud: construcción directa

Esta es una de las formas más tradicionales de realizar las obras de infraestructuras por el Ministerio de Salud. En este caso el Ministerio en forma directa financia las obras, la operación y la mantención de la infraestructura bajo su cargo, con los recursos consignados en el presupuesto nacional. Su aplicación se encuentra regulada por la Ley N° 19.886, de 2003, denominada “Ley de bases sobre contratos administrativos de suministros y prestación de servicios” también denominada “Ley de compras”.

II.- Mandato de obra pública

El Ministerio de Salud puede mandar al Ministerio de Obras Públicas (MOP) para el estudio, proyección, construcción y conservación de obras de cualquier naturaleza. En este sentido, el artículo 16, inciso primero de la Ley N° 18.091 establece que “no podrán encomendar a éste [se refiere al mandatario] la atención financiera de la obra mediante la provisión de recursos, debiendo limitarse la acción del organismo a la supervisión técnica correspondiente de los estudios, procedimientos de licitación, proyectos, construcciones y

¹ Texto elaborado por la Biblioteca del Congreso Nacional.

conservaciones, conforme a los reglamentos y normas técnicas de que dispone para el desarrollo de sus propias actividades”.

Así el Ministerio de Salud podrá celebrar directamente con la persona natural o jurídica que se haya adjudicado la licitación los contratos correspondientes, y asumir directamente los compromisos y los desembolsos económicos que signifiquen la ejecución del estudio, proyecto u obra. No obstante lo anterior, el Ministerio de Salud podrá encomendar al Ministerio de Obras Públicas, por medio de un mandato completo e irrevocable, la licitación, adjudicación, celebración de los contratos y la ejecución de estudios, proyección, construcción y conservación de obras de cualquier naturaleza que hayan sido previamente identificadas. El cumplimiento del mandato quedará sujeto a los procedimientos, normas técnicas y reglamentarias de que dispone el Ministerio de Obras Públicas para el desarrollo de sus propias actividades y el Ministerio de Salud se obliga a solventarla.

III.- Concesiones

La modalidad de concesión es frecuentemente utilizada para la materialización de grandes inversiones, bajo el supuesto que el concesionario presenta incentivos para lograr una mayor eficiencia de su gestión. En el contexto de las concesiones hospitalarias utilizadas en Chile destaca el esquema de Construcción-Operación y Transferencia, COT, en la que bajo este esquema el Estado define el servicio o la obra que se requiere del sector privado y este financia su construcción y operación a cambio de un subsidio. Para todos los efectos, la propiedad de la infraestructura vuelve al Estado una vez finalizada la concesión, que usualmente varía entre los 25 a 30 años. El contrato de concesión puede incluir la obligación de financiar ampliaciones o mejoras en las infraestructuras, por lo que los plazos de concesión suelen ser mayores a los contratos de arrendamiento, de forma que el concesionario pueda recuperar los costos de capital y financiamiento de las inversiones realizadas.

Las concesiones se regulan por la Ley de Concesiones de Obras Públicas contenida en el Decreto Supremo N°900 de 1996 del MOP, que fijó el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto con Fuerza de Ley N°164 de 1991 del MOP, el Reglamento de la Ley de Concesiones aprobado por Decreto Supremo N°956 de 1997 del MOP, y el Decreto con Fuerza de Ley N°850 de 1997 MOP que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N°15.840 de 1964, Orgánica del Ministerio de Obras Públicas.

IV.- Compra directa de servicios hospitalarios a privados

Si el Estado no desea ni construir ni concesionar hospitales, una alternativa es la compra directa de servicios hospitalarios a privados. Por sus características de negociación esta debe efectuarse sin la concurrencia de los requisitos señalados para la licitación pública y de la privada. De acuerdo a la Ley N° 19.886, de compras públicas, se autoriza el trato directo en caso de emergencia, urgencia o imprevisto, la cual debe presentar una resolución fundada del jefe superior de la entidad contratada. Esta fundamentación debe acreditar fehacientemente, y no sólo enunciar, los supuestos invocados para proceder, citando la norma en la que se circunscribe. El artículo 8° de la Ley N° 19.886 explicita, entre otros, que corresponde su utilización: i) si solo existe un proveedor del servicio; ii) cuando por la naturaleza de la negociación, existan circunstancias

o características del contrato que hagan del todo indispensable acudir al trato o contratación directa, según los criterios o casos que señale el reglamento de la Ley; iii) cuando el límite de la adquisición sea inferior al límite que fije el reglamento; iv) el ya mencionado caso de emergencia, urgencia o imprevisto, calificado mediante resolución fundada del jefe superior directo de la entidad contratante.

Los procedimientos de contratación se rigen por la Ley N° 19.886 que regula de modo general y supletorio los requisitos para contratar con la administración, de las actuaciones relativas a la contratación, de las compras y contrataciones por medios electrónicos y del sistema de información de las compras y contrataciones de los organismos públicos, del Tribunal de Contratación Pública, y de la Dirección de Compras y Contratación Pública.”.

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

La Comisión, para el cumplimiento de su cometido, destinó 18 sesiones ordinarias y especiales, en las que procedió a escuchar las opiniones y las declaraciones de las personas invitadas y citadas, cuya nómina es la siguiente:

FECHA	INVITADO O CITADO
Ma. 20-05-2014	<ul style="list-style-type: none"> • La Ministra de Salud, señor Helia Molina Milman.
Ma. 03-06-2014	<ul style="list-style-type: none"> • La Ministra de Salud, señor Helia Molina Milman.
Ma. 10-06-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El Coordinador de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, señor Eric Martín González. • El ex Jefe del Departamento de Inversiones del Ministerio de Salud, señor Peter Ihl, (no concurrió) y • La Presidenta de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud, FENPRUSS, señorita Gabriela Farías T.
Lu. 16-06-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El Coordinador de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, señor Eric Martín González. • El ex Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo Fuenzalida; • El ex Jefe del Departamento de Inversiones del Ministerio de Salud, señor Peter Ihl, (no concurrió) y • El Presidente de la Federación Nacional de Trabajadores de la salud, FENATS, señor Oscar Riveros.

Ma.17-06-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El señor Matías Goyenechea. • El Presidente de la Federación Nacional de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública, FENFUSSAP, señor Lorenzo González Cabrera.
Ma-01-07-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El Director del Servicio de Salud Arauco, señor Víctor Valenzuela Álvarez (S); • El Director del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Jorge Antonio Martínez Jiménez (TP). • El Presidente de la Federación Nacional de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública, FENFUSSAP, señor Lorenzo González Cabrera. •
Lu-07-07-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El Director del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Jorge Martínez Jiménez (TP). • El Director de Presupuestos, señor Sergio Granados Aguilar. • El señor Matías Goyenechea.
Ma. 08-07-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El Presidente de la Cámara Chilena de la Construcción, señor Daniel Hurtado Parot. • La Presidenta de la Red de Usuarios de la Salud Metropolitana, señora Rosa Vergara.
Ma. 15-07-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El Ministro de Obras Públicas, señor Alberto Undurraga Vicuña. • El Director del Servicio de Salud de Coquimbo, señor Ernesto Jorquera Flores. • La Presidenta del Colegio de Matronas de Chile, señora Anita Román Morra. • El Presidente de la Federación Nacional de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública, FENFUSSAP, señor Lorenzo González Cabrera.
Ma. 22-07-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El Director del Hospital de Calama, señor Enrique Castro Munizaga. • El Director del Servicio de Salud de Antofagasta, señor Waldo Rubén Bustos Streeter (S). • La Directora del Hospital de Antofagasta, señora Juanita Pérez Moraga. • El Jefe de Urgencia del Hospital El Salvador, señor Horacio Díaz. • Los Representantes del Capítulo Médico del Hospital El

	<p>Salvador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Presidenta de la Federación de Funcionarios de la Salud del Hospital El Salvador, señora Ismaela Cáceres Solar.
Lu. 04-08-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El Contralor General de la República, señor Ramiro Mendoza Zúñiga.
Ma. 05-08-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El ex Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo Fuenzalida. • El Presidente de la Comisión de Salud del Consejo Regional de Antofagasta, señor Zamir Nayar. • La Jefa de Recursos Físicos del Servicio de Salud de Antofagasta, señora Mónica Ramírez. • El Inspector Técnico de Obras del Servicio de Salud de Antofagasta, señor Miguel Flores.
Lu. 11-08-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El Director del Servicio de Salud de O'Higgins, señor Fernando Troncoso Reinbach. • El Subdirector Administrativo del Servicio de Salud de O'Higgins, señor Gonzalo Urbina Arriagada. • El Jefe del Departamento de Auditoría del Servicio de Salud de O'Higgins, señor Claudio Castillo Rojas. • La Directora del Hospital de Rancagua, señora Sonia Correa Fuentes, y • El Inspector Técnico de Obras Fiscal de la Construcción del Hospital de Rancagua, señor Marcelo Alvear.
Ma. 12-08-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El ex Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo Fuenzalida.
Ma. 19-08-2014	<ul style="list-style-type: none"> • El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi.
Ma. 02-09-2014	<ul style="list-style-type: none"> • La Ministra de Salud, señor Helia Molina Milman.

Cada uno de ellos expuso sus particulares puntos de vista en relación a los temas, tanto de carácter general como particular, que fueron objeto de su invitación y que se les señaló específicamente, así como manifestaron su punto de vista sobre la situación investigada.

IV.- EXTRACTO DE LAS EXPOSICIONES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS INVITADAS A LA COMISIÓN.

A continuación, las intervenciones serán agrupadas en base a la siguiente estructura:

1) Autoridades ministeriales.

- a. Ministerio de Salud.
 - i. Ministra.
 - ii. Subsecretaria de Redes Asistenciales.
 - iii. Auditor interno.
 - iv. Asesor de inversiones.

- b. Ministerio de Obras Públicas.
 - i. Ministro.
 - ii. Coordinador General de concesiones.
 - iii. Jefe de gabinete del coordinador de concesiones.
 - iv. Jefe de División de planes, estudios y proyectos, de coordinación de concesiones.

- c. Ministerio de Hacienda.
 - i. Director de Presupuestos.
 - ii. Jefe del sector salud de la Dirección de Presupuestos.

2) Autoridades de Servicios de Salud y Directores de Hospitales.

- a. Arauco.
 - i. Director del Servicio de Salud (SS).
 - ii. Jefe de recursos físicos del SS.
 - iii. Arquitecto encargado del anteproyecto del Hospital de Cañete.

- b. Metropolitano Central.
 - i. Director del Servicio de Salud (SS).
 - ii. Subdirector administrativo del SS.
 - iii. Abogado del SS.

- c. Chiloé.
 - i. Directora del Servicio de Salud (SS).

- d. Coquimbo.
 - i. Director del Servicio de Salud (SS).

- e. Antofagasta.
 - i. Director del Servicio de Salud (SS).
 - ii. Director del Hospital de Calama.
 - iii. Jefe administrativo del SS.
 - iv. Abogado del SS.
 - v. Presidente del Consejo Regional de Antofagasta, comisión salud.

- f. O'Higgins.
 - i. Director del Servicio de Salud (SS).
 - ii. Subdirector administrativo del SS.

- iii. Auditor del SS.
- iv. Ex ITO fiscal, y actual jefe de Unidad de Arquitectura e Ingeniería.

3) Contralor General de la República.

4) Ex autoridades.

- a. Ex Ministro de Salud.
- b. Ex Subsecretario de Redes Asistenciales.

5) Gremios de la salud.

- a. Federación Nacional de Profesionales Universitarios de SS (Fenpruss).
- b. Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (Fenats).
- c. Consejo Directivo del Hospital El Carmen.
- d. Colegio de Matronas.
- e. Representantes de asociaciones del Hospital EL Salvador.
- f. Colegio Médico Regional de Santiago.
- g. Fenpruss del Hospital Felix Bulnes.

6) Particulares invitados.

- a. Representantes de Fundación Creando Salud.
- b. Cámara Chilena de la Construcción.

Ministerio de Salud.

Ministra de Salud, señora Helia Molina Milman.²

Señaló que su exposición se efectuaba en relación al estado actual de la inversión pública en infraestructura de salud.

Acto seguido sostuvo que Chile está viviendo una crisis importante en el ámbito del sector salud, debido a varias causales que configuran un momento muy crítico.

Aludió a que las características poblacionales del país han cambiado radicalmente en las últimas cuatro décadas, en especial, la edad de los habitantes. La población ha envejecido a una velocidad, tres veces más rápida que los países de Europa, tiempo en el cual se ha dado un vuelco a la pirámide poblacional chilena.

Se suma a dicha realidad y a los niveles de desarrollo del país, una verdadera epidemia de patologías crónicas no transmisibles que, si bien no terminan rápidamente con la vida humana, mantienen enfermas a las personas durante mucho tiempo, con distintos niveles de evolución: desde mantenerse relativamente estables, hasta sufrir muchas crisis de agravamiento.

Sostuvo que el país siempre estuvo focalizado en el ámbito materno-infantil, siendo un objetivo la disminución de la mortalidad de las madres y los niños, lo que se logró con éxito. Se cuenta con los mejores indicadores de

² El detalle in extenso de la intervención consta en las actas de las sesiones de la Comisión Investigadora N°1, 2 y 16, de 20 de mayo, 3 de junio y 2 de agosto de 2014, respectivamente.

América Latina en términos de mortalidad infantil y materna, gracias a altísimas coberturas de vacunas y a un buen manejo de la mayoría de los problemas sanitarios que afectan fuertemente a los países en vía de desarrollo.

Sin embargo, el sector salud no ha estado a la altura de la velocidad de los cambios que el perfil demográfico y epidemiológico ha requerido y, por ello, se ha generado muchos problemas.

Por qué se tienen largas listas de espera? y por qué la percepción de la población es que no se está dando solución rápida y oportuna a sus problemas?.

Tales problemas –expresó- se producen porque en la actualidad la brecha de camas es bastante amplia; si se considera la cantidad de población que informó el INE –Instituto Nacional de Estadísticas- en el último Censo realizado en 2013, el índice de camas por mil habitantes es 1,5 y si consideramos sólo a la población beneficiaria y no al total de habitantes es de 1,9 camas por mil habitantes.

En este contexto –añadió- la Organización Mundial de la Salud define como piso más satisfactorio, para dar abasto a las necesidades de la población, 2,5 camas por mil habitantes. Afirmó que aquí tienen una brecha importante que cubrir.

No obstante lo anterior –continuó- si se hiciera un diagnóstico de cómo ha operado el sector salud y, además, se comparase con otros países de la región, la conclusión sería que es un buen sistema, pues cuenta con una amplia cobertura, una atención primaria que abarca todo el país y con niveles de complejidad muy bien desarrollados.

Piensa que el rápido cambio de necesidades o bien no dio tiempo suficiente para reaccionar, o como país no fue lo suficientemente astuto para anticiparse a los hechos. En ese sentido, existe una brecha, pero, además, dificultades para anticiparse al daño y lograr una mejor gestión del paciente crónico, porque para gestionar al agudo son muy eficientes, son muy competentes para realizar cirugías, usar antibióticos, aplicar sustancias vasoactivas. Es decir, en el tratamiento de pacientes agudos la respuesta es efectiva y, generalmente, está muy bien otorgada. Por ello, hay bajo índice de mortalidad por infartos, mucho más bajo que en otros países con el mismo nivel de prevalencia de enfermedades cardiovasculares y eso tiene que ver con que el sistema responde bien para la descompensación aguda, pero en cuanto al manejo del paciente crónico, se está aprendiendo a hacerlo, viendo cómo lo han hecho otros países. En ese sentido, hay mucho en que trabajar en la Red para hacer una gestión del daño, así como lo hicieron en Europa.

Mencionó que otra causal es que la gestión dentro de la red, al interior de los establecimientos de Salud, durante muchos años, ha demostrado no ser eficiente en cuanto al manejo de las camas; a las altas precoces y en que se minimice al máximo la ocupación de las camas, tratando de hacer todos los exámenes rápido. Acepta que esto se debe mejorar.

Soluciones.

En cuanto a las soluciones a las listas de espera y a la mala percepción de la gente, comentó que del programa de inversión se espera, de acá en adelante, alcanzar al final de este gobierno, 2,2 camas por mil habitantes, sin ser lo óptimo, pero es una mejoría sustantiva.

Del mismo modo, y por una parte, pretenden profundizar el modelo integral de atención de urgencia e integrar, lo mejor posible, la atención de urgencia y la integración con la atención primaria y con la atención secundaria, lo que se denomina gestión del paciente crítico. Por otra parte, trabajar, fuertemente, para usar toda la tecnología disponible para hacer seguimiento y trazabilidad de los pacientes crónicos en la red asistencial. Añadió que ambos son modelos probados en Europa y se espera instalarlos con eficacia y eficiencia en los próximos años.

Agregó que otras soluciones son: profundizar el modelo de gestión de camas; modelar procesos que permitan enfrentar la cronicidad de las enfermedades y la multimorbilidad en la red asistencial; fortalecer las estrategias de atención de pacientes crónicos complejos; revisar a fondo el modelo de compras de camas, y hacer alianzas estratégicas con todos los actores posibles. Tratan en lo posible de que estas asociaciones sean con los hospitales públicos de las Fuerzas Armadas, pues tienen capacidad ociosa e interés en que se les compre servicios. Por último, hay que desarrollar un programa nacional de Salud Pública lo suficientemente potente en el ámbito de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, considerando no solo los aspectos biológicos de la enfermedad, sino también los determinantes sociales para poner la Salud en todas las políticas públicas.

A su juicio, esos serían los ocho puntos claves para avanzar en disminuir la crisis que se vive como sector público con el consecuente sufrimiento, espera y mortificación de los usuarios del sistema público de Salud que corresponde al 80% de la población chilena.

Programa de Inversiones 2010-2014.

Respecto del programa de inversiones 2010-2014, indicó que el Programa Sectorial de Inversiones del Sector Salud del gobierno del expresidente Piñera, comprometió la construcción de 69 hospitales financiados vía tradicional, 12 concesionados y 119 centros de Salud. Sin embargo, los resultados al mes de marzo de 2014 son:

25 hospitales terminados; 16 iniciados durante el gobierno de la Presidenta Bachelet. Los restantes corresponden a hospitales provisorios pos terremoto. No son una carpa ni un hospital de campaña, sino que un sistema modular de construcción de hospital que se hizo para mitigar la pérdida de camas que podría producir el sismo y que han trabajado hasta ahora, pero que se encuentran en una crisis importante, como, por ejemplo, el Hospital de Curicó.

27 hospitales en etapa de ejecución de obras; 6 fueron iniciados en el gobierno anterior, 8 corresponden a reparaciones mayores pos terremoto y solo 13 a proyectos de reposición de nuevos establecimientos. A la fecha, 8 hospitales se encuentran en etapa de licitación de obras.

Respecto a la cartera de concesiones, sólo se ha adjudicado el Hospital de Antofagasta, pero el Salvador-Geriátrico, el Sotero del Río y el Occidente, se encuentran en etapa de toma de razón, en la Contraloría. La Red Quinta se encontraba en firma, pero no fue firmado antes del término del mandato del Presidente Sebastián Piñera. Asimismo, se retiró el convenio mandato de las licitaciones de Curicó, Linares y Chillán. Es decir, la Red Sur; Curicó, Linares y Chillán, estaba en la cartera de concesiones, pero se sacó. Por lo tanto, está en la de aquellos hospitales que se van a construir con fondos sectoriales. El Hospital de Antofagasta ya está adjudicado con la modalidad de concesión y está en sus

inicios de construcción. El Salvador-Geriátrico, el Sotero del Río y el Servicio Occidente, que corresponde al Hospital Félix Bulnes, se encuentran en proceso de toma de razón por parte de la Contraloría General de la República. En cambio, la Red Quinta no alcanzó a ser firmado por el Presidente, por lo tanto, no ha entrado a la Contraloría, a pesar de estar en la cartera de concesiones.

En relación con la cartera de atención primaria, en la práctica se administró una cartera de 90 proyectos de los cuales 42 provienen del gobierno anterior, 25 se han iniciado durante el actual Gobierno y 23 se encuentran en etapa de licitación de obras. Ese es el estado del programa de inversiones de los cuatro años anteriores –dijo-.

Programa de Inversiones 2014-2018.

Aclaró que entre 1990 y 2014, se han intervenido 77 establecimientos, o sea, 42% de la red. Eso es lo que se ha avanzado desde que se recuperó la democracia. Hay que considerar que desde 1970 a 1990, prácticamente, no se habían hecho hospitales nuevos, no se habían reparado fallas importantes y había alto nivel de obsolescencia de los equipos; por lo tanto, no se parte desde una base en buenas condiciones, sino en una fase de reparación importante.

El programa del Gobierno actual considera la intervención de 60 establecimientos, es decir, un 32% de la red, con lo que se daría un salto cualitativo importante.

Mencionó que en la lámina que se muestra a continuación (página siguiente), contiene un cuadro sinóptico en donde está el total de la red hospitalaria, en la cual se aprecian los establecimientos que se han construido desde 1990 a 2000 y de 2000 a 2006. Copiapó I, Los Ángeles I, Temuco I y II, Coyhaique, el Pino. San Javier y Purranque aparecen nuevamente, por lo que seguramente no se terminó de construir en el tiempo anterior.

Desde el 2006 a 2010 se construyó Talca I, Concepción I, Talcahuano I, Victoria I y Victoria II. De alta complejidad, se construyeron los de Arica, Copiapó, Coquimbo, Los Andes II, Rancagua, Talcahuano II, Los Ángeles II, Temuco III, Osorno, Puerto Montt, Punta Arenas, Maipú y La Florida.

Dentro de los de mediana complejidad, están los de Vallenar, Castro y Calama, y, dentro de los de baja complejidad, Curepto, Curanilahue, Puerto Saavedra, Nueva Imperial, Puerto Cisne, Alto Hospicio y Antofagasta.

Los nombres que están en amarillo corresponden a establecimientos de baja complejidad que estuvieron en construcción: Tocopilla, Hanga Roa, Santa Cruz, Lota-Coronel, Cañete y Corral.

Los siguientes corresponden a establecimientos en licitación de obras y/o desarrollo de proyectos correspondientes al período 2006-2010. Actualmente, algunos de ellos están en obra avanzada y otros en licitación. Los de mayor complejidad son Antofagasta –que comenzará el proceso de ser concesionado-, Fricke –completo-, Red Sur –Barros Luco y Exequiel González-, Talca, Traumatológico de Concepción, Sótero del Río –en fase de licitación-, y Salvador Geriátrico.

Los centros de alta complejidad que están en construcción son el Fricke, Exequiel González, Talca, Traumatológico de Concepción, CRS de Puente Alto y HUAP. Respecto de este último se ha estado construyendo un volumen importante de espacio para camas nuevas, con una donación de herencia de

Monseñor Valech, que requiere ser incluida en el plan de inversiones respecto de equipamiento y, en la misma línea, para terminar la construcción, porque, probablemente, el dinero de la donación no alcance para tanto.

Los establecimientos de mediana complejidad en construcción son los de Penco y Aysén.

Los de baja complejidad son los de Salamanca, Laja, Pitrufquén, Lautaro y Futaleufú. Respecto del establecimiento de Pitrufquén, por atraso irreversible, se ha debido cortar el contrato con la empresa, porque estaban con una velocidad de construcción del 1% mensual, cuando debieron estar al 12%.

Afirmó que todo lo anterior es lo existente.

RED HOSPITALARIA SNSS				
ESTABLECIMIENTOS	ALTA COMPLEJIDAD	MEDIANA	BAJA	TOTAL
TOTAL RED HOSPITALARIA	61	24	100	185
ESTABLECIMIENTOS CONSTRUIDOS 1990-2000	IQUIQUE	CASTRO	PURRANQUE	13
	SAN FELIPE	EL PINO		
	LOS ANDES I	SAN CARLOS		
	CHILLAN I			
	VALDIVIA			
	LA SERENA			
	SAN JOSE			
	PADRE HURTADO			
ESTABLECIMIENTOS CONSTRUIDOS 1990-2000	CDT SAN JOSE	CAE QUILPUE		14
	CDT BARROS LUCO	CAE LINARES		
	CDT SAN BORJA	CRS MAIPU		
	CDT SOTERIO DEL RIO	CRS EL PINO		
	CDT SAN JUAN DE DIOS	CRS CORDILLERA		
	CDT TEMUCO	CRS PUDAHUEL		
		CRS PADRE HURTADO		
ESTABLECIMIENTOS CONSTRUIDOS 2000-2006	COPIAPO I		SAN JAVIER	7
	LOS ANGELES I		PURRANQUE	
	TEMUCO I Y II			
	COYHAIQUE			
	EL PINO			
ESTABLECIMIENTOS CONSTRUIDOS 2006-2010	TALCA I	VALLENAR	CUREPTO	14
	CONCEPCION I	CASTRO	CURANILAHUE	
	TALCAHUANO I		PUERTO SAAVEDRA	
	VICTORIA I		NUOVA IMPERIAL	
	VICTORIA II		PUERTO CISNE	
			ALTO HOSPICIO	
ESTABLECIMIENTOS EN CONSTRUCCION 2006-2010	ARICA	CALAMA	TOCOPILLA	20
	COPIAPO II		HANGA ROA	
	COQUIMBO		SANTA CRUZ	
	LOS ANDES II		LOTA-CORONEL	
	RANCAGUA		CAÑETE	
	TALCAHUANO II		CORRAL	
	LOS ANGELES II			
	TEMUCO III			
	OSORNO			
	PUERTO MONTT			
	PUNTA ARENAS			
	MAIPU			
	LA FLORIDA			
ESTABLECIMIENTOS EN LICITACION DE OBRAS Y/O DESARROLLO DE PROYECTOS 2006-2010	ANTOFAGASTA	CURICO	AYSEN	10
	FRICKE (COMPLETO)		PENCO-LIRQUEN	
	RED SUR (BLUCO+EXEQUIEL)			
	TALCA			
	TRAUMATOLOGICO-CONCEPCION			
	SOTERO DEL RIO			
ESTABLECIMIENTOS EN CONSTRUCCION 2010-2014	SALVADOR Y GERIATRICO			13
	FRICKE (PRIMERA ETAPA)	PENCO	SALAMANCA	
	EXEQUIEL	AYSEN	LAJA	
	TALCA		PITRUFQUEN	
	TRAUMATOLOGICO CONCEPCION		LAUTARO	
	CRS PUENTE ALTO		FUTALEUFU	
HUAP				

Programa de inversiones del Gobierno de la Presidenta Bachelet correspondiente al período 2014-2018.

Indicó que el programa de inversiones del sector salud compromete intervención en 60 establecimientos hospitalarios. Esto no significa que serán 60 establecimientos terminados, sino que se pretende tener 20 hospitales terminados al final del Gobierno, 20 que estén en etapa de ejecución y 20 en etapa de licitación de obras civiles.

En términos de la atención primaria, se ha registrado un importante deterioro de la infraestructura pero, como contraparte, ha habido un aumento de flujo de población que determina que haya que construir más centros de salud familiar, tal como ocurre con el sector sur y suroriente de Santiago.

El programa contempla la construcción de 100 centros de salud familiar, 100 centros comunitarios de salud familiar y 132 servicios de urgencia de alta resolución en nivel primario. En total, se tendría 332 establecimientos de atención primaria que estarían comprometidos en el programa de inversiones del actual Gobierno.

En la cartera de concesiones, afirmó que sólo se ha adjudicado el hospital de Antofagasta. Respecto de los hospitales Salvador-Geriátrico, Sótero del Río y Félix Bulnes se espera la toma de razón de la Contraloría.

En la Red Quinta aún no ha sido firmado, por lo que no entra en trámite a Contraloría. La Red Sur se retiró.

Hizo presente que además de la inversión en establecimientos y sus plantas fijas, se invertirá en equipamiento médico y vehículos. En este punto se espera aumentar la plaza de ambulancias hasta llegar a las 1.800 unidades por sobre el número actual. Asimismo, se busca avanzar en el equipamiento que dé satisfacción a las necesidades del sistema.

La siguiente lámina muestra el listado de hospitales que aún están en un proceso de indecisión, por procesos pendientes con la Contraloría. Los hospitales son los siguientes: Maipú y La Florida están funcionando, pero no en régimen total. Antofagasta está en principio de construcción y el resto está sin definir la forma definitiva de construcción, salvo la Red Sur, que se construirá ciento por ciento con fondos sectoriales.

Nº	HOSPITAL	NUMERO DE CAMAS	NUMERO DE BOXES	NUMERO DE PABELLONES	SALAS DE PARTO	M2 PMA APROBADO	M2	M2/CAMAS
1	HOSPITAL DE MAIPU	375	112	17	4	69.000	70.300	187
2	HOSPITAL DE LA FLORIDA	391	112	17	4	70.000	70.000	179
3	HOSPITAL DE ANTOFAGASTA	671	81	16	6	113.000	114.048	170
4	HOSPITAL DE SALVADOR-GERIATRICO	642	182	24	0	126.264	165.948	258
5	HOSPITAL SOTERO DEL RIO	710	119	36	3	150.701	215.212	303
6	HOSPITAL FELIX BULNES	635	96	11	5	92.269	129.788	204
7	HOSPITAL DE PUENTE ALTO	400	48	11	0	69.645	94.996	237
8	HOSPITAL QUILLOTA-PETORCA	262	30	9	3	65.475	64.511	246
9	HOSPITAL DE MARGA MARGA	264	30	9	3	64.945	64.743	245
10	HOSPITAL DE CURICO	400	38	12	5	66.016	102.440	256
11	HOSPITAL DE LINARES	325	34	8	3	55.968	91.225	281
12	HOSPITAL DE CHILLAN	520	44	14	5	69.195	98.736	190
TOTALES		5.595	926	184	41	1.012.478	1.281.947	230

Análisis de los costos de construcción.

Expresó que en este punto ha habido bastante controversia en relación a los análisis de costos de construcción. Señaló que al respecto, se hizo un análisis bastante profundo, con la asesoría del señor Sergio Teke y todo un equipo, junto con el uso de valores actualizados para la comparación y con una tasa de descuento de 5,5%, valores con IVA y valores iniciales para ambos casos, dado que no es posible determinar aún los mayores precios en los casos de Maipú y La Florida, porque no se colocó aire acondicionado y otros elementos que se deben incorporar en la construcción; por lo tanto, en estos procesos no están definidos los costos absolutos.

En esta lógica, aseveró que el costo de los proyectos por concesión presenta un aumento sustantivo respecto del modelo sectorial: 77,9%: en el área sectorial se calcula un promedio de 35,4 UF por metro cuadrado; en la concesión, un promedio de 63 UF, y la variación es de 27,6 UF por metro cuadrado.

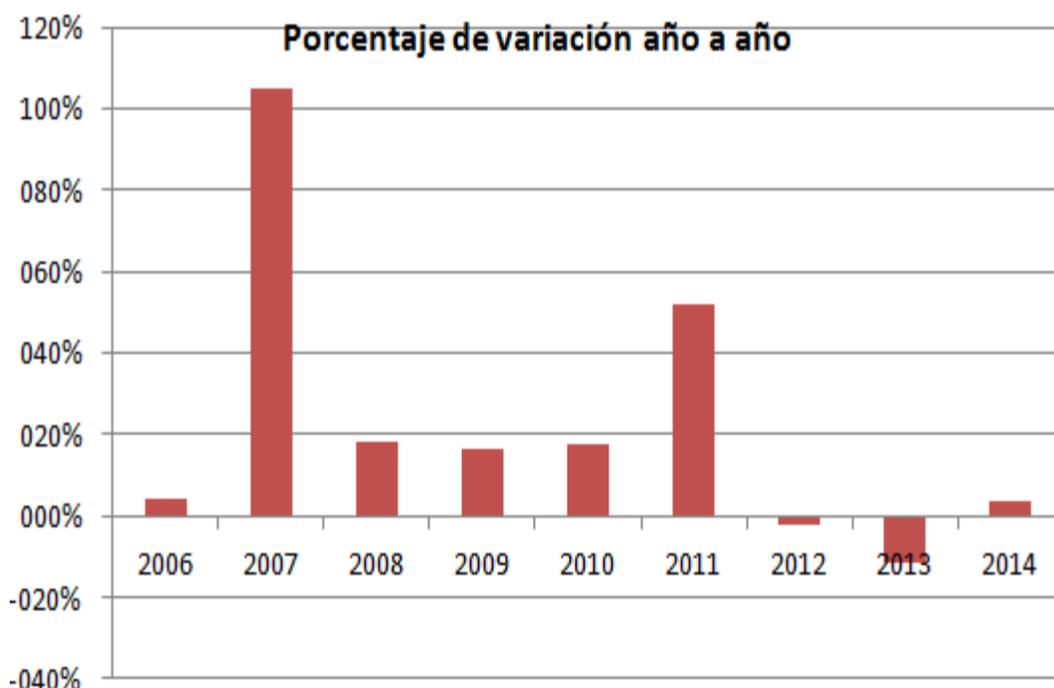
Recordó que este modelo de concesión fue parte del proceso de modelos de construcción generado en la reforma de 2005. Las primeras licitaciones del modelo concesionado fueron hechas durante el gobierno anterior de la Presidenta Michelle Bachelet y si uno compara los modelos de licitación de los hospitales de La Florida y Maipú, que fueron hechos antes, hay cambios difíciles de explicar, sobre todo en términos de los costos.

Requerida de hacer una comparación entre el gobierno anterior de la Presidenta Bachelet y el gobierno del ex presidente Piñera. Sobre el particular, dijo que se encontraron con algunos problemas, como es que la información respecto de la compra de servicios externos a privados no está desagregada “por camas”, lo que ocurrió recién en el año 2009. Esto impide saber si se compró por Fonasa más o menos camas, sin embargo, sí se puede saber si se gastó más o menos.

En el mismo sentido, expresó que sólo pudieron determinar la forma como fue creciendo el presupuesto de inversión sectorial, según se muestra en las imágenes siguientes:

AÑO	PRESUPUESTO MM\$ CADA AÑO	PRESUPUESTO MM\$ 2014	VARIACION
2005	45.373	58.596	
2006	48.117	60.915	231,67%
2007	104.860	124.930	
2008	136.152	147.434	
2009	155.052	171.494	
2010	186.343	202.036	
2011	293.951	307.142	35,89%
2012	296.452	300.625	
2013	265.356	265.356	
2014	274.549	274.549	

Presupuesto Sectorial 2006 - 2014

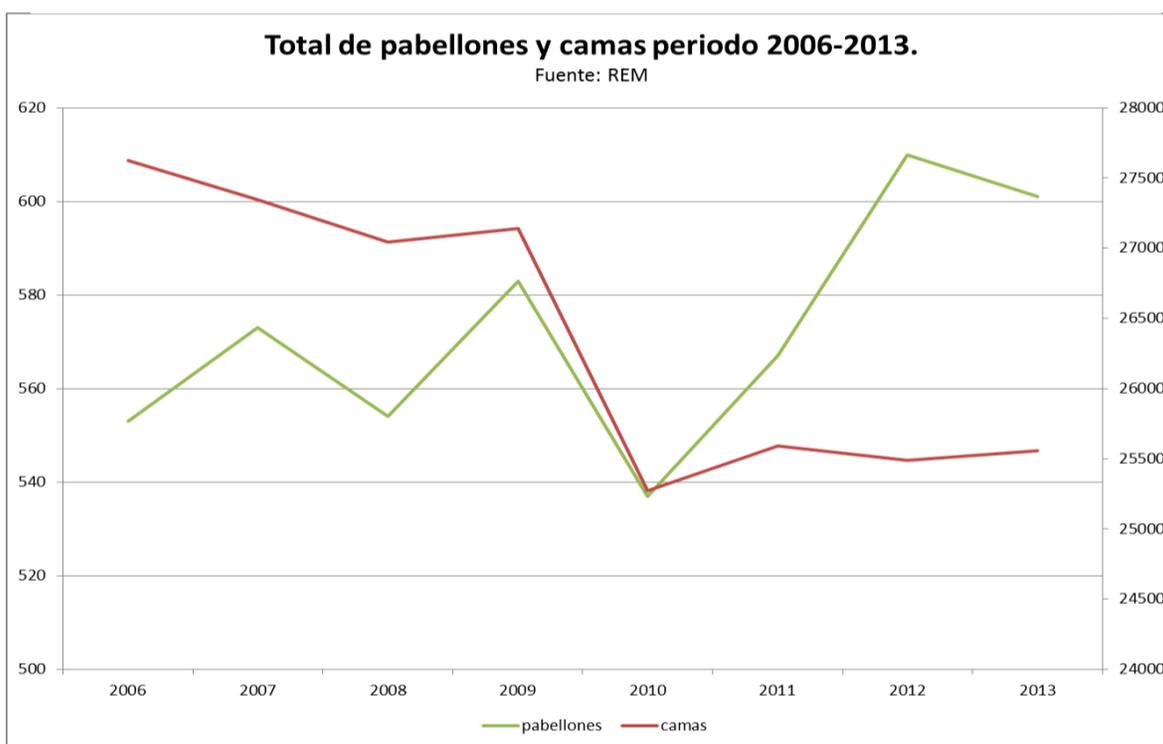
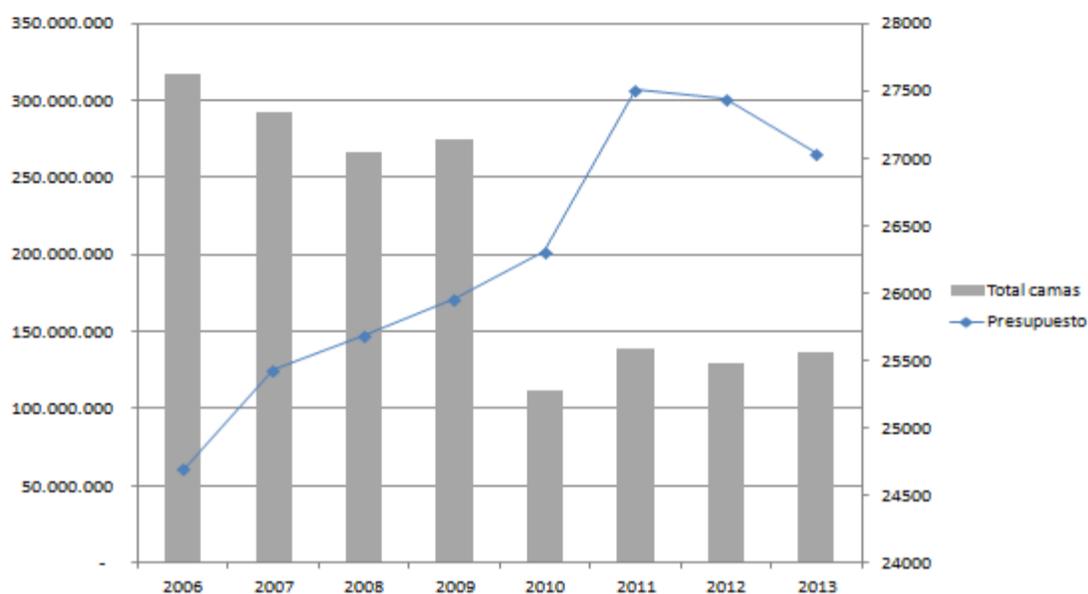


Afirmó que hubo un aumento importante del presupuesto sectorial completo y en inversiones durante el período comprendido entre 2010 y 2013. Sin embargo, el número de camas que teóricamente se perdió con el terremoto de 2010 no fue recuperado en los años posteriores hasta ahora.

Destacó que con el terremoto de 2010, se llegó a 2.600 camas de pérdida, que aún no han sido recuperadas.

Mencionó que en la imagen siguiente se puede apreciar la evolución entre camas y pabellones en el país. En el gráfico se puede observar que las camas no se recuperaron, en cambio, los pabellones tuvieron una significativa recuperación luego del terremoto, por lo que la falta de camas hospitalarias podría perfectamente explicar su aumento en la compra al sector privado.

Evolución Presupuesto Inversiones Salud y Número total de camas en el país. 2006-2013



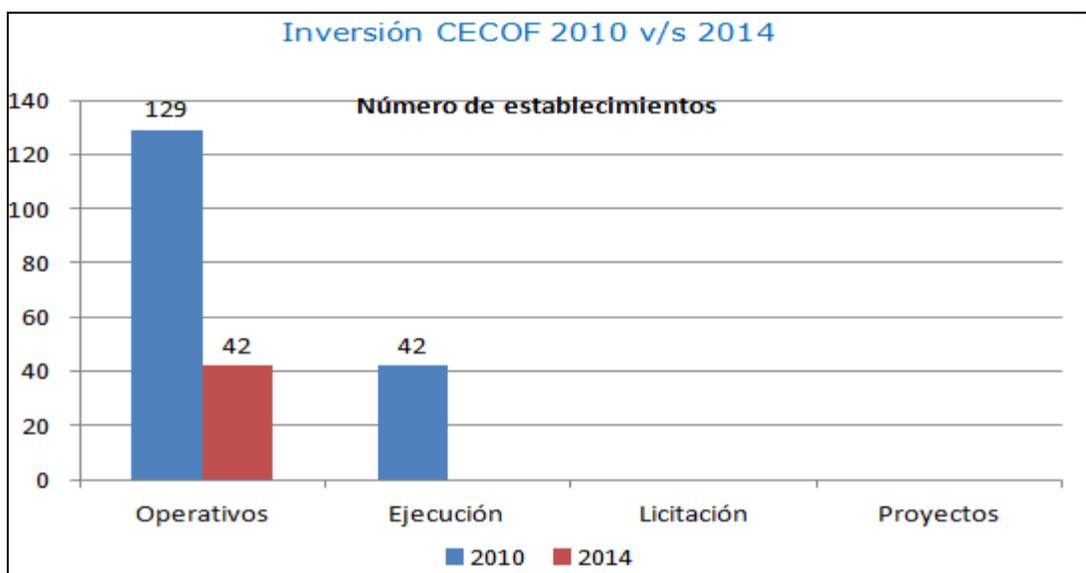
Sostuvo que la atención primaria tuvo bastantes pérdidas con el terremoto.

En la imagen siguiente se compara la situación al final del gobierno anterior de la Presidenta Bachelet, 2010, y el final del gobierno del ex presidente Piñera, 2014.

En 2010 –dijo– había 52 Cefsam operativos versus 42 nuevos encontrados al asumir el gobierno este año. En ejecución, había 42, en 2010; 25,

en 2014; y licitados, 23 en 2014. Sólo se encuentra el dato de los licitados por el gobierno del ex presidente Piñera, puesto que aún no han licitado.

En Cecof, como muestra la imagen siguiente, en 2010, tenían 129 operativos y recibieron 42 en 2014. En todo caso, comentó que los Cecof no fueron parte de la política importante del ex presidente Piñera, pues no se considera una estrategia, por lo que tienen una lógica programática.



Mencionó que las concesiones de Maipú y La Florida, fueron hechas durante el Gobierno de la Presidenta Bachelet y son referentes para compararlas con el resto de la cartera de concesiones, como son los hospitales Salvador-Geriátrico; Félix Bulnes, Sótero del Río y Antofagasta, y que luego fueron licitados la Red Quinta y los hospitales de la Red Sur.

Indicó que respecto de la Red Sur se tomó la decisión de no continuar con la licitación y, por lo tanto, esos hospitales entran hoy en la cartera de inversión sectorial.

Respecto a la Red Quinta, sostuvo no fue ingresado a Contraloría por no haber sido firmado por el ex presidente Piñera; por lo tanto, también se construirá con fondos sectoriales. Los otros hospitales Salvador-Geriátrico y Félix Bulnes tienen toma de razón; en cambio aún no se toma razón del Sótero del Río, debido a algunas observaciones.

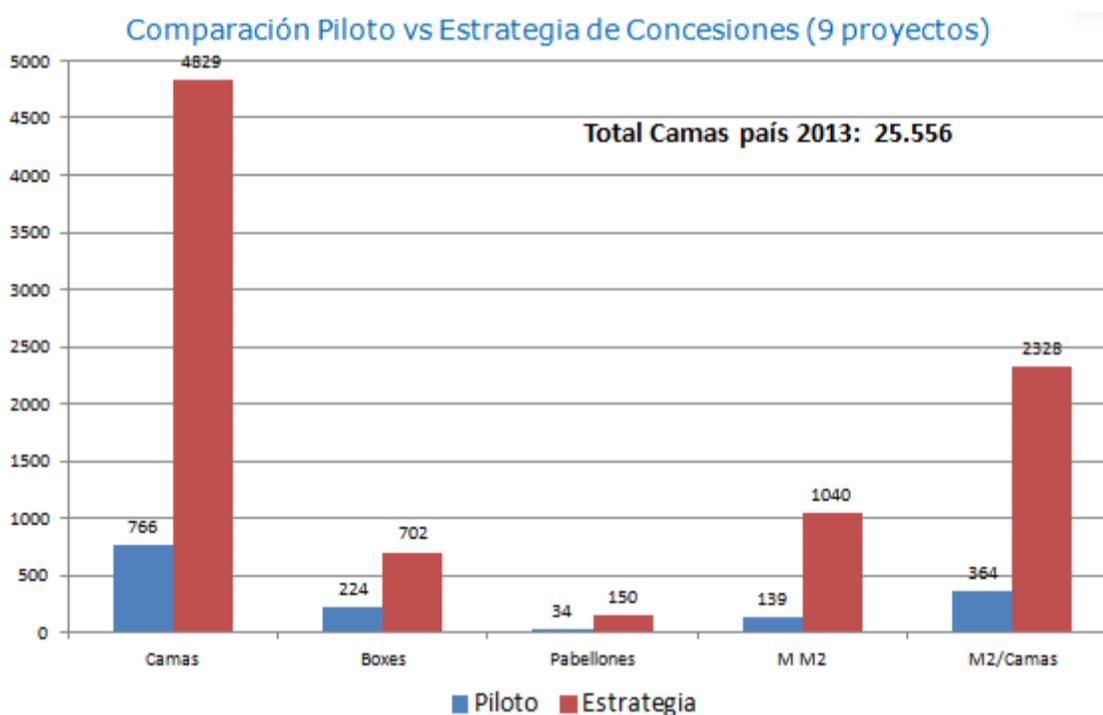
Por otra parte, el valor metro cuadrado entre los hospitales concesionados y los sectoriales se muestra a continuación:

	VALOR UNITARIO
SECTORIAL	35,4 uf/m ²
CONCESIÓN	63,0 uf/m ²
VARIACIÓN	27,6uf/m ²

Comentó que al analizar las dos situaciones de concesiones de los pilotos del período 2006-2010 y la estrategia de concesiones posteriores a 2010, se puede ver en la lámina siguiente que se concesionaron 766 camas, y lo que hoy está en la cartera de concesiones, prácticamente, son 5.000 camas. En términos de boxes, 224 versus 702; en pabellones, 34 versus 150; en miles de metros cuadrados, 139 versus 1040; y en relación metros cuadrados camas, 364 versus 2.328. Realmente, la estrategia es muy importante en términos de infraestructura y de ofertas de camas y de otros elementos.

En la imagen siguiente se destaca la comparación de costos para el Estado en términos de subsidios e incentivos en el piloto versus la estrategia de concesiones.

En el gráfico se observa que el color azul representa los pilotos que se hicieron entre 2006 y 2010; y el color rojo, el monto en UF de los incentivos en la estrategia de concesiones.



Respecto a los servicios concesionados, señaló que en la concesión que se hizo en el primer período de la Presidenta Bachelet, además, de la construcción, se concesionaron alrededor de 10 servicios: aseo, limpieza, residuos, ropería, alimentación, mantenimiento e infraestructura, cafetería, seguridad y vigilancia, estacionamientos, sala y jardín infantil.

Para los hospitales de Antofagasta, El Salvador, Sotero del Río y Félix Bulnes el promedio es de 15 servicios. Se agregan a los ya mencionados: administración y mantenimiento de mobiliario no clínico; adquisición de mobiliario no clínico; administración y mantenimiento de equipos médicos y mobiliario clínico; adquisición de equipamiento médico y mobiliario clínico; servicio de adquisición e implementación, mantenimiento y soporte del sistema de información e infraestructura tecnológica.

Señaló estar impresionada por la diversidad de servicios que se concesionan: servicios críticos, como el TIC, todo el sistema de información y la infraestructura tecnológica, además de equipamientos médicos que no estaban

incluidos en ningún piloto de concesiones previo en los años 2006-2010. Esto marca una gran diferencia en términos de los 15 años en que se compromete el Estado a conceder a la concesionaria el giro del negocio de todos estos elementos.

Razona que desde el Hospital de Antofagasta al sur, es decir, toda la cartera que hoy está pendiente para construirse en forma concesionada, el límite para el subsidio variable del gasto operacional versus el fijo, era un índice ocupacional de camas de un 80%; en cambio, hoy este índice de ocupación es del 60%. En Chile prácticamente ningún hospital tiene un índice ocupacional inferior al 80%. Por lo tanto, al dejar el 60% como límite para empezar a pagar más sobre los gastos operacionales, significa en la práctica transformar el variable en fijo, porque con ese límite siempre se tendrá que pagar el subsidio.

Además, se aumenta el premio de 5.000 a 43.000 UF semestrales como máximo, disminuyendo el mínimo de cumplimiento exigido de 94 a 85%.

Comentó también que la solicitud de los plazos para la puesta de servicio provisorio al término de las obras y operación de los hospitales de Maipú y La Florida se produjo trece meses después, lo que significó un aumento de 33% respecto de lo señalado en las bases.

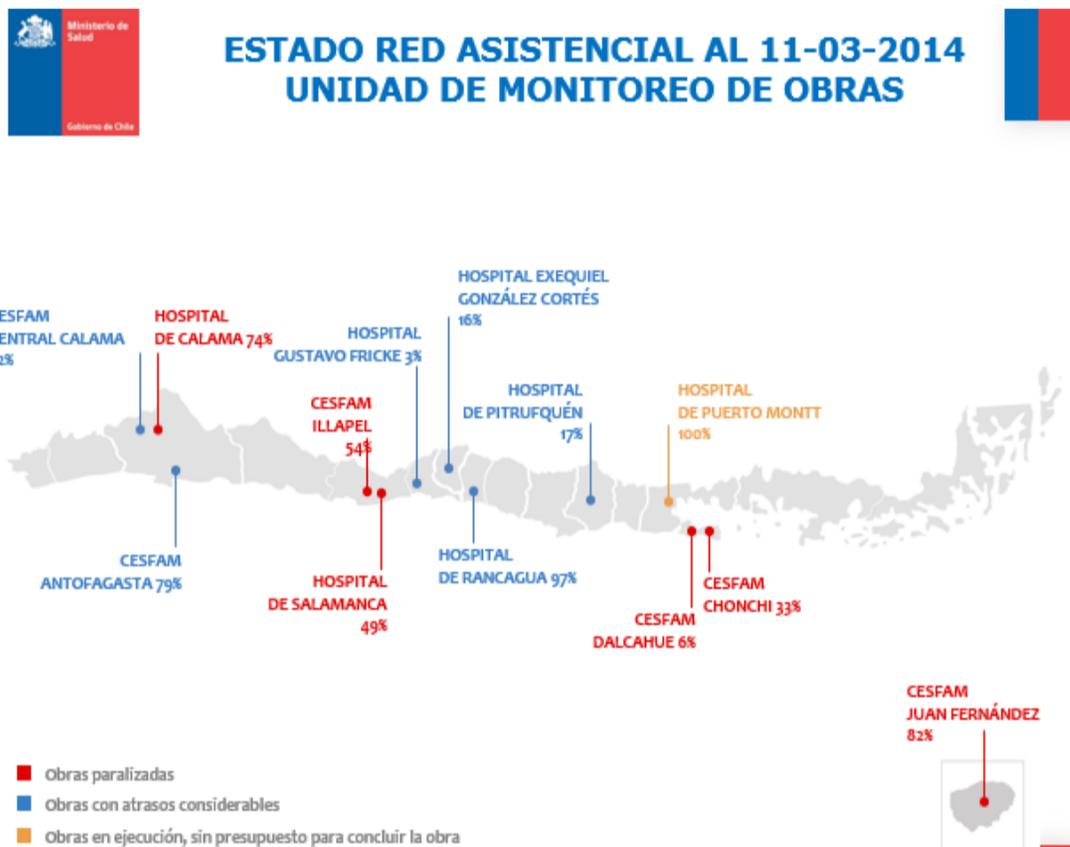
En términos de procedimiento, comentó que la aprobación la efectuó el MOP, dejando pendientes las actas de observaciones elaboradas por los servicios de Salud. Hubo un aumento significativo de las superficies de los proyectos, que no fueron justificadas ni visadas, lo que impactó en los costos totales involucrados. Las revisiones de las ofertas técnicas y económicas fueron realizadas en menos de dos días para hospitales como el Salvador Geriátrico, Sótero del Río y otros establecimientos que son de los más grandes del país. En el caso de la licitación Marga-Marga - Quillota, el acta de adjudicación se elaboró el mismo día de la apertura económica.

En una tercera invitación, la señora Ministra se refirió al plan de inversiones del Gobierno de la Presidenta Bachelet. Expresó que en abril había expuesto respecto del estado de la Red Asistencial cuando asumieron el Gobierno, de acuerdo a los datos y a los antecedentes que encontraron en el Ministerio y en los niveles locales donde se ubican los hospitales o consultorios. Indicó que ahora (setiembre de 2014) puede decir que hay algunos cambios positivos, en términos de que algunos de los procesos cuestionados o que estaban relativamente paralizados, han retomado su trabajo.

En ese sentido y respecto del Hospital de Pitrufquén, que tenía 17% de avance, explicó que se le dio una oportunidad a la empresa para acelerar a fondo y poder revertir esta demora, casi irreversible; sin embargo, no pudo. Entonces, se cortó el contrato. Informó que ya tienen la aprobación de la Contraloría y la resolución de la Corte de Apelaciones de no innovar. Por lo tanto – dijo- puede seguir inmediatamente la construcción con otra empresa constructora, lo cual trae mucha tranquilidad al pueblo de Pitrufquén, dado que el hospital ha sido una fuente importante de trabajo para muchas de las personas que ahí viven.

Agregó que el Hospital Exequiel González Cortés tiene atrasos considerables, pero se está trabajando para que se continúe en su construcción. El Cefam Central de Calama, también tiene atrasos considerables. Señaló que la imagen que se muestra a continuación refleja en azul las obras con atrasos importantes y, en rojo, aquellas que están paralizadas, como por ejemplo, el

Hospital de Calama, donde recién se están cerrando los contratos que aún están sin ser gestionados. Por eso, no se ha podido llamar a licitación para su continuidad. Lo mismo sucede con el Cesfam de Illapel, con el Hospital de Salamanca, con el Cesfam de Chonchi y de Dalcahue, precisó.

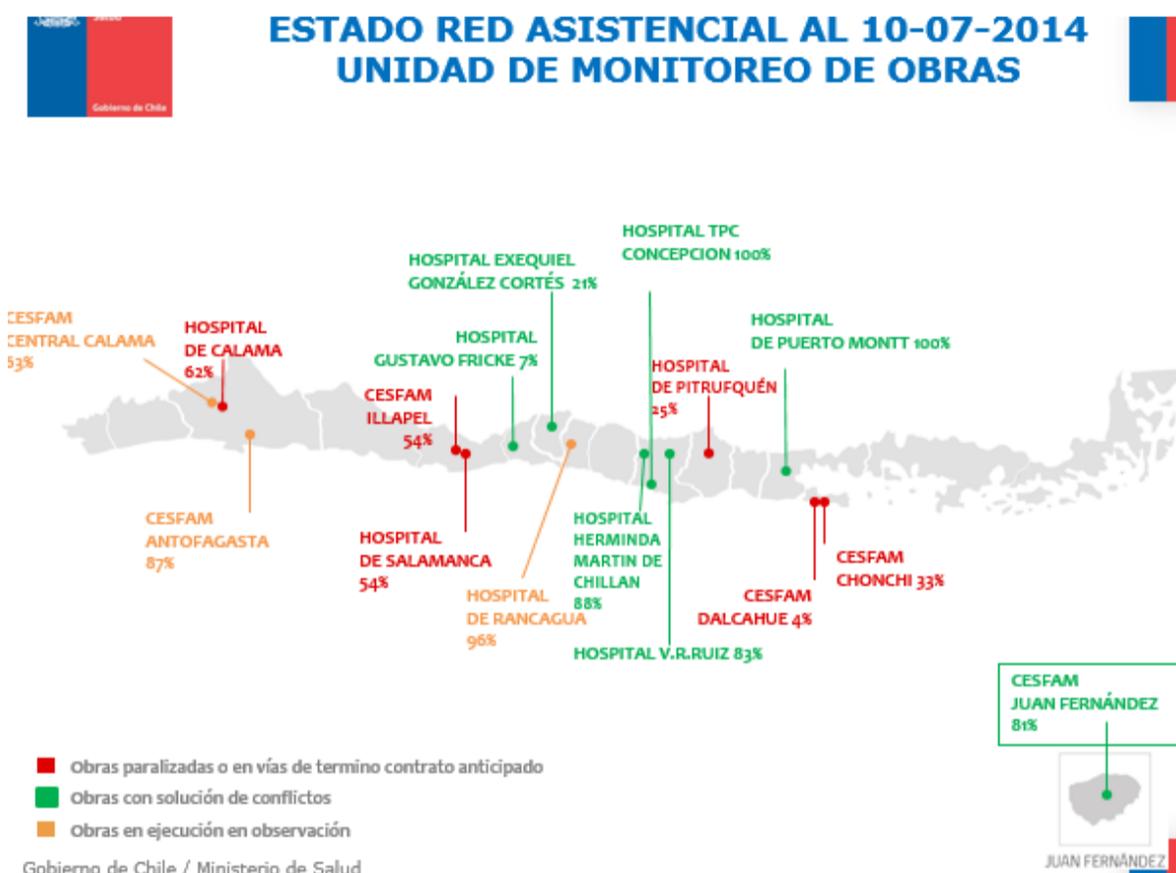


Respecto del Hospital de Rancagua, señaló que se llegó a un acuerdo con la empresa para que termine la construcción. No ha sido fácil, y han debido pasar las multas pendientes para que el director del servicio no cometa negligencia o falta de acciones correspondientes a los marcos jurídicos y legales que están establecidos en el contrato respectivo. Respecto del Cesfam de Juan Fernández, se está estudiando de qué forma llamar rápidamente a licitación para terminarlo. Tiene 82% de avance, así es que, esperan que las obras paralizadas se terminen en su mayoría durante 2015. Si bien hay algunas que están en ejecución, no hay presupuesto para continuarlas. Por ejemplo, el Hospital de Puerto Montt está el 100% terminado en su obra de construcción. Es un maravilloso hospital, pero en 2014 no había presupuesto para el equipamiento y para algunas pequeñas cosas de la obra y de la distribución interna que habría que modificar.

Indicó que esto da cuenta de lo que estaba, pero hoy hay obras que aún están paralizadas porque no estaban finiquitados los contratos con las empresas. Han estado trabajando en eso para tener la posibilidad de volver a licitar obras que están con atraso considerable. En este punto, han dejado a la misma empresa que está trabajando, con nuevas condiciones contractuales, y así no cambiarla.

Comentó que la siguiente imagen muestra un segundo cuadro, a julio de 2014, en el que aparecen hospitales que han aumentado o mejorado su

avance. Son 14 establecimientos que están incorporados al programa del Gobierno, pero es necesario dejar en claro que de los 4.300 millones de dólares que constituye el total del presupuesto de inversión del Gobierno, el 25% se va a destinar a terminar las obras abandonadas que no se terminaron por distintas razones, por ejemplo, porque quebró la empresa o porque no hubo supervisión. Recordó que el mandante para cada una de las obras del sector público de salud, son los directores de los servicios de salud. Por lo tanto, todas las gestiones de tipo legal, como sumarios o juicios, son del nivel local y no corresponden al Ministerio de Salud como organismo central.



Asimismo –comentó- encontraron algunos proyectos que estaban en desarrollo, pero al asumir el Gobierno se detectaron ciertos problemas, como: estructuras que no eran adecuadas por su funcionalidad, problemas con las normas de seguridad, descoordinaciones de la arquitectura con las diversas especialidades, es decir, con la gestión clínica. Eso ocurre principalmente con Alto Hospicio, en Iquique, uno de los priorizados para los primeros veinte hospitales –y se reforzó su priorización luego del terremoto-; Antofagasta, aunque es un hospital que se está construyendo con el modelo de concesión, también se le están haciendo trabajos para mejorar algunos aspectos de su proyecto; lo mismo en el de San Antonio. El Sótero del Río es el único gran hospital que fue retirado del sistema de concesiones, desde la Contraloría y antes de su toma de razón; lo mismo ocurre con los recintos de Curicó, Linares y Chillán, que pertenecen a la red sur y que en algún momento se pensó en hacerlos concesionados, pero nunca se llegó a hacer el proceso; los recintos de Marga Marga y Quillota, correspondiente a la Quinta Región, tampoco entraron al sistema de concesión,

porque nunca fue firmado por el Presidente Piñera y tampoco lo hizo la Presidenta Bachelet, por lo tanto, entró al plan de inversiones global con fondos sectoriales.

Reconoció que los hospitales de Villarrica y Padre Las Casas tenían algunos problemas en el diseño; tal como los de Ancud, Quellón, Puerto Aysén, Natales y Porvenir. Todos esos hospitales están en revisión, porque existían problemas básicos del proyecto; ninguno de ellos está construido ni en construcción.

Aseveró que el programa de inversión del período de gobierno 2014 – 2018, obedece al análisis de salud pública en cuanto a definir las brechas existentes en la oferta de servicios hospitalarios y en servicios de atención primaria, de manera de avanzar en forma sustantiva y rápida para cerrarlas, porque se arrastran desde hace mucho tiempo y han tenido postergaciones y eventos, como terremotos, que han ido deteriorando aún más los hospitales y consultorios.

Agregó que el programa sectorial de inversiones obedece exclusivamente a la necesidad sentida por las personas y al análisis de la salud pública y de la demanda, que justifican plenamente esa inversión, entendiendo que son intervenciones de salud que dan rédito a mediano y largo plazo, pero necesario de hacer y que corresponde a un tremendo esfuerzo y gran trabajo.

Luego comentó que, a grandes rasgos, lo que se definió como el plan de intervención, comprende 60 establecimientos hospitalarios en distintos momentos de su construcción, entre el inicio y el fin del Gobierno. Dijo que la idea es dejar 20 hospitales inaugurados; 20 que por su tamaño no se alcanzan a terminar, aunque se empiezan todos el próximo año, sin embargo, hospitales como el Sótero del Río, es imposible que se terminen; y 20 hospitales que van a quedar en la etapa de licitación de obras civiles, con todos los estudios de prefactibilidad, análisis local y todos los procesos hechos para licitar fácilmente.

Respecto de la atención primaria afirmó que se requiere reponer y hacer nuevas construcciones en el ámbito del foco fundamental del programa de gobierno, como dar mayor resolutivez, mayor oportunidad y mayor calidad y cercanía a la atención de los usuarios en el nivel primario. Para eso se van a construir 100 centros de salud familiar, que son consultorios calculados para más de 20.000 personas; 100 centros comunitarios de salud para menos de 5.000 personas y la construcción de 132 servicios de urgencia de alta resolución, a lo largo del país, ya definidos en su lugar. Este año están partiendo con 14 de ellos y, en los próximos tres años, van a avanzar para cubrir los 100 que faltan.

Dentro de la cartera de concesiones, se adjudicaron los hospitales de Antofagasta, Salvador Geriátrico y Occidente, y se retiran del MOP el Sótero del Río, la Red Quinta, que no alcanzó a ser firmada, y la Red Sur, que no alcanzó a entrar en el proceso.

Asimismo, dentro del plan de inversiones, más allá de la infraestructura de metros cuadrados construidos, se considera equipamiento médico y vehículos que permitan mejorar, fundamentalmente, el área de SAMU, servicios de urgencia y ambulancias.

La siguiente imagen muestra los presupuestos históricos. Señaló que se han ido moviendo en ámbitos de 35,8% del presupuesto dedicado a inversiones; a 255% en el gobierno anterior de la Presidenta Bachelet, a 31,67% en el gobierno pasado y, en 2015 el 129% corresponde al presupuesto de inversiones.

Luego trató acerca del plan nacional de inversiones, destacando que

AÑO	Presupuesto M\$ de cada Año	Presupuesto M\$ 2014	Presupuesto MUS\$ 2014	Variación
2000	29.849.521	43.222.106	78.586	35,81%
2001	30.081.592	42.234.555	76.790	
2002	23.026.454	31.730.454	57.692	
2003	26.993.719	36.441.521	66.257	
2004	27.354.806	36.628.085	66.597	
2005	43.251.409	56.875.603	103.410	
2006	45.931.204	58.700.079	106.727	255,23%
2007	104.859.837	131.494.236	239.080	
2008	136.151.927	160.114.666	291.118	
2009	155.052.368	171.332.867	311.514	
2010	186.343.149	208.517.984	379.124	31,67%
2011	293.950.883	320.112.512	582.023	
2012	296.451.585	309.791.906	563.258	
2013	265.356.159	273.316.844	496.940	
2014	274.548.673	274.548.673	499.179	
2015	629.654.913	629.654.913	1.144.827	129,34%

lo importante es dar respuesta, en primer lugar a los proyectos pendientes, es decir, aquellos que la gente lleva mucho tiempo esperando, y aquellos hospitales con dificultad para otorgar atención, y donde la geografía también está en contra.

Señaló que los hospitales que van a quedar construidos y terminados antes del 2018, tienen que ver con la reposición de los Hospitales de Calama, Salamanca y Ovalle. Se refiere a reposición porque dentro de la construcción de los hospitales de todo el programa de inversión, que comprenden más de 10 mil camas; 7 mil de ellas corresponden a reposición y solo 3 mil son nuevas. Por eso habla de reposición, porque se refiere a un hospital que existe, pero que está en malas condiciones y que no responde a las necesidades de la gente.

En segundo lugar están los hospitales que van reponiendo y que estaban con algún proceso en marcha. Reposición de los Hospitales de Salamanca, Ovalle y normalización del hospital de San Antonio; reposición del hospital de Casablanca; normalización del Hospital Gustavo Fricke en su etapa 1; reposición de los hospitales de Chimbarongo y de Florida (el pueblo, no de La Florida porque ese ya está terminado), Penco-Lirquén, Angol; construcción de hospital Padre las Casas; reposición de los hospitales Pitrufquén, San Juan de la Costa, Lanco, Futaleufú, Quellón, Puerto Aysén, Puerto Natales y Exequiel González Cortés. Esos son los 20 hospitales que esperan reponer acotó.

Los hospitales que va a comenzar su construcción a partir del próximo año, entre 2015-2016, pero que no alcanzan a quedar terminados en este periodo presidencial, por su magnitud, son el de Antofagasta, que se va a hacer de forma concesionada, pero por su tamaño, a pesar que ya se comenzó, no va a alcanzar a terminarse; lo mismo ocurre con los hospitales de Marga-Marga, Quillota-Petorca, Curicó, Linares, Chillán, Cauquenes, Lebu, Villarrica, Carahue, Lonquimay 2 y Quilacahuín; los hospitales Porvenir, Félix Bulnes, Melipilla, Salvador y el Instituto Geriátrico se van a hacer con el modelo de concesiones; y la reposición de los hospitales Barros Luco, Buin, Sótero del Río y Puente Alto. Reiteró que todos ellos comienzan a construirse a fines de 2015, pero no alcanzan a quedar terminados antes que finalice el Gobierno.

Agregó que la imagen anterior contiene el segundo bloque de 20, y en ella se puede apreciar que en 2015 están casi todos en proceso. Una de las cosas que aprendieron es lo que se demora un proyecto y el proceso de licitación. Por eso se tratará de hacer licitaciones que lleguen juntos el proyecto y la construcción, y así evitar un proceso de licitación extra. En la presentación se ve el Hospital de Antofagasta, que está partiendo ahora, sin embargo, no se alcanzará a terminar antes del finalizar el Gobierno. Los hospitales de Marga-Marga y Quillota van a partir en el segundo semestre de 2015, pero tampoco alcanzan a ser terminados en este Gobierno. Incluso, los hospitales concesionados, como el Félix Bulnes, Salvador y el Geriátrico, tampoco alcanzan a quedar terminados, aun cuando su construcción comienza el segundo semestre de 2015 porque la concesión se demora un año en hacer el proyecto. En la concesión se licita primero el proyecto, no construye inmediatamente, sino que primero se debe hacer el proyecto, precisó.

PROGRAMA DE INVERSIONES 2014-2018
HITOS RELEVANTES
TERCEROS 20.....



HOSPITALES EN ESTUDIOS TECNICOS O LICITACION DE OBRAS	CAMAS ACTUALES	CAMAS PROYECTADAS	SUPERFICIE ESTIMADA	COSTO TOTAL ESTIMADO	2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	Nº	Nº	M2	MMS	I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE						
1 REPOSICION HOSPITAL DE HUASCO	15	15	4.500	7.345					INICIO O			TERMINO O				
2 REPOSICION HOSPITAL DE DIEGO DE ALMAGRO	26	30	7.500	12.188					INICIO O			TERMINO O				
3 NORMALIZACION HOSPITAL GUSTAVO FRICKE ETAPA 2	0	0	50.000	80.721						diseño		licitacion obras				
4 REPOSICION HOSPITAL DE PARRAL	102	500	20.000	32.439					INICIO O							
5 REPOSICION HOSPITAL LOTA	112	500	20.000	32.369						diseño		licitacion obras				
6 REPOSICION HOSPITAL CORONEL	147	150	30.000	48.513						diseño		licitacion obras				
7 NORMALIZACION HOSPITAL TALCAHUANO (TERCERA ETAPA	423	501	41.000	68.114						diseño		licitacion obras				
8 REPOSICION HOSPITAL ARAUCO	63	60	15.000	24.296						diseño		licitacion obras				
9 REPOSICION HOSPITAL SANTA BARBARA	39	40	10.000	16.224						diseño		licitacion obras				
10 REPOSICION HOSPITAL DE COLLIPULLI	31	30	7.500	12.188						INICIO O				TERMINO O		
11 REPOSICION HOSPITAL DE CURAULIN (2)	29	30	7.500	12.188						INICIO O				TERMINO O		
12 REPOSICION HOSPITAL RIO BUENO	80	80	20.000	32.369							diseño		licitacion obras			
13 REPOSICION HOSPITAL LA UNION	130	130	26.000	42.075							diseño		licitacion obras			
14 REPOSICION HOSPITAL FRUTILLAR	37	40	10.000	16.224							diseño		licitacion obras			
15 REPOSICION HOSPITAL DE ANCUZ	72	90	18.000	29.642						INICIO O				TERMINO O		
16 REPOSICION HOSPITAL CHILE CHICO	8	20	6.000	9.767							diseño		licitacion obras			
17 REPOSICION HOSPITAL COCHRANE	11	15	4.500	7.345						INICIO O				TERMINO O		
18 CONSTRUCCION HOSPITAL ZONA NORTE-SANTIAGO	0	300	60.000	96.966							diseño		licitacion obras			
19 INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER	84	210	42.000	67.906							diseño		licitacion obras			
20 NORMALIZACION ASISTENCIA PUBLICA	251	300	60.000	97.216							diseño		licitacion obras			
TOTAL	1.660	2.241	499.500	749.995	0	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	7.800	10.879	2.427.808	4.227.299												

En esta imagen aparece el tercer grupo de 20 hospitales, donde se puede ver que en 2016 se va a partir con los proyectos y los diseños. La idea es que a fines de 2017 se pueda empezar a licitar las obras, de modo que se empiece a construir en 2018.

Añadió que en términos de la cartera de inversiones de Atención Primaria, se puede ver que los centros de salud familiar, los servicios de urgencia de alta resolución y los centros comunitarios de Salud Mental, los dividieron en tres partes porque el primer año es muy poco lo que se va a poder construir y dado que la Presidenta anunció el Programa de inversiones a los 100 días de Gobierno. A partir de ahí han comenzado a hacer el trabajo local para ver los suelos, los terrenos, etcétera. Donde hay terreno van a partir antes y donde hay que buscarlo, partirán después.

Indicó que no todos los centros de salud familiar están asignados a algún lugar y, como no va a partir ninguno este año, están revisando el mapa y conversando con los actores locales, para definir dónde quedarían mejor puestos los de alta, mediana, o poca complejidad; es decir, dónde podrían tener mayor valor agregado los nuevos centros de salud familiar. Por lo tanto, aún tienen

mucho espacio de negociación. Lo mismo sucede con los Cecof, (Centro Comunitario de Salud familiar).

En cuanto a los servicios de urgencia de alta resolutivez, expresó que es importante señalar que todos ellos están asignados y distribuidos de acuerdo a las peticiones que los propios servicios han hecho. Le pidieron a los 29 servicios de salud, que hicieran su propuesta de necesidad de SAPU de alta resolución. En ese sentido –dijo- hubo bastante coincidencia entre la posibilidad que tienen de construir y lo que ellos pidieron. Cree que se solicitaron solo seis más de los que son capaces de construir, de manera que no ha sido tan terrible el proceso. Sí lo ha sido en los hospitales, donde sin duda, la cartera de proyectos no da cuenta de las expectativas de la población, por lo que han tenido muchísimas demandas de parte del mundo político, municipal y regional.

Reiteró que dentro del espacio de inversiones también está todo lo concerniente a ambulancias y con los servicios que son fundamentales para el funcionamiento de ellas, que es el sistema pre-servicio que determina, de alguna manera, la calidad y la oportunidad con que se trasladan y se trata a los enfermos, ya sea de trauma, por accidentes o por enfermedades, cuyo tratamiento o cuyo manejo precoz es significativo en términos de la sobrevivencia y de la calidad de vida del paciente. En ese sentido, el programa completo cuenta con 1.900 ambulancias, y se puede observar cómo se distribuyen en cada una de ellas en los 29 servicios de salud. En la misma línea, por ley tienen un número determinado de ambulancias, por lo que se ha revisado el catastro para saber dónde se requieren más y mejores medios de transporte. Eso se va a hacer en tres fases. Van a hacer lo posible por tener algunas este año, pero fundamentalmente, en los tres años siguientes van a dar cuenta de todas las compras. Las ambulancias no son vehículos que están en una bodega esperando que alguien las compre. No son solo un vehículo, sino que deben contar con todo el recurso humano y el costo que ello significa.

Parte de la inversión, no solo se va a destinar a las ambulancias, sino también a todos los recursos, no necesariamente financieros, que van a hacer posible obtener un servicio de calidad; proceso que tiene que ver con médicos, con especialistas en manejo de traumas y atención pre-hospitalaria, también con operadores telefónicos y operadores radiales adecuados. La idea es que la calidad esté en todo el sistema de urgencia.

En general, el plan de inversiones es de alrededor de 4.379 millones de dólares, de los cuales, los hospitales se llevan la mitad.

Luego se refirió a la institucionalidad, destacando que han considerado importante pedir recursos, sobre todo pasado este año en el que no tenían ningún tipo de recurso, para desarrollar una institucionalidad dentro del ministerio que permita favorecer al máximo la gestión. Como la contraparte técnica y la de gestión de las construcciones están en los servicios de salud, tienen claro que hay que fortalecer las competencias, las capacidades y también al Ministerio de Salud en su rol realizador de este megaproyecto. También harán las alianzas estratégicas que se requieran con instituciones, como el MOP y otros, para desarrollar todo este proceso de la mejor forma y dentro de los tiempos que hemos planificado.

Expresó que ha recibido varias preguntas respecto de cómo han procedido en los casos en que han encontrado abandono. Señaló que había situaciones en las cuales no tenían certeza de cuál era la causa. Si una empresa

quiebra y se va, alguien podría decir: no es culpa mía; pero, por otro lado, uno puede preguntarse por qué no se preocupó de que la empresa fuera buena o de supervisar a tiempo. Insistió en que hay miles de variables y, en la medida que uno se mete en esto, se encuentra con todo tipo de situaciones, pero como están trabajando con la plata de todos los chilenos, les corresponde velar por que esos recursos sean bien utilizados.

Por oficio N°1508 de 2014, la Subsecretaría de Redes Asistenciales informa al Consejo de Defensa del Estado situaciones que podrían significar detrimento del patrimonio fiscal, por revisión de las obras, para reposición de establecimientos asistenciales en ejecución en el país. Se solicitó a los servicios de salud que se coordinaran con los abogados procuradores, fiscales, según oficios N°1588 y N°2120, ambos de 2014, para que informen y entreguen antecedentes sobre la materia, para evaluación de este consejo, porque sin duda, cuando uno va al consejo, sabe que puede haber situaciones que debe analizar, pero esas acciones las debe desarrollar el Servicio de Salud, no el Ministerio de Salud desde su ámbito legal.

En la Segunda Región, correspondiente al Servicio de Salud Antofagasta, está la normalización del Hospital Carlos Cisternas. El hospital de Calama es aquel que quedó, con un 60 por ciento de avance luego de su abandono en 2013. El Consejo de Defensa del Estado participa en juicios iniciados con motivo de esta obra y representa al Servicio en el juicio de la quiebra del consorcio que ejecutó las obras.

Recordó que el Consejo de Defensa del Estado tiene representación en las regiones, de manera que todas estas gestiones se hacen en los Consejos Regionales y no en Santiago.

En la Cuarta Región, correspondiente al Servicio de Salud Coquimbo, lo que quedó fue el hospital de Salamanca y un centro de salud familiar en Illapel. Del Centro de Salud Familiar Urbano (Cesfam) de Illapel fue aprobado el contrato para la ejecución en noviembre de 2012, con la empresa Ingeniería y Construcción Apoquindo Ltda.

Agregó que el ocho de noviembre de 2013, un año después, se puso término al contrato ya que la empresa abandonó la ejecución de obras. La liquidación del contrato está en trámite en la Contraloría General de la República. El abogado procurador fiscal regional evaluará la intervención del Consejo, debiendo contarse en forma previa con la liquidación del contrato y una solicitud al nivel central.

Asimismo, en la Cuarta Región están el hospital y el consultorio de Salamanca. Respecto del hospital de Salamanca, el 27 de diciembre de 2012 se aprobó el contrato con la empresa Consorcio Inca-Ortiz para la obra de normalización de dicho hospital. Ante sentencia de la Ilustrísima Corte de Apelaciones de La Serena, se está reformulando el contrato y exigiendo las garantías para resguardar el patrimonio del Servicio de Salud.

En la Quinta Región, en el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, las obras son la construcción del hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar; obras provisorias del consultorio adosado de especialidades del hospital doctor Gustavo Fricke; y obra de reposición del centro de salud familiar Gómez Carreño y laboratorio comunal. El Servicio informó al abogado procurador fiscal regional sobre los juicios vigentes, tanto ante el tribunal de contratación pública como ante juzgados civiles, en relación con estas obras. El 25 de julio de 2014, se requirió la

intervención del abogado procurador fiscal en un juicio que actualmente está en tramitación. Esto tiene relación con el hospital Gustavo Fricke, y el juicio dice relación con un atraso gravísimo de la obra que fue encontrada con un 2% de avance y hoy está en 7%.

En la Quinta Región, en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, está la construcción del centro de salud insular Julia Rosa González, de Juan Fernández. El 18 de abril de 2012 se aprobó el contrato con la empresa Ingeniería y Construcción Apoquindo Ltda., para la obra construcción centro de salud. El 30 de abril de 2014 se liquidó el contrato que había terminado anticipadamente. El 19 de mayo la Contraloría Regional de Valparaíso ordenó la instrucción de un proceso disciplinario para investigar la omisión de aprobación de las modificaciones de plazo y de obras que se realizaron durante la ejecución del contrato, y por el pago de un anticipo sin la debida caución. Los antecedentes de este proceso disciplinario se pondrán en conocimiento del Consejo de Defensa del Estado.

En la Sexta Región, correspondiente al Servicio de Salud O'Higgins, indicó que el hospital regional de Rancagua también se encontró en situación bastante compleja. Detalló que se encuentra en conocimiento del Ministerio Público y del abogado procurador fiscal las situaciones que derivan de la ejecución de las obras del hospital regional de Rancagua. El Ministerio Público realiza una investigación por eventual delito de tráfico de influencias, cuya conclusión se comunicará al Consejo de Defensa del Estado para el ejercicio de las acciones que correspondan. El abogado procurador fiscal regional interviene en la defensa y en representación del Servicio de Salud, en la demanda en sede civil, formulada por el Consorcio que ejecuta las obras. A lo anterior agregó que el 29 de agosto ha entrado en vigencia el cobro de las multas impagas por el gran atraso en el avance del hospital, las cuales alcanzan muchísimos millones de pesos, pero que, sin duda, lo que va a tener que pagar la empresa no puede sobrepasar el 6% del valor total de la obra. Por lo tanto, están en ese proceso, pero la misma empresa está terminando el hospital.

Novena Región, Servicio de Salud Araucanía Sur, hospital de Pitrufquén. Dijo que la gente está muy triste y frustrada, porque el hospital ha ido en un avance muy lento, que han tenido que tomar la decisión de terminar el contrato con la empresa constructora. Ya tomó razón la Contraloría y la empresa habría solicitado orden de no innovar, de modo que les impediría seguir construyendo hasta que se definan muchas cosas legales, pero la Corte de Apelaciones ha fallado a su favor y seguirán construyendo el hospital en cuanto se pueda, lo cual da tranquilidad a la población. Asimismo, la empresa que liciten va a tener como una de las condicionantes ocupar a los trabajadores de la ciudad de Pitrufquén, que estarían quedando sin trabajo por el cambio de empresa. Aclaró que se encuentra en trámite ante la Contraloría General de la República la resolución que pone término anticipado al contrato para su posterior liquidación, de lo cual se informará al abogado procurador fiscal para los fines pertinentes. El 6 de mayo último se solicitó la intervención del Consejo de Defensa del Estado, con motivo del término anticipado de contrato de ejecución de obra con la empresa Corsan-Corviam Construcción S.A. También se ha dado respuesta a la solicitud de la información que el Consejo ha requerido.

En la Décima Región, Servicio de Salud Chiloé, Centros de Salud Familiar de Dalcahue y de Chonchi. Se trata de dos centros de salud familiar en Chiloé. La situación allí es bastante triste, porque la isla es un lugar extremo en el

cual el sector salud está muy disperso y la gente debe recorrer grandes distancias a pie y en bote para llegar a los centros de atención, y estos centros de salud familiar eran la oportunidad para acercar la salud a las personas. El 13 de agosto de 2012 se aprobó el contrato con la empresa CVC S.A. para la obra de construcción del centro de salud familiar de Dalcahue. El 26 de diciembre de 2011 se aprobó el contrato para la obra de reposición de Chonchi. El Consejo de Defensa del Estado representa al Servicio en un juicio por cumplimiento de un contrato de seguros y se le ha solicitado que intervenga en la denuncia que ha presentado el Servicio, y se da respuesta a requerimiento de antecedentes.

Señaló que tales serían los aspectos que están en curso para las investigaciones correspondientes que hacen los servicios de salud. Insistió en que esto no lo hace el Ministerio de Salud.

También señaló que todos los servicios de salud tienen abogados, y están trabajando en conjunto para tener las resoluciones, las multas y todas las cosas que puedan recuperar en términos de estas situaciones que quedaron en suspenso o abandono.

Frente a varias preguntas reconoció que del punto de vista institucional hay debilidad en los servicios. Señaló que están viendo que para echar a andar el tremendo plan de inversiones que tienen en mente, no se puede hacer con la institucionalidad que hoy existe en el Ministerio, porque inversiones está metida en Presupuestos. Entonces, afirmó que lo primero que han hecho es crear una división de inversiones, que antes no existía. Además, dadas las características de la actividad que tienen en los próximos ocho o nueve meses para echarlo andar -porque esperan que en un año más empiece la construcción- estén licitados los proyectos y ahí van a tener un tremendo trabajo de supervisión, pero ahora hay que echar a andar el proceso, acotó.

Por lo tanto, y en esa misma línea, dijo que han creado una Secretaría Ejecutiva de Inversión que depende del Ministro de Salud. Es un mecanismo que se ha usado para muchas cosas, que no es eterno y están trabajando, a través de esa secretaría ejecutiva, en contratar especialistas por corto plazo, de alto nivel técnico. Añadió que esta secretaría ejecutiva se financiará con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo, porque no tenía presupuesto para este nivel de institucionalidad.

Consultas a la Ministra de Salud, señora Helia Molina Milman.

- Consultada la Ministra sobre la situación del Hospital de Puente Alto, señaló que éste se encuentra recién en una fase de anteproyecto. ¿Cuándo estaría listo? Piensa que ese hospital podría empezar a construirse a fines de 2015, porque hay que hacer muchos estudios previos y aún está en una fase inicial.

Añadió que Puente Alto es una comuna muy poblada, razón por la cual hay una presión muy fuerte por la construcción del hospital. Es enormemente grande la demanda y la brecha entre lo que se ofrece y lo que hay. Cree que se puede comenzar a construir el CRS y un poco más tarde el hospital, porque, a pesar de que el primero alivia, en el sentido de que acerca la gestión del diagnóstico a la población, no basta, ya que hay que hacer frente a ese diagnóstico, por lo que el hospital de esa comuna está considerado dentro de las prioridades, pero como le falta, por lo menos, un año de estudios, no pueden pensar en construirlo antes de un año y medio.

Sostiene que tienen que ser más transparentes cuando se inauguran cosas, pues, en este caso, la gente no entiende muy bien que la primera o la segunda etapa se refiere a que primero se construirá el CRS.

Agregó que en sus observaciones sobre el estado del sistema no ha hecho juicios de valor. Piensa que tales juicios se harán luego que el Consejo de Defensa del Estado determine si esto es o no un problema administrativo, o si merece un análisis por responsabilidades personales e institucionales. Supone que en una semana van a tener la respuesta de ese Organismo.

- Consultada por las afirmaciones del ex Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, indicó que no se va a referir al tema.

- Respecto de la situación de la señora Jeanette Vega, mencionó que le llegó, desde La Moneda, el sumario de dicha doctora, que tiene que ver con una situación administrativa. La jefa de Epidemiología, señora Claudia González, quien estaba a cargo de ese departamento firmaba calificaciones y cartas, siendo que estaba contratada a honorarios, lo que fue un error administrativo importante. Se hizo un sumario a la doctora Vega al respecto y, al final, le llegó la respuesta: como sanción, ella tiene que pagar el 20% de su sueldo por algún tiempo.

- Consultada por el modelo de construcción de hospitales –concesión versus fondos sectoriales- cuál es más eficiente desde el punto de vista de la Dirección de Presupuestos que llevan estos antecedentes con detalle, señaló no tener datos disponibles de la Dirección de Presupuestos con respecto a los costos de hospitales en concesión, pero es factible de conseguir, afirmó.

Sostuvo que le llama la atención el cambio de los costos desde los primeros hospitales que se concesionaron, Maipú y la Florida, con la cartera de concesiones actual y aclaró que han tratado de buscar explicaciones, pero no han sabido qué pasó con respecto a la aprobación del presupuesto en la Dipres.

- Preguntada por el caso del Hospital de Chimbarongo, indicó que se estaría construyendo a principios de 2015.

Precisó que dicho hospital es pequeño, de unos 5 o 6 mil metros cuadrados, y tiene un plazo de ejecución de entre 12 y 15 meses, no más que ello. Acotó que este año, no tienen posibilidad alguna de financiar dicho hospital.

- A la pregunta sobre la pérdida de garantía del equipamiento hospitalario sujeto a concesión, expresó que un equipo jurídico está trabajando para ver cómo eso se podría revertir; de lo contrario, conllevará a un tremendo problema.

- Consultada por los hospitales que iniciaron sus obras durante la gestión pasada de la mandataria Bachelet, con licitaciones efectuadas durante ese período presidencial, como es el caso del Hospital de Calama, donde ahora se responsabiliza de sus problemas al ex presidente Sebastián Piñera, mencionó que la empresa constructora encargada del proyecto quebró y paralizó sus obras durante el mandato del Presidente Sebastián Piñera.

- A la pregunta de si el Ministerio de Salud tomará algún tipo de acción frente a posibles ilegalidades o irregularidades, la Ministra expresó que efectivamente el Minsal tiene la responsabilidad de seguir los conductos legales y administrativos que correspondan en función de los que señale el Consejo de Defensa del Estado, las auditorías internas y los sumarios administrativos en proceso.

- Consultada respecto de cuáles serán los veinte hospitales que la Presidenta Bachelet dejará construidos, cuáles son los veinte en ejecución y cuáles son los veinte en diseño. Interesa saber también de dónde van a salir todos estos recursos. La Ministra respondió que la Presidenta Bachelet va a anunciar los veinte hospitales con que se partirá. El anuncio del plan de inversiones es parte de la meta de los primeros cien días. Por lo tanto, antes de que terminen los primeros cien días de gobierno se sabrá la información exacta.

- Preguntada sobre si puede garantizar el no retraso en la construcción del Hospital Sótero del Río y la Red Quinta Cordillera, expresó que no tiene idea, porque aún no hay toma de razón, no ha salido de la Contraloría. Sin embargo, su opinión es que ojalá no quede concesionado. Aclaró que en tal caso hay dos alternativas: que tome razón o que no tome razón. Si toma razón, se hará concesionado, por lo que tendrán que hacer todos los estudios necesarios para modificar, en la medida de lo posible, el leonino contrato, en términos del costo que tendrá para el Estado y para los trabajadores. Explicó que esperan tener alternativas de apelación, porque a su juicio el Hospital Sótero del Río es el que sale más caro de todos. Sin embargo, en estos momentos tienen la toma de razón de Salvador Geriátrico, en el sentido de que se hace por concesión, situación similar a lo que ocurre con el Hospital Félix Bulnes. Aclaró que no van a intervenir esos procesos, sino solo revisarlos. No está diciendo que haya cosas ilegales, porque ya lo habría detectado la Contraloría.

En cuanto a los tiempos, dijo que han calculado que la Red Sur, Marga-Marga y Quillota, va a tener un retraso de seis meses para empezar la construcción. Aclaró que la concesión se empieza a construir después de un año, porque también se concesiona el diseño del proyecto, que no está hecho. Solo está el anteproyecto. Lo que retrasa que se haga la obra con fondos sectoriales es que hay que llamar a licitación, es decir, hay que partir de cero. En este caso – dijo- ya está adjudicado.

- Miembros de la Comisión señalaron estar en conocimiento que la reforma tributaria tiene un porcentaje para Salud, pero no saben cuánto; que entrará en vigencia entre el 2018 y el 2019, donde además se incluye la gratuidad escolar y la compra de colegios.

La Ministra Molina, indicó que en cuanto a los recursos, ella espera que le lleguen de la reforma tributaria. Dijo que en el presupuesto están financiados la mayoría de los que hoy están en el paquete de concesionados; también venían financiados con fondos sectoriales si es que no hubiesen sido concesionados. Piensa que la reforma les va a dar mucho más espacio, pero dentro de la distribución del fondo sectorial.

Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Angélica Verdugo.³

Consultada si existe el diseño de la construcción del hospital de Lonquimay señaló que está terminada la etapa de pre inversión y el diseño se hará de forma participativa, dada la gran cantidad de población indígena de la zona.

³ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión Investigadora N°16, de 2 de agosto de 2014.

Consultada por la factibilidad de contar con un centro de diálisis en dicho hospital, señaló que si el estudio de demanda da para instalar diálisis en el hospital, se contará con ello; de lo contrario, si la demanda no da, es algo que deberán analizar en conjunto con el equipo del Servicio de Salud.

Consultada por la situación del hospital de Vilcún, señaló que no lo tienen considerado en el plan de inversiones sectorial. Sin embargo, con los distintos gobiernos regionales están realizando convenios de programación y, en el caso de este hospital, se va a financiar por la vía de recursos del gobierno regional. Por tanto, Vilcún va a figurar dentro de los hospitales que se van a construir, pues están incorporando recursos a los gobiernos regionales para construir consultorios que se habían comprometido y el gobierno regional les adelanta recursos para hacer los diseños de los hospitales.

Consultada por el criterio de dejar el Instituto Nacional del Cáncer en proceso de licitación; si existe una posibilidad de reevaluar los criterios en torno a los tiempos en los cuales se van a desarrollar estas construcciones y cuál fue el criterio para declararlo en proceso de licitación. Asimismo se le consultó por el segundo hospital de la zona norte, a lo que la señora Verdugo respondió que los proyectos hospitalarios tienen un ciclo de desarrollo y, en el caso del segundo hospital para la zona norte, es un proyecto que no existía.

Según su experiencia dijo que se ha encontrado muchas veces con sectores o equipos de salud que luchan por un proyecto, pero al preguntar por la iniciativa, nunca existió. Le pasó con el Hospital Exequiel González Cortés, cuando dirigió el Servicio de Salud Metropolitano Sur. Todo el mundo hablaba del proyecto del hospital y cuando asumió la dirección de dicho servicio, nunca hubo un proyecto de hospital, y se venía hablando desde hace 20 años. Luego, hicieron el proyecto y hoy se está construyendo. Reiteró que no ha habido nunca un proyecto de hospital para la zona norte y el Servicio de Salud Metropolitano Norte, en la actualidad, está levantando la etapa preinversional de ese proyecto, etapa que va a tomar, a lo menos, un año y medio.

Señaló que han dispuesto recursos para diseñar ese hospital. En el cronograma está el diseño y su intención es dejarlo licitado, de manera que el próximo gobierno destine los recursos para su construcción. No es que hayan dejado atrás el proyecto, sino que se trata de la maduración de un proyecto de la envergadura de un nuevo hospital para la zona norte.

Paralelamente –dijo- se está trabajando con los alcaldes, desde la Dirección del Servicio, para buscar un terreno, porque sabe que hay ofertas, pero están buscando el terreno.

El asesor del Ministerio de Salud, señor Sergio Teke.⁴

Señaló que en el cuadro siguiente se han detallado los costos, por concepto de construcción principalmente, de toda la cartera de hospitales que han sido adjudicados, hasta Red Quinta, que quedó en etapa de firma de decreto presidencial con los valores por concepto de subsidio fijo a la construcción para cada uno de los establecimientos. Cada valor se paga en 8 o 10 cuotas, dependiendo del contrato, y se trae a valor actual, con una tasa de descuento del 5,5% anual, y eso les da los valores que aparecen en color amarillo.

⁴ El detalle in extenso de la intervención consta en las actas de las sesiones de la Comisión Investigadora N° 1 y 2 de 20 de mayo y 3 de junio de 2014, respectivamente.

AÑOS	Subsidio Fijo a la Construcción (UF)	Valor Actual (UF) TD 6%	Subsidio Fijo a la Construcción (UF)	Valor Actual (UF) TD 6%	Subsidio Fijo a la Construcción (UF)	Valor Actual (UF) TD 6%	Subsidio Fijo a la Construcción (UF)	Valor Actual (UF) TD 6%	Subsidio Fijo a la Construcción (UF)	Valor Actual (UF) TD 6%	Subsidio Fijo a la Construcción (UF)	Valor Actual (UF) TD 6%
ESTABLECIMIENTO	MAIPU Y LA FLORIDA		ANTOFAGASTA		SALVADOR-GERIATRICO		SOTERO DEL RIO		FELIX BULNES		QUILLOTA PETORCA-MARGA MARGA	
M2	140.300	140.300	114.048	114.048	165.948	165.948	215.212	215.212	129.788	129.788	129.254	129.254
CONCESIONARIA	SAN JOSE-TECNOCONTROL		SACYR		GIA-ASSIGNIA		FERROVIAL		ASTALDI		OHL	
IVA	876.584	876.584	1.007.000	1.007.000	1.275.660	1.275.660	1.672.000	1.672.000	1.007.000	1.007.000	1.111.500	1.111.500
1	1.110.075	1.052.204	834.406	790.906	1.077.600	1.021.422	1.799.980	1.706.142	1.133.838	1.074.728	1.400.540	1.327.526
2	1.110.075	997.350	834.406	749.674	1.077.600	968.172	1.799.980	1.617.196	1.133.838	1.018.699	1.400.540	1.258.319
3	1.110.075	945.355	834.406	710.592	1.077.600	917.699	1.799.980	1.532.888	1.133.838	965.592	1.400.540	1.192.719
4	1.110.075	896.071	834.406	673.546	1.077.600	869.857	1.799.980	1.452.974	1.133.838	915.253	1.400.540	1.130.539
5	1.110.075	849.357	834.406	638.433	1.077.600	824.509	1.799.980	1.377.227	1.133.838	867.538	1.400.540	1.071.601
6	1.110.075	805.077	834.406	605.149	1.077.600	781.525	1.799.980	1.305.428	1.133.838	822.311	1.400.540	1.015.736
7	1.110.075	763.106	834.406	573.601	1.077.600	740.782	1.799.980	1.237.373	1.133.838	779.442	1.400.540	962.783
8	1.110.075	723.324	834.406	543.698	1.077.600	702.163	1.799.980	1.172.865	1.133.838	738.808	1.400.540	912.590
9	0	0	834.406	488.487	1.077.600	630.860	0	0	0	0	0	0
10	0	0	834.406	515.354	1.077.600	665.557	0	0	0	0	0	0
TOTAL UF	9.757.184	7.908.428	9.351.060	7.296.440	12.051.660	9.398.206	16.071.840	13.074.092	10.077.704	8.189.372	12.315.820	9.983.313
TOTAL M\$	234.172.425	189.802.265	224.425.440	175.114.565	289.239.840	225.556.934	385.724.160	313.778.210	241.864.896	196.544.919	295.579.680	239.599.513
UF/M2	70	56	82	64	73	57	75	61	78	63	95	77
M2 HOSPITAL	57.400	56.375	86.902	86.902	110.351	110.351	179.045	179.045	101.780	101.780	101.338	101.338
M2 ESTACIONAMIENTO	12.900	13.625	27.146	27.146	55.597	55.597	36.167	36.167	28.008	28.008	27.916	27.916
TOTAL M2	70.300	70.000	114.048	114.048	165.948	165.948	215.212	215.212	129.788	129.788	129.254	129.254

Afirmó que el grupo de hospitales más baratos de la serie son los hospitales de Maipú y La Florida, a un valor promedio de 56 UF el metro cuadrado; el segundo, con 1 UF de diferencia, es el Hospital Salvador Geriátrico, a un valor promedio de 57 UF el metro cuadrado, con cerca de 56 mil metros cuadrados de estacionamiento. Si uno separa el estacionamiento del hospital propiamente tal, el valor del Hospital Salvador se acerca a las 70 UF metro cuadrado.

Añadió que se hizo el mismo ejercicio para una serie de establecimientos financiados con fondos sectoriales -es decir, ciento por ciento de aporte fiscal directo- para centros de similar nivel de complejidad y de tamaño, similares a los establecimientos concesionados señalados en el cuadro anterior.

Tenemos dos valores: la división entre el valor en pesos, 30.880, por la UF del día en la cual se hizo la apertura de la oferta económica, dividido por la cantidad de metros cuadrados de cada uno de los establecimientos, nos entrega un primer valor de 39,8 UF. En seguida, para comparar cosas similares, se simula un flujo financiero a cuatro años de cada uno de esos establecimientos, y ese flujo se trae nuevamente a valor actual, con una tasa de descuento del 5,5% ciento, y ahí se llega a las 35.4 UF de la lámina anterior.

Ahondó en que han tenido a la vista algunos estudios donde al valor UF por metro cuadrado de la concesión se le descuenta una serie de aportes que por contrato hace el concesionario, por ejemplo, por concepto de asesoría en la inspección fiscal en la fase de explotación del establecimiento o aportes que hace el concesionario por concepto de gestión del cambio. En la práctica, de los contratos y de las bases de licitación no es posible deducir si esos aportes se pagan en el subsidio fijo a la construcción o en el subsidio fijo a la operación.

Por lo tanto, asumieron que bajo el modelo de concesión en el subsidio fijo a la construcción de cada uno de los establecimientos, se pagarían sólo los valores por concepto de diseño y de asesoría a la inspección fiscal para las fases de construcción de los establecimientos concesionados, y para comparar cosas similares sumaron a la inversión financiada con aportes ciento por ciento del Estado, los costos por concepto de diseño y costos por concepto de asesoría en la

inspección técnica de obras, que en promedio, los dos, suman cerca de 2,5 UF el metro cuadrado; así llegaron a las 37,9 UF por metro cuadrado, que incrementa levemente a las 35.4 que señalamos anteriormente.

Señaló que hasta el momento, la discusión en materia de concesiones se ha concentrado en el costo por construcción o en si son más rápidas o más lentas que la inversión tradicional.

De lo que han logrado levantar –dijo-, ninguno de los dos sistemas de financiamiento fue más rápido en los plazos. Están en una situación más o menos pareja.

Al concesionario se le paga por distintas vías. La primera se conoce como subsidio fijo a la construcción, que no es otra cosa que la amortización a la inversión en infraestructura.

Aclaró que desde la licitación del Hospital de Antofagasta en adelante se paga el subsidio fijo al equipamiento médico y al mobiliario clínico, que como modelo de negocio en este nuevo grupo de establecimientos concesionados se incorporó.

A partir de eso se empiezan a pagar los subsidios variables que, básicamente, tienen tres líneas: el subsidio variable o fijo a la operación, y una serie de premios, que son incentivos al cumplimiento del contrato.

En el caso de la serie, desde el Hospital de Antofagasta en adelante, para cancelar el subsidio fijo a la operación, se estableció un 60% de ocupación de camas. Es decir, el parámetro que se utiliza para pagar los subsidios fijos y variables de la operación es el índice ocupacional de las camas, y en los casos de Maipú y La Florida ese índice ocupacional era del 80%. En la práctica, señaló que el 60% es poco real si se mira establecimientos como el Hospital Santiago Occidente, ex Félix Bulnes, o Sótero del Río, que funcionan en la Región Metropolitana. Ninguno de estos establecimientos funciona a menos del 80% de índice ocupacional.

En el caso de Maipú y La Florida -por contrato- se establecen unos incentivos que se definen como incentivos por nivel global de servicios.

Cuando el concesionario en la fase de explotación cumple el 94% del contrato, el incentivo que se dejó estipulado en ese contrato es de 2.825 UF semestrales, que se cargan al presupuesto de operación de cada uno de los establecimientos, subtítulo 22. En el caso del cumplimiento del 97% del contrato, ese subsidio asciende a 5.650 UF.

Señaló que desde Antofagasta en adelante se baja el nivel de cumplimiento de contrato a 85%. A dicho porcentaje se le pagan 11 mil UF semestrales al concesionario, llegando a pagar cerca de 2 millones y medio de dólares, que es el equivalente a las 54.500 UF semestrales.

A su juicio no han encontrado antecedentes sólidos que justifiquen este incremento en los incentivos. Las razones que se han dado a nivel de Ministerio y de otros estudios que lo justifican es que dado el modelo de negocios que se planteó, fundamentalmente la incorporación del equipamiento y las tecnologías de información como parte de los contratos de concesión, se hizo esta variación en este tipo de incentivos para obtener la mayor cantidad de interesados en participar en estos procesos de licitación.

Respecto de los gastos operacionales de los establecimientos, dio como ejemplo el Hospital Salvador Geriátrico, el cual tiene un presupuesto sancionado por el Ministerio de Hacienda para operar, cerca de 78.300 millones de pesos anuales; por concepto de gastos en el subtítulo 21. Explicó que el recurso humano clínico que labora en el hospital, va a demandar recursos por cerca de 34.400; el subsidio fijo a la operación, al 60% de ocupación, alcanza un valor cercano a 13.600 millones de pesos; el subsidio variable a la operación, que se paga entre el 60 y 80% -es una tabla progresiva-, de alrededor de 630 millones de pesos; el nivel de servicio global intermedio, de 77%, es decir, 31.700 UF semestrales, significan cerca de 1.700 millones de pesos anuales, que se imputan al presupuesto del establecimiento; o sea, le quedan alrededor de 28 mil millones de pesos como saldo del subtítulo 22, para gastos en consumo básico, materiales, útiles quirúrgicos y farmacia.

Afirmó que según sus antecedentes, establecimientos de este nivel de complejidad, como el Hospital Salvador, no funciona con un promedio de 2.200 o 2.300 millones de pesos, en el subtítulo 22.

Explicó que si se compara el pago del concesionario en los dos grupos de establecimientos, en el caso de Maipú y de La Florida, el 16,36% del total del presupuesto de operación de los establecimientos se le paga al concesionario, y en el grupo Antofagasta, Quillota y Petorca, el 16,36% se transforma en 22,57%.

Respecto de la cartera de proyectos financiados por la vía tradicional, mencionó que hay una serie de establecimientos que catalogan en riesgo, fundamentalmente por las condiciones de avance físico y, en algunos casos, de abandono de las obras. Al 11 de marzo de 2014 prácticamente el 94% del presupuesto de inversiones, es decir, subtítulo 31, que gestiona el Ministerio de Salud, se encontraba decretado, lo que significa que hay un presupuesto disponible para nuevas iniciativas de 17.300 millones de pesos.

En siguiente presentación se observa la cartera de hospitales. Explicó que había 28 en fase de construcción, con distintos niveles de avance, de los cuales sólo Calama se encontraba en estado de abandono desde junio del año pasado, y 8 en fase de licitación de obra.

Informó que detectaron una serie de notas de cambio, que son solicitudes de la empresa constructora a la unidad técnica respecto de modificaciones de los valores de contrato, que pueden ser por concepto de obras extraordinarias o aumento de obra.

Explicó que las obras extraordinarias son partidas que no estaban consideradas en el contrato original y el aumento de obra son partidas que, por errores de cubicación u otro, se aumentan respecto del contrato original.

Concluye que en toda la red hospitalaria, el sector requiere recursos por cerca de 109 mil millones de pesos. De esa cantidad, una parte importante impacta en el presupuesto de 2014, ya que cuenta con 17.300 millones de pesos disponibles.

Subrayó que la situación más crítica es el hospital de Calama. Estiman que para terminarlo se requiere alrededor de 31 mil millones de pesos. La construcción tiene un 62% de avance y, generalmente, al llamar a licitación la empresa no cobra el 38% restante, sino que castiga por una serie de mermas o condiciones de deterioros en los cuales se encuentra el hospital.

Agregó que para el Hospital de Salamanca es necesario hacer una nueva licitación; tiene un porcentaje de avance cercano al 54%. El Hospital de Pitrufrquén se encontraba en la misma situación que el de Salamanca, y se resolvió por el Servicio de Salud, liquidar el contrato con la empresa constructora. Tenía cerca del 90% de avance del plazo -estaba programada la entrega para junio- y menos del 20% de avance de construcción, por lo que era imposible revertir esa situación.

Además, hace unas semanas detectaron dos proyectos importantes

Nº	NOMBRE PROYECTO	MONTO CONTRATO ORIGINAL (M\$)	MONTO CONTRATO VIGENTE (M\$) MARZO 2014	MAYORES OBRAS SOLICITADAS/ NUEVA LICITACION	MAYORES OBRAS APROBADAS	M2
HOSPITALES EN CONSTRUCCION						
1	REPOSICION HOSPITAL DE CALAMA	30.880.959	39.026.196	31.050.000		34.462
2	NORMALIZACION HOSPITAL DE COPIAPO	35.493.122	36.388.940	1.149.000		42.326
3	REPOSICION HOSPITAL DE SALAMANCA	7.890.572	7.897.106	4.499.100		4.999
4	REPOSICION HOSPITAL GUSTAVO FRICKE	85.401.044	85.401.044	1.262.576	203.000	92.000
5	REPARACIONES MAYORES HOSPITAL PSIQUIATRICO DE PUTAENDO	14.968.115	14.968.115	10.000		17.500
6	REPOSICION HOSPITAL DE RANCAGUA	66.902.646	75.947.333	4.500.000	2.857.355	68.202
7	REPOSICION HOSPITAL DE TALCA	71.457.547	77.737.131	2.000.000		85.870
8	NORMALIZACION HOSPITAL DE LOS ANGELES	42.449.351	46.961.957	3.184.000	2.884.146	48.000
9	REPOSICION HOSPITAL DE LAJA	8.929.276	9.228.776	154.000		6.755
10	REPOSICION HOSPITAL TRAUMATOLOGICO CONCEPCION	14.504.446	16.954.400	597.000		16.573
11	REPARACIONES MAYORES HOSPITAL DE CONCEPCION	7.458.811	7.657.065	470.000		12.036
12	REPOSICION HOSPITAL DE CAÑETE	18.776.993	20.047.038	0		12.118
13	REPARACIONES MAYORES HOSPITAL DE CURANILAHUE	1.125.242	1.125.242	1.375.000		1.204
14	REPARACIONES MAYORES HOSPITAL DE SAN CARLOS	6.308.902	6.638.773	65.000		7.748
15	REPARACIONES MAYORES HOSPITAL DE CHILLAN	7.164.113	7.340.397	1.294.000		7.879
16	REPOSICION HOSPITAL PENCO-LIRQUEN	26.763.243	26.763.243	0		23.567
17	REPOSICION HOSPITAL DE PITRUFQUEN	16.758.035	16.758.035	15.730.000		14.300
18	REPOSICION HOSPITAL DE LAUTARO	14.628.602	14.628.602	200.000		12.773
19	REPOSICION HOSPITAL DE PUERTO MONTT	69.312.953	75.836.641	5.556.316	4.100.000	111.394
20	REPOSICION HOSPITAL DE FUTALEUFU	9.055.617	9.055.617	0		3.877
21	REPOSICION HOSPITAL DE PUERTO AYSEN	28.448.009	28.448.009	205.000		14.458
22	REPOSICION HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTEZ	46.024.390	46.024.390	7.500.000	4.140.000	52.178
23	REPOSICION UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITAL BARROS LUCO	3.813.144	3.813.144	67.000		3.583
24	CONSTRUCCION EDIFICIO MONSEÑOR VALECH (PRIMERA Y SEGUNDA ETAPA)	6.469.173	6.469.173	15.904.350		19.278
25	HABILITACION PSIQUIATRIA ADULTO-INFANTIL HOSPITAL SAN BORJA	1.799.000	1.799.000	170.000		2.670
26	CONSTRUCCION UNIDAD DE ONCOLOGIA HOSPITAL ROBERTO DEL RIO	2.068.909	2.068.909	86.000		1.671
27	CONSTRUCCION CRS PUENTE ALTO	24.926.771	24.926.771	0		19.100
28	OBRAS PREVIAS Y TRASLADOS HOSPITAL DEL SALVADOR			12.026.000		
		669.778.983	709.911.047	109.054.842	14.184.501	

para Salud que no estaban considerados en los antecedentes que entregaron en el cambio de Gobierno. Uno es el Edificio Monseñor Valech, de 19.200 metros cuadrados, que hoy está en obra gruesa. La Fundación Los Cedros donó 7.500 millones de pesos para un tipo de proyecto de tamaño y complejidad inferior, fundamentalmente para concentrar camas críticas y quemados, y la decisión de las autoridades del Servicio de Salud de ese momento fue ampliar ese proyecto a pabellones quirúrgicos, imagenología, además de camas críticas, y se dispararon los metros cuadrados. Terminar esos 19.200 metros cuadrados le cuesta al sector cerca de 15 mil millones de pesos, sólo por concepto de obras civiles, habría que sumar al menos 6 mil o 7 mil millones de pesos por concepto de equipamiento. En ese edificio, reiteró, se concentran las unidades más complejas de un establecimiento hospitalario, camas críticas, unidades de quemados, que es la unidad de referencia de todo el país; imagenología, pabellones quirúrgicos, etcétera.

Además, indicó que hay una serie de obras previas del Hospital del Salvador que operan en el ambiente de concesiones que el sector debe asumir, que suman alrededor de 12 mil millones de pesos. Consisten en el traslado a instalaciones provisorias de servicios clínicos importantes, como el de Trauma, de Oftalmología del Hospital El Salvador, que es de referencia nacional; la dirección del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, etcétera. En suma, la alternativa de menor costo que se está evaluando es de 12 mil millones de pesos. Ante la

eventualidad de que se tome razón de la concesión del Hospital Salvador Geriátrico, por contrato, como sector deben entregar esa obra en doce meses.

Agregó que hay un grupo de ocho hospitales, entre los que se encuentran los de Alto Hospicio, Melipilla y Chimbarongo, que en marzo detuvieron el proceso de licitación, sólo para tener claridad respecto del tema presupuestario, porque les parecía irresponsable adjudicar mayores obras ya que tenían la sospecha de que con el presupuesto para el 2014, no se podría asumir los compromisos suscritos.

Hizo hincapié, en que la primera prioridad será financiar los contratos que hoy están comprometidos por el Estado junto a las mayores obras que han detectado.

Atención Primaria.

En materia de Atención Primaria, afirmó que se requieren recursos por cerca de 9.550 millones de pesos. Las situaciones más críticas son las de Illapel, Juan Fernández, Chonchi y Dalcahue, donde lo más probable, dado el estado de abandono y la cantidad de meses transcurridos, es que al momento de retomar estas licitaciones deban pagar casi los mismos valores que una obra nueva.

Cesfam Calama.

En el caso del Cesfam Central de Calama, es un hospital que por contrato se debería haber terminado en abril de 2014. La empresa constructora acaba de presentar una solicitud de aumento de plazo a la unidad técnica del Servicio de Salud Antofagasta, y se estaría prorrogando la fecha de término para el 2 de junio de 2014.

En forma paralela, indicó que el Servicio de Salud Antofagasta debe dar respuesta a una serie de informes emitidos por el Ministerio de Salud, donde solicita poner término anticipado al contrato, que era la propuesta original, dado el atraso que se ha presentado. El Servicio no ha entregado mayores antecedentes y estiman que se puede revertir la situación, siempre y cuando se establezcan todas las medidas de control y de seguimiento para asegurar su cumplimiento.

Reiteró que el Hospital de Calama es el más crítico de toda la cartera. Se encuentra abandonado desde junio de 2013. Tiene un 62% de avance. De acuerdo con los antecedentes financieros que se obtuvieron, se pagó alrededor del 94% del contrato, se avanzó sólo el 62% desde el punto de vista físico y se compró prácticamente todo el equipamiento médico. Resaltó que esto es un tema crítico, pues ese equipamiento médico se está deteriorando y las garantías de fábrica están corriendo. Agregó que la liquidación de dicho contrato se encuentra próxima a entrar a toma de razón, tiempo que puede mediar entre dos, cinco o seis meses. Explicó que sin el trámite de toma de razón no pueden hacer un nuevo proceso de licitación de obra. Piensan que el plazo de ejecución de este 38% físico restante, debiera ser entre doce a dieciocho meses. Cuando se termine esa obra, incluyendo los procesos de licitación, las garantías de los equipos médicos estarán todas vencidas.

Cesfam Antofagasta.

En el caso del Cesfam de Antofagasta, se está haciendo una solicitud de prórroga de fecha de término. Se estaría concediendo, desplazando la fecha para el 6 de junio de 2014.

Cesfam Illapel.

En cuanto al Cesfam de Illapel, se ingresó a la Contraloría General de la República la liquidación del contrato.

Explicó que la liquidación del contrato, técnicamente, es un acuerdo entre la empresa constructora, y en el caso de Illapel: entre el síndico de quiebras y el Servicio de Salud, en el cual acuerdan una cantidad determinada de partidas valorizadas. Después de que se ha tomado razón de la licitación de contrato, el sector, a través de su unidad técnica, el Servicio de Salud, puede iniciar un nuevo proceso de licitación.

Hospital de Salamanca.

Señaló que la misma situación ocurre con el Hospital de Salamanca. El contrato venció el 17 de abril y el Servicio de Salud Coquimbo tomó control de la obra, con todos los resguardos, y también se están realizando todos los análisis técnicos para efectuar la liquidación del contrato, ingresar a Contraloría, y el Ministerio de Salud retomar la licitación de las obras civiles.

Hospital Gustavo Fricke.

En el caso del Hospital Gustavo Fricke, desde el Ministerio de Salud se ha reconstituido la unidad técnica.

Explicó que ante situaciones de obras paralizadas o con avance físico considerablemente inferior a lo programado, nunca existe un sólo responsable. Eso se ha planteado con fuerza en todas las reuniones que hemos tenido con los equipos técnicos y con las empresas constructoras, o con quienes se hacen cargo de las obras civiles.

Señaló que cuando existe una unidad técnica débil en algunos servicios de Salud, como ocurre en el Hospital Gustavo Fricke, puede ocasionar problemas a la empresa constructora, porque no responde oportunamente.

Lo que se ha hecho, expresó, es reorganizar la unidad e inspección técnica para que puedan tomar control. Se está solicitando un aumento de plazo de 99 días, lo que se está evaluando. Esta unidad técnica, más la asesoría de la inspección técnica, que está contratada por el Servicio, puede solicitar a la empresa constructora una reprogramación de obras creíble, para llevar a cabo el correcto control y seguimiento de la misma.

Hospital Exequiel González.

En el caso del Hospital Exequiel González Cortés, que también presenta un atraso considerable, se está llegando a un acuerdo similar al del Hospital de Rancagua, un *adendum* de contrato, en el cual se establecerá una nueva programación de obra, con nuevos plazos reales.

Hospital de Rancagua.

Respecto del Hospital de Rancagua, en abril se firmó un último *adendum* de cierre de contrato, y se estableció como nueva fecha de término para el 16 de junio. Dijo que ahí también se reforzó la unidad técnica.

Hospital de Puerto Montt.

Aclaró que el problema del Hospital de Puerto Montt no es físico. Dijo que ahí se recepcionó una obra que técnicamente no estaba terminada. Por ello, desde el punto de vista financiero requiere 10 mil millones de pesos adicionales para su término, fundamentalmente por una serie de notas de cambios que no fueron presentadas oportunamente, y por cerca de 5 mil millones de pesos en equipamiento que no estaban decretados en el presupuesto de 2014. El hospital debiese haber terminado contractualmente en febrero, y hay 5 mil millones de pesos que no estaban decretados, que deben decretar con cargo a los 17.300 millones de pesos que tienen como disponibles en el presupuesto de este año 2014.

Cesfam Dalcahue y Chonchi.

En el caso de Dalcahue y Chonchi, que son los dos establecimientos de Atención Primaria de Chiloé, desde el punto de vista legal, son los centros más complicados, junto con el hospital de Calama. Aquí el director del servicio anterior hizo un cambio de boletas de garantía por pólizas de seguros, en circunstancias que las bases administrativas no lo permitían.

Dijo que en paralelo, se han presentado las liquidaciones de contrato a la Contraloría. Están a la espera de que se tome razón para reiniciar la obra en el menor tiempo posible.

En una segunda sesión, hizo una síntesis de los modelos de negocios de los dos paquetes de hospitales concesionados. Se explayó en base a los siguientes cuadros:

Comparación piloto versus estrategia de concesiones

	Pilotos anterior al 2010		Estrategia Concesiones posterior 2010			
	La Florida	Maipú	Antofagasta	Salvador/Geriátric	Félix Bulnes	Sótero del Río
Nº Camas	391	375	671 (en 8 años)	644 (en 4 años)	523 (en 5 años)	710
% DCO	80	80	60	60	60	60
SFC (Neto)	577.239 UF	532.836 UF	834.406 UF	538.800 UF	566.919 UF	899.990 UF
SFO (neto)	124.800 UF	115.200 UF	177.606 UF	250.000 UF	180.000 UF	290.000 UF
Nº cuotas SFC	8, anuales	8, anuales	10, anuales	20, sem	16, sem	16, sem
Nº cuotas SFO	30, sem	30, sem	30, sem	30, sem	30, sem	30, sem
% NSG (Bajo)	92-94	92-94	70-77	70-77	70-77	70-77
% NSG (Medio)	94-97	94-97	77-85	77-85	77-85	77-85
% NSG (Alto)	>97	>97	>85	>85	>85	>85
Incentivo % NSG (Bajo)	0	0	11.000	14.000	10.000	14.000
Incentivo UF NSG (Medio)	2.825	2.825	25.000	31.700	23.000	32.000
Incentivo UF NSG (Alto)	5.650	5.650	43.000	54.500	41.000	55.000
Nº Estacionamientos total	580	516	800	1.521	599	1.277
Nº estacionamientos Hospital	400 gratuitos	400 gratuitos	450 gratuitos	980	419	876
Nº estacionamientos visitas	180 excepcionales sin costo	116 excepcionales sin costo	350 con costo	541 con costo	180 con costo	401 CON COSTO

Señaló que para comprender esta materia, es más gráfico observar los dos cuadros anteriores, en los que se hace una suerte de sustentabilidad financiera, es decir, se comparan los presupuestos totales de cada uno de los establecimientos.

Mencionó que en la columna total del cuadro de arriba, se consigna el presupuesto total aprobado por el Ministerio de Hacienda de la época, en relación con los gastos operacionales, tanto por concepto de recurso humano, como por concepto de bienes y servicios de consumo de cada uno de los establecimientos.

Además, se observan los subsidios fijos a la construcción, identificados y expresados a la UF de hoy en cada uno de los contratos, cuando corresponde, o en las bases de licitación, o en las ofertas económicas.

En la columna donde se consignan los incentivos medios por los niveles de servicios globales, el modelo de negocio ha recibido grandes críticas, pues se subieron sin ninguna explicación los incentivos al concesionario por cumplimiento o por incumplimiento del contrato. Esto está situado en el orden del 85% de cumplimiento de contrato. Es decir, cuando un establecimiento como el Salvador Geriátrico o como el Sótero del Río llega a ese 85% de cumplimiento del contrato de explotación, se le cancela al concesionario anualmente cerca de 3

Incentivos Concesiones

23.945,55										
ESTABLECIMIENTO	TOTAL	21	SFO	SVO (80%)	NIVEL SERVICIO GLOBAL	SALDO 22	22/TOTAL	CONCESIONARIO /TOTAL	22/TOTAL	
HOSPITAL DE MAIPU	40.916.913	24.273.642	5.517.055	0	270.585	10.855.632	26,53%	14,14%		14,80%
HOSPITAL DE LA FLORIDA	40.425.781	22.652.169	5.976.809	0	270.585	11.526.218	28,51%	15,45%		
HOSPITAL ANTOFAGASTA	42.245.187	24.484.243	8.505.747	649.722	1.197.278	7.408.198	17,54%	24,51%		21,22%
HOSPITAL SALVADOR GERIATRICO	76.705.765	34.400.728	11.972.775	633.387	1.518.148	28.180.728	36,74%	18,41%		
HOSPITAL SOTERO DEL RIO	93.883.667	52.089.662	13.888.419	1.380.579	1.532.515	24.992.491	26,62%	17,90%		
HOSPITAL FELIX BULNES	49.384.092	29.260.035	8.620.398	612.268	1.101.495	9.789.896	19,82%	20,93%		
HOSPITAL MARGA MARGA	31.631.108	16.524.310	5.648.755	271.343	1.125.441	8.061.259	25,49%	22,27%		
HOSPITAL QUILLOTA-PETORCA	31.484.676	16.478.279	5.940.891	271.343	1.125.441	7.668.723	24,36%	23,31%		

23.945,55										
ESTABLECIMIENTO	NUMERO DE CAMAS	VALOR CAMA AÑO	PROMEDIO	DIFERENCIA PRECIO	DIA CAMA OCUPADO AL 80% O 60%	VALOR DIA CAMA	PROMEDIO	DIFERENCIA PRECIO		
HOSPITAL DE MAIPU	375	15.433.705	15.705.847	40,13%	109.500	52.855	53.787	86,84%		
HOSPITAL DE LA FLORIDA	391	15.977.990			114.172	54.719				
HOSPITAL ANTOFAGASTA	671	15.428.832	146.949		70.451					
HOSPITAL SALVADOR GERIATRICO	642	22.000.483	140.598		100.459					
HOSPITAL SOTERO DEL RIO	710	23.664.103	155.490		108.055					
HOSPITAL FELIX BULNES	635	16.274.269	139.065		74.312					
HOSPITAL MARGA MARGA	262	26.891.370	57.378		122.792					
HOSPITAL QUILLOTA-PETORCA	264	27.794.222	57.816		126.914					
			22.008.880				100.497			

millones de dólares.

La columna de los saldos, representan los que quedarían a los establecimientos por concepto de presupuesto para bienes y servicios de consumo. Señaló que este cuadro se les mostró a los alcaldes de Quillota y de Villa Alemana y, por ejemplo, se les informó que en el caso de los dos establecimientos situados en esas localidades el saldo significa un presupuesto cercano a los 8 mil millones de pesos, que en promedio son 750 millones de pesos al mes, fundamentalmente para otros gastos por concepto de bienes y servicios de consumo, es decir, materiales y útiles quirúrgicos, gastos de farmacia, consumos

básicos, etcétera. Está claro que un hospital de 260 o 270 camas no sobrevive con 700 millones de pesos al mes por gasto por este concepto.

Hizo notar que en el caso de Maipú y de La Florida al concesionario se le paga aproximadamente el 15% del total del presupuesto del subtítulo 22, bienes y servicios de consumo, mientras que en el caso del grupo desde Antofagasta en adelante, se le paga cerca del 21 o 22% del mismo presupuesto.

En la columna donde está el número de camas por las cuales se han licitado o adjudicado los establecimientos, precisó que si se considera la suma del subsidio fijo a la operación, más el subsidio variable, más el nivel de servicio global, significa que el valor cama año de cada grupo de hospitales promedio para el caso de Maipú y La Florida es de 15 millones 700 mil pesos y en los hospitales desde Antofagasta en adelante es de 22 millones de pesos, o sea, un 40% más caro. Aclaró que estos son valores de contratos, que están en los antecedentes y en los pliegos de la licitación. En el caso de Red Quinta llegó a pagarse cerca de 27 o 28 millones de pesos por cama año.

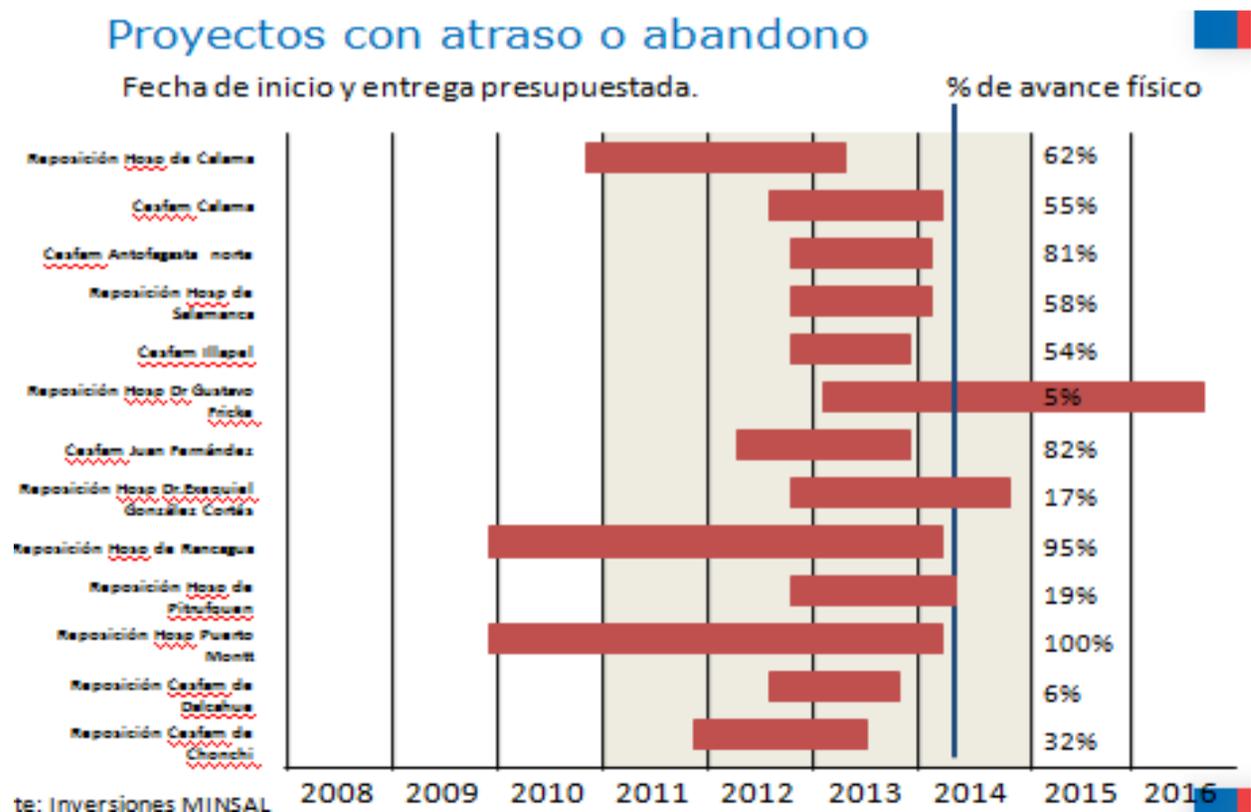
En cuanto a los días cama ocupados que, en estricto rigor, se compra al concesionario, según contrato de concesión, en la práctica se cancela el subsidio fijo a la operación, que se traduce en esta cantidad de días cama ocupados, al 80 o al 60%. ¿Cómo se calculan matemáticamente los días cama ocupados? Son 375, en este caso, por 365 días al año, por 0,8.

Añadió que en el caso de Maipú y de La Florida, los días cama pagados al concesionario ascienden a cerca de 54.000 pesos, y el valor promedio de los días cama desde Antofagasta en adelante es de 100.000 pesos. Es decir, un 57% más, para lo cual no hay ninguna explicación.

Piensa que un hospital de la complejidad del Sótero del Río, de cerca de 700 camas, no vive con 2.000 millones de pesos al mes.

Consejo de Defensa del Estado y auditoría sectorial.

En esta imagen, indicó, se muestra el estado de avance en que esta cada hospital.



También se puede ver la fecha de inicio y la entrega presupuestada de cada uno de los hospitales que están con problemas.

Recordó que el hospital de Calama, que se empezó a construir en el gobierno de la Presidenta Bachelet, quedó con 62% de avance. Fue abandonado a comienzos de 2013 por quiebra de la empresa. Retomar su construcción significa prácticamente lo mismo que comenzar de cero, porque la infraestructura ha sufrido mucho deterioro.

El Centro de Salud Familiar de Calama se comenzó a construir a mediados de 2012 y quedó con 55% de avance físico paralizado. Más o menos lo mismo ocurre con el Cesfam de Antofagasta, aunque está más avanzado. La reposición del Hospital de Salamanca está casi en 60%, pero también se encuentra detenido, al igual que el Cesfam de Illapel.

Hizo notar que la situación del Hospital Gustavo Fricke es bastante dramática, porque alcanzó el 5% de avance, pero debería llevar más del 50%. La empresa constructora aduce incapacidad del Servicio de Salud y problemas administrativos, o sea, las contrapartes no funcionaron. Por lo tanto, se está trabajando con la misma empresa para poner al día la situación, seguir adelante y no volver a licitarlo, porque eso demoraría la construcción.

Añadió que el Cesfam de Juan Fernández también presenta problemas. Se comenzó a construir después del maremoto. Quedó con un 82% de avance, y se encuentra sin terminar desde mediados de 2013.

El Hospital Exequiel González Cortés tiene un retraso muy importante, porque debería estar terminado a mediados de este año. Las labores comenzaron en el gobierno del Presidente Piñera, en 2012, pero lleva recién un 17% de avance. Es un retraso irreversible.

Respecto del Hospital de Rancagua mencionó que es un caso interesante, porque está bastante avanzado. Está muy cerca de terminarse la construcción, aunque debiera haber sido entregado en 2013, hubo problemas de retraso y de relación con el Servicio de Salud. Hay una serie de multas no cobradas y de pagos que no merecían ser pagados porque no había sido entregado el avance de las obras, pero se está negociando con la empresa constructora para terminarlo. Juzgó que sería terrible tener que partir con otra empresa a estas alturas.

Agregó que el caso del Hospital de Pitrufquén también es dramático, porque tiene una demora irreversible. Se le dio una oportunidad a la empresa constructora para que diera una señal de que era capaz de avanzar y se puso como meta el 12% de avance al mes, pero no pudo más que el 1%. Entonces, el director del Servicio actual procedió a terminar el contrato con la empresa. Dijo que este caso se encuentra en proceso de toma de razón en Contraloría. Lo más probable es que haya que contratar una nueva empresa para terminar el hospital, ya que tiene un avance de 19%.

En cuanto al Hospital de Puerto Montt, su avance físico está en un 100%. Sin embargo, el problema no tiene que ver con la construcción física, sino con el equipamiento, con algunas áreas de red de gases y problemas de agua. Por lo tanto, se inaugurará el consultorio de especialidades, pero al no haber equipamiento, no se pueden hacer los exámenes de laboratorio. Con esto se ha producido un problema bastante importante, en el sentido de que este hospital

quedó a cinco kilómetros de distancia del antiguo, entonces los pacientes irán a controlarse al nuevo recinto, pero para hacerse un hemograma deberán viajar cinco kilómetros. No obstante, en cuanto a la planta física, está terminado al 100%.

También se refirió a los recintos de Dalcahue y Chonchi, que son centros de salud familiar que responden a poblaciones que no pueden ir a otra parte. Para ellos llegar a otro lugar significa cuatro o cinco horas de desplazamiento. Señaló que se está viendo la forma de retomar esa construcción rápidamente. Se deberían haber terminado en 2013, pero uno quedó con 6% de obra y el otro con 32%. Las labores se paralizaron por problemas con la empresa constructora.

Piensa que los montos del contrato original y de los contratos vigentes, en términos de los proyectos que están con atraso o abandono, sin duda van a tener una pérdida, no sólo en tiempo, sino también porque retomar las obras seguramente va a subir bastante el precio.

Daño patrimonial al Estado.

En relación con el daño patrimonial, anotó que de acuerdo a un

Servicio de Salud	Establecimiento	Boletas de Garantía (Fiel cumplimiento, Anticipos u otras)	Multas por cobrar y Pagos por cobros judiciales	Gastos en Seguridad y Bodegaje de equipos y otros gastos \$	TOTAL
ANTOFAGASTA	Equipamiento de la Normalización Hospital Carlos Cisternas, Calama II Región	0	0	\$ 233.634.599	\$ 233.634.599
COQUIMBO	Construcción CESFAM Urbano Illapel	0	0	\$ 28.607.143	\$ 28.607.143
	Normalización Hospital de Salamanca	\$ 1.183.585.835	0	0	\$ 1.183.585.835
CONCEPCION	Reparación Torre Hospitalización Etapa 1, Hospital Guillermo Grant Benavente	0	0	\$ 240.017.489	\$ 240.017.489
CHILOE	Construcción Centro de Salud Familiar Dalcahue	\$ 587.751.099	\$ 91.961.479	\$ 30.659.805	\$ 710.372.383
	Reposición Centro de Salud Familiar de Chonchi	\$ 135.624.465	\$ 119.792.329	\$ 112.275.690	\$ 367.692.484
		\$ 1.906.961.399	\$ 211.753.808	\$ 645.194.726	\$ 2.763.909.933

estudio realizado por el departamento de auditoría del Ministerio, el hospital de Calama le ha significado al Estado una pérdida patrimonial de 233 mil 634 millones de pesos. El Cesfam Urbano de Illapel y la normalización del Hospital de Salamanca, en su conjunto, por gastos en seguridad, implementos y bodegaje, han costado 28 mil millones. En el ámbito de la normalización del Hospital de Salamanca, la boleta de garantía que nunca se pudo cobrar a la empresa es por 1.000 millones 183 mil pesos. En Concepción, la reparación de la 1ra. etapa de la torre del Hospital Gran Benavente, por gastos de seguridad, bodegaje y otros, significó 240 mil millones. Mientras que en Chiloé, la construcción del Centro de Salud Familiar de Dalcahue y la reposición del de Chonchi, suman en total más de 1.000 millones por las boletas de garantía que quedaron impagas, así como multas por cobrar, pagos de cobros judiciales y gastos en seguridad y bodegaje. En términos de daño patrimonial, eso significó la paralización de esas obras. Probablemente, es un cuadro bastante general que no considera el ciento por ciento del costo que va a significar para el Estado este retraso.

El auditor interno del Ministerio de Salud, señor Jonathan Leiva.

Expresó que su trabajo de auditoría se desarrolló de manera muestral para 19 proyectos de inversión, en conjunto con su compra de equipamiento adosada, en 12 servicios de salud.

En cuanto a las conclusiones generales que se pueden rescatar en términos concretos respecto del nivel central, señaló que no tuvieron a la vista un plan de monitoreo de parte de la división de inversión anterior que permitiera establecer el estado real de los hospitales e inversiones y dejar evidencia de los análisis que se hicieron respecto del monitoreo técnico de esos avances. Lo que implica, a su vez, no tener homogeneidad en la evaluación de cada uno de los técnicos que visitaron los hospitales y analizar el mecanismo y la forma de evaluación del avance técnico y financiero.

Mencionó que hay elementos transversales en relación con este tema, como es, deficiencia en el resguardo de la vigencia de las boletas de garantía y que, incluso, se faltó a la ley de compras públicas, específicamente a la estricta sujeción a las bases, dado que las boletas de garantía fueron cambiadas en algunos aspectos, de manera unilateral, por pólizas de seguro que hoy no les permite recuperar ciertos valores y está demostrado en las cifras el perjuicio fiscal que ello implica.

Asimismo, se observan retrasos significativos que afectan al estatuto administrativo en procesos sumariales que se dictaron en su momento y que a la fecha no han sido concluidos.

También se observa –dijo- un retraso importante en los análisis de notas de cambios, un instrumento técnico que se utiliza para validar procesos de pagos que podrían tender a generar una insolvencia financiera del contratista.

Ministerio de Obras Públicas.⁵

Ministro de Obras Públicas señor Alberto Undurraga.

Inició su exposición enmarcando cuáles son las razones que da la literatura para apuntar a la asociación público-privada y cómo ha sido reconocidamente exitoso en carreteras y aeropuertos. Sin embargo, en otros sectores hay controversias, precisó.

La primera razón que da la literatura, no solo en Chile, sino que también en otros lugares del mundo para impulsar la asociación pública-privada [concesiones], es que permite adelantar inversiones que el Estado no puede hacer por razones presupuestarias. Gracias a la asociación pública-privada es posible tener antes una carretera, porque el Estado adelanta la inversión, los aeropuertos, embalses o centros cívicos. Ello puede generar algunas eficiencias económicas. Una segunda razón, asociada a la anterior, es que esto tiene un efecto inmediato que permite liberar recursos para otras obras, que de lo contrario estarían en la infraestructura principal. Una tercera razón –dijo- tiene que ver con que la asociación público-privada permite destinar recursos de mantención pública de esas obras a nuevas inversiones.

⁵ El detalle in extenso de las intervenciones consta en las actas de las sesiones de la Comisión Investigadora N°3, 4 y 9, de 10 y 16 de junio, y 15 de julio de 2014.

Desde el punto de vista político, citó a los profesores Eduardo Engel, Alexander Galetovic, Ronald Fischer quienes señalan que nuevamente en carreteras y aeropuertos la asociación público-privada genera incentivos correctos para la mantención de la infraestructura. Los gobiernos, por el ciclo político, más bien están interesados en inaugurar que en mantener, salvo que el deterioro sea excesivo se preocupan de la mantención, pero siempre al límite.

Recordó que en Chile, el 11 de agosto de 2009, fueron adjudicados los hospitales de Maipú y La Florida; el primero con 375 camas y el segundo con 391 y entraron en operación en diciembre de 2013 con todas las dificultades conocidas en dicha operación.

El hospital de Antofagasta fue adjudicado el 26 de febrero de 2013. Actualmente –dijo- está en construcción y se espera el inicio de operación en 2016; el hospital Salvador Geriátrico fue adjudicado el 11 de febrero de 2014; el hospital Santiago Occidente fue adjudicado el 27 de febrero de 2014. Se tomó razón de los dos últimos; para el Hospital Sotero del Río el mismo decreto fue el 4 de marzo de 2014. En los hospitales de la Red Quinta nunca fue enviado el decreto durante el gobierno anterior, porque no contó con todas las firmas respectivas, acotó.

Respecto a los costos, señaló que las políticas de salud, como sucede en las cárceles, el MOP actúa por mandato del Ministerio de Justicia, y en este tema, el MOP actúa por mandato del Ministerio de Salud. Entonces, su rol es resolver los problemas de infraestructura que se le soliciten, independiente de la fuente de financiamiento, porque en el hospital de Puerto Natales, por ejemplo, el MOP, a través de la Dirección de Arquitectura, está haciendo un aporte importante de recursos públicos en una construcción nueva; más allá de que hoy esta Comisión esté interesada con el otro sistema de financiamiento.

En cuanto al análisis global, señaló que no ha habido una voz distinta en el Gobierno en el sentido de que los hospitales concesionados, en términos de costo, son más caros que los construidos por la inversión directa del Estado. Aunque solo hay dos hospitales, el de Maipú y La Florida, que han terminado, siendo la muestra muy pequeña, da cuenta de que en el último tiempo ha sido levemente más rápida la ejecución respecto a la fecha de los contratos; es decir, han tenido retrasos menores que los hospitales construidos por la vía del gasto directo. Por lo tanto, no hay voces distintas en el Gobierno respecto a que han sido más caros, pero más rápidos.

Respecto de las cifras, comentó que sí ha habido diferencias entre los equipos. Hubo problemas metodológicos; los hospitales concesionados tienen un costo aproximado de 50 UF por metro cuadrado con IVA incluido. Algunos de los problemas de metodología tenían que ver en cómo se había puesto el flujo en uno de los cálculos; en otro, si estaba calculado o no el IVA.

En relación con los problemas que han presentado los hospitales de Maipú y La Florida, le parece que la puesta en marcha de cualquier sistema puede tener dificultades. Mencionó que hay que distinguir cuáles son propias de la esencia de un modelo de concesión y cuáles de la rigidez del contrato y problemas que no tienen que ver con la modalidad de concesión, sino con la operación de salud.

¿Qué puede informar sobre los nuevos hospitales? El invitado recordó que en el programa de Gobierno se señala -en la parte infraestructura- que se evaluará la pertinencia de ocupar el sistema de concesión para el

financiamiento de cárceles u hospitales dependiendo de si se otorga o no valor público a dichas infraestructuras. El programa viene a reflejar las diferencias teóricas que hay respecto a la conveniencia de tener una infraestructura distinta a carreteras y aeropuertos, donde hay bastante unanimidad en que el sistema de asociación público-privada es un buen sistema.

Aclaró que el Ministerio de Salud despejó rápidamente el tema, en sus primeros anuncios, al señalar que no se iban a hacer nuevas concesiones. ¿Qué significó eso para el MOP, que actúa por mandato? Que aquellas concesiones, que no estaban en el proceso de adjudicación, fueran suspendidas (Red Sur y Red Maule). Dicha suspensión no significó que no se vayan a realizar, sino que es el sistema de financiamiento el que cambia siendo el Ministerio de Salud el que define cómo se harán.

Respecto de aquellos que ya habían sido ingresados a la Contraloría, les pareció –en conjunto con el Ministerio de Salud- que tenían que hacer una revisión de los distintos hospitales, uno por uno. En aquel que les parecía que hubiera alguna irregularidad, vicio o algo fuera de lo normal, procedieron a sacarlo del trámite y el resto, naturalmente, sigue su camino.

Anunció que el precio unitario del día cama en el hospital de Maipú es de 0.5 UF; en La Florida, 0.5; en Antofagasta, 0.488; en El Salvador Geriátrico, 0.498; en el Félix Bulnes, 0.59; en Marga Marga, 0.518; en Quillota Petorca, 0.499. Los últimos dos nunca han entrado a la Contraloría, pero señaló que los mencionaba para efectos de cálculo. Sin embargo, el costo del hospital Sótero del Río era de 0.98, o sea, absolutamente fuera del valor cama. Eso sumado a que los metros cuadrados que estaban en la licitación eran muy distintos al programa médico arquitectónico inicial que encargó el Ministerio de Salud, les pareció que eran dos elementos que se salían de norma y, por lo tanto, acogiendo el mandato del Ministerio de Salud, procedieron a retirarlo de la Contraloría, afirmó.

Luego –dijo- al ser anunciado el programa general de hospitales, la Ministra de Salud ha comunicado la forma de financiamiento de cada uno de ellos y queda claro que el Hospital Sótero del Río y el de la Red Quinta van a ser financiados a través de gasto directo.

A la consulta de ¿qué es exactamente lo que se concesiona en el caso de El Salvador y del Félix Bulnes, dado que ha habido mucha inquietud respecto del alcance que tiene el nivel de concesiones en estos hospitales? respondió que la siguiente tabla puede ser ilustrativa para constatar cómo fueron cambiando en el tiempo.

Servicios	Primer Programa (Maipú - La Florida)	Hospital Antofagasta	Programa en Desarrollo
Gestión Clínica	No	No	No
Mantenimiento Infraestructura	Sí	Sí	Sí
Inversión, Mantenimiento y Reposición Equipamiento Industrial	Sí	Sí	Sí
Adquisición, Mantenimiento y Reposición Equipamiento Médico y Mobiliario	No	Sí	Sí
Servicios de Alimentación, Aseo, Lavandería, Ropería	Sí	Sí	Sí
Sistemas de Información Tecnológica	No	Sí	Sí
Servicios de Esterilización	No	No	No
Servicios Logísticos	No	No	Sí
Servicios Transporte	No	No	Sí
Otros: Cafetería, Estacionamientos	Sí	Sí	Sí

Dijo que en el programa 1, se concesionan los servicios de infraestructura y equipamiento industrial para el de Maipú y La Florida, aseo, seguridad y estacionamiento, lavandería, alimentación. Ninguna otra cosa. Solo tres de ocho ítems. En el programa 2, en Antofagasta, se concesiona, además del servicio de infraestructura y equipamiento industrial, de aseo, seguridad y estacionamiento y de lavandería y alimentación, dos temas adicionales: el servicio de gestión de cambio y tecnología de información y, el otro, es provisión y mantenimiento del equipo médico. En el último, no se concesionan las actividades y servicios clínicos, pero sí se concesiona el servicio de infraestructura y equipamiento industrial, no cambiando respecto de los anteriores, aseo, seguridad, estacionamiento, lavandería y alimentación; servicio de gestión del cambio y tecnologías de información, que eso no lo tiene el de Maipú ni el de La Florida, pero sí lo tiene Antofagasta; provisión y mantenimiento del equipo médico, que no lo tiene Maipú-La Florida, pero sí lo tiene Antofagasta y después nuevas cosas que son solo en este caso, como servicio de almacenamiento y dispensación y servicio de transporte extrahospitalario. Dicho de otra forma – afirmó- en el primer esquema de concesión, de ocho ítems se concesionaban tres; en el segundo esquema de concesión, de ocho ítems se concesionaban cinco y, en el tercer esquema de concesión, de ocho ítems se concesionan siete.

Consultada su opinión sobre el modelo de índice al subsidio variable en la operación que fue disminuyendo del 97% (Maipú-La Florida) al 85% (Antofagasta) y sobre las motivaciones que habría tenido el gobierno anterior para aceptar dicho cambio, respondió que solo puede responder a una parte de la pregunta. Señaló que no puede responder cuales habrían sido las motivaciones quienes hicieron este modelo, pues él no estaba en esa época. Sin embargo, aventuró una opinión y expresó que los defensores de los modelos variables, en cualquiera de los casos, señalan que cuando son variables se transfiere el riesgo al operador final. ¿Qué es lo que hace el Ministerio de Obras Públicas en las nuevas carreteras? Las primeras eran a plazo fijo y eso significaba que si aumentaba el flujo, ganaba mucho dinero el concesionario, en circunstancias que no era justo porque se calculó una demanda menor y, a la inversa, perdía mucho dinero y quebraba la empresa. Entonces, los modelos de carretera, nuevos, lo que tienen es un modelo de plazo variable. En este caso es un premio variable, pero apunta al mismo concepto de plazo variable para de esa forma mitigar el riesgo de demanda y si el flujo es mayor se acorta la concesión y si el flujo es menor se alarga la concesión.

Precisó que tales argumentos los dan quienes defienden el modelo variable, pero para que haya uno que tenga esas características tiene que ser incierta la demanda. Si es que la demanda es consistentemente cierta el modelo variable no es restrictivo. Eso es parte del análisis de quienes conocen si es que en este caso es o no incierta la demanda. Da la impresión –dijo- por información que ha recibido por parte del Ministerio de Salud, que más bien la demanda tiende a estar en el tope y no es incierta y si es que lo fuera se dan los supuestos de transferir el riesgo.

Consultado sobre el valor metro cuadrado en los hospitales concesionados, expresó que el costo promedio es de 50 UF el que es coincidente con el que expresa la diputada Rubilar que afirma es de 49 UF. Probablemente – dijo- la diferencia está en el margen. Puede ser si fue con promedio ponderado o con promedio simple, o la tasa de interés que se tomó de descuento.

Afirmó asimismo que es positivo que se señale –hay un cierto acuerdo- que los hospitales concesionados son más caros que los hospitales hechos por compra directa. Reiteró que ello no es ni bueno ni malo. Es un dato y es tan razonable como cuando uno compra a crédito el producto, sale más caro que si lo compra al contado. Es parte de la naturaleza de la forma de financiamiento, aclaró.

Le parece que si la diferencia está en cuánto más caro resulta una forma respecto de la otra, es una discusión secundaria, y si en algún momento hubo diferencias en los números o en la metodología entre los equipos técnicos de dos ministerios, le parece que no es relevante, toda vez que ya está resuelto.

Reiteró que en la agenda de trabajo por delante, en cada uno de los hospitales que hay que construir, el MOP va a estar a disposición en la construcción de infraestructura, pero en este caso a través de la Dirección de Arquitectura, vale decir, construyendo como unidad técnica el edificio que se nos requiera por cada uno de los servicios, pero no a través del modelo de concesiones.

Finalmente, agregó que sin perjuicio de que en cada uno de los casos donde este modelo está operando, se harán las modificaciones de contrato que se estimen convenientes para mejorar la calidad del servicio, con el objeto de resolver problemas que puedan tener los funcionarios, todos ellos son por mandato del Ministerio de Salud.

Coordinador General de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, señor Eric Martin.

Comenzó su exposición tratando el sistema de concesiones en general, pero enfocado en el tema hospitalario. Dijo que las licitaciones hospitalarias tienen dos objetivos principales. El primero, cuando el Estado no tiene los recursos necesarios y la necesidad es importante, se convoca al sector privado para que haga inversiones en esta área a fin de resolver una situación de suma urgencia, como lo es, la atención sanitaria de la población.

Señaló que Chile ha aplicado tres modelos de concesiones, como se

Servicios	Maipú-La Florida	Antofagasta	Nuevos
Gestión Clínica	No	No	No
Mantenión Infraestructura	SI	SI	SI
Inversión y Mantenión Equipamiento Industrial	SI	SI	SI
Adquisición, mantención y reposición equipamiento médico	No	SI	SI
Alimentación, aseo, lavandería, ropería	SI	SI	SI
Sistema de Información tecnológica	No	SI	SI
Servicio de esterilización	No	No	SI
Servicio dispensación de medicamentos	No	No	SI
Servicios de transporte	No	No	SI
Cafetería, estacionamiento	SI	SI	SI

muestra en el recuadro siguiente:

Señaló que en los tres modelos, todo el sistema de atención de salud está bajo responsabilidad del sistema de salud público, es decir, reside en el Ministerio de Salud, sus intervenciones, sus contrataciones y sus médicos.

Donde empieza a visualizarse una diferencia es en la adquisición, mantenimiento y reposición de equipamiento médico. En Maipú y La Florida no existe esta adquisición. Es decir, lo que se ha construido es el edificio, pero en equipamiento industrial (generadores), existe un sistema de respaldo. Agregó que esos generadores son provistos al momento de la construcción del hospital; sin embargo, los escáner y demás equipamiento médico no son provistos en este modelo de concesión de los hospitales de Maipú y de La Florida, pero sí en el modelo de hospital de Antofagasta y los que continúan después de él.

Otro tanto ocurre –dijo- respecto de los servicios de esterilización y de medicamentos, tanto en Maipú, La Florida y Antofagasta, no son considerados dentro de los modelos.

Modelo económico aplicado en Chile. Explicó que hay dos tipos de subsidios que se entregan: uno a la construcción y otro a la operación.

El subsidio fijo a la construcción, llamado SFC, está constituido por cuotas iguales en el tiempo. En el caso de Maipú y La Florida son cuotas anuales que se pagan una vez que se ha recibido la obra. No hay pago anticipado. Lo que se hace en ese periodo es concesionar, adjudicar, la empresa termina de hacer los proyectos definitivos y luego se pone a construir. A medida que construye, el único pago en que el Estado interviene en ese periodo es el pago del IVA de construcción, pago que se hace cada cuatro meses, aproximadamente.

Respecto del subsidio a la operación, señaló que se compone principalmente de dos elementos. El subsidio fijo a la operación, asociado a un porcentaje de ocupación anual de camas y el subsidio variable que se compone por tres elementos: subsidio día cama, pago por nuevas inversiones y/o nuevos servicios contratados y el resultado por los servicios contratados, que apunta a un nivel de servicio global.

Mencionó que ha una serie de indicadores, una métrica, que muestran el rendimiento del estándar de servicio aplicado que le corresponde a la concesión; por ejemplo, el aseo de todas las instalaciones. Hay una cierta métrica para saber si se hace adecuadamente, se pone una nota, y estaría dentro de los niveles de servicios globales, y si alcanza ciertos niveles obtiene el valor, dependiendo de una escala de pago de estos valores.

Ambos subsidios se pagan a partir de un hito que se llama Puesta en Servicio Provisoria, que se obtiene al momento de completar la construcción, el equipamiento, si corresponde, y que haya sido recepcionada en forma satisfactoria por los inspectores fiscales. Sólo después de eso, ellos envían una carta solicitando que se autorice esta Puesta en Servicio Provisoria, la que de ser autorizada, provoca los pagos antes mencionados.

El cuadro siguiente es un resumen de los modelos aplicados en Chile.

Servicios	Maipú-La Florida	Antofagasta	Salvador Geriátrico	Félix Bulnes	Sotero del Río
Aplicación de Subsidio Variable por uso de cama	>80%	>60%	>60%	>60%	>60%
Costo diario por uso de cama adicional (UF)	0,5	0,488	0,498	0,590	0,980
Nivel de servicio Global (%; UF semestral)					
Mínimo	(94%; 2.825)	(85%;11.000)	(70%;14.000)	(70%;10.000)	(70%;14.000)
Máximo	(97%; 5.650)	(97%;43.000)	(85%;54.500)	(85%;41.000)	(85%;55.000)
Subsidio Fijo Construcción (UF)	1.110.075 (anual)	834.406 (anual)	538.800 (semestral)	566.919 (semestral)	899.990 (semestral)
Subsidio Fijo Semestral Operación	240.000	177.606	250.000	180.000	290.000
N° camas	766	671	641	523	710

Explicó que el nivel de servicio global tiene que ver con el estándar del servicio entregado. En el caso de Maipú y de La Florida si estos indicadores muestran que bajo una cierta métrica, el servicio obtiene un 94% de aprobación, el premio al cual aspira es de 2.825 UF. Si obtiene una calificación inferior, no obtiene ningún valor.

Por el contrario –dijo- si logra un estándar de un 97 por ciento, obtiene 5.650 UF de premio. Si es superior, sigue obteniendo ese valor, que es el máximo que se entrega.

En el caso de Antofagasta, existe una variación en términos del porcentaje a cumplir. Hay una reducción respecto del piso, llegando a 85%. Si alcanza ese valor recibe 11.000 UF. Si tiene un estándar de cumplimiento del 97%, recibe el valor adicional de 43.000 UF en su proceso. Preciso que son cuotas semestrales.

Añadió que en el tercer modelo, estas cifras nuevamente caen y el estándar mínimo es de 70%, con los premios que ahí se establecen, en miles de UF. El máximo a cumplir de 97% cae al 85%, entonces si en el ejercicio de operación alcanza ese estándar de cumplimiento obtiene los premios que en el recuadro se indican.

Luego, viene el subsidio fijo a la construcción que refleja lo que las empresas participantes requieren para construir. En el caso de la empresa adjudicataria, que es el consorcio San José, pidieron un 1.110.000 UF. Es una cuota anual que se paga durante ocho años. Lo mismo ocurre en el caso de Antofagasta.

Posterior a Antofagasta, señaló que hay un cambio metodológico en el sentido de que se empieza a pagar cuotas semestrales para el subsidio fijo a la construcción.

Después, viene el subsidio fijo semestral a la operación, que es un valor que se coloca en las bases de licitación donde todas las empresas postularon por el tope del subsidio máximo que se contemplaba.

Tiempos de construcción. En este aspecto aseveró que en los últimos años se han generado atrasos relevantes en la vía de los sectoriales; por ejemplo, está el Hospital de Calama, que está básicamente abandonado; el Hospital de Rancagua, que se está terminando, aunque tiene una serie de dificultades; el Hospital de Puerto Montt, que se podría considerar terminado, pero que también ha sufrido algunas demoras importantes.

A su juicio esos hospitales han tenido proyectos relativamente bien armados, pero ha habido déficit en la gestión de la ejecución. Por una parte, hay que fortalecer los equipos técnicos. Estos proyectos habían sido desarrollados a través del Ministerio de Salud en la administración anterior.

Otra forma de abordar la inversión pública en hospitales es mediante el convenio mandato, donde los organismos del Estado mandatan al Ministerio de Obras Públicas, para que éste, a través de la Dirección de Arquitectura, con su experiencia, desarrolle los proyectos.

Respecto de la ejecución de los Hospitales Concesionados de Maipú y la Florida, únicos ejecutados, tuvieron un sobre plazo del 28% respecto de los tiempos originales, con demoras inferiores a los proyectos sectoriales.

Comentó que están trabajando con el Minsal para establecer una metodología consensuada para hacer comparable los valores.

Precisó que dentro de los valores entregados existen diferencias plenamente razonables, como es, valores con IVA o sin IVA, con la compra de equipamiento o sin ella, tasas de interés, periodos adecuados en la realización de los pagos de subsidios de pagos, etc.

Dijo que en un plazo no mayor de 3 semanas analizará en detalle ambos estudios y se resolverá sobre esta materia. De igual forma los costos de operación de los hospitales concesionados serán comparados en función de cuánto vale la alternativa.

Situación de los Hospitales Concesionados. Sobre este tema expresó que estas obras son activos del Estado que trascienden los periodos de gobierno y también están sometidas a evaluaciones y revisión. Dijo que en este sentido están trabajando con el Minsal para hacer una revisión en conjunto, tanto en su construcción como luego en su operación.

Agregó que se han revisado el valor los subsidios por metro cuadrado, tanto de construcción como de operación. Les pareció que estaba bien, que podían avanzar en ese sentido.

Respecto de la revisión del pago de subsidio variable por uso de cama indicó que también les pareció bien, aunque les llamó la atención la diferencia respecto del Hospital Sótero del Río, que tuvo un valor significativamente mayor; además del 60 por ciento, pero como ocurría en otros también, quedaron meditando el tema.

Dijo también que vieron el nivel de ocupación anual cama y observaron con alguna preocupación el cambio radical en el Sótero del Río.

Comentó que también les llamó la atención el período de evaluación de las ofertas. Por ejemplo, en el caso de Maipú y de La Florida, desde el momento en que se publica la licitación hasta que se reciben las ofertas pasa un año, es decir, el sector que participa de estas ofertas tuvo un año para pensar, así como el Estado para hacer circulares aclaratorias. En el caso de los otros hospitales el tiempo fue menor. Se reconoce un trabajo en conjunto con la Contraloría para los efectos de hacer bases tipo y, por ende, ahorrar algún tiempo en ese proceso.

Otro tema que les llamó la atención fue la variación de los metros cuadrados con respecto a las cifras originales. Ahí tuvieron una alerta importante sobre la situación del Sótero del Río en cuanto a la cifra original con que se adjudica el proyecto, debido a que en el proyecto definitivo hay un 45% de aumento en el metraje y ello implica una mayor intervención en la operación, y ello conlleva mayores costos, no sólo por una vez, sino por quince años y eso es un espacio de vulnerabilidad para los intereses del Estado.

Recordó que a partir de esa situación que se da en el Sótero del Río, el Minsal les manda una nota pidiendo el retiro, lo que está correcto procedimentalmente. Como las dudas eran compartidas con Salud se retiró el decreto de adjudicación de la Contraloría para completar el estudio de los elementos que llamaban la atención.

Algunos diputados solicitaron precisara la razón por la cual sostiene que la construcción de hospitales por la vía tradicional demoran más que los construidos por la vía de concesión, aclaró que él no ha sostenido aquello, que sólo ha hecho referencia al 28% de aumento de plazo, en el caso de los hospitales concesionados de Maipú y de La Florida. Dicho plazo era de aproximadamente 1.014 días y tuvo un aumento de plazo de 28 por ciento.

Luego se le pidió aclarara el sistema de subsidio variable y por qué del 80 por ciento terminaron en el 60 por ciento del uso de camas para los nuevos hospitales, expresó que había razones de orden técnico. Aclaró que la pregunta era por qué voy a pagar un subsidio alto si todavía no tengo ese 60% en camas disponibles.

Agregó que el bajar el porcentaje de ocupación pareciera ser un poco generoso porque si la operación se proyecta en el largo plazo, 15 años, la plena disposición del total de camas contratadas o adquiridas se debería cumplir al quinto año.

Preguntado por las razones que justificarían la disminución de los índices de servicio global, indicó que era necesario hacer un distingo. El 80 y 60% de la ocupación de camas es un concepto distinto al del nivel de servicio global, que con su métrica está asociado a varios indicadores respecto de la forma en que el privado hace su trabajo. Hay una serie de servicios que fueron contratados y que se entienden ajenos a la parte clínica, y sobre esos se van haciendo evaluaciones de rendimiento.

Aclaró que por esa vía, pueden decir si es susceptible de ganar el premio o no, si alcanza el orden del 94 por ciento hay premio, sino no.

A la pregunta de cuál es su autocrítica sobre lo ocurrido, señaló que ahora tienen un conocimiento acabado por todas las partes -los equipos médicos, administrativos del hospital y sus propios funcionarios- de los beneficios, obligaciones y retornos del contrato.

Explico que cuando toda la infraestructura del hospital está concesionada operan seguros ante cualquier desperfecto o situación compleja. Entonces, si se quiere colgar el retrato de la familia o el título y se pone un clavo que perfora la infraestructura, el procedimiento normal que establece el contrato es que se llame a servicios generales para que ellos coloquen ese clavo.

Dijo que es molesto, quizás demora un par de horas, pero eso permite que todo el servicio de garantías siga vigente sin dificultades.

La intervención de esa infraestructura por parte de terceros genera un flanco para que eventualmente el operador diga que no tiene nada que ver con ese clavo y, por lo tanto, las consecuencias de las goteras de algún lado pueden ser atribuidas a ese clavo, y hay que empezar a discutir.

Destaca que esa es la razón del trabajo que están haciendo en la lógica de los aprendizajes con los usuarios, porque aquí están la concesionaria, el mandante, que es el Minsal, y finalmente los usuarios.

Asimismo, han acordado un mecanismo que deben trabajar en conjunto con la concesionaria y con el servicio médico del hospital en lo relativo a las situaciones de emergencias.

Explicó que la situación de emergencia por definición son impredecibles, por tanto los tiempos de reacción deben ser absolutamente

expeditos y, a su juicio, quien debe controlar toda la operación sin duda es el equipo médico. Nunca hay que olvidar que el hospital está para eso, es el objeto central, por lo tanto, hay que tender a esa solución.

Entonces, es necesario tener un protocolo, un procedimiento de operación sumamente definido que les permita, ante cualquier eventualidad, que el equipo médico forme parte.

Concluye finalmente que hay varios aprendizajes, y tienen que ver con los roles que juegan el Ministerio de Obras Públicas, en cuanto a fiscalizador de un contrato, su operación; el Minsal, como colaborador directo de esta mesa de trabajo para fiscalizar el contrato, y los usuarios, el director del hospital, su equipo médico y asistentes, para que en esa operación saquen el mejor rendimiento al objeto de la concesión.

Por otro lado, destacó que las instrucciones que recibe la concesionaria son dadas por un inspector fiscal del MOP. Eso está establecido así y también tiene que ver con quién es el responsable de estas acciones. Por lo tanto, este sistema de coordinación permanente entre la dirección del hospital y el inspector fiscal es necesario para la operación adecuada de estos servicios.

Consultado por el costo para el Estado la baja del subsidio variable, dijo que esto tiene que ver con pagar lo que efectivamente se ocupa. En el largo plazo, uno debiera tener la ocupación completa. Por tanto, ahí se les genera un cuestionamiento, pero entienden que existen elementos que permiten pensar que en el subsidio a la operación se cubre gran parte, y este subsidio variable por cama, cuando está en el orden de media UF, podría cumplir razonablemente el costo de operación efectivo que está asociado a servicios de aseo y de alimentación de esa cama.

Entiende que tal vez la administración pasada buscaba una forma de generar mayor competencia e interés por el tema de las concesiones hospitalarias. A lo mejor eso generaba una condición más favorable o un atractivo para participar.

Pedida su opinión sobre una administración pública versus una administración de concesiones, dijo que puede haber algunos matices. La administración pública atiende todos los hospitales en su conjunto, sin este distinguo de lo administrativo edificio versus el tema salud. Por lo tanto, hacer un juicio hoy es un poco anticipado. Insistió que están trabajando en conjunto bajo el entendido que más adelante podrá haber un juicio bastante más fundado de las virtudes y defectos de cada una de estas formas de atención.

Consultado acerca de cuál es el procedimiento que se usa para fijar los porcentajes de ocupación, los incentivos y cada uno de los indicadores, explicó que cuando se arma el procedimiento o el proceso, en el caso de Maipú y de La Florida, entiende que lo que se hace es una especie de serie histórica de cuál es la tasa de ocupación de camas, y por eso se define un cierto nivel al 80%.

Con posterioridad, cuando va cambiando el modelo, y se cambia al 60%, la justificación que se refería a las etapas en que se iban entregando las camas, es probablemente la respuesta.

Asimismo, afirmó que existe una mirada de futuro donde se dice que la ocupación de camas debiera bajar; que la salud debiera ser de orden más ambulatorio. Esa es la explicación que se les ha dado para hacer esta

modificación. Señaló que no necesariamente la comparten, pero cuando se pregunta por qué ha pasado esto, lo que indica es lo que pudieron recabar.

Insistió que los tiempos de construcción entre un modelo y otro no son comparables. Sin embargo, conjeturó que respecto de los tres hospitales mencionados quizás el celo con el cual fue cubierto el ejercicio de la construcción no fue del todo adecuado. En el caso de las concesiones dicha labor le corresponde a la inspección fiscal.

A la consulta sobre los metros cuadrados de estacionamiento, mencionó que ese es un tema recurrente que ha sido revisado. Lo que se encontró es una norma en el Ministerio de Vivienda que establece, para cierto tipo de edificación, y según sea la cantidad de habitantes de tales instalaciones, una tasa de estacionamientos que debiera haber.

En el caso de los hospitales, indicó que el número de estacionamientos responde a esa normativa y estándar que establece el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, por lo tanto, no hay un aumento significativo en el número de estacionamientos, porque están apegados a la norma.

Respecto de los aumentos de metros cuadrados construidos, explicó que cuando se concesiona se hace con un anteproyecto, el cual es revisado y trabajado por la empresa. Ese es el procedimiento del modelo. Lo que ocurre es que a petición del Ministerio de Salud, que es el usuario en este caso, se van revisando algunas partidas, respecto de las cuales se va especificando lo relativo al metraje.

Diputados insisten en la pregunta de cuál es el mayor costo para el Estado, con respecto al monto original, la concesión Maipú y La Florida. El señor Martín indicó que los mayores costos para Estado, a los cuales se refiere, hoy no están presentes. Se contrató un sistema en el cual están los pagos efectivos que se han hecho, el de IVA, sobre la base de lo construido y, por lo tanto, las cuotas de pago van referidas a las que solicitó la empresa adjudicada. Por lo tanto, la cuota que se va a pagar es la que ahí está establecida. Ahora, hoy eso no está ajeno a una eventual reclamación, la que se abordará una vez que aparezca.

Consultado si fueron o no correctos los plazos, la entrega y la recepción que hizo el Estado de esos dos hospitales, explicó que el mayor plazo responde a elementos distintos. Al inicio, más bien responde a la disponibilidad de los terrenos. En cuanto a si fueron recibidos a conformidad, tienen una diferencia. A su juicio podría haber sido voluntariosamente adelantada esa recepción.

Consultado si en definitiva el sistema de concesiones es más caro o no que el sistema tradicional para la construcción de hospitales, expresó que sin duda, el sistema concesionado, al participar el sector privado, lo hace porque busca un beneficio, incluso legítimo, por tanto, los costos serán mayores. Eso es cierto. No hay cuestionamientos al respecto.

Precisó que cuando opera el sistema público lo que busca es que salga cero utilidades. Esto es, se invierte lo justo porque no se está buscando un retorno desde el punto de vista económico, ya que el objeto central es la atención de salud de calidad, pero también atendiendo las rigideces que esto tenga.

Miembros de la Comisión sostuvieron que el retiro del hospital Sótero del Río del trámite de toma de razón puede implicar que ahora se construya con fondos sectoriales y ello, a su vez, puede significar un mayor costo en tiempo y recursos para el Estado. El señor Martín, expresó que en el caso del Sótero del

Río el contrato queda perfeccionado cuando la Contraloría ha tomado razón. Por lo tanto, afirmó que el costo de esta situación no es más que el trabajo ejecutado en el periodo anterior y los gastos asociados a ese trabajo, pero que nada significa para el Estado en el futuro.

A la afirmación sobre supuestas contradicciones entre lo expresado por el señor Muñoz y el Coordinador de Concesiones del MOP, comentó que no ve tales contradicciones, porque la forma gradual en que se entregan las camas hace que uno se pregunte por qué pagar un total de camas, por ejemplo, del 80%, cuando todavía no se alcanza el 60%, porque ahí se está pagando un diferencial gratuitamente, y se opta por una mecánica que dice 60%. Pero si uno lo proyecta a largos números, ese ciento por ciento se logrará al quinto año. Eso es lo que está proyectado. Luego –dijo- le quedan diez años, donde se puso un fijo bajo, 60%, y tendrá que pagar este variable para adelante.

A la afirmación que el señor Martín estuvo en el sistema de Concesiones hasta diciembre de 2010, aclaró que no es efectivo por cuanto él no estaba en Concesiones. Agregó que estaba en el Ministerio de Obras Públicas, pero no en Concesiones.

Añadió que el rol que le tocó jugar ahí fue en la dirección general de Obras Públicas, dirigiendo el préstamo de fortalecimiento institucional que había puesto el Banco Mundial, y después del ejercicio de ese año, por un buen acuerdo con la parte contratante, se retiró de las actividades del Ministerio de Obras Públicas.

Dijo no conocer cómo se constituyó ni conformó este modelo.

Consultado si los hospitales de Maipú y de La Florida están como grupo y si el número de camas corresponden a la suma de ambos hospitales o a cada uno de ellos, indicó que tales valores (766 camas) corresponden al conjunto. Lo mismo respecto del subsidio anual, que está referido a ambos hospitales. Complementó su respuesta señalando que el tema “cama” es un dato más bien referencial.

Respecto de la pregunta de cuánto cuesta para el Fisco ejecutar los hospitales comprometidos en la cuenta pública por la Presidenta de la República, expresó que no puede dar esa respuesta, pero si adelantó que se habla del orden de 4 mil millones de dólares para desarrollar por vías sectoriales los proyectos de inversión de los compromisos de la Presidenta.

Finalmente afirmó que la decisión de los mandatos reside en el Ministerio de Salud. Razón por la cual se excusa de poder plantear el mecanismo que se optará para el desarrollo de los proyectos. Opinó que existen los mecanismos dentro del Estado para cubrir ese tipo de proyectos para que no se atrasen.

Jefe de Gabinete del Coordinador de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, Mario Muñoz.

Inició su exposición aludiendo a las concesiones en materia de infraestructura hospitalaria.

Explicó que actualmente hay 76 contratos de concesión que se encuentran en distintas fases: 11 en etapa de construcción; 9 en etapa de

operación y construcción; 42 en explotación, y 14 contratos ya extinguidos, de los cuales 9 han sido relicitados.

A la fecha, la inversión en proyectos adjudicados asciende a 18.514 millones de dólares, de los cuales han ejecutado 14.388 millones de dólares y faltan por ejecutar 4.126.

Añadió que en proceso de adjudicación hay cuatro contratos, de los cuales el Hospital Félix Bulnes y el Hospital Salvador Geriátrico fueron recientemente publicados. Faltan por adjudicar las rutas del Loa y el Puente Industrial, en Concepción, por un total de 1.036 millones de dólares.

Precisó que de los contratos de Concesiones, aproximadamente la mitad corresponden a contratos viales, tanto interurbanos, transversales como urbanos.

El 3%, de los 76 contratos, corresponden al Programa Hospitales.

Infraestructura hospitalaria y cómo la División de Concesiones (de OOPP) ha entrado en ese tema.

En este punto expresó que el marco sobre el cual descansa el MOP es a través de mandatos. Explica que para intervenir necesitan un contrato del Ministerio de Salud, de la Subsecretaría de Redes y de los servicios de salud correspondientes. Luego, necesitan la aprobación del proyecto por parte del Ministerio de Desarrollo Social y por parte de la Presidenta de la República para proceder. Sólo entonces están en condiciones de presentar ante el Ministerio de Hacienda las bases de licitación, las que de ser aprobadas, deben ser ratificadas por el Ministerio de Salud y por los servicios de salud correspondientes. Luego las bases y su contenido deben pasar por el trámite de toma de razón ante la Contraloría General de la República.

Señaló que tal es la forma como se ha procedido en el caso de los hospitales.

Mencionó que en el caso de los hospitales de Maipú y de La Florida, a través del decreto N° 142, de marzo de 2007, se suscribieron los convenios mandato correspondientes tanto con el Ministerio de Salud como con la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los servicios de salud Central, Metropolitano Sur y Oriente, además del Ministerio de Obras Públicas.

En Antofagasta –dijo- se procedió de igual forma, y lo mismo ocurrió con los hospitales del Salvador Geriátrico y Félix Bulnes.

Explicó que al impulsar un proyecto de esa naturaleza deben realizar estudios preinversionales y, en este caso, los debe hacer el Ministerio de Salud.

La definición del modelo de operación también le corresponde al Ministerio de Salud, y en forma conjunta, el modelo de negocio es definido en un grupo de trabajo entre el Ministerio de Obras Públicas y el Ministerio de Salud.

La operación clínica de estos hospitales corresponde al Ministerio de Salud y los requerimientos de los servicios de la concesión son definidos en forma conjunta entre los Ministerios de Obras Públicas y Salud.

Acto seguido viene el anteproyecto.

Indicó que en el caso de Maipú y de La Florida, los anteproyectos fueron definidos por los oferentes en el proceso de calificación.

En el caso del Hospital de Antofagasta fue definido por el Servicio de Salud y para los hospitales del Salvador y Félix Bulnes fue definido por el Ministerios de Obras Públicas, a través de un consultor externo contratado por el MOP.

En el caso de Maipú y de La Florida se establecieron las bases de licitación a partir de un trabajo realizado en conjunto. Sin embargo, en el Hospital de Antofagasta se utilizó un sistema de bases tipo, más anexos complementarios, que permitían reducir los tiempos de trabajo.

Se hicieron los procesos de oferta técnica, económica y de adjudicación. Luego, se procedió al paso del desarrollo del proyecto y su construcción.

Señaló que en los hospitales de Maipú y de La Florida el contrato fue adjudicado y publicado en el Diario Oficial el 5 de noviembre de 2009, y en el caso de la puesta de servicio provisoria de las obras fue definido para el hospital de La Florida el 15 de noviembre de 2013 y para el Hospital de Maipú el 10 de diciembre de 2013.

Indicó que como Ministerio, tanto en este tipo de infraestructuras como de las demás concesiones, han obtenido aprendizajes, experiencias que les ha permitido mejorar en el tiempo el desarrollo de esas licitaciones.

En ese sentido, comentó que uno de los primeros aprendizajes, en los casos de Maipú y de La Florida, fue que los oferentes hacían los anteproyectos, y ello significa que debían invertir tiempo y recursos. Actualmente ese anteproyecto lo hace el Ministerio de Obras Públicas.

Hizo saber que el hecho de hacer un anteproyecto por los oferentes atenta, en definitiva, contra la competencia de otras empresas que hubiesen querido participar, pero que no contaban con el respaldo financiero para ejecutar un anteproyecto.

Además, indicó que los productos esperados no eran estandarizables. Dijo que aprendieron, en esa lección de Maipú y de La Florida, que debían estandarizar los productos y fijar plazos mucho más realistas desde el punto de vista técnico. También aprendieron que era necesario incorporar el equipamiento médico, los servicios tecnológicos y la tecnología de la información al modelo de concesión. Fue un aprendizaje, insistió.

Finalmente, aprendieron que era necesario tener un “staff” de profesionales estables para abordar las distintas fases de los procesos de licitación y establecer con claridad los roles que tenían el Ministerio de Obras Públicas, el inspector fiscal, el Ministerio de Salud y los servicios de Salud en las definiciones de los proyectos.

Dijo que tales aprendizajes los volcaron en la licitación del Hospital de Antofagasta, proyecto que está iniciando su construcción, que tiene una capacidad de 671 camas y beneficia a más de 260 mil personas, con una inversión de 265 millones de dólares, por un plazo de 15 años. Fue publicado en el Diario Oficial el 21 de julio de 2013 y se encuentra actualmente en la fase de desarrollo del proyecto definitivo. Se están iniciando las obras preliminares de excavaciones y limpieza de los terrenos en los que será instalado.

Por otra parte, señaló que el Hospital del Salvador tiene una capacidad de 640 camas y el inicio de la concesión está previsto para el segundo

trimestre de 2014; es decir, están “*ad portas*” de iniciar ese proceso. Incluye el equipamiento médico y fue publicado el 28 de mayo de 2014.

En esa misma línea, comentó que el Hospital Félix Bulnes tiene una capacidad de 586 camas y el inicio de la concesión está previsto para el segundo trimestre de 2014, con una inversión referencial de 240 millones de dólares. Fue publicado en el Diario Oficial el 6 de junio pasado.

La siguiente lámina muestra la cartera de servicios que comprenden las concesiones hospitalarias.

Servicios	Primer Programa (Maipú - La Florida)	Hospital Antofagasta	Programa en Desarrollo
Gestión Clínica	No	No	No
Mantenimiento Infraestructura	Sí	Sí	Sí
Inversión, Mantenimiento y Reposición Equipamiento Industrial	Sí	Sí	Sí
Adquisición, Mantenimiento y Reposición Equipamiento Médico y Mobiliario	No	Sí	Sí
Servicios de Alimentación, Aseo, Lavandería, Ropería	Sí	Sí	Sí
Sistemas de Información Tecnológica	No	Sí	Sí
Servicios de Esterilización	No	No	No
Servicios Logísticos	No	No	Sí
Servicios Transporte	No	No	Sí
Otros: Cafetería, Estacionamientos	Sí	Sí	Sí

Dijo que la gestión clínica en todos los hospitales no está incluida dentro de la concesión. Eso corresponde al Ministerio de Salud. La mantención de la infraestructura en todos los hospitales corresponde al concesionario, así como también la inversión, la mantención y reposición del equipamiento industrial. Sin embargo, en Maipú y La Florida, la adquisición, mantención y reposición del equipamiento médico no estuvo considerada. Señaló que de ello aprendieron y hoy en los Hospitales de Antofagasta, del Salvador y Félix Bulnes sí están consideradas.

El sistema de información tecnológica tampoco fue considerado en los hospitales de Maipú y de La Florida y los están considerando en los hospitales de Antofagasta, del Salvador y Félix Bulnes.

Agregó que en ninguno de esos hospitales está previsto, por parte del concesionario, el servicio de esterilización y los servicios logísticos. Los servicios de transporte no están considerados en los hospitales de La Florida y de Antofagasta, pero sí lo están en los hospitales del Salvador y Félix Bulnes. En todos ellos está considerado, de parte del concesionario, el servicio de cafetería y estacionamiento.

La siguiente imagen muestra las definiciones de los subsidios que comprende este modelo.

- **SFC: Subsidio Fijo a la Construcción**
 - Contempla cuotas anuales o semestrales, que permiten financiar la inversión en infraestructura, equipamiento industrial, tecnologías de la información y otras inversiones menores.
- **SFO: Subsidio Fijo a la Operación**
 - Contempla Pagos semestrales anticipados durante la Etapa de Explotación (con una ocupación anual del 60% del hospital).
- **SV: Subsidio Variable**
 - Contempla Pagos anuales vencidos durante la Etapa de Explotación.
- **SFMNC: Subsidio Fijo por concepto de Adquisición y Reposición de Mobiliario No Clínico**
 - Contemplan 2 ítems de 15 cuotas cada una, equivalentes a la inversión y reposición del Mobiliario No Clínico para las Etapas de Construcción y de Explotación respectivamente.
- **SFEM: Subsidio Fijo por concepto de Adquisición y Reposición de Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico**
 - Contemplan 2 ítems de 15 cuotas cada una, equivalentes a la inversión y reposición del Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico para las Etapas de Construcción y de Explotación respectivamente.

Sobre el particular, señaló que el Hospital de Maipú, considera el 80% del día cama y baja a 60% en el Hospital de Antofagasta.

Explicó que este modelo comprende dos tipos de indicadores. Primero, indicadores centinelas, cuyo incumplimiento implica una multa para el concesionario; segundo, indicadores de niveles de servicios, que permiten definir premios para estimular una mejor operación por parte del concesionario.

Finalmente comentó que en el programa de Maipú y La Florida, entre la resolución de las bases de licitación y la fecha del decreto supremo de adjudicación, se demoraron 452 días; en Antofagasta, 403 días; en El Salvador, 119 días, utilizando las bases tipos, y en Santiago, en el Félix Bulnes, se demoraron 97 días. Señaló que acortaron la brecha a partir de la definición de bases tipos, que fueron predefinidas con la Contraloría General de la República, que les permitió disminuir los números en términos de tiempo, sin perder el nivel de exhaustividad y de calidad.

Consultado por el valor metro cuadrado construido entre los hospitales sujetos a concesionados y a los financiados sectorialmente, expresó que en el caso del Hospital de Antofagasta, el costo por metro cuadrado es de 44,5 unidades de fomento. En los hospitales del Salvador y Geriátrico, de acuerdo con los presupuestos estimativos, es de 37,9; en el hospital de Maipú, 38,9, en el de La Florida, 42,2. Eso, atendiendo a lo construido y al costo del proyecto.

Consultado respecto de los premios asociados a los niveles de ocupación de cama, que habrían disminuido del 80% al 60%, aclaró que la disminución del subsidio de 80% a 60% es parte del aprendizaje que han tenido, porque esto funciona de la siguiente forma: el MOP lo paga a todo evento, porque es un subsidio fijo a la operación (el 80% de ocupación cama), así se ocupe una o dos camas, o las que sean, hasta el 80%, y a partir de dicho 80% pasan al subsidio variable.

Se dieron cuenta que para alcanzar el 80% de ocupación cama el hospital se iba a demorar cierto tiempo y la concesionaria recibiría un fijo mucho mayor. Entonces, en razón a ese aprendizaje lo disminuyeron en el caso del Hospital de Antofagasta y lo harán en los que vengan, justamente para no premiar en exceso al concesionario, porque en los casos de Maipú y de La Florida iba a recibir a todo evento un subsidio por el 80% de la ocupación, independientemente de la ocupación que tuviera. Por eso, insistió, en el caso de Antofagasta lo bajaron a 60%.

A la pregunta sobre los costos globales de construcción, que habrían aumentado, mencionó que el valor a pagar por el Estado al Hospital de Antofagasta es de aproximadamente 5 millones de unidades de fomento (UF). En los hospitales del Salvador y Geriátrico, 6 millones 300 mil UF; en los hospitales de Maipú y de La Florida, baja a 2 millones 700 y 2 millones 900, respectivamente.

Respecto de los premios que habrían aumentado considerablemente de 5.000 UF a 50.000 UF, señaló no tener referencia de cifras ni de montos.

Preguntado sobre cómo han trabajado los indicadores y los premios asociados a ellos, señaló que en el caso de los hospitales de Maipú y de La Florida, en los indicadores de nivel de servicio, que van entre 97 y 100%, el concesionario recibe un premio.

Entre 94 y 97% recibe un premio de menor cuantía, y bajo 94% no recibe estímulo.

En el caso de Antofagasta, indicó que mantuvieron la cantidad, entre 97 y 100% con un premio; entre 92 y 97% un segundo premio y crearon un tercer premio entre 85 y 92%. Debajo de 85%, nada.

En el caso del Salvador, de 85 a 100%, un tipo de premio; entre 77 y 85% un segundo tipo de premio; entre 70 y 77%, un tercer tipo de premio, y bajo 70% procedíamos a una multa.

Aseveró que esa fue la escala que hicieron y, reiteró que fueron aprendizajes a la luz de la forma en que se fueron dando las cosas, a partir de los hospitales de Maipú y de La Florida.

Consultado cuáles fueron los errores o situaciones previas al Hospital de Antofagasta que justifican o fundamentan este “aprendizaje” que se hizo de incorporar el equipamiento médico al modelo y en qué consistió. El señor Muñoz manifestó que hicieron aprendizaje de la forma en que hicieron el proceso en Maipú y La Florida respecto de los demás hospitales.

Explicó que en cada licitación que hacen, y les pasa también en las concesiones viales, donde tienen gran cantidad de contratos, han ido descubriendo nuevas maneras de hacerlo mejor. Entonces, más que hablar de errores, hablan de aprender a partir de su propia experiencia.

Aclaró que no califican como error cuando recién se inician en el proceso de la infraestructura hospitalaria, porque también tenían que entenderse con otras contrapartes, con las redes asistenciales y con los servicios de Salud, lo que constituía un proceso que desconocían.

Respecto de la incorporación del equipamiento médico a la licitación, dijo que en Maipú y La Florida no estaban incluidos los equipos.

¿Qué pasa con esto? Por contrato obligaron al concesionario. Definieron que era mejor incluir todo junto, en un solo paquete, para que no hubiese necesidad de hacer readecuaciones posteriores por los equipos.

Aclaró que dicha mejora era para el servicio que se iba a prestar, porque de otra forma habría que detener el funcionamiento de pabellones o de los servicios de exámenes durante un tiempo, mientras se hacen las readecuaciones.

A la consulta de cuál fue la razón causal que impidió que se tomara razón por la Contraloría General de la República en el caso del Hospital Sotero del Río, el señor Muñoz señaló que tal respuesta la daría el señor Álvaro Henríquez.

Jefe de la división de Planes, Estudios y Proyectos, Coordinación de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, señor Álvaro Henríquez.

Antes de responder la pregunta formulada, insistió que están en un proceso de análisis y de comprensión técnica de algunas decisiones que fueron tomadas, desde el punto de vista de la “segunda camada” de concesiones hospitalarias. Por ejemplo, deben analizar en forma más exhaustiva lo relativo a los premios porque hubo un relajo desde el punto de vista de los requerimientos para efectos del cumplimiento del servicio, así como el aumento de los niveles de premio asociados a esos niveles de servicio.

Desde el punto de vista de los números, señaló que tienen una mesa técnica con el Ministerio de Salud, para llegar a consenso y generar criterios respecto de los grandes números en función del costo de los metros cuadrados.

Reconoce que han llegado a un convencimiento preliminar de que la segunda camada hospitalaria tiene un valor de metro cuadrado un tanto mayor que la primera camada.

Respecto de la toma de razón del Hospital Sotero del Río dijo que existían dos grandes dudas o hitos técnicos que querían dilucidar para efectos de tener una mayor certeza de lo que se estaba haciendo, antes de seguir con este proceso de toma de razón por parte de la Contraloría.

Ocurrió que hubo una petición formal de la Ministra de Salud al Ministerio de Obras Públicas para retirar las bases de licitación del Hospital Sotero del Río a fin de revisarla a la luz de dos puntos. El primero tenía que ver con el metraje cuadrado inicial que se entregó por parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, en un inicio del proyecto, y el metraje final que entregó el anteproyecto, que difería aproximadamente en 43%, lo que requería de análisis para determinar sus causas. Segundo, el pago variable por día de cama ocupado. Esto, que va en la parte de subsidio variable, tenía un promedio, para hospitales regionales, de 0,51 UF. Sin embargo, en el caso del Hospital Sotero del Río, este valor subía a 0,98 UF. Ahí surge una discrepancia, que puede tener sustento, pero aclaró que se está revisando.

En función de lo anterior, se tomó esa decisión, y aseveró que el Ministerio de Salud les pidió formalmente aquello, y se retira el proceso de adjudicación de Contraloría.

Preguntas de los señores diputados.

A la pregunta de quiénes son los concesionarios de los hospitales concesionados, el señor Muñoz señaló que en el caso del Félix Bulnes, el consorcio italiano Astaldi; del Salvador, el consorcio español-mexicano Assignia y Cia; de Antofagasta, Sacyr; de Maipú y de la Florida, el consorcio español San José- Tecnocontrol.

Diputados solicitaron que profundizara el tema de las bases tipo de la Contraloría, porque se está hablando de más de 400 días de toma de razón, que luego bajaron a un poco más de 90 días, el señor Muñoz expresó que en el caso de trabajos con base de licitación normal, en Maipú y La Florida, se demoraron alrededor de 450 días.

Afirmó que ese tiempo era excesivo para el proceso y decidieron trabajar con la Contraloría en la definición de unas bases tipo. Se emplearon en el hospital de Antofagasta, pero hubo un proceso de estudio por parte de la Contraloría que derivó en que todo el proceso, no obstante las bases tipo, demorara más de 400 días. A partir de ahí, dado que esas bases tipo ya estaban ratificadas por la Contraloría y todo lo demás se asignó a anexos complementarios, el proceso se aceleró y todos los detalles fueron vertidos en esos anexos. Hubo un solo proceso de Contraloría, al final, en la adjudicación, de la toma de razón. Eso hizo que disminuyeran a cien días aproximadamente en el caso de Salvador y cerca de 97 días en el caso de Félix Bulnes.

Consultado si es cierto que el tiempo que demoran los hospitales concesionados es mucho mayor que el de los hospitales sectoriales, indicó que es muy difícil comparar, porque son metodologías distintas. Dijo que a pesar del esfuerzo por comparar, no llegaron a puerto, porque actualmente no tienen referente con que compararse.

En cuanto a la pregunta sobre el retiro de los proyectos de la toma de razón de la Contraloría explicó que el MOP trabaja con mandantes, y en el caso del retiro del Sótero del Río fue su mandante el que les invitó a retirar el proyecto.

Algunos diputados sostuvieron que entre la licitación de los hospitales de Maipú y La Florida y las siguientes licitaciones había habido un aumento de costos del valor metro cuadrado, interesa saber si se han homologado las cifras entre las distintas licitaciones. El señor Henríquez aseveró que respecto del costo por metro cuadrado de construcción hospitalaria comparable –sin contar el equipamiento- tienen certeza de que en la segunda camada concesionada, como los hospitales de Antofagasta, Félix Bulnes y el resto, versus los hospitales de Maipú y de La Florida, hay un aumento entre 13 y 15%.

Consultado por la cifra que indicaba que el aumento del metro cuadrado era de 77%, indicó que tal cifra debía referirse a otro tipo de comparaciones, no la que está señalando. Piensa que tal cifra se refiere a la construcción vía tradicional versus la concesionada.

Ministerio de Hacienda⁶

El Director de Presupuestos, señor Sergio Granados.

Precisó que la Dirección de Presupuestos (del Ministerio de Hacienda) tiene bastantes limitaciones en lo que tiene que ver con la ejecución de los proyectos de inversión, en términos de su fiscalización y del correcto uso de los recursos.

Explicó que la ley de Administración Financiera del Estado establece dos conceptos que son relevantes en la ejecución del gasto público. En primer lugar, establece un rol de centralización normativa, en cuanto a que la Dirección de Presupuesto y la Contraloría General de la República son los entes rectores para definir las reglas bajo las cuales se formulan y ejecutan los presupuestos, en la Dirección de Presupuestos, y las reglas mediante las cuales se contabilizan las acciones que realizan los servicios que están a cargo de los recursos. Además, la dicha ley consagra el concepto de descentralización operativa, lo que significa que los recursos y los proyectos son ejecutados por los servicios a los cuales se les asigna en el marco de la Ley de Presupuestos.

La Dirección de Presupuestos, a su vez, cumple una serie de procesos previos en la asignación de recursos de inversiones. Específicamente, los proyectos de inversión tienen que pasar por un procedimiento en el sistema nacional de inversiones y deben tener una autorización del organismo técnico planificador, en este caso el MDS, luego del cambio de la ley.

Los proyectos que cumplen con los requisitos que establece la norma técnico-económica son incorporados en el marco de la Ley de Presupuestos que es propuesta al Congreso Nacional en el marco de la política fiscal vigente y que son priorizados por los ministerios respectivos. Aprobada la mencionada ley, los proyectos de inversión, para ser ejecutados, tienen que ser identificados mediante un decreto desde el Ministerio de Hacienda, en este caso, solicitando incorporar al uso de los recursos aprobados para el año respectivo el proyecto que cumple con los requisitos establecidos anteriormente. Una vez definidas dichas identificaciones y tomada razón con la Contraloría, los servicios pueden comenzar su ejecución.

Destacó que lo importante es que los mandantes y los responsables de la ejecución de los recursos son los servicios, y para este caso específico son los servicios de Salud, ya sea que estén ejecutando un proyecto de inversión por contrato directo o por la forma tradicional de licitación de obras directas. Los servicios tienen facultades o a veces recurren a la ayuda de la Dirección de Arquitectura del MOP, o por el sistema de concesiones, que está regulado por la ley de Concesiones.

Sin embargo, aclaró, siempre el mandante es el dueño de los recursos, y en este caso son los servicios de salud.

Lo que pueden mostrar -dijo- es la forma en que se va ejecutando el presupuesto. El rol de la Dirección de Presupuestos es facilitar que las metas que están establecidas en el programa de gobierno, tanto en materia de gastos del programa, que son de gastos corrientes, como de inversiones, se ejecuten en el período; además cumplir con las normas legales de carácter permanente, como

⁶ El detalle in extenso de las intervenciones consta en las actas de las sesiones de la Comisión Investigadora N° 5 y 7, de 17 de junio y 7 de julio de 2014.

son los gastos en contratación de personal, y mantener el funcionamiento de las instituciones.

Añadió que la Dirección de Presupuestos regula, a través de instrucciones que son previas a la ejecución de los presupuestos, mediante la circular N° 33 -en este caso de este año-, todos los procesos que se deben seguir una vez que está aprobada la Ley de Presupuestos.

Respecto a la ejecución del Presupuesto de 2014, el Ministro de Hacienda comunicó a los ministros, subsecretarios y jefes de servicios, el 23 de diciembre de 2013, las instrucciones para la ejecución de la Ley de Presupuestos, y el punto 6, respecto de las iniciativas de inversión, establece que deben cumplir con determinados procesos para licitación, pagos diferidos, contratación de iniciativas de inversión, etcétera. Todos los años se emiten dichas instrucciones, dijo.

Respecto de la ejecución de los proyectos de inversión específicos que han sido suspendidos o que se han retrasado, apuntó que la Dirección de Presupuestos obtiene información del servicio respectivo, en este caso de los servicios de salud, y específicamente de la Subrede, que controla el proceso de todos los servicios de salud, y el rol de la Dirección de Presupuestos es facilitar que se puedan asignar recursos a los proyectos que están más avanzados y suspender los que están asignados a proyectos un poco detenidos.

Aclaró que las razones por las que los proyectos están detenidos o que motiven algún tipo de auditoría por parte de la Contraloría no son facultades que pueda ejercer la Dirección de Presupuestos. La Dirección de Presupuestos se complementa con la Contraloría General de la República, porque ésta tiene las facultades específicas de examinar, auditar, revisar cuentas, emitir fiscalizaciones, etcétera. Entonces, cuando hay algún proceso muy complejo es la Contraloría la que actúa. La actuación o no de la Contraloría no exime la responsabilidad del jefe del servicio, que es el mandante. La responsabilidad administrativa también se va traspasando a lo que sería en este caso la Subsecretaría de Redes, y específicamente el ministro correspondiente, en términos de la responsabilidad de la ejecución de los proyectos.

Finalmente reiterar lo señalado la vez anterior respecto de la fiscalización en términos que la Dirección de Presupuestos no tiene facultades y tampoco las puede ejercer.

Consultado si es usual que los recursos para inversión se envíen todos de una vez, explicó que una vez aprobados los recursos, hace un programa de ejecución del presupuesto durante el año, y sobre ese programa de ejecución, que constituye asignaciones globales sobre el Subtítulo 31, se van asentando las remesas mensuales de caja. Esas remesas las administra el receptor, que en el caso de las inversiones es la subsecretaría de Redes, que asigna los recursos en función de la velocidad con la que se ejecutan los proyectos.

Por tanto, concluyó, la Dirección de Presupuestos no maneja información respecto de si un proyecto va más veloz que otro, porque no hacen control a nivel de proyectos. No tienen facultades para ello y las remesas las va acomodando el receptor de los recursos.

Agregó que la dirección de Presupuestos no puede decir, usted está atrasado en el Hospital de Calama, acelere el Hospital o no le voy a dar los recursos, porque el Subredes puede decir que está más acelerado en el hospital

de otra provincia o en otros hospitales, o bien puede decir, sí, voy a requerir menos caja este mes.

Consultado por la situación particular del Hospital de Rancagua, precisó que la Dirección de Presupuestos no actuó. Que no tiene información de lo que sucedió en los años 2011, 2012 y 2013, pero las preguntas qué habría que hacerse es cuál fue el primer informe que emitió la auditoría interna del Ministerio de Salud. Hay un auditor interno, que depende del ministro, y hay auditores internos en cada uno de los servicios. Por lo tanto, la primera indagación que habría que hacer, si es que hay una anomalía, es preguntar cuál fue la actuación del auditor interno, acotó.

En segundo lugar, cuál fue la actuación de la Contraloría General de la República, tanto si fue requerida por el ministro, por el subsecretario de Redes o por el director del servicio.

Respecto a las boletas de garantía señaló que estas son las que emite el ejecutor contra el mandante. Si hay alguna anomalía en el desarrollo del contrato, tiene la obligación de cobrar las boletas de garantía y ello significa hacer efectiva la garantía que el ejecutor hizo frente a un problema del contrato. Si no las hizo o las hizo anticipadamente puede ser materia de problema judicial o de una investigación bastante profunda por parte de la Contraloría General de la República.

En cuanto a las multas impagas, agregó que también son motivo de actuación del auditor interno del ministerio o del servicio de Salud, de hacer la denuncia ante la Contraloría General de la República y del posterior informe o cuenta que haga la Contraloría al respecto.

Aclaró que en ese proceso la Dirección de Presupuestos no tiene facultades para actuar. Lo único que hace es identificar. En el caso de Rancagua, tiene que haber emitido un decreto de identificación y en algún momento de la programación de caja el Ministerio de Salud tiene que haberse abstenido de pedir los recursos, porque en ese hospital no estaba ejecutándose la obra, y probablemente lo asignó a otras obras.

Comentó, por su parte, que los porcentajes de ejecución sobre el presupuesto vigente de las inversiones en ese período están en torno a 90 o 94%. No ha habido interrupciones significativas de los presupuestos de inversión, independientemente de que durante el período se pueden haber reducido los presupuestos de inversión por decisión de la autoridad financiera o porque el Ministerio de Salud puede haber solicitado restar recursos de una partida y asignarla a otra.

A la pregunta de si hay algún análisis de procesos respecto de lo que se gasta, en inversión en un año respecto de otro, aclaró que aquí se trata específicamente de las inversiones del Ministerio de Salud. Lo que se hace es analizar el comportamiento del Subtítulo 31, de registro de las inversiones.

Respecto de cómo se identifica un proyecto de inversión, por ejemplo, en el caso específico de un proyecto como el de Rancagua, si dura tres años su ejecución, se hace el decreto de identificación, es decir, cuáles son los recursos que se van a aplicar en el primer año y cuáles son los límites para los años siguientes. Una vez que se hace el decreto de identificación, el Servicio empieza la ejecución normal, la que se puede adelantar o retrasar. Explicó, asimismo, que ellos discuten con la Subredes sobre el Subtítulo 31, no sobre el hospital A, B o C.

Señaló que si se analiza la ejecución de los años 2010, 2011, 2012 y 2013, la información que tiene es que en el 2010, el presupuesto vigente del año era 311 mil millones, y se ejecutaron 263 mil millones, o sea, 84,6% de la ejecución. Hay que recordar que en 2010 estaba el sistema algo alterado por el 27F. En 2011, el presupuesto vigente, que es el que se va modificando en el año, era de 320 mil millones, y se ejecutaron 289 mil millones, o sea, el 90% de lo que estaba aprobado en el ítem, y así sucesivamente. En 2012, 94,8; en 2013, 94,5%.

Entonces –concluyó- la Dirección de Presupuestos actúa sobre los valores globales y las decisiones de dónde asignar los recursos de los proyectos que están con RS, y que han sido aprobados en la cartera inicial de recursos, las toman las autoridades sectoriales. Reiteró que los procesos de los proyectos de inversión son de responsabilidad de la autoridad sectorial. Si hay anomalías en los procesos que están sometidos los proyectos de inversión, deben ser detectadas por la autoridad sectorial, ya que son los mandantes. Esa responsabilidad no se delega. Y deben hacer las denuncias ya sea a la Contraloría General de la República o a la Justicia, cuando compete a anomalías muy complejas o que rayan en daño moral. Lamentablemente, no es la Dirección de Presupuestos el organismo que cuenta con esas facultades.

Algunos miembros señalaron que para la negociación del presupuesto del siguiente año la Dirección de Presupuestos debe hacer un balance y estudiar con cada sector si deben dinero, si les otorgan más recursos o cómo ajustar para determinar el presupuesto. ¿Dicha cuenta se pide al subsecretario de Redes o a cada director de Servicio?

El señor Granados respondió que para dicho efecto se entiende con el subsecretario de Redes. Añadió que la Ley de Presupuestos se formula en septiembre y se discute en octubre y noviembre; por lo tanto, no es al cierre del año.

En este momento los ministerios y servicios están trabajando en la propuesta de presupuesto que les harán. Dicho presupuesto quedará con recursos aprobados para 2015. Lo que hacen a fin de año es el balance de cómo va el avance de las obras y la ejecución de sus respectivos proyectos, y ven si se otorgan o no todos los recursos.

Jefa del Sector Salud, de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, señora Mariela Orellana.

Inició su intervención recordando que el decreto ley N° 1263, Orgánico de Administración Financiera del Estado, de 1975, le asigna a la Dirección de Presupuestos (Dipres) la función de asignar los recursos financieros del Estado, como asimismo, regular y supervisar la ejecución del gasto. Los servicios de salud y el Ministerio de Salud son los entes encargados de ejecutar ese gasto. En esa línea, explicó que de acuerdo con la ley todo lo que tenga que ver con inversiones, está regido por el artículo 19 del mencionado decreto ley N° 1263, que dice que los gastos establecidos en el presupuesto son estimaciones de un límite máximo que pueden alcanzar los egresos y compromisos públicos.

Indicó que “los egresos públicos” son los pagos efectivos, y los “compromisos” todas aquellas obligaciones que se devenguen y no se paguen en el respectivo ejercicio presupuestario, como podría ser lo relativo a las obligaciones de los contratos o la concesión o las mismas obligaciones que

generen los proyectos de inversión, dado que abarcan más de un período presupuestario. En particular –dijo–, el artículo 19 bis, en su inciso cuarto, se refiere a lo que tiene que ver con los proyectos de inversión o los estudios; establece que todas estas iniciativas deberán contar con un informe aprobado por el Ministerio de Desarrollo Social, ex Mideplan, quien debe entregar una evaluación técnica-económica fundada, que analice su rentabilidad. Ahora, para que estos proyectos sean identificados deben contar con una recomendación conforme, lo que significa que su rentabilidad debe ser superior a lo establecido como mínimo para el sector público. Agregó que la Dipres, sólo en los proyectos o iniciativas que cuenten con esa recomendación, puede autorizar los recursos para realizar los estudios o proyectos de inversión junto con celebrar los contratos, siempre y cuando exista una previa identificación presupuestaria, es decir, un decreto que señale cuál es el proyecto a realizar, cuáles son los recursos que se van a aportar en el año y los compromisos que puedan generar en los años futuros para que pueda llevarse a cabo.

Expresó que su función principal, en el sector salud que dirige, es realizar decretos y asignar recursos a cada uno de los servicios de salud para el plan de inversiones que propone el Ministerio de Salud en conjunto con la Subsecretaría de Redes y llevar adelante todas esas iniciativas. Es así como tienen acceso público en la página web, todos los decretos con las modificaciones presupuestarias pertinentes que se les van enviando a cada uno de los servicios y, también, un informe trimestral; el avance de la ejecución de los distintos proyectos, por código “VIP”.

Respecto de las concesiones, mencionó que la forma como operan es acorde a la ley de Concesiones de Obras Públicas, contenida en el DFL N° 164, de 1991, y de acuerdo a su Reglamento.

Afirmó que como sector presupuestario, están bastante limitados para realizar otro tipo de intervenciones en el proceso de inversión. Dado que los decretos son actos administrativos, con toma de razón por Contraloría General, sólo pueden llevar el control, entendido como el seguimiento de la ejecución mensualmente, de acuerdo a lo que les informa el Ministerio de Salud o el servicio respectivo. En el caso de las inversiones es de forma centralizada a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Volviendo al tema de las concesiones, señaló que sólo tienen tres que están siendo cumplidas, como Maipú, La Florida y Antofagasta, que fue la última adjudicada; se encuentra en etapa de construcción a contar de mayo y dispone de una cantidad importante de compromisos que el Estado debe asumir para su materialización.

Eventuales irregularidades en los procesos de licitación. En este punto aseveró que, en realidad y visto la función que les asigna la ley, considera que no son los pertinentes para responder estas consultas, pues sería responsabilidad de otras instituciones. Agregó que la ley establece que le corresponde a la Contraloría, dado que tiene el control de legalidad de los gastos, desde el punto de vista de que se cuente con los recursos presupuestarios para gastar y realizar todas las auditorías periódicas, ya sea en términos programados o no, con el fin de detectar las posibles irregularidades.

A la pregunta si ha detectado irregularidades en los procesos de los hospitales concesionados o no concesionados, dijo que no puede afirmar haber visto irregularidades. Han hecho el proceso que les encarga la ley, que es la manera que tienen de operar, por lo menos, en lo que corresponde al sector presupuestario.

Consultada por la ejecución presupuestaria en inversiones en Salud a la fecha (mayo de 2014), mencionó que de acuerdo a su información, considerando tanto el subtítulo 31, que se refiere a proyectos de inversión, y a los recursos que se destinaron al subtítulo 29, compra de maquinaria para equipamiento, básicamente para el plan Auge, se han gastado 59 mil millones de pesos, lo que equivale al 20,6% de la ejecución respecto del presupuesto vigente a esta fecha, que alcanza a un monto de 286 mil millones.

Luego afirmó que la ejecución de este año está dentro de lo habitual.

Insistió que respecto de los recursos que ellos entregan en forma habitual para la ejecución de los proyectos de los distintos servicios, hacen una transferencia a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la que transfiere los recursos a los servicios y los destina a cada proyecto.

Reiteró que no tienen el detalle de qué plata, qué peso, va a cada proyecto en particular, y en qué región va a terminar. Señaló que no disponen de esa información. Depende del avance que vaya teniendo la obra, cosa que supervisa el servicio respectivo. En caso contrario, es la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Aclaró que ellos hacen sólo el seguimiento, porque la ley no señala que su función sea la de fiscalizar, sino hacer el seguimiento de la ejecución presupuestaria.

Se le preguntó por el tema de reasignación y el de cómo se supe el financiamiento que debía hacer vía concesiones y que ahora va a ser construcción directa, señaló que hubo un decreto que se ejecutó y se realizó este año que tiene que ver con el financiamiento de una de las 56 medidas del programa de los 100 días. Haciendo uso de las facultades que les entregó la Ley de Presupuestos se reasignaron recursos desde el saldo final de caja que quedaba en la Subsecretaría de Educación. Eran recursos que no estaban asignados a ningún programa en particular, sino que figuraba como saldo disponible. Dichos recursos se reingresaron al presupuesto como aporte fiscal para financiar el programa en particular que es el de especialistas, que les permitió financiar la iniciativa.

Respecto del programa de concesiones, entiende que sigue la misma figura que cualquier otro compromiso del Estado a largo plazo. En el caso de las concesiones, como se había planteado, no se estarían utilizando recursos o comprometiendo recursos para años siguientes; lo que se hará es ver la disponibilidad y la prioridad que dé el Minsal, y los recursos disponibles que entregue el Estado en los presupuestos siguientes.

Consultada si puede una empresa privada llegar a un acuerdo con el subsecretario de Redes, para efectos de los cambios de plazo y condiciones de un contrato sin que esto sea hecho por el director del servicio de salud respectivo, indicó creer que se tienen que ajustar a la legalidad vigente. Habría que ver qué es lo que le señala a los servicios de salud. Le corresponde a su director cumplir con los planes, normas y políticas que imparta el Ministerio, elaborar el proyecto para el presupuesto del servicio, ejecutar el presupuesto de acuerdo a las normas relativas a la administración financiera del Estado; proponer las modificaciones y suplementaciones que sean necesarias para llevar adelante el presupuesto que tenga asignado. Le corresponde, además, aprobar y modificar los presupuestos de los establecimientos a su cargo, de la red que él dirija, de acuerdo a los recursos que contempla el presupuesto del propio servicio; coordinar, asesorar,

inspeccionar, controlar y evaluar la ejecución presupuestaria que realicen todos los establecimientos.

Autoridades de Servicios de Salud y Directores de Hospital.

- **Del SS Arauco.**⁷

Director del Servicio de Salud Arauco, señor Víctor Valenzuela.

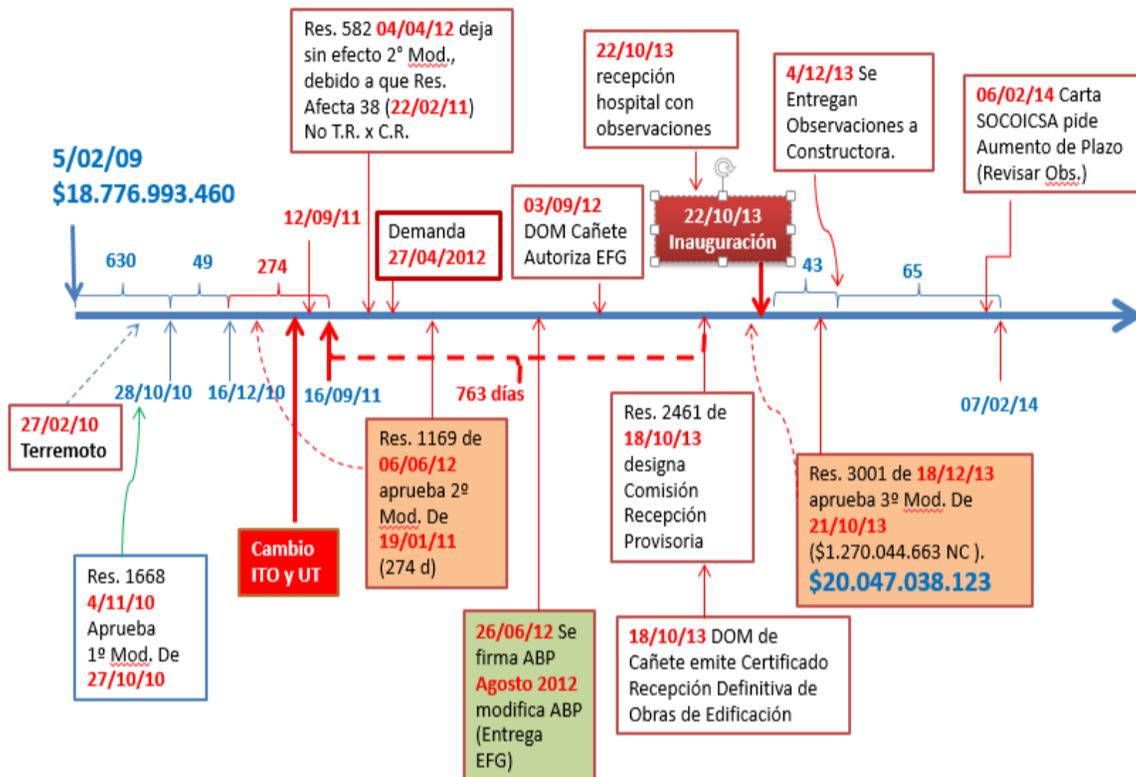
Señaló que el hospital de Cañete pretende satisfacer las necesidades del cono sur de la Provincia de Arauco. La provincia tiene, aproximadamente, 174.000 habitantes, de los cuales 60.000 se deben atender en este hospital. El proyecto se pensó y se concibió con una mirada intercultural, pues se entrelazan dos culturas: los pueblos originarios y el mundo occidental. Por lo tanto, la conformación física y arquitectónica de este recinto se hizo en conjunto con las comunidades y con los consejos de loncos de la provincia de Arauco. Su estructura tiene forma de *trapelacucha* y de domos que pretenden figurar las rucas del pueblo indígena.

El edificio tiene 12.524 metros cuadrados útiles (el anterior tenía 2.800). La superficie real, tomando en cuenta los entretechos, pisos y otros, es de casi 16.000 metros cuadrados. En el hospital trabajan 435 funcionarios, 100 de ellos a honorarios. Es un recinto de baja complejidad, comunitario, con algunas especialidades como anestesiología, ginecología, traumatología, urología, periodoncia y cirugía general, entre otras.

Dio inicio a su exposición resumiendo los hitos, que se sintetizan de la siguiente forma.

⁷ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión Investigadora N° 6, de 1 de julio de 2014.

Línea de Tiempo - Hitos Relevantes



Recordó que el proyecto se diseñó en 2008 y comenzó su construcción el 5 de febrero de 2009. De acuerdo al contrato inicial, su plazo de término estaba fijado el 28 de octubre de 2010. La obra tenía un plazo de 630 días de ejecución, por un monto de 18.776 millones de pesos.

A raíz del terremoto del 27 de febrero de 2010, a petición de la empresa, se aumentó el plazo de ejecución en 49 días. En consecuencia, el nuevo término de la obra era el 16 de diciembre de 2010. Afirmó que la obra debió haberse terminado hace tres años y siete meses.

Comentó que asumido el actual Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet (17 de marzo) junto a dicho director y su equipo, se encontraron con una obra que todavía no estaba terminada. Era una obra que estaba en proceso con una segunda modificación de contrato; la primera por 49 días de ampliación de plazo y la segunda por 274 días, de los cuales, según la petición, 130 días serían con cargo a gastos generales, ya que la empresa adujo que era culpa del mandante (Servicio de Salud Arauco). Los 144 días restantes, también fueron consecuencia del terremoto. Tal es el primer hito acotó.

En ese primer hito, hizo presente que la unidad técnica de la época, el inspector técnico y la asesoría inspección técnica de obra (AITO) habían rechazado la solicitud de la empresa de aumento de plazo por 274 días, pero que a raíz de un documento enviado por el Subsecretario de Redes Asistenciales de la época, hubo un instructivo al Servicio, por oficio N° 433480. A continuación, leyó – textualmente, según señaló- un documento entregado el 10 de diciembre de 2010,

desde el Subsecretario a la Directora de la misma época, señora María Reveco, que dice: “que mediante la presente informo a usted que se han analizado los antecedentes remitidos vía e-mail por el Servicio de Salud Arauco y la empresa contratista Socoicsa, sobre la solicitud de aumento de plazo del proyecto denominado Reposición Hospital de Cañete. Por lo anterior, la subsecretaria concluye otorgar 274 días de aumento de plazo, de los cuales 130 tienen derecho a pago de gastos generales, producto del impacto que se produjo en el edificio C del proyecto. Dicho monto deberá ser cancelado de acuerdo a lo establecido en el artículo 51 de las bases administrativas que rigen el contrato”. A partir de eso, entonces, se genera una segunda modificación del contrato, en la que el Servicio de Salud Arauco firma, junto con la empresa Socoicsa, un aumento de plazo de 274 días, de los cuales 130 son con gastos generales, por 745 millones de pesos. Lo anterior, es sin ningún respaldo técnico que lo avale, acotó.

Argumentó que en una obra pública de esta magnitud, los partícipes son los mandantes, en este caso, el Servicio de Salud Arauco, y el contratista, la empresa Socoicsa. No hay más actores relevantes en este tipo de contrato.

Añadió que ese contrato se envió en dos oportunidades, durante el transcurso de un año, a la Contraloría General de la República mediante resolución. En ambas oportunidades fue rechazado, ya que no tenía la información suficiente y relevante para avanzar en esos contratos. La empresa toma la decisión de hacer una demanda, porque el Servicio de Salud Arauco le tenía retenido varios estados de pago que sumaban sobre 4.000 millones de pesos. De esa amenaza, que no se concretó, se estableció un acuerdo de buenas prácticas que tuvo por objeto unir dos actos que son absoluta y completamente distintos en una obra pública, como lo es la recepción técnica de la obra con la recepción provisoria de la obra.

Complementando la información ya entregada, el señor Valenzuela procedió a leer un correo electrónico enviado a Peter Ihl, quien en la época era jefe de inversiones del Ministerio de Salud, por el señor René Castro, gerente general de Socoicsa. Dice textual, según señaló el invitado: “Estimado Peter, te escribo para indicarte que he decidido aceptar que nos paguen los gastos generales equivalentes solo a 130 días de los 274 días de aumento de plazo que acordamos para la obra del hospital de Cañete, pese a que nuestro acuerdo original significaba un pago para Socoicsa del orden de 1.000 millones de pesos con IVA y, finalmente, se nos estaría pagando 745 millones de pesos con IVA. Lo hago sólo por la confianza que hemos desarrollado en estas últimas conversaciones, en el entendido de que el subsecretario de Redes Asistenciales y su equipo -como se dijo en la reunión que sostuve con él y Alejandra Meniconi- nos ayudará y apoyará, para que el proyecto salga adelante y el hospital se termine exitosamente en términos beneficiosos para ambas partes. Por ello, espero poder seguir contando con tu apoyo, para las discusiones que vienen respecto de las obras extras, retrasos en los pagos, desfase en los presupuestos compensados, entrega de proyectos aún pendientes. Para implementar lo anterior, necesito pedirte que Alejandra (Alejandra Meniconi, abogada del Ministerio de Salud de la época) se contacte con el fiscal nuestro, don Blas Troncoso, abogado de la empresa Socoicsa, a quien copio este email para cerrar este acuerdo, de forma que este quede redactado a nuestra satisfacción y no sólo como el Servicio de Salud Arauco. Por último, quiero de todas maneras que nos reunamos cuando tú tengas disponibilidad, ya que para mí es fundamental que sellemos este acuerdo con un apretón de manos, oportunidad en la que además necesito pedirte

un apoyo especial para enfrentar los meses del proyecto que más adelante quedan.”

Luego agregó que, en su respuesta a este correo, el señor Peter Ihl le dice al señor Armando Domínguez, que en esa época era subdirector administrativo, lo siguiente: “Gracias, Armando. Te ruego apoyar al máximo para que salga todo antes del próximo año y podamos regularizar esta situación compleja.”

Menciona, acto seguido, un correo enviado por la señora Alejandra Meniconi a Peter Ihl, en el cual le dice lo siguiente: “Peter, es complicado el tema, ya que si el Servicio no quiere, nada podemos hacer. Conversémoslo mañana, durante el viaje.”

En este mismo sentido Exequiel Escobar, abogado jefe del Departamento Jurídico del Servicio dice: “esta asesoría desconoce los antecedentes que ha tenido a la vista el Subsecretario, toda vez que ellos fueron remitidos, tanto por el Departamento de Recursos Físicos como por la empresa Socoicsa, mediante correo electrónico. Es claro que la voluntad del Subsecretario es la de otorgar un aumento de 274 días al plazo original para terminar la obra civil de la reposición del Hospital de Cañete.

Continúa: de los 274 días, reconoce que sólo 130 tienen derecho a pago de gastos generales, razón por la cual corresponde aplicar lo dispuesto en el artículo 51 de las Bases Administrativas Generales, esto es pagar al contratista proporcionalmente al aumento del plazo en relación al plazo inicial y dar lugar a un estado de pago especial sin derecho a utilidades ni reajustes, solo impuestos. Sirve de base para ello la partida de gastos generales.

Frente al desacuerdo del departamento de recursos físicos, esta asesoría quiere hacer presente que don Luis Castillo Fuenzalida, subsecretario de Redes Asistenciales es un representante del señor ministro del ramo, quien a su vez es Subsecretario de Estado y, según lo establecido en el artículo 61 letra f del decreto con fuerza de ley N°29 o Estatuto Administrativo, creo conveniente acatar lo dispuesto por el Subsecretario, toda vez que su decisión es avalada por la Unidad de Monitoreo y Mantenimiento del Departamento de Gestión y Planificación de Inversiones de la División de Inversiones de la Subsecretaría. Sin perjuicio de dejar constancia del desacuerdo del Departamento mencionado.” Luego destacó que el Departamento de Recursos Físicos, con los profesionales de la época, emitió un informe con la explicación de por qué rechazaban eso. En ese proceso hay otro documento que le manda la abogada señora Meniconi a don Exequiel, jefe del Departamento Jurídico y dice: “Exequiel, ¿viste lo de Denis Puso? -es el ITO que había puesto la nueva dirección de Servicio- una pelotudez, no era lo que debía decir. Hoy, nuevamente arde Troya. ¿Cómo se los explico? No hagan nada, no escriban nada sin consultarme por favor. Quiero saber todo. Reenvíale a Armando.”

Explicó que con esto quiere dejar sentado el nivel de influencias que tuvo el Subsecretario de la época, don Luis Castillo, sobre el personal y sobre el Servicio de Salud. Hizo notar, asimismo, que ha habido situaciones que le parecen raras. Como ejemplo, se refirió al acuerdo de buenas prácticas donde participan 3 entidades, debiendo participar 2 (la empresa y el Servicio de Salud Arauco), en circunstancias que la ley define cuales son las unidades que llevan a cabo los acuerdos y si hay desacuerdos, el tercero que resuelve lo conforman los

Tribunales de Justicia o, en su defecto, la Contraloría Regional, en este caso del Biobío.

El segundo hito –destacó- es la firma de un acuerdo de buenas prácticas, fuera de bases y fuera de contrato. En dicho acuerdo participan tres actores, debiendo participar dos: participa la dirección del Servicio, como unidad técnica; la empresa, y un tercero extraño, que es el Subsecretario de la época, señor Luis Castillo Valenzuela.

Añadió que dicho acuerdo de buenas prácticas está sin resolución del Servicio que lo apruebe. Tampoco está aprobado por el Ministerio de Hacienda. Este acuerdo implica, aproximadamente, sobre 4 mil millones de pesos, toda vez que en el acuerdo se establece pagar una serie de estados de pagos que estaban retenidos.

El tercer hito que resaltó es el proceso de inauguración. El proyecto se inauguró el 22 de octubre de 2013, en circunstancias que debió haberse terminado el 16 de diciembre de 2010. El Presidente de la República de la época lo inaugura sin recepción provisoria y sin observaciones, en circunstancias que a una obra pública siempre se hace la recepción provisoria, se levantan las observaciones y recién ahí se inaugura.

Recordó que en el mismo instante en que se estaba inaugurando, la Comisión de Recepción Provisoria actuaba por primera vez, e hizo 1.995 observaciones, algunas superficiales y otras que hacían vulnerable al edificio. Esa recepción provisoria se hizo sin la participación de la empresa.

Agregó que en el proceso de inauguración –en un contexto local- no participaron las comunidades indígenas que participaron en el desarrollo del proyecto, porque consideran que no era válido.

Finalmente dejó por sentado que tres años después de que debió terminarse la obra, se hace una tercera modificación de contrato, por 1.270 millones de pesos.

Lo anterior redundó –dijo- en impedir el cobro de algún tipo de multa. Jurídicamente están en etapa de recepción provisoria.

Hizo notar que el monto inicial de la obra era 18.776 millones de pesos; la multa, en teoría, que debiera abarcar hasta el día de la inauguración por el Presidente, es de 17.536 millones de pesos.

Respecto de lo que ha hecho el Servicio de Salud fue, primero, poner los antecedentes en conocimiento del Ministerio. Precisó que solicitaron formalmente instruir un sumario, el que está realizando el equipo del Servicio de Salud de Concepción.

Asimismo, solicitaron formalmente a la Contraloría General de la República una auditoría de contratos, la cual fue rechazada –según manifestó la propia Contraloría- porque no estaba en su programa de auditoría y había falta de recursos humanos. Luego, la Contraloría reconsideró lo obrado. Como consecuencia de ello, en los próximos días el equipo multidisciplinario completo de la Contraloría procederá a auditar el contrato.

Finalmente, solicitaron una audiencia con el Consejo de Defensa del Estado, la cual se va realizar el próximo viernes 4 de julio de 2014 a fin de analizar cómo enfrentar la situación.

Consultado por un diputado si la empresa fue la que solicitó los 49 días de aumento de plazo, señaló que la empresa fue la que solicitó ampliación de plazo por alrededor de 80 días; pero finalmente se le concedieron 49 días. Aclaró que ese fue un proceso de negociación que se produjo entre la empresa y el mandante. De esa forma la obra debía terminar el 16 de diciembre de 2010. Es ahí cuando la empresa solicitó formalmente un aumento de plazo de 274 días acotó. El 9 de diciembre de 2010, la Unidad de Monitoreo del Ministerio de Salud informó al Subsecretario de la época que se le podían conceder, de los 274 días, aparte de los 144, los 130 días, pagándole gastos generales de 1.016 millones de pesos. Con ese informe –dijo– el Subsecretario, el 10 de diciembre, mediante oficio N° 3.480, instruye a la dirección del Servicio para que le otorgue los 274 días, 130 días imputables a gastos generales de 1.016 millones de pesos. El mismo día en que se cursaba ese oficio, la ITO, entrega un informe por el cual rechaza los 130 días con gastos generales, pero también toma en cuenta los 144 días, siempre que se anexe más información.

Por otra parte, aclaró que los tres actores que participan dentro del servicio son: la AITO, la asesoría técnica de la obra, que es una empresa externa que le presta asesoría; el ITO, el inspector técnico, y la unidad técnica. Reiteró que el subsecretario, en Santiago, mandó un nuevo oficio, el N° 3.493, con 274 días, pero esta vez ya no con 1.016 millones de pesos, sino que lo reduce a 745 millones de pesos. La negociación no es entre el servicio y Socoicsa, sino que entre la Unidad de Monitoreo, el Subsecretario y Socoicsa. Luego lee un correo de fecha 23 de diciembre que dice: "...mira, voy a aceptar que solo me pague 745 millones de pesos, en vez de los mil que habíamos acordado...", pero aquí en general se denota que no participa la institución, que era el mandante.

Con posterioridad al 19 de enero de 2011, se firmó el contrato entre la directora del Servicio de Salud de Arauco, doctora María Rebeco y el gerente de Socoicsa, donde se le conceden los 274 días, 130 días con pago de gastos generales, pero con una cláusula en la que se dispone que va a quedar afirme una vez tramitado completamente por la Contraloría.

El 22 de febrero de 2011 se envía a la Contraloría la resolución afecta N° 38, que se firma el 19, aprobando el contrato de 274 días; o sea, se hace el contrato y se envía a la Contraloría. El 14 de marzo la Contraloría, mediante oficio N° 2373, no toma razón, por no estar justificado técnicamente el aumento de plazos y los gastos generales. Por tanto, la devuelve y solicita que se complemente la información, acotó. Dos meses después, el 11 de mayo de 2011, el Servicio envía otra resolución a toma de razón, la N° 84, que incluye información complementaria a la resolución N° 38. Sin embargo, nuevamente, el 21 de diciembre, la Contraloría devuelve el documento, a través del oficio N° 14.498, la resolución se envía el 11 de mayo y la Contraloría lo devuelve recién el 21 de diciembre de 2011- que explica por qué la Contraloría Regional no tomó razón de la resolución. Concluye que la Contraloría Regional, en dos oportunidades, le dice al Servicio que la ampliación del plazo en 130 días y el documento no pueden ser objeto de toma de razón, porque la resolución no está bien justificada.

Luego, el 4 de abril el Servicio emite la resolución N° 582 que deja sin efecto la resolución N° 38. Recordó que la resolución N° 38 aprueba el contrato que establece un plazo de 274 días, de los cuales 130 son pagados con 745 millones de pesos. El Servicio adopta una decisión, y visto que la Contraloría dos veces representó su negativa, decidieron dejarla fuera. El 6 de junio de 2012, a

través de resolución exenta N° 1.169 aprueba la ampliación del plazo de 274 días; pero al mismo tiempo adopta otra determinación: modifica el contrato que había firmado anteriormente y dice que no van a llevarse a efecto los gastos generales. Hace notar que adopta dicha decisión para no enviarla a la Contraloría.

A su vez, afirmó que la empresa dijo que los gastos generales y los 130 días solo se justificaban porque el Servicio de Salud había ocasionado un perjuicio al no proporcionar algún tipo de información, lo que justificaba que el daño ocasionado valía 130 días más, pero, además, 745 millones de pesos. Al eliminar los 745 millones de pesos, está también eliminando los 130 días extras, porque el Servicio de Salud no tuvo culpa. Sin embargo, igual amplía el plazo en 274 días.

Consultado si existe o no algún informe técnico que sustente la ampliación del plazo, dijo que hay un informe técnico del Servicio de Salud y del equipo donde está la AITO, el ITO y la Unidad Técnica, que rechaza la ampliación de plazo de 274 días. Agregó que además, existe otro informe técnico, en el que se sustenta el Subsecretario para instruir al Servicio a través de la Unidad de Monitoreo; en el que invita a aprobar el plazo de 130 días con esos gastos administrativos.

Preguntado desde hace cuánto tiempo está vinculado con el Servicio de Salud Arauco, expresó que tiene relación con el Servicio de Salud desde el año 2000. Entre ese año hasta 2010, fue subdirector administrativo del proceso en cuestión, por lo tanto, dijo conocer el proyecto desde la preinversión, el diseño, la licitación y el proceso de ejecución.

A diversas preguntas de los diputados, el señor Valenzuela expresó que se siente orgulloso de lo que se hizo en salud en la provincia de Arauco durante el gobierno de la doctora Bachelet. Se dejó avanzado el Cefsam de Tirúa, el Cefsam de Los Álamos y se empezó el Hospital de Cañete.

Respecto a los daños en las fundaciones del hospital, aseveró que no fueron consecuencia del terremoto del 27F, sino de que la empresa constructora no dio cumplimiento a las especificaciones técnicas del contrato. Como dato agregó que la empresa, voluntariamente, pagó las refundaciones. Eso da cuenta de que asume su responsabilidad respecto de la calidad del suelo y de la refundación que hizo en su minuto. Costó casi 300 millones de pesos.

Consultado sobre la relación contractual o funcionaria del personal, para efectos de la responsabilidad administrativa, indicó que todos los miembros del equipo tienen responsabilidad administrativa, no hay gente a honorarios en ese ámbito, porque es un tema extremadamente delicado, que cada persona debe asumir. Reiteró que el terremoto del 27 de febrero fue el quinto más grande del mundo, y el edificio experimentó un hundimiento de cinco centímetros, daño que la empresa, finalmente, asumió a su propio costo.

Con respecto al proceso de licitación, insistió que el proyecto avanzaba de forma normal y natural, prácticamente al 50% para el 27 de febrero. Es de casi 16 mil metros cuadrados, con un proceso de construcción de 630 días. El aumento de plazo se dio bastante avanzado el 27 de febrero. Señaló que no hay ningún informe técnico que dé cuenta de que hubo culpabilidad por el diseño, de los inspectores técnicos o de algo así. Los informes dan cuenta de que en los cimientos no se usó la calidad de material pétreo que debió haberse utilizado.

Consultado por los correos electrónicos, señaló que los encontraron en una caja que estaba en la sala jurídica. Hay algunos bastante atinentes que demuestran que hubo un acuerdo en Santiago para otorgar la ampliación de 274 días de plazo con gastos administrativos.

Respecto de las acciones adoptadas por el actual Director y su equipo, afirmó que están en el proceso de presentación a tribunales, porque la cantidad de información que han debido recabar para armar el puzle ha sido de tal magnitud que, efectivamente, han avanzado de a poco. Añadió que el próximo viernes 4 de julio tienen la primera audiencia con el Consejo de Defensa del Estado para mostrarle los antecedentes.

Respecto a la afirmación de un diputado de que ellos serían juez y parte, sostuvo que no es así. Dijo sentirse partícipe de un proceso que esperan terminar bien. La gestión de este proyecto en el proceso fue de mala calidad y se quiere hacer cargo de la mala calidad del acuerdo de buenas prácticas. Señaló que éste acuerdo está fuera de todas las normas y su objetivo es reaccionar ante una eventual demanda que se interpondría y que nunca fue avisada en términos formales al Servicio. Sin embargo, el acuerdo permitió cancelar los 4 mil millones de pesos del estado de pago que se debía, acotó.

A la pregunta de cómo nació el acuerdo de buenas prácticas, dijo que fue producto de una conversación extra, que no se hizo dentro del Servicio. El acuerdo se hizo en Santiago, por el cual se instruye a la directora y al equipo a participar. Además, participa un tercero extraño en un documento de esa magnitud, que es el Subsecretario de la época. Asimismo, afirmó que otro objetivo del acuerdo de buenas prácticas es fusionar la recepción técnica con la recepción provisoria. La recepción técnica es un proceso de la construcción que luego de realizada, se avanza a la recepción provisoria, pero fusionar ambos actos permite no cobrar multas. Finalmente, si la recepción provisoria se mira bajo ese acuerdo de buenas prácticas, empieza el 16 de diciembre de 2010, es decir, en teoría, hace más de tres años.

Señaló que le pidieron el cargo en mayo de 2010, en el momento en que se fue el exdirector del servicio y otro grupo de personas. Por lo tanto, afirmó no haber participado en ese proceso, que ocurre en diciembre, fecha en que empieza una serie de actos administrativos jurídicos reñidos con la normativa.

A la pregunta de si se siente responsable, dijo que no. Ese proyecto bien administrado, responsablemente, no habría permitido que se llegara a este punto y, en teoría -deberá reafirmarlo la Contraloría con la auditoría que está realizando- estarían cobrando 17.500 millones de pesos en multas.

Insistió en que no le puede atribuir ese proceso porque él no estaba en servicio desde mayo de 2010.

Jefe de Recursos Físicos del Servicio de Salud Arauco, señor Carlos Sepúlveda.

Complementó el tema de la cuantía y pertinencia de las multas a la empresa constructora por el atraso en la obra

Explicó que de acuerdo a las bases, corresponde que del último estado de pago se cursen las multas. El último estado de pago es de alrededor de 347 millones de pesos. Llegar a una multa del orden de los 17 mil millones de

pesos es una situación bastante atípica, que da cuenta de un muy mal manejo del proceso contractual. En ese contexto, señaló, correspondería aplicar multas, porque después del rechazo en dos oportunidades, de la Contraloría, al aumento de plazo de 274 días, el contrato de obras debiera haber quedado terminado el 16 de diciembre de 2010. Desde esa fecha, hasta la inauguración por el Presidente, que por ese solo hecho se constituye en una recepción tácita, se configura un retraso de 1.041 días, lo que significa 17 mil millones de pesos. Sin embargo, aclaró que la pertinencia de la recepción tácita del Presidente de la República será consultada a la Contraloría General de la República.

Pedido que aclare si la modificación al contrato sólo se puede sustentar en informes técnicos de la Unidad Técnica, el ITO, o el AITO; pero no en un informe de una unidad del Ministerio de Salud, el señor Sepúlveda explicó que las funciones establecidas en las bases administrativas generales de la inspección técnica y de la AITO son de asesoría. En consecuencia, quien debe finalmente resolver sobre la pertinencia de otorgar aumento de obras o de plazos es la unidad técnica, que, para los efectos contractuales, está radicada en el Departamento de Recursos Físicos del Servicio de Salud.

Relató que en diciembre de 2010 dicho departamento, mediante un memorando, informó a la directora del Servicio que no existían justificaciones técnicas ni administrativas para conceder los 274 días de aumento de plazo, y no lo hace de forma arbitraria, sino que se basa, precisamente, en los informes de apoyo que entrega la asesoría de la inspección técnica –que es una empresa especializada de consultoría externa, de ingeniería específica en tratamiento de proyectos de esta envergadura en construcción de obras civiles- y, también, obviamente, en el informe de la inspección técnica. Concluye que no existe un informe técnico del Servicio de Salud, de la Unidad Técnica y de todos los asesores mencionados que dé respaldo al aumento de plazo.

Preguntado el señor Sepúlveda por su cargo y responsabilidad en la obra del hospital de Arauco, señaló que es ingeniero civil industrial, magister en Gerencia Pública de la Universidad de Chile. Fue jefe de Recursos Físicos hasta septiembre de 2011; fecha en que la directora decidió relevarlo de sus funciones, y a partir de ese momento, no ha tenido ninguna participación en los actos administrativos ni contractuales autorizados por las autoridades pasadas. Precisó que anteriormente estaba ejerciendo su segundo período de tres años, ganado por concurso público, es decir, desde 2005 o 2006, aproximadamente.

Luego se refirió a la fiscalización ejercida en el período en que se produjeron los hechos denunciados. Señaló que la inspección fiscal nunca se negó a la posibilidad de autorizar aumentos de plazo; de hecho se le comunicó formalmente a la empresa constructora el aumento de 144 días de plazo. Pero ese aumento de plazo, que abre la posibilidad de que sean autorizados otros, ocurre precisamente en el momento en que la Contraloría, basada en las presentaciones de la directora del Servicio de la época, lo rechazó formalmente, señalando que no existían mayores antecedentes que permitieran justificar tal aumento de 144 días. Eso ocurre categóricamente en dos oportunidades.

Finalmente a la consulta de si el daño ocasionado por el terremoto se produjo por falta de fiscalización, o se habría evitado de ajustarse al proyecto, explicó que la directora de la época -doctora María Rebeco- ordenó un sumario administrativo a la inspección fiscal y a la unidad técnica, que duró casi tres años. Fue reabierto en tres oportunidades; finalmente la propia directora del Servicio de Salud concluyó que no habían responsabilidades administrativas asociadas a la

inspección fiscal. En definitiva, sobreseyó el proceso sumarial, sin responsabilidades de la inspección fiscal ni de la unidad técnica.

Arquitecto encargado del anteproyecto del hospital de Arauco, señor Alejandro Osses.

Dio inicio a su intervención afirmando que es sujeto de responsabilidad administrativa. Señaló que actualmente pertenece al Departamento de Recursos Físicos, donde ocupa el cargo de jefe de inspecciones y construcción del Servicio de Salud. Anteriormente, en el proceso de construcción del hospital, fue inspector técnico subrogante, por lo tanto, tiene conocimientos técnicos sobre el proceso y sobre lo que ocurrió y puede precisar algunas de las cosas que se han afirmado.

En cuanto a los problemas de diseño, dijo que se hicieron muchos estudios que concluyeron que no hubo problemas de diseño. A través del Idiem se determinó que la arena que colocó la empresa estaba suelta, es decir, no tenía la densidad exigida; estaba contaminada, o sea, tenía un porcentaje de limo que no otorgaba la calidad que exigía el proyecto. Por lo tanto, afirmó que si se hubiera hecho bien, el proyecto no habría presentado ningún problema.

Agregó que decir que el edificio se hunde es emplear un concepto bastante fuerte. En una zona bajó cinco centímetros, un edificio de 16.000 metros cuadrados. Ese efecto no produjo daños a la estructura del edificio, es decir, no produjo daños al vaso que está sobre la tierra, sino que la parte de abajo del vaso bajó cinco centímetros.

A la pregunta de si eso es subsanable en 49 días, dijo que las obras son procesos complejos, los plazos que se pueden dar dentro del ámbito del contrato son justificados. Las que solicitan plazos dentro de ese proceso son las empresas, y lo hacen justificadamente. Ellos, como inspección técnica, deben evaluar si proceden las justificaciones, pero no son activos para solicitar o dar plazos.

Insistió que la empresa solicitó mayores plazos, pero los antecedentes que presentó no fueron suficientes para conceder los plazos solicitados; pidieron 89 días en primera instancia, pero a través de lo que presentaron pudieron justificar solo 49; nunca se cerraron a la posibilidad de que sustentaran más plazo respecto de lo que ocurrió el 27 de febrero; esa puerta nunca estuvo cerrada. Solo se pide tener a la vista prolijidad y fundamentación para analizar esos antecedentes.

Aclaró que la presentación que hace la empresa para solicitar 49 días de plazo, extendiendo así el original de la obra, la sustenta sobre dos premisas: primero, un desdoblamiento de recursos, es decir, los equipos dispuestos para la obra tuvieron que destinarlos a los derrumbes que se produjeron en las tabiquerías interiores como consecuencia del terremoto, lo que modificó su programación. Segundo, aprobada por la Seremi de Salud, se produjo una paralización de faenas, la que obviamente no les permitió avanzar normalmente. Esos son los dos componentes en los que la empresa sustenta la ampliación de plazo, que no guarda relación con solucionar el problema de la refundación.

- **Del SS Metropolitano Central.**⁸

Director del Servicio de Salud Metropolitano Central señor Jorge Martínez.

Indicó que su exposición se refiere sucintamente al estado de situación del hospital concesionado El Carmen y de las limitaciones con las que se encontraron al hacerse cargo de dicho hospital. Recordó que el dar prioridad a la atención del usuario constituyó una barrera para inspeccionar y vigilar el cumplimiento por parte del concesionario de sus obligaciones.

Señaló que las principales dificultades las encontraron, fundamentalmente, en la toma de decisiones más relevantes con respecto al contrato. La decisión estaba centrada, ya sea en el inspector fiscal, designado por el MOP, o en el director general de Obras del MOP; por tanto, la participación de Salud en este tema fue bastante disminuida y asimétrica. Sobre el particular, explicó que es el inspector fiscal quien se relaciona con la empresa concesionaria, es decir, el Hospital no tiene facultad alguna para realizar observaciones y que éstas se cumplan. Es decir, administrativamente el Hospital El Carmen no tenía ninguna incidencia dinámica para hacer observaciones en el aspecto administrativo y hacer cumplir las deficiencias de infraestructura que les entregaba la concesionaria.

Uno de los temas que se constataron desde el inicio, y que actualmente se mantiene, es la falta de la inspección técnica de la explotación. ¿Qué significa esto? Que todas las observaciones que se hacen dentro del marco de Salud y la nueva gestión no llegan, en tiempo y en forma, para que la concesionaria pueda hacer las variaciones o reparaciones respectivas que se están solicitando, y así cumplir con el Reglamento del Servicio de la Obra.

Otro tema que destacó dentro de la gestión actual es la ausencia de la visión sanitaria para la gestión de la concesión. Dio como ejemplo que la ocupación de camas en el Hospital El Carmen llega al 80%. Eso es por contrato. Ahora, si hace 80.1%, le empiezan a cobrar 0,5 UF por día cama que sobrepase dicho 80%. Recordó que cuando hubo el problema de la epidemia H1N1 los servicios hospitalarios se sobrepasaron, en cama y en atención de urgencia. Si se llega a un sobreuso de un 110%, se suman 30 UTM por día aparte de las UF ya mencionadas por las camas ocupadas.

Otro tema que no está resuelto del todo es el almuerzo, once o desayuno y colación de los trabajadores. Mencionó que el 24 de junio (de 2014), va a tener lugar una reunión para acordar la puesta en servicio definitiva.

Mencionó que para establecer una contraparte se creó la Unidad de Gestión y Evaluación de Contratos de Concesiones, es decir, un grupo de tarea específico, que cuenta con profesionales que están en interlocución permanente, ya sea con la concesionaria o con el inspector fiscal para establecer simetrías y lenguajes en común que permitan ir subsanando algunos elementos del contrato que hoy los tienen bastante limitados en la operación del hospital.

Recordó que hasta la llegada del cambio de régimen de la Presidenta Bachelet no existía una entidad eficaz que pudiera hacer una contraparte a este

⁸ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión Investigadora N° 7, de 7 de julio de 2014.

tema, por tanto, es algo que también pudo haber originado algún daño hacia el Estado, en términos de los cobros que no son suficientemente fiscalizados.

En la observación a la puesta en servicio, explicó que ya tenían las autorizaciones y resoluciones sanitarias. Se inició la puesta en marcha del Hospital El Carmen sin tener la autorización sanitaria afirme, sino que se comenzó a atender, y ahí la Contraloría emitió un dictamen de iniciar un sumario, que está en curso, de 77 pacientes.

Sobre el particular comentó que cuando se abre el Hospital El Carmen, se le solicitó la renuncia a la exdirectora del CRS, que estaba cooperando y era parte de la administración anterior, doctora Beatriz Bueno, porque ella se opuso a la apertura del Hospital de Maipú en las condiciones sanitarias en que estaba. Aclaró que ello ocurrió en diciembre, por cuanto al tener la autorización municipal ya se puede poner en marcha el hospital.

Explicó que la puesta en servicio provisorio (PSP) es lo que hoy está vigente. Sin embargo, dijo que en este PSP todavía faltan soluciones, como el servicio de tendido eléctrico, cables de telecomunicaciones, puesta en marcha y pruebas de los sistemas de la planta de tratamiento de aguas para poner en función la unidad de diálisis e, indudablemente, las pruebas de gases en las columnas de los pabellones quirúrgicos y la UPC adulto e infantil. Agregó que esto debiera completarse antes del 24 de junio para entrar a conversar la puesta en marcha definitiva.

Los servicios concesionados: ropería, alimentación, estacionamiento, mantención, aseo y manejo de residuos, vectores y otros. Respecto al estacionamiento, señaló que se van a establecer 50 gratis para los pacientes que lleguen tanto a urgencias o a consulta de especialidades médicas, haciendo una aclaración de que no van a incurrir en ningún gasto accesorio con respecto a ello.

Dentro de los servicios de prestaciones básicos, especiales y obligatorios, establecidos en las bases de licitación, señaló que el inspector fiscal debe realizar una supervisión permanente de los siguientes aspectos y donde también han notado una deficiencia: cumplimiento y tiempo de respuesta ante contingencias, porque no existió una contraparte efectiva al momento de recibir el hospital y no se pudieron concretar varias anomalías observadas en la puesta en marcha provisional.

Actualmente, dijo, el Servicio de Salud y el MOP no han implementado un sistema formal y seguro de control de los niveles de servicio. El control y uso de los servicios concesionados es de dependencia y responsabilidad de Salud, lo que les obliga a implementar prontamente una capacitación a todo el personal en estas materias.

Además, existen temas pendientes de la autoridad sanitaria que aún no se han resuelto y que se deben considerar en la resolución que se puso en marcha. Sin embargo, solamente se observó a urgencia y a laboratorio para colocar en marcha el hospital; no así los servicios de diálisis y de medicina.

En respuesta a una consulta sobre la investigación especial llevada por la Contraloría General de la República (en relación a unas atenciones a 77 pacientes que se habrían efectuado en el período previo a la fecha de recepción municipal, señaló que el 13 de enero de 2014, mediante el ordinario N° 30, se efectuó la recepción municipal definitiva por parte de la Dirección de Obras. Sin embargo, el servicio debe instruir un procedimiento disciplinario tendiente a determinar las eventuales responsabilidades administrativas de los funcionarios

que permitieron el uso del recinto asistencial los días 4 y 5, que se atendieron a 43 pacientes el día 4 y a 34 pacientes el día 5.

Se instruyó un sumario para identificar esas responsabilidades e identificar correctamente en qué se basaron esas atenciones y eventualmente el perjuicio a los pacientes en ese momento.

Señaló que durante el período en que se abrió el Hospital de Maipú - entre diciembre y el 12 de marzo-, encontraron anomalías, las cuales, van a impactar en el presupuesto del hospital para el próximo año y, quizás, actualmente. Como ejemplo, señaló que detectaron la inexistencia de plan de compras. Los montos de la licitación no eran los adecuados o los establecidos por ley, sino que eran más altos. Es decir, existe un monto determinado para poder hacer trato directo; sin embargo, esa obligación no se observaba y se procedía simplemente al trato directo. A raíz de aquello, dijo, hoy está en curso un sumario administrativo para investigar la compra de máquinas de diálisis, pues pese a tratarse del mismo tipo de aparato y con la misma tecnología, se optó por el oferente más caro, lo que significó una diferencia de 70 millones de pesos. La salud del paciente no hubiera variado en nada si se hubiere optado por una máquina de diálisis más barata.

Agregó que la organización en las áreas de farmacia e insumos era muy débil. No había plan de compra y todo se adquiría de forma directa y, prácticamente, al día en desmedro del patrimonio público. Y, en Recursos Humanos, no se utilizaba el SIRH y el SIGFE.

Explicó que se han puesto en marcha las camas, las que en junio es de 60% y esperan que a finales de agosto estén habilitadas todas las camas.

Señaló asimismo que han aumentado a un 92% las especialidades médicas desde febrero, mes en que se hicieron cargo. En el mismo mes, se realizaban un promedio 1,4 cirugías al día y en la actualidad van en 10,5. Se incrementó la disponibilidad de pabellones y se creó el servicio de anestesiología.

Precisó que en febrero, todos los anestesiistas estaban contratados a honorarios, lo que implicaba un gasto de 60 millones de pesos. Cada especialista ganaba 41.000 pesos la hora y no tenían compromiso con la institución; pero tras realizar un nuevo trato, bajaron dicho presupuesto a 46 millones mensuales con la misma cantidad de anestesiistas. Aclaró que los anestesiistas tienen contrato institucional. Lo mismo ha ocurrido en todas las especialidades que han ido contratando. En este hospital no hay empresas contratadas.

Respecto de los tiempos de espera, mencionó que los pacientes que ameritan atención primaria, antes esperaban 5 o 6 horas pese a los reclamos; sin embargo, en mayo esa espera se redujo a una hora cuarenta y dos minutos promedio.

La deuda estimada de cierre 2014 es de 5.600 millones de pesos. Indudablemente, queda algo muy importante que es la apertura de la maternidad, lo cual se va a realizar a fines de junio o primera semana de julio.

Añadió asimismo, que han ido cerrando la brecha y han invertido, de una forma muy rápida, la distribución de personal. Prácticamente en un inicio el 64% del personal era administrativo y un 30% clínico. Esa situación se revirtió para dar la cobertura que corresponde.

Otro aspecto que destacó dice relación con los recursos humanos, el control interno y el control de pago de servicios prestados. Este último, no estaba

debidamente respaldado, tampoco se observaba la prioridad administrativa en registrar tanto el recurso humano como el financiero en los sistemas SIRH y el Sigfe, los cuales deben estar permanentemente actualizados.

Mencionó también el Abastecimiento, por la inexistencia de un plan de compras, es decir, no había una proyección del desarrollo de la unidad que se quiere implementar en función de los insumos que se necesitan.

Farmacia e insumos está muy ligado a Abastecimiento. Había debilidad en el control interno y en la distribución, y la inexistencia de programación de medicamentos e insumos.

Por otra parte agregó que a febrero los egresos hospitalarios eran 176; el 16 de marzo, fecha en que asumieron, ahora tienen el doble; en abril, 252; en mayo, 344. Asimismo, las consultas de especialidades en el Hospital El Carmen han ido progresivamente aumentando de 462, a fines de febrero, a 1.335 en la actualidad.

Este es el cronograma que se ha ido cumpliendo de forma estricta en la apertura de camas.

Mes	Mar	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Dotación
Semana	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª		
Pediatría	12	12	20	20	20	20	20	20	20	20	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
Médico Quirúrgico	0	0	0	57	57	57	66	54	54	54	54	66	66	66	66	66	99	99	99	99	99	99
Cuidados especiales	0	0	0	0	0	0	12	12	12	12	12	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
Leves / Básicas	0	0	0	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
Total camas médico quirúrgicas	58	58	58	90	90	99	99	99	99	99	132	132	132	132	132	132	165	165	165	165	165	165
UPC pediátrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
UPC neonatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
UPC adulto	8	8	8	12	15	15	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Traumatología y Ortopedia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Ginecología	0	0	0	0	0	0	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Obstetricia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Neonatología básico	0	0	0	9	9	9	9	9	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Pensionado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	23	23
Psiquiatría corta estada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
Total camas en uso	78	78	86	89	134	134	143	177	177	198	223	266	298	298	298	298	331	331	354	354	374	374
Porcentaje respecto de dotación	21%	21%	23%	24%	36%	36%	38%	47%	47%	53%	60%	71%	80%	80%	80%	80%	89%	89%	95%	95%	100%	
Var.% de camas en uso (semana t/t-1)	-	0%	10%	3%	51%	0%	7%	24%	0%	12%	13%	19%	12%	0%	0%	0%	11%	0%	7%	0%	6%	

Recalcó que en este momento se debiera acelerar la apertura de camas. Sin embargo, no tienen la disponibilidad de personal clínico, desde técnicos paramédicos hasta médicos, para apoyar a los enfermos que se hospitalizan.

Al 1 de julio, del total de 374 dijo que ya tienen el 80% de las camas abiertas.

Afirmó que tales son las especialidades que se han ido aumentando de marzo a mayo de 2014, lo cual indica que están entregando una respuesta expedita en especialidades. Agregó que en patologías GES, en este momento, según las comprometidas, no hay listas de espera, es decir, no están vencidas.

Respecto al gasto en anestesistas, mencionó que en enero se realizaron dos intervenciones quirúrgicas en el hospital, con un gasto total de 22 millones 467 mil pesos en anestesistas. El gasto promedio por anestesista fue de 11 millones 233 mil pesos, con dos cirugías al mes.

Añadió que en febrero aumentaron las cirugías, pero el gasto total de anestesistas fue de 51 millones 306 mil pesos. En marzo, cuando aún no tenían el equipo de anestesistas que se comprometió con el Hospital El Carmen, fue de 81 millones de pesos.

Afirmó que con su intervención, a partir de abril se bajan esos costos a 69 millones 765 mil pesos, con 120 cirugías; en mayo, 68 millones de pesos, con 109, y en junio, 40 millones de pesos, con 115 cirugías.

Explicó que el modelo que se instaura para contratar anestesistas es mucho más efectivo y no afecta las finanzas sin que haya una producción asociada.

Respecto de los tiempos de espera, señaló que tanto en la categorización como en la atención de pacientes, se observa una disminución promedio de alrededor del 40%. Si en un inicio, estaban en alrededor de 6 a 7 horas de espera, hoy el promedio de los C4 y C5 es de 1 hora 45 minutos a 2 horas.

¿Qué les queda por fortalecer? El área clínica y la optimización del modelo de gestión, acotó. Es decir, que cada peso invertido por el Estado signifique un retorno social hacia los usuarios.

Edificio Obispo Valech.

Explicó que se trata de una donación de 7.000 millones de pesos realizada por monseñor Valech a la Posta Central para construir la torre que lleva su nombre.

La primera etapa, la obra gruesa, se realizó a partir de un contrato entre privados. Monseñor Valech hizo un convenio con una empresa constructora, y el Servicio Metropolitano Central supervisó la construcción.

En relación con el contrato de donación, mencionó que tienen un grave problema, pues no han encontrado hasta el momento el contrato de donación original. Esto es grave, pues la torre está en terreno público y no pueden seguir financiándola o construyendo lo necesario, porque no es del Servicio. Dijo que están en conversaciones con el Ministerio de Hacienda y recabando toda la información necesaria.

Señaló que eventualmente, en enero de 2017, se terminaría la torre actual, sin la unidad de quemados, que era uno de los grandes objetivos de los colegas cuando iniciaron este convenio o trato con monseñor Valech.

Explicitó que lamentablemente no se pudo continuar con la construcción de la torre porque en la etapa III, el 29 de noviembre de 2013 se llamó a licitación pública, pero dicha licitación no tenía respaldo financiero. El respaldo presupuestario o la solicitud fue hecha el 7 de marzo de 2014 por el doctor Luis Castillo. Es decir, ninguna licitación puede llevarse a cabo sin el respaldo financiero no está debidamente adjudicado.

La torre del edificio Obispo Valech tuvo una disminución total de 5.495 metros cuadrados, por lo que se omitió la Unidad Crítica de Quemados y la Unidad de Cuidados Intermedios. Es decir, de cinco pisos que contenía el proyecto original se eliminaron dos.

Subdirector Administrativo del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Alexander Pérez.

Dejó a disposición de la Comisión información relativa a la licitación ID: 775-73-LP13, de noviembre del año pasado, publicada en el portal de Mercado Público. Dijo que en dicha licitación se señala, dentro del cronograma tentativo -la apertura técnica y económica era el 15 de enero-, que la fecha de adjudicación era el 26 de febrero. Sin embargo, el oficio ordinario N° 778, es de 7 de marzo de 2014, es decir, cuatro días antes del cambio de gobierno, del Subsecretario de Redes Asistenciales a la directora de Presupuestos de la época, en la cual solicitan el decreto de identificación presupuestaria y modificación del proyecto de inversión donde estaba la Torre Valech.

Con tales datos afirmó que la Torre no contaba con certificados de disponibilidad presupuestaria.

Añadió que la modificación era por alrededor de 7 mil millones de pesos para la segunda etapa. Sin embargo, de acuerdo con lo que han trabajado con el Ministerio de Salud, la segunda etapa, más la operación, estaría costando más de 20 mil millones de pesos. Aseveró que con 7 mil millones de pesos el presupuesto es exiguuo, de acuerdo con lo que han estimado.

Abogado del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Ulises Nancuante.

Se refirió a los alcances del contrato de concesión, mencionando que éste se funda en las bases de licitación. Es decir las bases de licitación son el contrato; ese es el documento jurídico que establece las obligaciones de ambas partes.

En ese contrato, se establecieron una serie de supuestos, pero cuando se mira en retrospectiva se da cuenta que faltó una visión de gestión sanitaria de la documentación. Piensa que se preocuparon más de la construcción hospitalaria, de los fierros, del cemento, y dejaron de lado ciertas peculiaridades que tiene el sector Salud, por ejemplo, la reconversión de camas.

Señaló que adelantándose a lo que venía como campaña de invierno, solicitaron a la concesionaria que reconvirtiera camas pediátricas para hacer frente a una mayor demanda. La concesionaria no tuvo ningún problema a dicha solicitud y les señaló que se demora veinte días hábiles en reconvertirlas. Pero veinte días hábiles, cuando se decreta o se presenta alguna emergencia sanitaria, es un exceso, dijo. La reconversión de camas tiene que ser inmediata.

Por otra parte, aclaró que las concesiones admiten modificaciones, es decir, las bases de licitaciones no son documentos pétreos inmodificables; pero hay un principio que está en la ley de concesiones, y que se recoge en las bases, que es el principio del equilibrio financiero. Es decir, puedo cambiar el diseño original y adecuarlo a la realidad que estoy viviendo. Son treinta semestres de contrato con la concesionaria, quince años. Evidentemente, existe cierta flexibilidad, lo permite la ley, pero adecuándose al principio de equilibrio financiero. O sea, el mayor costo que significa un cambio tiene que ser pagado. No le puede imponer a la concesionaria que cambie algún diseño si se ajusta al diseño original.

Concluye que no es fácil modificar el contrato, porque hay un equilibrio financiero que mantener. Es un mayor costo, hay que negociarlo. Y no

es Salud quien negocia las modificaciones, sino el Ministerio de Obras Públicas. Además, se requiere autorización del Ministerio de Hacienda si hay mayor gasto en esas modificaciones. No son tan dinámicas y rápidas como se quisiera ante una emergencia sanitaria.

- **Del SS Chiloé.**⁹

Directora del Servicio de Salud de Chiloé, señora Paulina Reinoso.

Dio inicio a su exposición recordando que el 17 de marzo asumió como directora del Servicio de Salud Chiloé. En los días inmediatos se dedicó a investigar la situación de los centros de salud familiar (Cesfam) de Chonchi y de Dalcahue, que son las obras que están paralizadas. Indicó que realizaron una auditoría y, producto de ella, hicieron una presentación en tribunales, por cuanto había serios problemas con las obras paralizadas que comprometían recursos públicos, además de procesos administrativos que requerían ser observados, dado que la empresa se declaró en quiebra.

Agregó que el Servicio de Salud Chiloé terminó el contrato, por mutuo acuerdo, cuando la empresa ya registraba claros antecedentes de incumplimiento. Frente a esa situación, el Servicio de Salud Chiloé cambió las boletas de garantía por pólizas de seguros, lo que hace muy difícil recuperar los recursos que se habían adelantado a la empresa CBC.

Respecto de los hospitales de Ancud y Quellón, señaló que en junio de 2013, el Ministerio de Desarrollo Social dio la rentabilidad social (RS) de los proyectos, pero con una serie de observaciones al anteproyecto para la etapa de diseño, en virtud de que se había informado a la comunidad que se estaba obteniendo el RS para la construcción, situación que generó expectativas distintas, aseveró. El anteproyecto tenía una serie de problemas, lo que se ha visto reflejado en los inconvenientes que ha habido para continuar, porque con ese RS se llamó a licitación de los diseños. Esas licitaciones se hicieron fragmentadas: la arquitectura, la ingeniería y las especialidades. Esto se hizo en plazos muy cortos, acotó. El llamado a licitación se hizo el 1 de octubre, para el diseño de arquitectura de los hospitales; el 4 de octubre, para las especialidades de gases clínicos, electricidad y clima; y el 9 de octubre, para el cálculo estructural. El 11 de octubre –prosiguió– se hizo la coordinación de las especialidades. La metodología que se utilizó para las licitaciones generó una serie de problemas técnicos en la coherencia entre cada uno de los proyectos porque, primero, se requiere el diseño de arquitectura para continuar, con plazos muy acotados, lo que técnicamente hacía inviable cumplir. Como ejemplo, dijo que el cálculo estructural se entregó en un plazo de 45 días. Ante esa situación, comentó que llamó a las empresas para que le entregaran más antecedentes de este proceso de licitación, y hoy están en una situación de reprogramación, de modo de obtener un diseño que les permita avanzar a la etapa de ejecución. En estos momentos, los diseños no están terminados; existen problemas en la metodología de licitación.

Consultada por los plazos de las obras, indicó que el inicio de los contratos para los diseños comienza el 31 de diciembre: para la arquitectura, con

⁹ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión Investigadora N° 8, de 8 de julio de 2014.

un plazo de 120 días, lo cual significa que al 30 de abril debió haber estado terminado. Para las especialidades, el contrato de la ejecución del diseño se inició el 28 de enero y tenía como plazo, para las especialidades de gases clínicos, electricidad y clima, 90 días, y la fecha de entrega era el 27 de abril. Respecto del cálculo estructural, se inició el 4 de febrero, y el plazo de 45 días señalaba que debía ser entregado el 20 de marzo.

La inconsistencia técnica, indicó, hacía inviable que cada una de las empresas pudiese terminar con dichos procesos, porque requerían de los avances de los otros. Pero surgió otra dificultad: respecto de la coordinación, las empresas tenían como contraparte el Ministerio de Salud, y no el Servicio. Dijo que tienen antecedentes de que entregaban sus fases de término al Ministerio de Salud y no al Servicio de Salud Chiloé, lo que dificultó y significó un grave problema para la gestión de los proyectos.

A la solicitud de precisar, cuál es la red asistencial de Chiloé, señaló que tiene un hospital base en el centro de la Isla Grande, que es el hospital de Castro, y dos hospitales en las zonas extremas: Ancud y Quellón. El hospital de Quellón era comunitario, pero producto de las movilizaciones del año pasado se incorporaron ciertas especialidades básicas que entregan prestaciones a la población. Además, hay dos hospitales comunitarios en Queilen y Achao, que es otra de las islas del archipiélago de Chiloé. Añadió que cuentan con 9 Centros de Salud Familiar, una red de 74 postas y, aunque no forman parte de la red oficial, más de 50 sedes sociales habilitadas para entregar atención en zonas rurales. Esa es la red del Servicio de Salud Chiloé, acotó.

A la consulta referida a la construcción de obras de mayor envergadura, durante la gestión del gobierno del ex Presidente Piñera, mencionó que se licitaron los Cesfam de Chonchi-Dalcahue a la empresa CVC y un Centro de Salud Familiar de Castro a otra empresa, que se terminó, y que fue inaugurado el año pasado (2013).

Dentro de otros proyectos están el Cesfam de Chonchi, con un 30% de las obras; el Cesfam de Dalcahue, que no se alcanzó a construir. Aclaró que estos proyectos venían desde el anterior gobierno de la Presidenta Bachelet y eran parte del plan Chiloé. Pero solo se terminó el de Castro. Añadió que los hospitales de Quellón, Ancud y Castro vienen de larga data. Los cronogramas se han modificado, y no tienen uno actualizado debido a la situación de los diseños.

A la consulta de si ocupó algún cargo en la administración pasada, en el Servicio de Salud Chiloé, precisó que dentro de tal servicio, no. Sí fue jefa de atención primaria en la Corporación Municipal de Castro. A la pregunta de cuál era la unidad técnica: el Servicio de Salud o la subsecretaría de Redes Asistenciales, aclaró que formalmente correspondía al Servicio de Salud Chiloé.

Respecto del procedimiento, afirmó que se contrató a dos profesionales; uno de ellos era el señor Jaime Vilches, quien se desempeñó en el Ministerio de Salud en el área de inversiones, o sea, se le pagaba con fondos del Servicio de Salud, pero se desempeñaba en el Ministerio, situación desconocida por el Servicio de Salud Chiloé. Agregó que cuando llegó, a las dos semanas, el jefe de inversiones le dijo: "hay un funcionario que está cargado a tu Servicio y lo tengo en el área de inversiones del Ministerio de Salud." Aseveró que él recibía los informes de las empresas y dijo tener evidencia de ello. Aseveró que ellos iban autorizando las etapas en cada una de las fases de los proyectos.

Consultada sobre los plazos de los contratos y sus moras, señaló que en este punto lo que genera mayor preocupación en la comunidad es la entrega de cronogramas que han tenido una suerte de modificaciones. Actualmente están trabajando con las empresas en un nuevo cronograma que les permita avanzar con sustentabilidad técnica y no acelerar procesos para luego abrir hospitales que al día siguiente se están lloviendo o tienen una serie de dificultades.

A la consulta de quién era la unidad ejecutora en el caso de los Cesfam de Chiloé donde la señora Reinoso era funcionaria municipal y también de los dos hospitales, explicó que la unidad ejecutora de los tres Cesfam era el Servicio de Salud Chiloé. Agregó que ella era contraparte, por ser la jefa de salud, pero la corporación municipal ni los municipios eran responsables de la licitación ni de la ejecución de las obras.

Consultada por la estimación de la inversión y ¿cómo ocurre un cambio de boleta de garantía por una póliza de seguro?, dijo que la estimación de la inversión es de 30 mil millones de pesos para el Hospital de Ancud y a 19 mil millones de pesos para el Hospital de Quellón. Eso es lo proyectado para la ejecución, acotó.

Respecto del cambio de garantías, señaló que la responsabilidad recae en el Servicio de Salud. Agregó no tener mayores antecedentes de las razones del cambio porque están en proceso de sumarios administrativos y también en tribunales.

Concluyó que lo anterior les ha generado graves perjuicios, porque no pueden avanzar, pese a que el Ministerio tiene la voluntad de entregar los dineros, pero aumentó el costo de los centros de salud, que era de 3 mil millones de pesos, porque no han podido recuperar los recursos independientes y deben esperar a que resuelvan los tribunales.

- **SS de Coquimbo.**¹⁰

Director del Servicio de Salud de Coquimbo, señor Ernesto Jorquera.

Comenzó su intervención mencionando que hay dos obras en la provincia de Choapa que, por razones diversas, están paralizadas. Una es un Centro de Salud Familiar, que está ubicado en la comuna de Illapel y, otro, un hospital de baja complejidad, conocido como familiar y comunitario, que es el de Salamanca.

Respecto del Cesfam de Illapel, recordó que es una obra adjudicada en 2012 por un monto aproximado de 2.960 millones de pesos. La obra se paralizó en diciembre de 2013 con 90% de avance en obra física. Sólo faltaba el cierre de detalles para concluir la obra como, por ejemplo, la instalación de equipos. La empresa, simplemente abandonó la obra, acotó.

Consultado por el nombre de la empresa, indicó que se llama Constructora Inca, Ingeniería y Construcción Apoquindo.

¹⁰ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión Investigadora N° 9, de 15 de julio de 2014.

Enfatizó en que la empresa dejó la obra técnicamente botada, sin ningún tipo de resguardo. Inclusive, dejó materiales adentro. En ese contexto, la dirección del Servicio empezó a realizar la liquidación de la obra, de manera unilateral, ante la Contraloría. Esta última le ha pedido al Servicio una serie de informes que le den certeza de que lo que está construido tiene calidad técnica suficiente. Ese estudio se lo encargaron a la misma empresa que diseñó el Cefam y a final de mes (julio de 2014), deberá entregar el informe. Terminado eso, dijo que procederían a reingresar el cierre o la liquidación de la obra a Contraloría. Terminado ese proceso, recién se podrá relícitar el contrato del Cefam.

En cuanto al Hospital de Salamanca señaló que es un proyecto bastante antiguo. Para llegar a la situación que se encuentra en este momento, se hicieron dos licitaciones, ambas muy largas en términos del proceso de adjudicación. En el segundo llamado a concurso, se pudo adjudicar por un total de 7.890 millones de pesos. Esa obra tenía contemplados 300 días de ejecución y hubo un alargue de 40 días. Debió haber sido terminada el 17 de abril de 2014, con todos los alargues incluidos; no obstante, la obra llegó hasta el 53% de avance. La empresa solicitó ampliación de plazo y ellos, como Dirección del Servicio, determinaron que no tenían capacidad de terminar el contrato dentro de los plazos establecidos, ni siquiera alargándolos.

Agregó que iniciaron el proceso de cierre del contrato, en conocimiento de que se trataba de un consorcio. Se trataba del consorcio Ortiz, ligado a la empresa Inca. Sabían que dicha empresa estaba al borde de la quiebra, lo que ocurrió días antes del 17 de abril. Por lo tanto, hicieron la presentación de cierre de contrato y el consorcio apeló ante los tribunales de La Serena, el que determinó que el cierre de contrato fue unilateral, que no se ajustaba a derecho y les pidió que se devuelva la obra a la empresa, con fecha máxima 2 de agosto de 2014. Hubo una condición para la empresa, que renueve las boletas de garantía y de fiel cumplimiento de la obra, de modo que, teniendo eso a la vista, se pueda continuar con la obra. Están en ese proceso, dijo.

Aclaró que en este momento, ambas obras están detenidas en los aspectos administrativos diferenciales. Eventualmente, podrían continuar con la obra de Salamanca, si es que la empresa entrega las boletas de garantía y se hace con ellos un plan de trabajo, asociado al contrato vigente.

Reiteró que respecto de la obra de Illapel, tienen que relícitar, en cuanto la Contraloría tome razón.

A la consulta de si efectivamente hay garantías de que esta empresa o consorcio pueda continuar la obra, señaló que están en conocimiento quede ninguna manera, se lograría terminar en los plazos establecidos. Agregó que cuando se estudió el proyecto, se estimó como plazo de ejecución cerca de 700 días. Lamentablemente para las empresas que concursaron con esas condiciones, acortaron casi a la mitad el plazo de ejecución de dicho contrato. Por tanto, añadió, más allá de las distintas dificultades que pudieron haber encontrado, sobre todo al inicio de obras, evidentemente el plazo pudo haber resultado corto, considerando las características de la obra y del terreno donde está emplazado. Precisó tener disposición para alargar el plazo, siempre que en el plan de trabajo que ellos presenten tengan acuerdo y que los montos involucrados en este proyecto sean razonables.

Consultada por las fechas de adjudicación de la empresa Inca-Apoquindo-Ortiz respecto de la construcción del Centro de Salud Familiar de Illapel, y de la fecha de adjudicación del hospital de Salamanca, respondió que en el caso del Cesfam urbano de Illapel, la firma del contrato fue el 3 de octubre de 2012, con toma de razón el 21 de noviembre del mismo año. La fecha de entrega del terreno fue realizada el 18 de diciembre de ese año, y las obras partieron al día siguiente. El plazo de ejecución de las obras fue de 330 días.

Agregó que en el caso del hospital de Salamanca, la fecha de firma del contrato fue el 28 de noviembre de 2011; la fecha de entrega de terreno el 11 de febrero de 2013; y la fecha de inicio de la obra el 12 de febrero de 2013. El plazo de ejecución era de 390 días y se agregaron 40, es decir, hubo 430 días para terminar la obra, que tenía como fecha de término el 17 de abril.

En términos de gestión del Cesfam urbano –precisó– se han encontrado con que la obra no fue suficientemente fiscalizada, es decir, sin inspector técnico que estuviese permanentemente ocupado de la gestión, pues visitaba la obra una vez a la semana si es que disponía de vehículo para hacerlo. Desde esa perspectiva –dijo– se observa que no hubo preocupación por el estado de avance de la obra ni de la calidad de la misma.

Igual cosa sucedió –dijo– con el Cesfam de Salamanca. Allí se pudo observar que la obra en general estuvo avanzando con menos problemas en términos constructivos, pero con muchos en términos de plazo, precisó.

Consultada por evidencias que acrediten tratos o conversaciones directas del Subsecretario Castillo con la empresa constructora señaló que no han encontrado documentos que indiquen si hubo intromisión directa o no del subsecretario señor Castillo, pero en el caso del hospital de Salamanca, sí sabe que hubo una fuerte presión para que se acortaran los tiempos de ejecución.

A la pregunta de cuánto se demoraría la construcción del hospital, indicó que el estudio original de ese hospital y vistas las características del terreno, se estima como probable que la ejecución demore 700 días.

Consultada por la asesoría que habría realizado el asesor del Ministerio de Salud, don Sergio Teke y la señora Leticia Ramírez, explicó que ella fue directora titular del Servicio de Salud de Coquimbo hasta noviembre del año 2010, y retomó funciones, en calidad de provisional y transitorio, con fecha 17 de marzo de este año. Aclaró que no estuvo presente en ninguno de los procesos de licitación de estas obras en particular; sí en los diseños de las mismas. Agregó que si en alguna de las empresas AITO -que asesoran la inspección técnica de obra- está presente el señor Sergio Teke o la señorita Ramírez, no le consta. No obstante, en términos de responsabilidad la obligación de la ejecución de una obra, le corresponde a dos actores: a la empresa, que se adjudicó y a los mandantes, como dirección de servicios o en su conjunto el Ministerio de Salud. Añadió que todo lo que hacen las empresas que asesoran las inspecciones técnicas de obras, queda registrado en el libro de obras. Por tanto, para dar una respuesta fidedigna a lo que se le consulta tendría que hacer un informe del libro de obras. En el caso particular del Cesfam de Illapel y del hospital de Salamanca, dijo que podría entregar un informe sobre el cumplimiento acucioso de la labor de asesoría de inspección técnica de obras.

- **SS de Antofagasta.**¹¹

Director del Servicio de Salud de Antofagasta, señor Waldo Bustos.

Inició su intervención señalando que asumió la dirigencia del Servicio de Salud Antofagasta el 29 de marzo. Luego destacó que la red salud de su región es bastante grande, y las distancias son largas entre una ciudad y otra.

Afirmó que se encontraron con ciertos problemas en algunos Cesfam: el de Calama, que está en etapa de modernización; el de Antofagasta norte, que es nuevo, y el hospital Carlos Cisternas de Calama, que es el centro asistencial que ha causado mayores inconvenientes.

El Ministerio de Salud hizo un informe de auditoría en el que se señalan deficiencias en el resguardo y control de vigilancia de boletas de garantía, relacionadas con el resguardo de las obras y con el equipamiento de las mismas; incumplimiento del artículo 10, de la ley N° 18.996, sobre estricta sujeción a las bases administrativas; se observa detrimento patrimonial en obras determinadas, sin evidencia de fecha para la reiniciación de las mismas; retraso en procesos sumariales; incumpliendo de plazos establecidos en el Estatuto Administrativo; retraso en la revisión y análisis tanto de estados de pago, como de notas de cambio; inadecuado resguardo del equipamiento adquirido para la implementación de los establecimientos en construcción; paralización de las obras que conduce a gastos adicionales para los servicios de Salud, entre ellos, el pago por la seguridad del patrimonio, bodegaje para el equipamiento. Incurrir en gastos relativos a la contratación de estudios para determinar el estado real de la obra, como ingenieros calculistas y estructurales entre otros, a fin de contar con información fidedigna ante una nueva licitación.

Recordó que la construcción del Cesfam de Calama se comenzó en 2012 y a marzo tenía un atraso de 125 días. En enero, el avance era de 52% y se había pagado casi el 60% de la obra. La semana pasada, el avance de la obra era de 64,5% y el avance financiero era de 63,5%. Como pueden observar en la lámina, la inversión es de 3.125 millones de pesos.

¹¹ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión Investigadora N° 10 y 12, de 22 de julio y 5 de agosto de 2014.

	<u>Tpo. Proy.</u>	<u>Inicio</u>	<u>Atraso</u>	<u>Avance Enero 2014 (%) Físico/financiero</u>	<u>Situación actual Físico/financiero</u>	<u>Inversión MM\$</u>
C. Calama	365	11/2012	125	52/59,3	64,5/63,5	3.125
C. Norte Antofagasta	330	11/012	154	74/69	93/88	3.197
H. Calama (*)	657	08/2010	1.169	75	75/63	30.880

Agregó que el Cesfam Norte de Antofagasta comenzó a construirse en marzo de 2012. Tenía un atraso de 154 días; en enero, el avance de las obras era de un 74% y se había pagado 69% del trabajo; los pagos estaban atrasados, porque fueron suspendidos. Hoy los actualizaron, porque las obras están en un 93%, es decir prácticamente está en vías de ser inaugurado, lo que esperan hacer en dos o tres meses. El monto de la inversión es de 3.197 millones de pesos.

Hizo notar que el contratista de los Cesfam de Calama y Antofagasta posee contratos por obras adjudicadas en una persona natural. También es responsable de cuatro proyectos más, lo cual no deja ser un problema, pues se corre el riesgo de que se caigan todos los proyectos. Expresó que han tratado de negociar con el contratista en buenos términos para apurar los proyectos. Agregó que cuando llegaron, las obras tenían un avance mensual de alrededor de 2 a 3% y ahora van casi en un 5 a 6%. Lo que hicieron fue citar al contratista a una reunión en el Servicio y le exigieron que acelerara las obras, porque de lo contrario corrían el riesgo de cancelar algunos contratos.

Comentó que el contrato para la construcción del Cesfam de Calama y Norte Antofagasta contemplaba un menor tiempo de ejecución. El Cesfam norponiente de Calama se construyó en dos años. En ese sentido -dijo- hay que considerar la situación laboral en Calama: mucha gente trabaja por un tiempo y, apenas puede, se traslada a las mineras, pues les pagan mucho más. Esta situación se da bastante en el norte y, en Calama, con mayor razón. Por ello, el flujo de trabajadores es bastante rotativo, lo cual influye mucho en los atrasos de las obras.

Ahora, si el contrato para la construcción de Cesfam norponiente de Calama establecía un plazo de 24 meses, señaló ignorar por qué el contrato del Cesfam de Calama fijó el plazo en un año. Lo ideal hubiera sido que la construcción estuviera programada por más tiempo acotó. No obstante lo anterior, aseguró que los Cesfam de Antofagasta y Calama, los tendrán listos a más tardar en marzo del próximo año.

En la lámina siguiente se puede observar una fotografía de la maqueta que representa cómo debería estar el Hospital de Calama. Bajo esa imagen, hay un testimonio gráfico de cómo está en la actualidad: avance físico de 62%, una superficie de 34.462 metros cuadrados y un monto de inversión que se presupuestaba en 49 mil millones de pesos.



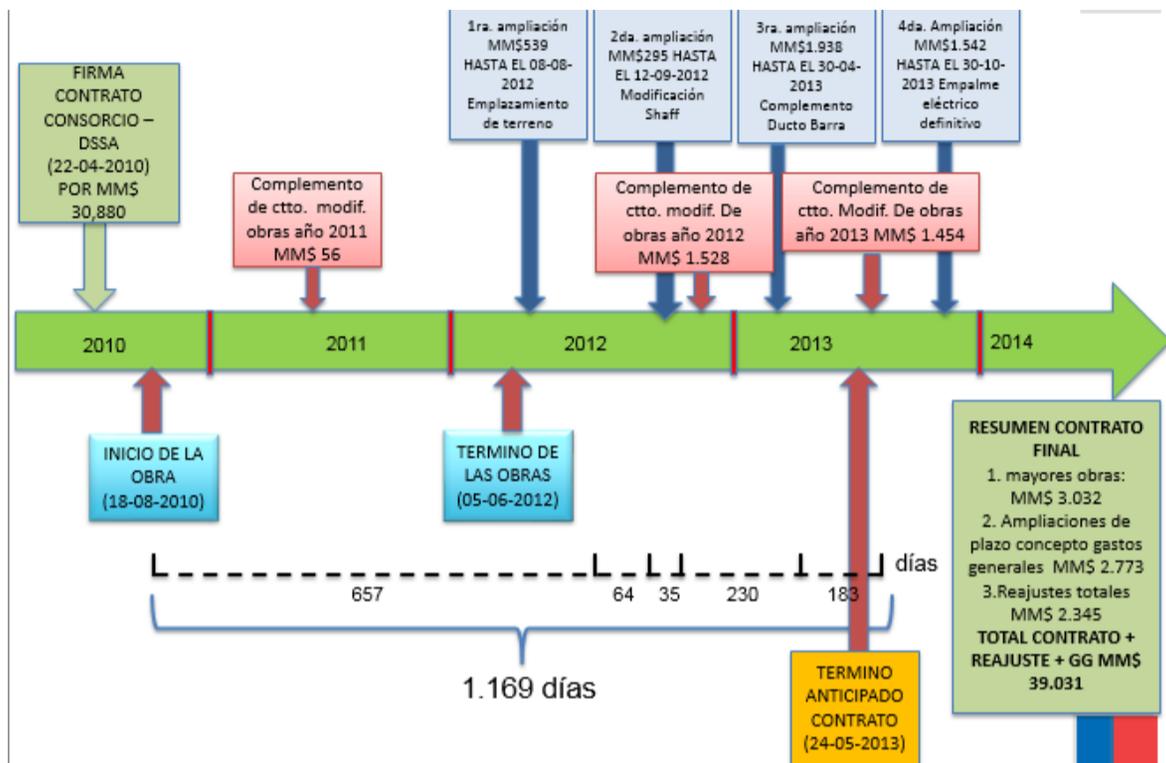
Precisó que la construcción del nuevo hospital de Calama fue aprobada en septiembre de 2009 y se iniciaron las obras en agosto de 2010. La licitación la ganó una sociedad formada por Comsa –españoles-, y Pilasi –chilenos-. Comsa quebró aproximadamente en noviembre de 2012, y la obra continuó hasta mayo de 2013, a cargo del señor Pilasi.

Ahora –dijo- el estado de avance de la obra es de 75%, y de 63% de avance financiero respecto al monto actualizado.

Señaló que para el funcionamiento del nuevo hospital se contrataron bastantes funcionarios, algunos de los cuales están trabajando en el hospital de Calama. Agregó que su objetivo es llegar a terminar este hospital en este periodo.

Precisó que en septiembre de 2009, la Subsecretaría de Redes Asistenciales aprobó el proyecto para la construcción del nuevo Hospital de Calama. En noviembre de 2009 se publicó la licitación en el portal Mercado Público y en enero de 2010 finalizó el plazo para la recepción de las ofertas. En abril de 2010 el Consorcio Comsa-Pilasi se adjudicó el proyecto por 30.880 millones de pesos. Dijo que hubo otros oferentes, que ofertaron 9 mil millones más, pero Comsa-Pilasi realizó la propuesta más económica.

A continuación, se observa una línea de tiempo de los hitos más importantes de esta construcción.



El 22 de abril de 2010 se firmó el contrato por el monto ya mencionado y el 18 de agosto de ese mismo año se inició la obra. En 2011 se pidió un complemento de modificación de obras por 56 millones de pesos. De acuerdo con el contrato, las obras debían realizarse en un plazo de 657 días. Hubo una ampliación de 455 millones, por emplazamiento del terreno. Hubo una segunda ampliación, por modificación del staff; complemento de modificación de obra de 2012 por 1.528 millones de pesos. Una tercera ampliación, por 1.938 millones de pesos, el 30 de abril de 2013. Se hizo también un complemento de modificación de obras en 2013, por 1.454 millones de pesos, y una cuarta ampliación, el 30 de octubre de 2013, por empalme eléctrico definitivo.

Agregó que el 24 de mayo de 2013 se resolvió el término anticipado de contrato, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Resumen del contrato final, por mayores obras, 3.032 millones; por ampliaciones de plazo en concepto de gastos generales, 2.773 millones de pesos; por reajustes, 2.345 millones de pesos. Total del contrato, incluyendo reajustes, 39.031 millones de pesos. En vez de tardar 657 días, desde el comienzo hasta el término del contrato, transcurrieron 1.169 días. Destacó que es notorio que se produjeron bastantes situaciones complicadas o anormales.

Director del Hospital de Calama, señor Enrique Castro.

Sobre el tema en discusión agregó que al asumir la Dirección del hospital de Calama, en abril de este año (2014), se vio en la necesidad de trabajar rápidamente en un plan de contingencia para que pudiera seguir operando el actual hospital de Calama, porque no se vislumbraba en cuánto tiempo se tendría la nueva construcción disponible.

Añadió que eso los llevó a actuar en conjunto con la dirección del Servicio, confeccionando un plan de trabajo -sobre los 7 mil millones de pesos- para poder trabajar un mínimo de dos años con este hospital.

Jefe administrativo del Servicio de Salud de Antofagasta, señor Luis Cerda.

Consultado por la dispar información entre el avance físico y financiero de la obra del hospital de Calama, expresó que el 83 u 84% de avance financiero corresponde al monto del contrato original, que eran 30 mil millones y fracción; los 64% aludidos por el director del Servicio dicen relación con el monto total del contrato, esto es los 39 mil millones y fracción.

A la pregunta de si se evaluó la posibilidad de construir otro hospital en Calama con los recursos que se tienen que destinar para completar el 23% que falta de la obra, mencionó que están trabajando en el tema de la liquidación del contrato. Aseveró que se encontraron con el servicio detenido y fue necesario cerrar el contrato del hospital de Calama para entrar en la segunda discusión, que dice relación con la obtención de los recursos. Además, están en el proceso de calce administrativo, de construir la historia para presentar los antecedentes a la Contraloría.

Añadió que antes de eso, alrededor del 6 o 7 de julio, les llegó el informe de Schaad, empresa que contrató la administración anterior para que hiciera análisis de testigos en la resistencia del hormigón, a solicitud de la Contraloría, en el hospital de Calama, y lo que señala el informe viene a ensuciar y a complejizar la liquidación de contrato, y por eso está atrasada. Lo que indica es que pagaron un hormigón H35 y lo que observan en obra es hormigón H25. Eso complejiza la liquidación porque hay que recalcular, acotó.

Agregó que no son expertos en materia constructiva y no pueden decir si esa obra se va a caer o no. Lo que están haciendo son dos acciones inmediatas. Primero, contactar al ingeniero calculista original del contrato, el que firma, para que les indique sobre sus posibles modelaciones al H25; segundo, contratar una empresa que haga la modelación completa.

Según la empresa Schaad, hay un problema de resistencia y necesitan contratar otra empresa que haga los cruces, las modelaciones y las simulaciones para determinar si hay que reforzar o demoler la obra, acotó.

Afirmó que no tienen opinión técnica sobre esa materia porque no son los expertos, pero el informe muestra que los testigos indican que tienen una resistencia menor a lo que fue originalmente aprobado en el contrato, que era H35.

Abogado del Servicio de Salud de Antofagasta, señor Marcos Bastías.

Ante la consulta de los estados de pago 14 y 15, expresó que tales estados están siendo objeto de sumario administrativo, tramitado por la Contraloría Regional de Antofagasta. Se interpuso, además, una denuncia por fraude al fisco, que está en conocimiento y en investigación del Ministerio Público, en la fiscalía regional. El fiscal Patricio Martínez es quien instruye tal proceso.

Consultado por el detalle del no pago de la factura asociada al estado de pago 30, y a una eventual figura de malversación de fondos, señaló que existen documentos que tienen carácter público, porque no ha sido dispuesto por la dirección que tengan carácter de reservados, en los que se da cumplimiento a una metodología de trabajo, que fue implementada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que dice relación con abonar, en ese estado de pago 30, con fondos de las boletas de garantía que se judicializaron.

Dijo que eso forma parte de un informe mayor que se pondrá a disposición de la Cámara de Diputados, y de esta Comisión, para que tomen conocimiento de las distintas acciones legales que se han ido ejecutando en relación con ese punto.

Asimismo, existen sumarios administrativos instruidos que están investigando la legalidad de los pagos.

En relación al *modus operandi* del Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo y la abogada Alejandra Meniconi y el señor Waldo Iturriaga, solo manifestó que existe una intervención directa en una serie de actos que se ejecutan con el término anticipado del contrato del hospital de Calama. Esto dice relación con una serie de cometidos funcionarios, comisiones de servicios, ordinarios, correos electrónicos y resoluciones que se dictan en cumplimiento de disposiciones que emanan de la Subsecretaría de Redes, lo que ha venido a constituir una verdadera dificultad para el Servicio, por cuanto lo mantiene cautivo en la toma de decisiones durante la ejecución del contrato y luego con el término del mismo, donde se destaca la gran dificultad que ha tenido para presentar la liquidación al contrato. Existen antecedentes concretos de que la liquidación de contrato se entrega a la Subsecretaría de Redes Asistenciales por disposición del subsecretario de la época.

Por otra parte, agregó que el informe de Contraloría da cuenta de la existencia de varios sumarios administrativos que fueron instruidos para dar cumplimiento a lo que Contraloría observa, las irregularidades y los hechos que están contenidos en ese informe. Se elabora un plan de trabajo.

Señaló que nuevamente existe una intervención por parte de la subsecretaría de la época en relación con la respuesta al preinforme de Contraloría, que prácticamente fue cercenado por la Subsecretaría de Redes. Luego, al momento de dar respuesta, se entregaron pocos elementos de juicio, lo que impide a la Contraloría levantar observaciones o determinar un curso de acción distinto para el Servicio.

En cuanto a la situación de los trabajadores, dijo que tanto los juicios que emanan del término de contrato, donde el Servicio es demandado por el contratista, y donde también se interponen medidas prejudiciales precautorias para impedir el cobro de las boletas, se solicitó la intervención del Consejo de Defensa del Estado.

A ese respecto, indicó que en una primera etapa la intervención lenta. Requirió que se implementara a través de oficios que emanaban del ministro de la época, en coordinación con la dirección jurídica del Minsal, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los profesionales asesores del área jurídica.

Posteriormente, se produce un traslado de juicios desde el Servicio de Salud, con la finalidad que la defensa sea asumida por los abogados especializados de la oficina laboral del Consejo de Defensa del Estado en los tribunales en que están arraigados los juicios. Entonces, se remiten varios

procesos judiciales de los trabajadores a Santiago, otros a Calama y a Antofagasta. Casi todos los juicios están con sentencia, excepto los civiles, que por procedimiento tienen una duración distinta y que en este momento el impulso procesal de avanzarlos es resorte del demandante: el consorcio en quiebra.

Señaló también que el contratista no ha hecho referencia a los motivos de la quiebra que se produce en agosto de 2013, lo que constituye una dificultad para que el Servicio pueda arribar a algún tipo de acuerdo o para que pueda salvaguardar los derechos de los trabajadores involucrados, por cuanto las disposiciones de la ley de Quiebra, que son especiales, priman sobre las comunes, y eso impide que el Servicio pueda compensar o llegar a algún tipo de acuerdo que vaya en perjuicio directo de los acreedores que se presentan en la quiebra.

En relación con los resultados de las auditorías que practicó el Minsal y el Servicio de Salud al Cesfam de Calama y de Antofagasta, mencionó que hay procesos sumariales que están en curso, que fueron instruidos una vez que las auditorías fueron puestas en conocimiento del director del Servicio, y esos procesos hoy se encuentran en etapa de cierre. Pero por el secreto que gobierna el ámbito de los procesos disciplinarios no puede entregar mayor información. Solo indicar que los procesos fueron instruidos, las resoluciones existen, los fiscales han hecho la investigación y que están próximos a terminarlos.

Consultado acerca de la efectividad de que se presentaron los antecedentes en 2010 al Consejo de Defensa del Estado respecto de un desajustado diseño de la normalización del Hospital Carlos Cisternas, expresó que tales antecedentes dicen relación con la derivación de juicios, en cumplimiento de un oficio dictado por el Ministro de la época, no así con alguna instrucción que emane de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para hacer una derivación. Señaló no tener conocimiento ni tampoco consta en la carpeta del proyecto algún tipo de oficio que se haya recepcionado en relación con esa materia.

A la pregunta de si es uno o dos síndicos de quiebras y si de lo que han levantado de los inventarios se ha hecho objeción de parte del servicio de salud, en términos de que algunos de ellos están pagados y, por lo tanto, pertenecen al servicio y no a la empresa Comsa-Pilasi, que está siendo objeto de la quiebra.

El señor Bastías respondió que efectivamente hubo objeciones al inventario del síndico de quiebras, que se verificaron a través de abogados, en la causa, que se encuentra radicada ante el 16° Juzgado Civil de Santiago, ROL:C-9195-2013, donde se tramita la quiebra del consorcio Comsa Pilasi, a partir de agosto del año pasado (2013). En esas objeciones del inventario se contienen los bienes que el servicio alega dominio, a través de los estados de pago que se fueron cancelando al contratistas, en la medida que el contrato se ejecutaba. Están todos los antecedentes y forman parte de un cuaderno aparte, dentro del proceso de quiebra. Agregó que el abogado del Consejo de Defensa del Estado, que tiene la representación del Servicio, es el señor Juan Sebastián Reyes, información que pueden hacer llegar a la Comisión.

Consultado por quién está a cargo de la liquidación de este contrato y cuánto más va a demorar el proceso, indicó que hasta este minuto el contrato no está liquidado. El acto administrativo nace desde el momento en que se dicta la resolución respectiva que lo aprueba, y en este caso si tuviesen alguna liquidación, deberían mandarla a toma de razón de Contraloría. Insistió que en

este minuto no hay acto administrativo alguno que haya aprobado una liquidación. Por lo tanto, no tienen liquidación. También señaló que hay antecedentes que dan cuenta de que el Servicio de Salud informó favorablemente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales que celebró un contrato para proceder a la liquidación, la que hasta el momento no se ha practicado y que impide reanudar la obra. Es una de las grandes dificultades que hoy tiene el director del Servicio de Salud para terminar la construcción del Hospital de Calama, por lo menos para llamar a licitación. Sin la resolución que toma razón de la liquidación no se puede hacer consecuentemente el otro proceso, de acuerdo con la ley de Compras, al contrato y a las bases que están rigiendo a ese contrato, aclaró.

Consultado por las deficiencias de este proyecto, mencionó que no existen documentos hasta el minuto que den cuenta de deficiencias que se hayan detectado durante la vigencia del contrato. No tienen informe alguno de parte de la unidad de monitoreo del Minsal ni tampoco del Servicio de Salud que den cuenta de algún tipo de deficiencias.

Afirmó que esto se encuentra muy relacionado con la pregunta sobre los fundamentos para la ampliación del plazo, porque estos aumentos de plazo están fundamentados en informes técnicos que fueron elaborados, primero, a solicitud del contratista, que presenta una solicitud para proceder al aumento de plazos, explicando las razones técnicas constructivas que impiden cumplir el contrato dentro dicho plazo, lo que es evaluado por la Inspección Técnica de Obras, luego es remitido a la Unidad Técnica del Servicio de Salud de Antofagasta, de allí se va la Unidad de Monitoreo del Minsal y, en definitiva, un oficio del Subsecretario de Redes Asistenciales es el acto administrativo que aprueba el financiamiento para que esa ampliación se pueda verificar. Agregó que entregaron un oficio, en señal de prueba, que dice relación con los 210 días de aumento de plazo, que el Subsecretario señala aprobar y compromete presupuestariamente y manda algunos correos electrónicos, que no detalló.

Presidente de la Comisión de Salud del Consejo Regional de Antofagasta, señor Zamir Nayar.

Explicó que representa la inquietud que presentó el Core, dado que no solo había financiamiento de fondos provenientes del Core, sino también por la inquietud que presentó la comunidad de Calama y, en general, la Región de Antofagasta, dada la problemática que presentaba el hospital en su momento.

Mencionó que hará entrega de un *dossier* con toda la documentación que emanó del Consejo Regional y, particularmente, las respuestas y las diferentes indicaciones que hicieron los consejeros.

En la sesión ordinaria N° 442 se realiza la priorización, particularmente la normalización del hospital Carlos Cisternas, con un financiamiento muy importante para equipamiento correspondiente a M\$4.487.805.

Tal vez lo más relevante de esta situación –dijo– es que a este año (2014), los fondos de desarrollo regional han sido gastados casi en su totalidad, faltando solo 45 millones en equipos y 120 millones en equipamiento. Le parece increíble que sabiendo el retraso del proyecto, se hayan gastado los fondos provenientes del Core en comprar equipos para un lugar en el que no podían ser instalados. Por lo tanto, actualmente esos equipos los han redestinados, junto con

las actuales autoridades del Servicio de Salud, lo que ha significado que algunos de ellos estén guardados en bodega, con el riesgo inminente de la obsolescencia y de la pérdida de garantía.

Recordó que todo esto fue gastado en el período 2011-2012, lo que representa, a su juicio, un acto irresponsable, dado que todos saben que los equipos no pueden estar fuera de un establecimiento de salud.

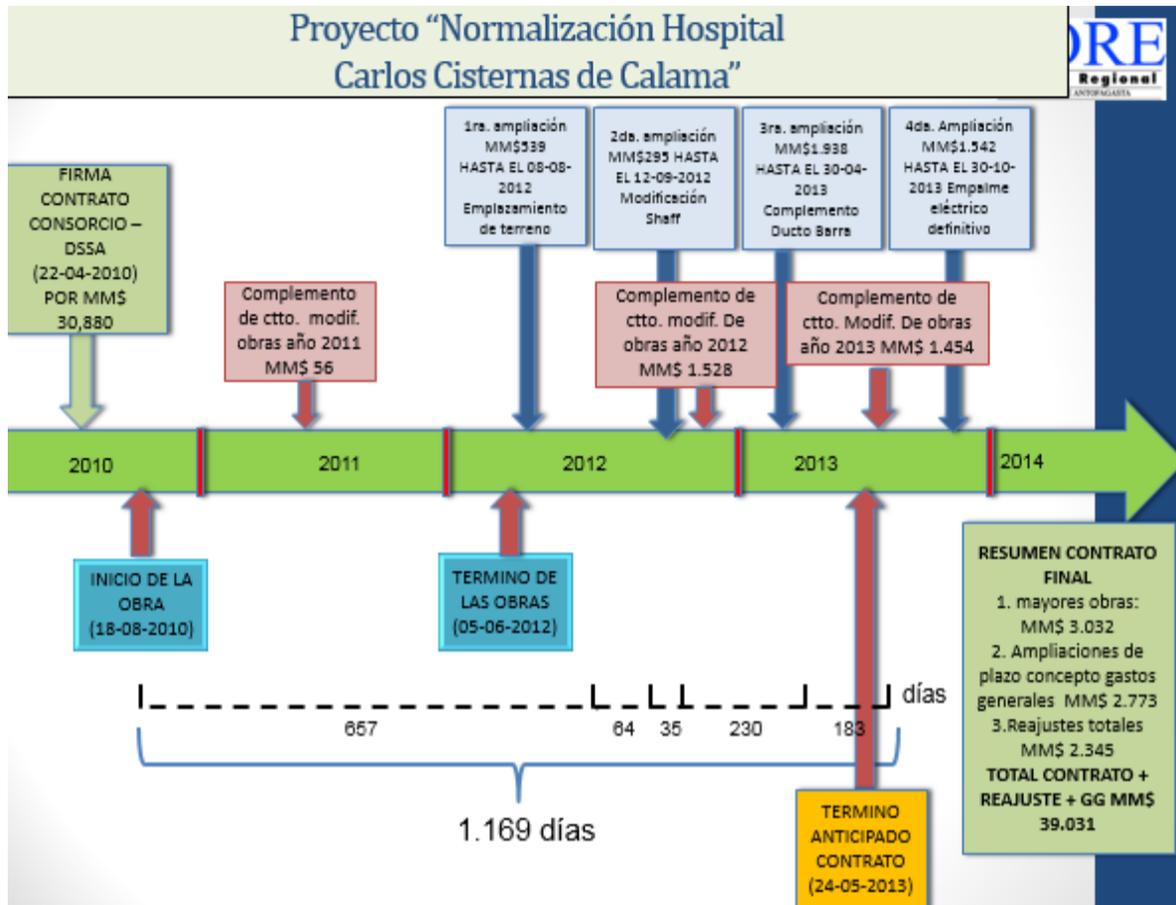
Agregó que hubo otra sesión ordinaria, con fecha 30 de septiembre de 2011, en la que se aprobó un incremento de recursos correspondientes al FNDR por un monto de M\$1.128.278. El documento expuesto toma mucha relevancia, dijo, dada la situación que se presenta con posterioridad. El presidente de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de ese momento, don Alberto Rivera, el 19 de abril de 2012, dio luz de alarma en relación con la quiebra de una de las empresas del consorcio que estaba trabajando en la construcción del Hospital de Calama, y solicitó informe detallado de la situación. Esa consulta fue respondida recién el 23 de mayo de 2013. El término del contrato se realizó el 25 de mayo de 2013, y en esa oportunidad había un 77% de avance; tenía como fecha de término el 30 de octubre de 2013, lo que no es concordante con la información con la que ya contaba el Servicio de Salud. Indicó que el 27 de julio de 2012, el Intendente de aquella época, don Pablo Toloza, visitó el hospital junto con el entonces Presidente Piñera, y señaló que había un 75% de avance. También se indicó que había 79 especialistas a nivel nacional y que parte de ellos serían destinados a Calama, lo que tampoco concuerda con la información que hasta ahora se tiene en la comisión de salud del Core, dado que de esos especialistas no ha llegado ni siquiera la mitad.

En la sesión de 5 de abril 2013, Alberto Rivera advierte que al revisar la ejecución de la cartera asociada se informa acerca de una reevaluación del proyecto por motivos de mitigación asociada al estudio de impacto vial. O sea, poco antes del término del contrato de la obra, todavía se estaban haciendo intervenciones a nivel de Core para aumentar los gastos. Recordó que con fecha 31 de mayo, Alberto Rivera informó que en una reunión que se efectuó el 30 de mayo, el Servicio de Salud dio cuenta de la situación de término anticipado de contrato, que habían serias discusiones en relación con las boletas de garantías y respecto de estados de pagos que no concordaban con el avance físico. Según lo informado por el mismo Servicio de Salud de Antofagasta, en esa fecha, el estado de avance físico de la obra era de 75% y el avance financiero correspondía a 85.2%. Entonces, ante esa situación, se determinó mandar los antecedentes a la Contraloría de Antofagasta. El 31 de mayo de 2013 se realizó un pleno y, por acuerdo, se mandaron los documentos a la Contraloría –están en el dossier que se adjuntó-, dando a conocer la diferencia entre el avance físico y el financiero. El 15 de julio de 2013, la Contraloría General de la República manifestó que tomó conocimiento de la documentación y, en el marco del plan de fiscalización 2013, informó que se estaban realizando auditorías al avance de los contratos de construcción de los hospitales y su entrega a explotación, que incluye el Hospital Carlos Cisternas. Se emitió el informe final N° 11, de 2013, sobre la auditoría, correspondiente al examen de cuentas practicado al contrato de construcción del Hospital Carlos Cisternas. El 30 de agosto de 2013, el consejero Luis González solicitó al intendente Waldo Mora Longa, un informe sobre el proyecto del Hospital de Calama, y hasta la fecha no tiene respuesta, acotó. En la sesión ordinaria del 20 de enero de 2014, el consejero Luis Caprioglio informó al intendente Waldo Mora, sobre la existencia de un informe que da cuenta del sobrepago que se hizo versus el avance físico real. Además, se le informó de la invitación privada a cinco

empresas para licitar las obras por un monto de MM\$19.000. Se solicitó la revisión de esa situación y, nuevamente, el intendente de esa época no entregó respuesta formal. Añadió que el 21 de marzo de este año, una vez constituido el nuevo CORE, el presidente de la Comisión de Salud (el invitado), dada la situación sanitaria de emergencia que se veía, producto del atraso del Hospital de Calama y las serias deficiencias que tiene el actual hospital de Calama, solicitó la posibilidad de algún tipo de contacto para establecer hospitales de emergencia, lo que se coordinó con las instituciones armadas. Hasta el momento, tenemos buena disposición para ello, dijo. Luego, en una sesión extraordinaria se manifestó la preocupación existente por el estado de los equipos y de los equipamientos adquiridos que estaban en lugares que no eran los más adecuados, en bodegas. Esto asociado a la pérdida de garantías y capacitaciones vencidas. En la sesión del 25 de abril de 2014, en la Cuenta de la Comisión Mixta de Salud y Medio Ambiente, se informó sobre reunión mixta de fecha 14 de abril de 2014, en la que expuso el Servicio de Salud sobre la situación a la fecha del Hospital de Calama. Señaló que se presentaron los siguientes hitos: la situación financiera versus el avance físico; la situación de boletas de garantía; la liquidación del contrato, y que hasta esta fecha no existía un inventario de los equipos y del equipamiento por parte del Gobierno Regional. El 25 de abril de 2014, el presidente de la Comisión de Salud, en conjunto con el director del Hospital de Calama, solicitó al intendente regional y al Servicio de Salud, la necesidad de realizar un plan de intervención al actual Hospital de Calama, dado que la demora puede ser de un año más. Por lo tanto, debían intervenir rápidamente, dijo. El 9 de mayo de 2014 indicó que se solicitó por parte del consejero Luis Garrido, en razón de la solicitud de financiamiento del proyecto del Hospital Regional de Antofagasta, la cartera de proyectos, y se informó del funcionamiento del Gabinete Regional de Salud, que buscaba solucionar los problemas en la ciudad de Calama. Se reitera la solicitud de información y se solicita reunión extraordinaria con el Consejo para tratar el tema de Salud de la región. El 9 de mayo de 2014 se ofició al Servicio de Salud, solicitando el informe de la empresa CTO, que es la que determinó el grado de avance – dijo que es un tema importante por revisar-; el contrato del proyecto; nuevamente el informe detallado de lo financiado por el Core y las boletas de garantías asociadas y su situación. Querían saber si estaban cobradas, si estaban en resguardo y vigentes.

Agregó que en una reunión de la Comisión de Salud y Medio Ambiente, solicitaron se presentara, por parte del Servicio de Salud, el Plan Maestro con la cartera de proyectos, cosa que realizó el Servicio de Salud, y en particular para enfrentar la urgencia del Hospital de Calama.

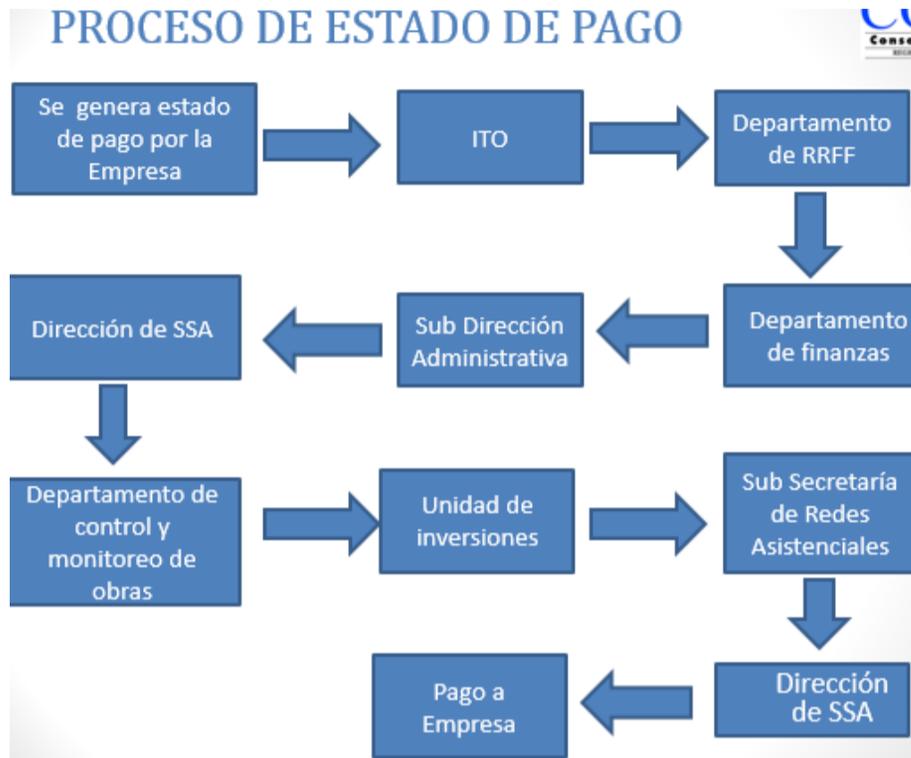
Se puede ver en la imagen de más abajo el cronograma del proyecto de Calama. Desde el día uno hasta el término unilateral del contrato, llevan 1.169 días, casi un ciento por ciento, y según el informe del mismo Servicio de Salud, aún con un 30% sin terminar.



Luego hizo hincapié sobre el aumento de plazo de 230 días en una oportunidad y de 183 días en otra, que se efectuó casi días antes del término anticipado del contrato.

Complementó indicando que al proyecto postularon cuatro empresas que se encontraban dentro del marco presupuestario y de los plazos establecidos. Resulta inexplicable que las empresas se hayan equivocado a ese nivel, en cuanto a los plazos y a los montos.

Luego exhibió un flujograma que han logrado reconstruir, después de la asistencia de las diferentes personas que se han presentado en la comisión, respecto de cómo se generaban los pagos.



Explicó que se generaba el estado de pago por parte de la empresa, había un ITO de parte del Servicio, que hacía la visación técnica. De ahí pasaba al Departamento de Recursos Físicos, inmediatamente iba al Departamento de Finanzas y a la Subdirección Administrativa. La Dirección del Servicio de Salud lo enviaba al Departamento de Control y Monitoreo de Obras del Minsal, a cargo de Waldo Iturriaga, según la información que ellos tienen.

Luego -dijo- pasaba inmediatamente a la unidad de Inversiones, cuyo jefe era Peter Gil, y pasaba a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Luis Castillo, y de ahí se generaba la aprobación y la transferencia de recursos para que fuera a la Dirección del Servicio de Salud Antofagasta y, finalmente, se generaba el pago.

Según sus conclusiones, es inaceptable o incomprensible que alguien pueda decir que después de este flujograma, a nivel del Ministerio, no estuviesen al tanto de lo que se estaba pagando y de la demora que había, que escapaba absolutamente a todos los plazos razonables, dada la estructura inicial del proyecto.

Además en la nueva institución, que es el hospital concesionado de Antofagasta, hecha una reunión de la comisión especial con la gente del MOP, descubrieron que la tasa de pago por sobre uso tiene como base, en uno de sus indicadores, la ocupación de más del 50% de camas del hospital.

Hizo notar que cualquier persona que sabe algo de hospitales o que ha tenido algo de experiencia en manejar un hospital de alta complejidad, sabe que todos aquellos hospitales tienen un índice ocupacional superior al 85%. En consecuencia, dejar establecido un sobrepago, teniendo como base un 50% del índice ocupacional de camas, es un hecho absolutamente cuestionable.

- **Del SS O'Higgins.**¹²

Director del Servicio de Salud O'Higgins, señor Fernando Troncoso.

Manifestó su intención de dar a conocer los principales hallazgos que observaron a partir del 17 de marzo de 2014, fecha en que asumió la responsabilidad de dirigir el Servicio de Salud O'Higgins, donde uno de los proyectos emblemáticos de esa red asistencial era precisamente el Hospital Regional de Rancagua.

Antecedentes generales. Indicó que se trata de un hospital nuevo, de aproximadamente 88 mil metros cuadrados, compuesto por un edificio de 6 pisos y otros edificios menores ubicados en el corazón de la comuna de Rancagua, para atender a una población aproximada de 850 mil habitantes de alta complejidad. El edificio considera calles interiores, equipamiento, áreas verdes, paseos y otras instalaciones técnicas, entre otros elementos.

Recordó que en marzo, al asumir el Servicio de Salud, se encontró con la dirección de salud descabezada, sin una dirección titular; una entrega irregular del cargo con un acta de entrega que no correspondía a los estándares requeridos; no había jefes de recursos físicos, es decir, de la unidad técnica a cargo de la ejecución de este proyecto; un inspector técnico de obras con licencia médica, por ende, no estaba en sus funciones; el Departamento Jurídico absolutamente desarticulado, con un subrogante del subrogante del subrogante, que no tenía injerencia directa en la toma de decisiones. También se encontró con un término de plazo de ejecución de obras tres días después, es decir, el 20 de marzo.

Consultado si recibió o no el servicio de salud saliente, expresó que solo en forma verbal. ¿Lo recibió de parte del director?, respondió No, jamás. ¿Hasta hoy?, hasta la fecha dijo.

Luego continuó su exposición señalando que el proyecto, en este caso específico, el Hospital Regional de Rancagua, presentaba desajustes en su avance físico-financiero. Había un avance físico de 92% y un avance financiero de 94%. No es normal que esa diferencia alcance esa cuantía, situación que, a la fecha, fue enmendada. Además, no contaban con la asignación presupuestaria, los decretos de asignación para 2014, con un déficit aproximado de 11 mil millones de pesos, sumando todas las partidas correspondientes.

Por otra parte –dijo- la AITO, a cargo del control y de la fiscalización de la obra, se encontraba sin el contrato de profesionales para la Asesorías de las Especialidades –la AITO de especialidad-, que fue terminada de forma anticipada en diciembre de 2013. Destacó ese punto, porque no tenían contraparte adecuada hasta el término de la ejecución de las obras, a raíz de lo cual se instruyeron una auditoría y posteriormente un sumario administrativo, que se encuentran en curso.

Señaló, además, que tenían un tremendo escenario comunicacional y regional muy complicado, porque la comunidad estaba expectante de la entrega de este establecimiento, debido a las múltiples fechas – piensa que fueron 7- distintas que entregaron las autoridades salientes, incluidas

¹² El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión Investigadora N° 13, de 1 de agosto de 2014.

las del ministerio del ramo y las del propio Presidente de la República, quienes manifestaron en febrero de este año que el hospital estaría en plena operación en abril, lo que les puso una enorme presión, pues se supone que iban a estar en plena operación para esa fecha.

¿Qué encontraron, además de las propias irregularidades del hospital? Que el sistema informático de información hospitalaria, HIS, que permite llevar el control de los sistemas internos, se encontraba judicializado debido a un recurso que interpuso una de las empresas participantes de la licitación y que, además, se encontraba puesto en entredicho por la Contraloría General de la República en relación con eventuales y graves irregularidades administrativas durante el proceso licitatorio.

Reiteró, además, de que no existieron los decretos para el financiamiento de diez mil millones de pesos, aproximadamente, en el momento en que se levantó y adjudicó esa licitación que nunca llegó a término de contrato, porque, en virtud de esa irregularidad, la Contraloría nunca tomó razón; hasta la fecha no lo ha hecho.

Lo anterior –afirmó- va a afectar el funcionamiento y el costo operacional del hospital y, además, la atención con calidad y seguridad al paciente, puesto que se trata de una herramienta que siempre fue incorporada en el diseño del establecimiento y, lamentablemente, hoy están buscando alternativas para su paliativa implementación, porque el sistema, como fue diseñado originalmente, no es posible.

Ante ese escenario –dijo- han instruido auditorías internas múltiples prácticamente en todos los procesos vinculados al proyecto hospital regional y, además, se han abierto sumarios administrativos y se han elaborado informes internos, en colaboración con el Ministerio Público.

Han entregado la información de que disponían a las instancias correspondientes de la Fiscalía Centro Norte, que lleva una investigación por tráfico de influencias, en la que algunos de sus funcionarios han declarado por instrucciones de la propia fiscalía.

Indicó que firmó un séptimo y último *adendum*, anexo al contrato, para regularizar las obras que se habían solicitado en función de las necesidades de la autorización sanitaria y para regularizar algunas otras que estaban pendientes desde años anteriores. Dio como ejemplo, el reforzamiento de la red eléctrica de las áreas técnicas y de servicio, la central de alimentación y lavandería, entre otras, a raíz de lo cual extendieron el plazo de ejecución de la obra al 16 de junio del presente año, plazo necesario para acotar los aumentos solicitados y regularizar las obras pendientes.

Destacó que, en virtud de algunos informes emitidos en la administración anterior respecto de la calidad de la construcción, se habrían sembrado severas dudas en la comunidad regional y eventuales riesgos y vulnerabilidades estructurales del edificio. A raíz de lo cual, en una aproximación a través del ministerio, firmaron un convenio de colaboración con la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas, con la finalidad de que, como ente técnico calificado, evaluara la condición del edificio.

Afortunadamente, la semana recién pasada se les entregó un informe favorable en relación con los aspectos generales. Esas conclusiones favorables se complementan con los informes que alguna vez emitió el Dictuc y el

propio ingeniero calculista del proyecto, avalando la calidad constructiva del edificio.

Recordó que el 17 de junio pasado, día hábil siguiente al término del plazo de ejecución de obra, y de acuerdo con el contrato vigente, convocó a una comisión receptora de obras, provisoria, compuesta por siete profesionales del servicio, quienes, junto a nuestra AITO se encuentran actualmente abocados a la tarea de verificar el cabal cumplimiento del contrato, levantando observaciones a la obra aún inconclusa y verificando las obras pendientes. De esa manera se asegura la óptima entrega del edificio a la comunidad regional y a los funcionarios del hospital, representados por la doctora Correa.

En relación a las multas comentó que al asumir su cargo se habían aplicado siete multas al Consorcio Hospital Rancagua, quedando pendiente la aplicación de la mayor de ellas, correspondiente al HITO 1, es decir, la obra gruesa del edificio, debido a que su cobro fue judicializado por el Consorcio Hospital Rancagua.

El 30 del mes pasado (julio), la Corte de Apelaciones de esa ciudad acepta la apelación del Servicio de Salud, que en este caso estuvo acompañado por el Consejo de Defensa del Estado, y rechaza el recurso presentado por la empresa. Debido a eso, cursaron y están en proceso de descuento para el próximo estado de pago correspondiente, de los 816 millones de pesos que corresponden a las 34.000 unidades de fomento, consecuencia de esa multa. Asimismo, están viendo la forma y desde dónde hacer el descuento, precisó.

Además, la ITO ha constatado una serie de otros incumplimientos que están siendo analizados en este momento para verificar el cobro de esas eventuales multas. La primera respecto del incumplimiento, ha habido una instrucción de la ITO en relación con el plan de calidad, que ascendería a la suma de 48.000 millones de pesos, en función de los días acumulados desde el momento de la instrucción. El segundo incumplimiento en la presentación y ausencia de profesionales de acuerdo a los perfiles, por un aproximado de siete mil millones.

Sin embargo, destacó que, de acuerdo con el contrato, las multas no pueden exceder del 6% del monto total, es decir, un aproximado de 4.500 millones de pesos. Esas multas están en análisis en estos momentos, acotó.

A la fecha, están a la espera del informe de la comisión de recepción en conjunto con la inspección técnica, en relación con el estado de avance efectivo de las obras y sus observaciones, dijo.

Agregó que la información proporcionada por la ITO -que se vincula con la comisión de recepción- ha indicado retrasos en las obras de terminación y básicamente en la ejecución de los proyectos de ingeniería, tales como el control centralizado de sistemas, la detección de incendios, agua potable, alcantarillado y climatización, información que será ratificada por el único informe definitivo que emitirá esa comisión receptora provisional, que esperan esté dentro de la próxima semana o semanas. Pero, definitivamente, dentro del mes de agosto.

Afirmó que todos esos proyectos de ingeniería son relevantes para el funcionamiento, son la operatividad del sistema, pues hacen la diferencia entre un edificio y un hospital.

Además, en conjunto con la dirección del Hospital Regional de Rancagua se rearticuló el equipo de puesta en marcha, un proceso relevante, en

acuerdo permanente del nivel central. Actualmente, hay un programa de trabajo detallado en cada una de las distintas áreas y tienen acreditada la solicitud de recursos necesarios para su implementación, por un monto cercano a los 1.800 millones de pesos, que ya han sido gestionados y están a la espera de los decretos que acrediten y consoliden los recursos necesarios para los distintos ítems.

Algunos diputados solicitaron aclarar el tema del déficit presupuestario para el año 2014 y si dentro de dicho déficit estaba considerado el HIS. El señor Troncoso respondió que, en primer lugar, los 11 mil millones son independientes de la asignación del sistema informático que son otros 10 mil millones.

A la pregunta: ¿Cuántos días sobre los 900 se cumplieron hasta el 17 de junio recién pasado? ¿Cuántos aumentos de plazo hubo? ¿Cuántos aumentos de obra? Respondió que respecto de los plazos, el plazo de ejecución hasta el 16 es de 1.461 días, es decir, alrededor de 560 días más del plazo original de 900 días que se adjudicó en el momento de la licitación.

Subdirector Administrativo Servicio de Salud O'Higgins, señor Gonzalo Urbina.

Señaló que hubo presiones desde el momento en que el ITO cobró la multa por el atraso del ITO 1. Hubo intervención de la Subsecretaría de Redes. Ahondó el punto diciendo que hubo una intervención, se pasó a llevar la institucionalidad del Servicio de Salud, de la Unidad Técnica. Las presiones, se ejercieron inmediatamente después de que se cobrara la multa del ITO 1. Desde el nivel central, lo llamó personalmente el subsecretario. Sostuvieron una reunión con don Sergio Barriga y desde ese momento se empezaron a solicitar las disminuciones de las multas.

A la pregunta sobre qué le planteó el subsecretario, responde que se le indicó que había que minimizar las multas. Después, las presiones fueron constantes con el director, señor Cristián Gabella. En esa oportunidad, dijo que citaran a todo el equipo -aparte de él, estaba don Sergio Barriga, el ITO, la señora María Rozas, la gerente del proyecto.

Auditor del Servicio de Salud O'Higgins señor Claudio Castillo.

Informó que llegó al Servicio en noviembre de 2012; estuvo en el último período de la administración del señor Cristián Gabella, y actualmente es el auditor del actual director.

Dijo que hay que circunscribir dos temas que desea poner en conocimiento de la Comisión. Hay un tema que es importante relevar para efectos de la investigación de la Comisión y es que efectivamente, tal como se ha señalado en esta reunión, la gran mayoría de las órdenes o las disposiciones o análisis nacían de la Subsecretaría.

Afirmó que actualmente cuenta con 23 años de experiencia en la Administración Pública, y como jefe de Auditoría es la primera vez que se encuentra en un organismo público en el cual la autonomía del director del Servicio carecía de total independencia, fundamentalmente porque cada situación

que debía ser analizada y puesta en conocimiento era previamente analizada por la señora Alejandra Meniconi o el mismo Subsecretario, o se acercaban directamente los dueños de la empresa al Ministerio a una reunión a puertas cerradas. Obviamente –dijo- él no asistía, porque muchas situaciones escapaban a la probidad, y evitaba tener que opinar de las mismas, y otras cosas estaban derechamente reñidas con el contrato. Añadió que en muchas de las reuniones que se celebraron se efectuaron coordinaciones, las que, en todo caso, se llevaron a cabo durante todo el año. Consultado, respondió que él por lo menos participó en una a la cual fue invitado por accidente, y al momento en que ingresó el representante de la empresa constructora, le hicieron salir de la reunión; posteriormente entraron el subsecretario señor Castillo, Cristián Gabella y la señora Alejandra Meniconi, asesora directa del Ministerio. En esa reunión –dijo- se estaba tratando el último *adendum*, el seis, sobre ampliación de plazo y los acomodos que debían hacerse: por un lado para sacar adelante las multas y por el otro los aumentos de plazos. Eran intervenciones habituales, reiteró. Efectivamente las tratativas se hacían. Como Departamento de Auditoría y como otros departamentos más, eran solo receptores de las acciones. Solamente después de ver el acta o la resolución adjudicatoria o las modificaciones, recién se enteraban de los procesos. Agregó que como él no pertenecía al círculo más cercano del director, lamentablemente, no tenían opinión sobre el tema.

¿Quiénes participaban? Las únicas personas eran la señora Silvia Reyes, el señor Cristián Gabella –director-, el subsecretario y los directivos de la empresa -el señor Izquierdo-, quien asistía normalmente a esas reuniones; desconoce si el señor Echeverría participaba. Las reuniones tenían como propósito acomodar o buscar vías para solucionar los problemas de las multas, los aumentos en las disminuciones de plazo, las obras en más o las notas de cambio. Como dispuso el director, están en un proceso de evaluación de todas las notas de cambio que eventualmente están siendo auditadas.

A la pregunta: ¿qué puede señalar del crecimiento del patrimonio del exdirector del Servicio de Salud durante el periodo que ejerció su cargo? ¿Qué conoce respecto de esos hechos? El señor Castillo expresó que sin ánimo de profundizar más sobre el tema, de acuerdo con los antecedentes, en su caso particular, hizo su declaración de patrimonio como cualquier funcionario público, de acuerdo a lo estipulado por la ley. Tiene entendido que el director, en un momento determinado, tenía una declaración de patrimonio que exponencialmente aumentó en el último periodo. Sobre el mismo punto aclaró que tiene entendido que tiene una cierta cantidad de patrimonio declarado y que al término de su ejercicio -sería desproporcionado hablar de cantidades-, en términos numerales, tendría más propiedades que las que tuvo en algún minuto. Indicó que se debe entender eso como que producto de sus rentas u otros medios pudo aumentar su patrimonio personal. Está visto e incluso hay un sumario del Hospital de Rancagua que da cuenta del patrimonio personal del doctor, acotó.

A la pregunta sobre si tiene alguna hipótesis respecto de si como consecuencia de estas tratativas pueda haber existido una transacción económica de por medio?, expresó que con su experiencia puede dar fe de que, eventualmente, si se les permitiese profundizar más, se podría determinar correctamente que efectivamente puede haber habido actividades incompatibles con su ejercicio y eventualmente enriquecimiento ilegal de algunas de las prestaciones que pueda haber tenido, ya sea por la vía de incentivos o de otros medios distintos. No hay una justificación lógica para los montos.

Ex ITO Fiscal, actual jefe de la Unidad de Arquitectura e Ingeniería, señor Marcelo Alvear.

Explicó que el proceso licitatorio del sistema informático HIS se llevó a cabo y se ejecutó sin los decretos respectivos, por eso se está investigando en la Contraloría.

Consultado por la participación que tuvo, en cuántas reuniones participó; cuál era su mandato en el Ministerio de Salud, del director de la época, señor Cristián Gabella, y cuáles eran las tratativas que ofreció don Waldo Iturriaga, don Cristián Gabella, la señora Alejandra Meniconi, de la oficina jurídica de la Subsecretaría de Redes, con el propósito de aminorar, disminuir la multas, explicó que desde el inicio siempre se realizaron reuniones plenamente técnicas, eso significa que participaba la Unidad Técnica, en su carácter de ente resolutorio; la Inspección Técnica, encargada de controlar y fiscalizar las obras y, eventualmente, más bien el ente, el mandante, que es un tema político o representativo del servicio.

Recordó que en septiembre de 2011, el Consorcio Hospital Regional Rancagua ya tenía relevantes problemas, iba atrasado y se había afectado la ruta crítica. Como bien dice el informe de Contraloría, había problemas de ejecución de obras, los cuales fueron subsanados en su totalidad, porque la inspección hizo un seguimiento completo a todos los defectos que había en ese momento. Entonces, se puede estar tranquilo, porque el edificio cumple con la calidad estructural. Durante la inspección técnica -dijo- notó las multas, los atrasos, los incumplimientos, todo lo cual consta en el Libro de Obras, de manera implícita, clara. Se cursan multas por el incumplimiento del HITO 1. Se informa que la empresa constructora da instrucciones de acelerar, colocar más turnos y tomar medidas de contingencia. Agregó que el Ministerio de Salud envía a Waldo Iturriaga como ente técnico o gerente, de alguna manera, del proyecto y responsable, quien comienza a dar distintas instrucciones. En ese momento se sumó Cristián Gabella y empezaron con ese juego de disminuir y atenuar las multas.

Preguntado por el cargo que tenía el señor Waldo Iturriaga, indicó que el señor Iturriaga era el jefe de la Unidad de Monitoreo del Ministerio de Salud, dependiente de Inversiones -de Peter Ihl, en particular.

¿Dependiente de la Subsecretaria de Redes?, respondió que sí, netamente dependiente de la Subsecretaria de Redes. La escala jerárquica era el exsubsecretario Luis Castillo, Peter Ihl y Waldo Iturriaga. Su misión era controlar y fiscalizar las obras, gerenciar y dar instrucciones. Él revisaba los aumentos de obras, las programaciones. Iba una vez a la semana a dar instrucciones ministeriales de cómo desarrollar el proyecto.

Comentó que en septiembre de 2012, nuevamente la situación se vuelve compleja. Con fecha 6 de septiembre envió un informe al director de Servicio y a Silvia Reyes Castro, quien reemplazaba a Sergio Barriga como jefe de la Unidad Técnica, a su criterio sin mucha experiencia, porque un jefe de Recursos Físicos debe ser una persona que cuente con capacidades y competencias bastante amplias, porque es quien debe ver la mantención y proyectos de toda la red hospitalaria que tiene el Servicio.

Con fecha 6 de septiembre –dijo- informó que el proyecto estaba atrasado, que se había afectado la ruta crítica y que dicho atraso era irrecuperable. Los días 9, 10, 11 y 12 de septiembre, dio indicaciones claras de los retrasos que existían en obras –todos por Libro de Obras-, indicando, nuevamente, que la constructora debía acelerar, tomar las medidas de contingencia y revertir los atrasos que eran de su responsabilidad, los cuales habían sido informados al director de Servicio, en su calidad de mandante.

Agregó que el 14 de septiembre se inicia un sumario administrativo en contra de todos los profesionales del Servicio, por la no declaración de bienes y patrimonio. Llegó a su oficina el fiscal instructor, y le avisó que estaba suspendido por no declarar una sociedad, la cual nunca tuvo movimiento y si bien su origen y giro era similar, iba dirigida más bien a un tema tipo ambiental, de viviendas ambientales. Me informó que estaba suspendido por falta de probidad, que había violado la ley de Transparencia, le solicitó el Libro de Obras y se lo llevó. Posteriormente, llegó Silvia Reyes Castro, acompañada de Vanessa Torrealba, jefa de Recursos Físicos, y retiran el 90% de las carpetas de los archivos de Obras. O sea, se llevan más o menos 250 carpetas. Dijo creer que eso está en un video. En ese minuto se le indica que, según la ley General de Urbanismo y Construcción, esos documentos son de la constructora y de la obra, y que si se quieren sacar documentos, al menos se deberá generar un acta o traer un memo conductor completo, porque son documentos de carácter público, de propiedad de la constructora y del municipio. Hacen oídos sordos, e intentan salir de la obra.

Obviamente, señala el invitado, como en cualquier obra, salir con esa cantidad de carpetas es como salir con un saco de cemento y, por lo menos, te van a pedir una guía de despacho. Es distinto llevarse una carpeta con documentos que llevarse 250 carpetas. Los guardias preguntan por el memo conductor o el papel que permitía sacar esos documentos, ante lo que ella dice: yo me los quiero llevar. Entretanto, llama a Cristián Gabella –según escuchó- pidiéndole un memo conductor, el cual llegó posteriormente. Los guardias la detienen y le dicen: mire, usted puede salir, pero los papeles, no. Es material de la constructora. Entonces, ella llama a Carabineros, indicando que ha sido secuestrada. Frente a un delito flagrante, Carabineros, como es obvio, contacta al fiscal, don Sergio Caballero, quien estaba llevando una investigación por fraude al Fisco y estafa residual. Él, al detectar que estaban sacando los papeles de la obra, los resguarda. En este minuto, esos documentos están en la Fiscalía Regional de Rancagua, precisó.

Requerido el invitado para que precise las tratativas donde habría participado con los personeros de la División de Inversiones del Ministerio de Salud en las cuales se pidieron las rebajas de multas y cuáles fueron las razones que se argüían. El señor Alvear expresó que Waldo Iturriaga pidió que se hicieran los análisis necesarios para modificar los programas de obras, dar aumentos de obras suficientes para tapar los retrasos. Buena parte del equipo fue presionado. De hecho, varias veces le ofrecieron sacarlo del cargo y no seguir trabajando en ninguna institución pública. Lo que se hacía en ese minuto era dar aumentos de obras a la empresa constructora, de manera de revertir los atrasos. Consultado si se habría logrado tal objetivo, respondió afirmativamente.

Luego se le preguntó si en esas reuniones participaban los directivos de inversiones del Ministerio junto con personeros de la empresa, a lo que respondió que no. Se les solicitaba que se buscara la manera técnica correcta de rebajar las multas, lo cual fue efectuado. Lo anterior fue informado a la

Contraloría. Desde el inicio, se pidió que Contraloría los fiscalizara constantemente. Recordó que solicitó junto con Gonzalo Urbina y con Marcelo Yévenes el apoyo del contralor, don Mario Quezada. También solicitaron un apoyo permanente en obras. Se informó a los entes de Contraloría de esas situaciones en reiteradas ocasiones, y ellos iban y fiscalizaban.

Varias preguntas que se efectuaron a los invitados, y que fueron respondidas indistintamente por ellos.

El señor TRONCOSO explicó que en el proceso administrativo, cuando un oferente se adjudica la licitación, corresponde que se haga a través de una resolución. Para ello, se requiere un certificado, no la disponibilidad presupuestaria del total del monto adjudicado. Ese documento nunca existió para el HIS. Por lo tanto, la adjudicación se realizó sin dicho requisito, lo cual constituye un vicio administrativo que se documentó, como corresponde, en el Servicio de Salud y que, en parte, explica el hecho de que la Contraloría General de la República nunca tomó razón de ese contrato, de ese convenio, de esa adjudicación, porque no está ajustado a derecho.

Lo que sí existió –dijo- fue un pronunciamiento, vía resolución del Servicio de Salud, para modificar el comportamiento del Servicio en relación con el pago de las obras que no estaban especificadas en el diseño original y que, en general, son refrendadas técnicamente por los ITO y los AITO. En su momento se decreta, a través de una resolución, que aquellos pagos eran responsabilidad del Servicio de Salud y, en consecuencia, se produce un deterioro patrimonial significativo. Todo aquello también está por escrito, precisó.

Además, existen otras situaciones. Como ejemplo indicó el sumario sobre el incremento patrimonial en el Hospital Regional de Rancagua que está en etapa de término y hay en curso una investigación interna en relación con las condiciones de los gastos de representación que se excedieron entre 20 y 40 millones de pesos en el periodo adjudicado.

Por otra parte, expresó que recibió el Servicio con un término de contrato de tres a cuatro días. Cuando informaron a la comunidad los plazos de entrega del hospital, trataron de ser responsables para no generar falsas expectativas. Aclaró que jamás ha dicho que la entrega va a ser en junio, lo que dijeron es que el plazo de ejecución de las obras era junio de 2014.

Agregó que en el mejor de los escenarios, con un comportamiento empresarial responsable debieran tener el hospital en operación recién en marzo o abril de 2015. En caso de que se resolviera en forma poco adecuada -lo que avala la historia-, sería en una fecha similar, pero en 2016.

Añadió que hay cero posibilidades de recibir el establecimiento, como se dijo, en abril de 2014, menos en plena operación.

A la pregunta de cómo se producían las modificaciones del contrato. ¿Quién las solicitaba? ¿Dónde iban? ¿Cuáles eran los documentos que emanaban para tales fines, hacia dónde se dirigían y cómo volvían al Servicio?, el señor ALVEAR, indicó que según se aprecia en los informes de la Contraloría General de la República, había daños estructurales en el Hospital Regional de Rancagua, pero fueron reparados. Para eso, el Departamento de Inspección Técnica hizo un seguimiento constante a las obras que había que arreglar.

Precisó que el daño estaba y aparece en las fotos en las que se aprecian hormigones cortados, con pérdidas de geometría relevantes, que se debieron reparar y, obviamente, aquello genera tiempos muertos –*setup*– que retrasan las faenas.

En respuesta a la pregunta formulada señaló que hay dos orígenes básicos para una modificación de contrato. La primera es que el mandante lo instruya a través de un cambio tecnológico, de gestión hospitalaria, o debido a alguna necesidad del cliente, es decir, el Hospital Regional de Rancagua. Además, hay mejoras en los proyectos que emanan, básicamente, del mandante. También, en algunos casos justificados, cuando el proyecto no es explícito o no contempla modificaciones, la constructora tiene derecho a pedir aumento de obras extraordinarias, al igual que el Servicio puede pedir disminuciones. Una vez aprobada la modificación, se genera un documento que se llama “orden de cambio”, que se anexa a una modificación de contrato y se le agregan todos los documentos de respaldo de la asignación presupuestaria, C4, por ser un fondo sectorial. Ese es el proceso legal, y pasa finalmente por Jurídico, precisó.

A la pregunta: ¿Dónde ocurre eso, en el Servicio o en el Ministerio? Indicó que por ejemplo, el Servicio de Salud decide hacer un segundo piso al jardín infantil, porque encontró que necesita hacer un edificio nuevo o colocar un helipuerto. El director del Servicio envía esa solicitud a la unidad técnica, quién le pide a la ITO que haga los análisis técnicos, económicos y de plazo.

Preguntado: ¿Quién aprueba el presupuesto? ¿Va esto en algún momento a la Subsecretaría?, mencionó que al ser un proyecto con fondos sectoriales, se debe tener la autorización de la Subsecretaría, a través de un documento que se llama “C4”, que es la autorización presupuestaria. Toda modificación necesita autorización ministerial, porque los fondos son de ellos.

Pregunta: ¿Va desde el jefe de recursos físicos directo al Ministerio? ¿O va al director de Servicio, quien lo deriva al Ministerio? ¿Cómo es el flujograma?. Dijo que tiene entendido que llega al director del Servicio y es enviado al subsecretario. Hay dos cosas que aclaró: como ente fiscal, llego hasta cierta etapa, y los procesos formales pueden escapar a su conocimiento. Pero tiene entendido que el que hace la comunicación oficial del Servicio, y siempre ha sido así, es el director. Lo que le llama la atención, y quiere rescatar las palabras de su director, es lo siguiente: Vanessa Torrealba genera un documento, un informe jurídico, en que indica que las omisiones y errores de proyecto son responsabilidad del servicio, siendo que el principio habitual que habían tenido, ya que el proyecto era claramente a suma alzada, se indican los errores y omisiones, que deben ser estudiados a cabalidad por el oferente, de manera que pueda entregar un proyecto acabado, completo y funcionando.

Esas eran las condiciones contractuales que tenía el consorcio apuntó, y si el mandante decide hacer alguna modificación en beneficio propio, es entendible. El informe de la mesa da cuenta de que esto se acordó en Ministerio. Aparece en una nota: esto se acordó en reunión en el Ministerio.

Consultado si tiene evidencia objetiva –como correos– que respalden el intervencionismo de la Subsecretaría de Redes en la construcción del Hospital de Rancagua, el señor TRONCOSO señaló que tales correos existen y en una caja fuerte del Servicio de Salud maneja el respaldo íntegro de todos los correos que se enviaron y recibieron desde los servidores del Servicio. Agregó que cuando la Fiscalía Norte incauta los equipos de muchos de ellos para periciar sus

discos duros, ellos hicieron respaldo íntegro de ellos, lo cual permanece bajo caución, porque la seguridad del servicio está siendo reforzada, ya que han sufrido dos robos en el periodo en el que asumió, en la oficina de partes, por lo cual tienen severas dudas sobre la seguridad de esa información, que ahora está en una caja fuerte debidamente cautelada.

Consultado por aquellas denuncias que realizaban los propios funcionarios a través de la Fenats, que tenían fuero, y que posteriormente se traducían en complicaciones para los propios trabajadores y para los denunciantes, expresó que ellos encontraron que el Servicio de Salud había liberalizado completamente la provisión de los sumarios administrativos, facultando a los directores de cada establecimiento para proveer todos los sumarios administrativos que ellos estimaran –incluso sin ser autogestionados-, sin el conocimiento de la Dirección del Servicio. En ese caso, ellos actuaban como contraparte para las apelaciones. Por lo tanto, descubrieron el volumen real de sumarios instruidos a nivel de la red asistencial. Sin embargo, estiman que es una cantidad exorbitante de sumarios, muchos de los cuales los están censando para conocer la verdadera cuantía de cada uno; seguramente muchos de ellos fueron discrecionales en relación a faltas menores, o incluso pudieron haber sido utilizados como prácticas antisindicales y es una señal que los preocupa enormemente, porque sus gremios siempre han sido muy comprometidos con la situación sanitaria, y su disposición apunta a facilitar la alianza estratégica con ellos, no reprimirlos ni reducirlos en ninguna medida.

Piensa que es perfectamente posible cuantificar los montos de las multas y el deterioro que esto ha significado, por ejemplo, las licitaciones del equipamiento frente a esta seguidilla de fechas de entrega, lo que significa que hoy estén en una situación complicada, incluso desde el punto de vista jurídico, no pueden adjudicar esas licitaciones porque no tienen dónde bodegar esos equipos. Ahora, ponerlos en el edificio que está en construcción, que es lo único factible, los pondría en un escenario similar a haber convocado a la Comisión Investigadora en el mismo lugar, es decir, generar una recepción implícita de un edificio que no está terminado. Además, no tienen bodegas en los servicios y hay problemas con la caducidad de las garantías, deterioros que se han producido justamente como consecuencia de una dilación de la entrega.

Añadió que es cierto lo que se señala respecto de que las asesorías específicas no les permiten tener claridad sobre la plena funcionalidad de los sistemas operativos del hospital, de su medicina interna, porque la comisión aún está en proceso de pronunciarse respecto de si esos sistemas, que tendrían que haber sido supervisados a través de las especialidades, se encuentran o no en condiciones de operar una vez que estén preparados para la recepción definitiva de ese establecimiento.

Señaló que esperan que la comisión se pronuncie respecto de eso y les otorgue un plazo razonable para que los sistemas y su operatividad estén garantizada.

Preguntado cuándo se podría tener ese pronunciamiento, indicó que la ausencia de esas asesorías fue provista desde los propios agentes del Servicio de Salud O'Higgins, y esperan que la comisión que está sesionada para emitir este informe lo haga a más tardar a mediados de agosto para contar con un informe definitivo en relación con las obras, las observaciones de las obras, las obras no terminadas y la funcionalidad de los sistemas.

El señor CASTILLO, sobre la asignación de HIS, indicó que ello tiene una historia. Dijo que personalmente fue “cruzado en la mitad” cuando la resolución del contrato estaba *ad portas* de ser adjudicado. Ellos hicieron una auditoría interna, la cual arrojó definitivamente situaciones totalmente irregulares. En ese minuto se le hizo presente al director del establecimiento, señor Cristián Gabella, que ese contrato en sí mismo no podía seguir adelante por vicios realmente notorios y, en algunos casos, derechamente falta de probidad. A pesar de ello –dijo- dieron cuenta finalmente de que el tema presupuestario era totalmente ausente, porque eventualmente se hizo una refrendación presupuestaria con un fondo inferior a lo establecido por la ley, que dispone que al momento de adjudicar el certificado de refrendación presupuestaria debe ser por el total de la orden de compra y no solo por la parcialidad; situación que en ese minuto era plata de orden presupuestario y no plata efectivamente en caja, por lo tanto, era imposible haberlo adjudicado.

Recordó que aun así, el director del servicio insistió, y llevó el proceso de la compra y del contrato firmado a la Contraloría para la toma de razón. Finalmente, la Contraloría Regional desiste; y se vuelve a insistir en la Contraloría General, donde hoy –por intermedio del director- se están haciendo las gestiones pertinentes para echarlo finalmente abajo. Esa es la respuesta respecto del tema de la asignación. Además, en términos generales, ese contrato nunca tuvo asignación presupuestaria, hasta cuando la investigación especial de la Contraloría Regional exigió, reconoció, avaló y aprobó el informe de auditoría de ese Departamento de Auditoría y de ese jefe de Auditoría en ese minuto, dándole cuenta de que todas las observaciones hechas presentes eran totalmente válidas y acertadas. Aun así, el director dio cuenta de que en ese minuto no había presupuesto, acotó. Además, se emitió un documento en esa fecha –a mediados de agosto de ese año-, pidiendo los fondos para la asignación posterior.

Hizo notar que hay una diferencia, en términos de que hasta ese minuto no se lograba determinar correctamente si era una inversión propiamente tal, que correspondía a un proceso distinto, que es una asignación a través del Ministerio de Hacienda, o bien una compra de servicios que eventualmente pudiera haber sido por otro canal distinto, para efectos de asignación presupuestaria.

Respecto del contrato de obras específicas, en su oportunidad el director le solicito a ese jefe de Auditoría una serie de auditorías, las cuales han ido realizando y dejando expresamente reseñadas, particularmente con relación a las asesorías profesionales, haciendo hincapié en que la asesoría técnica, o AITO, como la denominan, era un contrato que debía haber partido el mismo minuto en que partió la obra, y debía continuar hasta el término de la misma; situación que, en el minuto en que ellos realizaron la auditoría, el contrato fue suspendido unilateralmente. Eventualmente, con el Departamento Jurídico han hecho las precisiones y hoy la auditoría está hecha y tienen los resultados de la misma.

Agregó que hay situaciones que ellos evidenciaron como departamento, lo cual da cuenta de que en algunas áreas en particular, todavía están en el proceso de análisis.

Actualmente, dijo, están revisando una segunda auditoría que les pidió el director: estados de cambio, estados de pago versus notas de cambio, lo que eventualmente es un trabajo que se está haciendo uno a uno, para ver efectivamente si esas notas de cambio tuvieron algún efecto económico o si efectivamente fueron mal pagadas en su oportunidad.

A la pregunta ¿Cuál fue la razón por la cual se suspende a esos especialistas? Indicó que esto desencadenó en un sumario que actualmente está en curso. Asimismo, entienden que eventualmente y en su minuto fue una decisión tomada en la administración del doctor Gabella. Aclaró que fue unilateral porque, eventualmente, aún no se acredita correctamente la razón de fondo que dio término a la asesoría, aun cuando el contrato lo establece.

Hizo presente que el contrato en sí mismo, si uno va a las bases administrativas, establece que la AITO es permanente, desde el inicio de las obras hasta una semana después de haber terminado el proceso.

En su calidad de jefe de Auditoría, junto con su equipo, en general, determinaron que a ese contrato se le había puesto término unilateralmente, sin una razón justificada -que era en mérito de los antecedentes-, porque eventualmente la razón que se esgrimió, en ese minuto, era que los profesionales de la AITO pasaron a trabajar al Servicio sin una razón aparente que justificara ese hecho.

El señor ALVEAR ahondó en los vestigios del maltrato funcionario, expresando que en el Servicio de Salud, como funcionarios, fueron muy maltratados. De ello hay huellas y vestigios claros en todo el Servicio. Se quebró la confianza de los servicios, la gente terminó dañada, fue duro. De hecho, le hicieron una serie de sumarios: de secuestro, de asociación ilícita.

Lo más particular –dijo- es el segundo informe de Contraloría, que responde Gonzalo Urbina en ausencia del director del Servicio. La Contraloría Regional eleva el segundo informe, el cual indica que no se había cumplido el HITO 1, que es de conocimiento de la Comisión, y que había serios problemas estructurales.

El señor Cristián Gabella, en ese minuto, no se encontraba en el Servicio, por lo que responde Gonzalo Urbina. La instrucción que les da es que siempre deben ser transparentes con la Contraloría, responder la realidad de lo que está pasando e informar a cabalidad. Gonzalo Urbina se va de vacaciones, vuelve Cristián Gabella, quien se molestó mucho por la respuesta del informe. Al volver Gonzalo se le asocia una deuda oculta de 7 mil millones, que era parte de la deuda de Cenabast, se le hizo responsable y se le saca sin un sumario administrativo, sin una investigación. Situación muy parecida a lo que le pasa a él. Comentó que en el fondo, la justicia le devolvió su cargo, porque interpuso un recurso de protección que indica que la causal de destitución que aplicó el Servicio en su contra no correspondía, partiendo porque el funcionario que llega a hacer el sumario viene del ministerio, tiene grado seis, y luego se le acomoda a grado cinco.

Por lo anterior –dijo- han interpuesto una querrela por prevaricación frente a los resultados de los sumarios y de la justicia, en contra de Cristián Gabella y de Silvia Reyes Castro. Esperan exista una resolución lo antes posible para tener más datos duros.

Agregó que existen constantes informes del ITO, que arrojan todos esos atrasos, siempre hubo informes; los ITOS son datos duros, son ingenieros, son números. Las decisiones las toman los mandantes y la unidad técnica, en particular, Silvia Reyes Castro y Cristián Gabella.

La ITO ve si afecta o no la ruta crítica, si corresponde o no el plazo y cuánto es su costo. Las obras que entregaron no afectaban la ruta crítica, porque consorcio siempre fue atrasado. Eso es lo que busca en algún minuto el

subsecretario, cuando va a hablar directamente con el contralor regional, don Mario Quezada: ayuda para subsanar el problema. El señor Mario Quezada, contralor, que a su entender y por lo que conoció es un hombre probo, dice: lo que hay que hacer es aplicar el contrato. Aplíquese el contrato, señor subsecretario, señora Alejandra Meniconi.

Consultado por la correlación de los atrasos versus pagos o multas, señaló que en marzo de 2012 ya comienza un franco atraso en la obra. Para eso se contrató un programador experto en *Project*, que hace todos los seguimientos. Se le entregaron los informes, indicando todos los atrasos que tenía la empresa constructora, que eran de responsabilidad de Silvia Reyes. Indicó que con respecto a los atrasos, nunca se evaluaron por la unidad técnica en ese minuto. Ellos solo generan datos, no cursan multas. Solo dicen si la obra va atrasada, por ejemplo, 70 días; la obra va atrasada 80 días; ¿en qué se afecto la obra? En A, B, C. Y eso sigue de manera perpetua, siempre, porque la ITO arroja datos duros.

A la pregunta ¿cuál es la proyección de costo que finalmente va a significar el hospital una vez terminado? De los 69 mil millones originales, ¿a cuántos miles de millones más? Responde el señor TRONCOSO señalando que si estos proyectos sobrepasan un aumento de diez%, son reevaluados por el Ministerio del Desarrollo Social, en conjunto con Salud. Hasta la fecha, le parece que el costo es de 75 mil millones aproximadamente; el costo final tendrá que ver con cómo se resuelve ese contrato. Sin embargo, si ellos se retiraran, se liquidara ese contrato por distintas causales, o no fuera posible, van a tener que rellicitar lo pendiente. Ese es un proceso lento. Hoy no saben a cuánto ascendería rellicitar, incluso por compra directa, que sería lo más rápido si la ley de construcción lo permite. La estimación de eso podría sobrepasar fácilmente el presupuesto asignado y requerir una reevaluación de todos los ministerios correspondientes.

A la pregunta: ¿Cuánto faltaría por construir? ¿Eso se determinaría después de que la comisión entregue su evaluación?, responde que los detalles sí, pero, ¿conocer los montos?

Pregunta: ¿Podría ser a mediados de agosto?, a lo que responde: “exacto”. Agregó que las observaciones que se están haciendo a cada uno de los 1.300 recintos y a los sistemas operacionales que también están pendientes. Dijo que hoy no puede responder con precisión la pregunta.

A la consulta de cuál era el cargo que desempeñaba Silvia Reyes, corroborar que el ITO le reportaba a Silvia Reyes y si ella era la encargada de cuantificar por escrito y cursar las multas, el señor ALVEAR responde que la señora Silvia Reyes Castro era la jefa de recursos físicos, que según el contrato, a sumaalzada, era la jefa de la unidad técnica, quien aprueba, resuelve y toma decisiones. Ella reemplaza a Sergio Barriga Betanzo, ingeniero civil electrónico, de larga trayectoria en el servicio público, de la Universidad Técnica Federico Santa María. Dijo que tiene entendido que era diseñadora de mobiliario, sin experiencia en el ambiente público. Ella se informa a través de reuniones, informes, memos, que salen del sistema de gestión de calidad que está en la obra, el cual va indicando cada uno de los atrasos, reportes y modificaciones de contratos.

3) Contralor General de la República, señor Ramiro Mendoza Zúñiga.¹³

Empezó su exposición señalando que traen una presentación en la que dan cuenta de más de cien auditorías y cuatrocientos dictámenes que dicen relación con la construcción de hospitales.

Explicó que la construcción hospitalaria, en Chile, se desarrolla de tres formas y las prestaciones de salud se desarrollan de cuatro maneras distintas. Una, a través de contratos de concesión hospitalaria, que son muy pocos. El marco jurídico de esos convenios es el decreto supremo N° 900, que se extrae de la ley Orgánica de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas; es un marco complejo, porque va de la mano de decisiones técnicas de salud en la ejecución de un proyecto a cargo de la Unidad de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, donde, en general, ha quedado excluida la administración de prestaciones médicas. Es decir, se trata de un marco conceptual constructivo en régimen de concesiones.

Un segundo sistema, basado en la ley N° 19.886, permite que la autoridad de Salud compre sólo los servicios hospitalarios; no construya ni mande construir por concesiones. Se puede hacer, y se hace, subsidiariamente, para los momentos *peaks* de las prestaciones hospitalarias, que ocurren entre los meses de junio y septiembre de cada año. Este podría ser el modelo: que el Ministerio de Salud diga que no quiere tener más enredos con construcciones y que solo va a comprarle a los privados.

Un tercer modelo, sobre la base de esa gestión, esencialmente amparado en la mencionada ley (N° 19.886), de compras públicas, varios de los modelos más paradigmáticos de conflicto que han tenido con la administración de Salud, se refieren a la decisión de construir en ese sector. Para ello, se debe ingresar a través de un modelo jurídico, por medio de la aplicación de la ley de compras, que actúa como residuo jurídico normativo para construir hospitales. Es decir, Salud toma la decisión de edificar con aquello que llaman fondos sectoriales: toma la decisión de selección, de cómo se busca al cocontratante y de cuáles son las reglas del ejercicio con él, en conformidad al marco de la ley N° 19.886, de compras y de prestaciones de servicio. ¿Cuál es la arquitectura de eso? La inteligencia de las bases, dijo. ¿Cuál es la arquitectura subsidiaria? El régimen de la ley N° 19.886, establecida para suministros y prestación de servicios, no para las compras ni para la construcción de establecimientos. En consecuencia, cuando empiezan a funcionar esos contratos, se dan numerosas dificultades en su etapa de control y en la revisión de sus bases, porque a fin de cuentas, cada decisión pasa por la estructura de las bases, y cada decisión basada en ella, tiene serias y profundas debilidades.

Un cuarto modelo, consiste en hacer contratos de obras a través del Ministerio de Obras Públicas. Es decir, a través de convenios mandato entre Salud, -Dirección de Arquitectura-, y Ministerio de Obras Públicas. Afirmó que ese modelo es el que menos ha funcionado y es el que, en el último caso -la construcción del Hospital de Puerto Natales-, constituye el primer atisbo de que Salud ha vuelto a encargar la construcción a quien considera tiene la *expertise* de la construcción de obras, o sea, al Ministerio de Obras Públicas.

¹³ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión Investigadora N° 11, de 4 de agosto de 2014.

Resumió diciendo: modelo A, ley de concesiones de obras públicas; modelo B, con compras de servicios; modelo C, construcciones a través de la ley de compras públicas, y modelo D, a través de los convenios mandato con el Ministerio de Obras Públicas.

Luego, se refirió al trabajo de Contraloría desde el año 2006 a la fecha, afirmando que ha estado enfocado esencialmente en retomar la actividad constructiva por el Ministerio de Salud en un régimen jurídico feble, como la ley N° 19.886. Asimismo, anunció que se van a ver las diferencias y problemas con los contratos y el régimen de concesiones, porque en última instancia no les interesa saber qué modelo decidirá adoptar la autoridad administrativa y política para los efectos de satisfacer el régimen de salud pública de los chilenos. Les interesa que la modalidad que se adopte tenga la claridad prescriptiva suficiente para efectos del control, de la buena decisión y de la mejor ejecución de la prestación de salud pública. Señaló que en eso han tenido problemas y es lo que demuestran las láminas que va a exponer. Agregó que en tales láminas se va a mostrar las fiscalizaciones desde 2006 a la fecha, donde hicieron auditorías profundas; investigaciones especiales como consecuencia de denuncias; inspecciones técnicas de obras de oficio y algunos pronunciamientos jurídicos vertidos esencialmente durante la etapa de toma de razón de esas bases.

Como dato esencial –dijo- la concesión de obra pública no tiene otro régimen jurídico que no sea el contrato de concesión de obra pública del Ministerio de Obras Públicas, en consecuencia, cada base es un aglutinamiento mayor de la administración –concesiones- y contratos de construcción, de acuerdo a la ley N° 19.886. En realidad, el Ministerio ha ido desarrollando cada base de manera distinta.

A ese respecto señaló que cada Servicio de Salud quiere ejecutar a su pinta las bases tipo que ofrecen. Entonces, con mucha frecuencia ocurre que, asilados en bases tipo, cuando entran a toma de razón, encuentran que adulteraron las bases tipo, no desde el punto de vista de la adulteración como un fenómeno de dolo, sino como un fenómeno de cambio, seguramente con la creencia de que están haciendo una mejora, pero eso dificulta muchísimo el control. Por eso, el sistema tiene muchas dificultades de control, esa es la conclusión a la que arriban, aclaró.

Precisó que su presentación excluye inversiones menores a 200 millones de pesos. Sólo se referirá a fiscalizaciones realizadas sobre contratos de construcción, normalización, mejoramiento, ampliación, reposición de hospitales y otras obras, tales como los centros de salud familiar, pero excluirá los contratos de asesoría, la inspección fiscal y adquisición de equipamiento, que no es menor. Si uno lleva una de las bases al sistema de concesión, en los primeros contratos de concesión que hoy son solo cuatro, no había relación con la adquisición de equipamiento; hoy existen elementos de adquisición de equipamiento, pero están sujetos a decisiones técnicas de una comisión del Ministerio de Salud.

Aclaró que, en general, la concesión de obra pública hospitalaria es solo respecto de la obra pública, todo lo relativo a gestión de salud está particularmente entregado a la autoridad de salud.

Luego expresó que la fiscalización de infraestructura hospitalaria que se pide abarca desde 2006 a 2014, lo que da un total de 102 fiscalizaciones realizadas y 22 en curso; 68 fiscalizaciones a obra hospitalaria y 34 a otros centros de salud. Enfatizó que en cada uno de estos cuadros están los contratos fiscalizados, y en cada uno de ellos aparecen los informes de las auditorías de cada uno de los contratos fiscalizados. Hizo hincapié en que se vea la normalización del Hospital de Copiapó y del Hospital de Salamanca, en 2013; la remodelación de la Unidad de Cirugía mayor ambulatoria y traumatología del Hospital de Iquique, habilitación del Servicio de Psiquiatría adulta en el Hospital San Borja-Arriarán, una investigación especial en la Región Metropolitana, etc.

Agregó que en 2013 fiscalizaron el Programa de Concesión



Hospitalaria del Hospital de Maipú y, también, el Programa de Concesión Hospitalaria del Hospital de la Florida. En ese orden, son las mismas 112 actividades desde el punto de vista territorial.

Aquí se puede ver el desglose, el contrato fiscalizado que indica cuáles son las observaciones más relevantes. Es importante tener presente que empiezan a repetirse atrasos, servicios de asesorías que no corresponden, pagos fuera de las contingencias expresadas en el contrato, funcionamiento antes de que estén recibidas las obras, empiezan a ser un catálogo frecuente, aparece el mismo tipo de observaciones.

Comentó que las observaciones más recurrentes son: falencia y errores en los proyectos presentados a licitación. La clave del mayor costo que está pagando el Estado de Chile radica en la debilidad de los proyectos; son de mala calidad, por lo mismo, no hay nada que hacer durante la ejecución del contrato, porque lo que asalta al contratista en cualquiera de los regímenes, ya sea concesión, construcción, ley N° 19.886, lo que sea que utilice, es una divergencia entre la realidad y el proyecto. En consecuencia, lo único que hay detrás es una lucha atroz por saber cuánto me va a significar recuperar mi inversión o cuánto más voy a lograr sobre la base de gastos extraordinarios, gastos generales distintos. La clave es que el proyecto se está divorciando de la realidad en la ejecución, y muchas de las cosas que están acá dicen relación con

CONTRATOS FISCALIZADOS EN LA REGIÓN METROPOLITANA			
Contratos de reparación de daños estructurales, grietas y readecuación de la Unidad Paciente Crítico Adulto del Hospital Sótero del Río - Auditoría, año 2010.			
Construcción Centro de Salud Familiar Américo Vespucio de Peñalolén - Auditoría, año 2012.			
Construcción Centro de Salud Familiar Santa Julia de Macul - Auditoría, año 2012.			
Remodelación de los pabellones centrales en el complejo asistencial Dr. Sótero del Río - Investigación Especial, año 2013.			
Habilitación del servicio de psiquiatría adulto, infantil y neuropsiquiatría infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán - Investigación Especial, año 2013.			
Habilitación del Edificio de la Agencia Nacional de Medicamentos del Instituto de Salud Pública de Chile - Auditoría, año 2013.			
Remodelación de laboratorios de audiometría y radiaciones del Instituto de Salud Pública de Chile - Inspección Técnica de Obra, año 2013.			
Remodelación bodega central del Instituto de Salud Pública de Chile - Inspección Técnica de Obra, año 2013.			
Reposición con relocalización del Centro de Salud Familiar Barros Luco, comuna de San Miguel - Inspección Técnica de Obra, año 2013.			
Reposición del Centro de Salud Familiar Hospital de Paine - Inspección Técnica de Obra, año 2013.			
Reposición con relocalización del Centro de Salud Familiar General de Paine - Inspección Técnica de Obra, año 2013.			
Programa de Concesión hospitalaria, Hospital de Maipú - Auditoría, año 2013.			
Programa de Concesión hospitalaria, Hospital de La Florida - Auditoría, año 2013.			
Construcción primera etapa Clínica Municipal de Ñuñoa - Investigación Especial, año 2013.			
Totales	68	34	102

eso; por ejemplo, modificación de obra sin la disponibilidad presupuestaria, cuando estoy en el incendio de la construcción se modifica la obra, el inspector fiscal dice que debe modificarse y, en el fondo, lo que sucede es que impacta en el presupuesto de la obra. Entonces, toda esta cadena de situaciones constituyen las observaciones más recurrentes.

Otro dato que encontraron en el control: ocurrencia de retraso en el proceso de ejecución, servicio de inicio de obra sin contar con el oficio, obras entregadas a explotación sin que se encuentre con la respectiva recepción municipal; en materia de obras han dispuesto 43 procedimientos disciplinarios y 2 juicios de cuenta.

Por su parte en materia de pronunciamientos jurídicos, han dictado 433 desde 2006 a 2014, relacionados con obras de infraestructura del sector salud, alcance y representación en el trámite de toma de razón.

Señaló, como ejemplo, que la Contraloría se encuentra con un proyecto que viene con adjudicación, con una obra o diseño intelectual y sacrificio concursal de todos los que han participado, que, a veces, se ha extendido por bastante tiempo. En seguida, se encuentran con bases que no son de buena

calidad y con una decisión que hay que ponderar desde su habilidad y desde su ingreso al ordenamiento jurídico.

Sobre el particular indicó que tienen dos caminos: uno, representar, para eso han hecho muchos oficios. La representación, desgraciadamente, es el palo en la rueda de la bicicleta, en consecuencia, tranca todo el fenómeno de la inversión. Lo que tratan de hacer es que se corrija la mayor cantidad de observaciones que presentan cuando revisan las bases y el acto de adjudicación, de manera que se produzca una viabilidad de esa toma de decisiones administrativas para cursar el acto. Muchas veces, en la etapa de cursar el acto, detrás hay observaciones, es decir, toman razón con alcance, y le dicen al servicio que creen que dentro de la decisión que está tomando, en lo que dice relación con los gastos generales, el límite es este, porque en realidad no lo dijo bien o lo dijo de manera poco clara.

A veces hay contradicciones importantes en la serie de preguntas y respuestas, dijo. Están las bases, las preguntas que hacen los concursantes, las respuestas que tiene la administración que cambian algunos de los hitos esenciales de las bases. En consecuencia, quienes partieron viendo un proyecto, al cabo de la decisión de la serie de preguntas y respuestas tienen un proyecto diferente; sobre eso no ha habido toma de razón y es necesario verlo, y es en ese momento cuando ellos deben hacer las aclaraciones pertinentes.

¿Cuáles son las observaciones más recurrentes? Primero, se infringen los principios, los aspectos procedimentales y de fondo de la ley N° 19.886, y en esa situación han tenido que hacer representación. Ha habido errores en las especificaciones técnicas y falta de concordancia entre los antecedentes técnicos que conforman el proyecto a licitar y la realidad. En esa situación también han hecho representación o alcances, según la entidad.

Asimismo –dijo- con frecuencia ha habido recursos insuficientes para financiar la obra al momento de la celebración del contrato y serios errores en la imputación presupuestaria, los que generalmente terminan en representación, porque tienen que hacerse los arreglos financieros y modificarse los decretos financieros para los efectos de continuar con la contratación.

Hay contradicciones e imprecisiones en los criterios de evaluación, generalmente en representación. Como ejemplo tocó el caso del contrato del Hospital de Puerto Montt, en el cual hay una divergencia y una discrepancia total que significó un valor completamente diferente desde el control de la Contraloría General y sin el control de esta entidad.

Hay, también, errores formales, falta de precisión, acotó.

Dijo que en un *pendrive* dejado a la Comisión figuran las observaciones más recurrentes. El tema del pago de indemnización por mayores gastos generales es un factor correctivo de la administración. Cuando hay un desequilibrio, lo único que trata de hacer la administración es generar una curva que baje la contingencia de reclamos del contratista. ¿Cómo lo hace? Imputándolo a mayores gastos generales. Pero muchas veces se pasa de los límites y claramente no se trata de mayores gastos generales, sino que son realmente indemnizaciones encubiertas. A veces, se ordena el pago como a partidas extraordinarias, que gráficamente están representadas como ordinarias; otras veces se les está pagando por trabajos ejecutados que no estaban incluidos en los trabajos contratados.

Recordó que el caso de la construcción del Hospital de Puerto Montt es de 2009, y hubo devolutorio, por muchas observaciones a propósito del procedimiento de adjudicación. En ese minuto se prendieron todas las alarmas de la Contraloría General y tuvieron muchas reuniones con el sector Salud, con el fin de que se pasara al uso de bases tipo y que tuvieran mucho cuidado con la evaluación de las propuestas. Se hizo una buena mesa técnica, y desde 2009 a 2014 han trabajado de manera frecuente estableciendo una mejora de los procesos, cualquiera sea el ámbito de decisión que adopte la autoridad para desembarcarse con la idea de una decisión constructiva. Este desembarco es sobre la base de la ley de Concesiones, o sobre la base de la ley N° 19.886, o sobre la base de la ley del Ministerio de Obras Públicas.

¿Cuáles son los más utilizados? La ley N° 19.886, en materia de construcción directa; los menos utilizados, concesiones. Se está volviendo a usar la ley N° 15.840 y el decreto con fuerza de ley N° 164, de 1991, que corresponde a los convenios mandato y pagos contra recepción, modelo que se está utilizando ahora de manera experimental, por la autoridad de Salud, en el hospital de Puerto Natales y respecto del cual ellos han tenido una muy potente experiencia.

¿Qué pasó con el Hospital de Puerto Montt? Primero, la comisión evaluadora funcionó como quiso. Segundo, el informe de evaluación transcribió erróneamente la información entregada por los proponentes, lo que hizo que el puntaje fuera diferente del que correspondía, y la comisión evaluadora se apartó de lo establecido en las bases de licitación para los efectos de la evaluación del plazo. Recalcó que la comisión evaluadora es clave: debe estar constituida por gente con *expertise* en la materia y con experiencia en obras públicas. Destacó que lo más grave de este contrato fue el número siete. La fórmula de evaluación del precio del plazo, establecida en las bases, asignaba un mejor puntaje a aquel que se acercaba al promedio lineal de la oferta y no a la más barata, lo que da una diferencia de 20 mil millones de pesos en el precio final del contrato, y eso se corrigió. Lo que tengo que hacer es administrar de mejor manera los recursos y contratar a las personas que tienen la idoneidad y la competencia técnica para participar en la ejecución de la obra.

Comentó que esa es la muestra más clara de que se estaba tratando de alterar el sistema de contratación pública. El Ministerio lo entendió, se acabó el problema, pero han tenido muchos otros en la relación de construcción del Ministerio de Salud, porque no es un ministerio técnico en materia de construcción. Simplemente por eso. No hay una especie de principio apodíctico en que uno diga: "Esto no puede ser". No se trata de eso. Simplemente su *expertise* es otra.

¿Cómo funciona ahora? Vamos a ver cómo va a funcionar con los convenios mandato en el hospital de Puerto Natales, a lo mejor la fórmula de volver al convenio mandato resulta fantástica, acotó. O tal vez, si en algún minuto el patrimonio constructivo de los hospitales en Chile estuvo a cargo de una sociedad constructora de establecimientos hospitalarios, que estaba en el sector Salud y que dependía del Ministerio de Salud, esa era la fórmula de construir hospitales. Pero podría suceder que tenga toda una infraestructura dedicada a la construcción de hospitales, pero no se logra obtener los fondos financieros sectoriales para la construcción de hospitales.

¿Qué hago con esa infraestructura? ¿Qué hago con esa competencia? ¿Qué hago con esa gente capacitada? Las pongo a construir

hosterías. En Chile, durante mucho tiempo, todas las hosterías de la Honsa fueron construidas por la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios.

Aseveró que esa fue la idea de bajar la sociedad constructora de establecimientos hospitalarios, pero también tuvieron un problema, que liquidaron la *expertise* y el conocimiento patrimonial intelectual de la construcción de hospitales. Y la pregunta que cabe hacerse es: ¿cómo la recuperamos? Haciendo las obras de salud, a través de los convenios mandato, contratando a través de concesiones con terceros y que tengan *expertise*. Esas son las opciones. Ese es el variopinto mundo de las opciones públicas en esta materia.

Otros casos presentes en este listado son algunos ejemplos de base de licitación, elaborados por diversos servicios de salud. Este caso es muy importante, porque es un caso de base de licitación elaborado por servicios de salud, precisó. Cada una de estas bases ha sido devuelta con más de 30 observaciones. Incluso hay bases que tienen hasta 70 observaciones. Acá están las observaciones relevantes de informes de fiscalización. Están, además, el hospital Carlos Cisternas, de Calama; la normalización del hospital de Copiapó, el Cefam de Illapel, la construcción del hospital regional de Rancagua, que ha dado muchísimos problemas, y la reposición del hospital de Cañete. Todas construcciones basadas en el modelo directo del sector salud, ley N° 19.886.

Respecto de las causales de término o extinción, explicó que son diferentes según el régimen normativo, esto es, si se aplica la ley de concesiones o ley de bases de contrato administrativo -ley N° 19.886-, o si se aplica el Reglamento de Obras Públicas, dijo. Explicó que en la ley de concesiones, un contrato de concesiones termina por plazos fatales, por incumplimiento de los plazos. Para la constitución de la sociedad concesionaria, la suscripción ante notario. Es simplemente una cuestión formal. No lo materializó dentro de tal plazo, se termina la concesión. También se termina –dijo- por el cumplimiento del plazo por el que se otorgó con sus modificaciones, si procediere, y también por incumplimiento grave de las obligaciones del concesionario. El artículo 28 establece que el procedimiento de incumplimiento grave del contrato puede generar o tener causales en las respectivas bases de licitación. Después está el mutuo acuerdo como una causal de término. Si hay mutuo acuerdo, el Ministerio solo puede concurrir si los acreedores prendarios consienten en alzar las prendas o aceptan la extinción anticipada. Ese acuerdo debe ser aprobado por decreto supremo, además de llevar la firma de los ministros de Salud y de Hacienda, precisó. Añadió que pueden estipularse otras causales de término en las bases de licitación. Pueden también terminar por interés público. Esta causal nunca se ha aplicado. “Si el interés público así lo exigiere –dice la ley- el Presidente de la República, previo informe del Consejo de Concesiones y mediante decreto fundado del Ministerio de Obras Públicas, que deberá llevar, además, la firma del Ministro de Hacienda, podrá poner término anticipado a la concesión cuando un cambio de circunstancias hiciere innecesaria la obra o servicio para la satisfacción de las necesidades públicas, o demandare su rediseño o complementación de tal modo que las inversiones adicionales necesarias para adecuar la obra a las nuevas condiciones superen el veinticinco por ciento del presupuesto oficial de la obra. Esta potestad podrá ejercerse exclusivamente durante la etapa de construcción”.

Con respecto a las características de un hospital concesionado, acotó que un hospital concesionado no tiene prestación de servicios clínicos; eso continúa siendo responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud. Lo que se ha

incorporado en las dos últimas concesiones dice relación con la adquisición de mobiliario clínico, sujeta no a una decisión del concesionario, sino del Comité Técnico de Adquisiciones y Reposiciones del Ministerio de Salud, de manera que siempre el ministerio y la autoridad sanitaria conservan la tuición técnica en lo que dice relación con las características y la prestación de los servicios médicos en ese tipo de entidades, bajo esa forma de construcción y gestión de administración.

Consultado sobre la relación que tiene la Contraloría con las unidades de auditoría interna de los diferentes ministerios, señaló que el tema de la auditoría interna es como un matrimonio que tiene momentos buenos y malos, y podría ser un matrimonio mal avenido o un matrimonio entretenido, dependiendo de cómo uno lo vea. Pero las más de las veces es mal avenido. ¿En qué sentido? En el modelo de auditoría interna, el artículo 18 de la ley N° 10.336, que es la ley orgánica de Contraloría General, dispone que ésta tiene la tuición técnica. El modelo de creación del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno obedece al modelo del decreto supremo que la crea. En algún minuto, la Contraloría entendió -de hecho el primer auditor interno de gobierno fue de la Contraloría- que ahí había un conflicto de “intereses” o “competencia” y las puertas se cerraron y se divorciaron entre ellas. Entonces, en lo que dice relación con la Auditoría General Interna de Gobierno, desde el punto de vista de sus mapas de riesgo, ellos no tienen injerencia alguna. En los últimos siete años han tratado de generar, bajo el concepto de la tuición técnica que les entrega el mencionado artículo, y bajo la colaboración que han prestado a la Cámara para los efectos de generar una musculatura de mejor entidad en las contralorías internas municipales, han tratado de acercarse a todo el mundo en control interno. Precisó que tienen mesa de trabajo, seminarios y página *web*, pero ellos funcionan con independencia, porque reportan de manera directa al Ejecutivo en lo que dice relación con la gestión y no necesariamente con la auditoría, es decir, puede estar relacionada más directamente con el desempeño, con la calidad del desempeño, cosa que ellos no ven. Por eso, han abierto un espacio de diálogo de trabajo. Pero si les preguntan si aprobaron los mapas de riesgo que la auditoría de gobierno genera, dicen no; eso lo hace la auditoría de gobierno. Lo que hacen al llegar a un servicio -lo que no se hacía- es tratar de involucrar a la auditoría de gobierno. Son los primeros destinatarios de los informes de Contraloría, son los primeros requeridos de la información que tiene el servicio, de manera que ellos se conviertan en una colaboración, particularmente en lo que dice relación con el cumplimiento y las mejoras de las observaciones que se les formulan. O sea, ellos forman una articulación esencial con la contraloría al inicio y en el seguimiento de lo que ellos disponen. Afirmó que es un mejor modelo del que había.

Añadió que en otros países el modelo de la auditoría de gobierno está tan complejamente ideologizado, que al final lo que hace el legislador es entregarle todos los auditores internos de gobierno a la Contraloría General. Caso Perú: Perú tenía 3 mil 600 funcionarios y hoy tiene casi 11 mil, pues le entregaron toda la auditoría interna de gobierno. Ellos hicieron así el modelo. En otros modelos, tienen mesa de trabajo; ellos tienen la tuición técnica, acotó. Cada país establece su modelo de control interno. Lo que han tratado de defender y transmitir, y lo hacen en la última modificación de la ley N° 20.742, de municipalidades, fue decirles que el control del auditor interno tiene sentido en la medida en que tenga resguardo frente a la jerarquía. Eso se hizo con los alcaldes, quienes hoy no pueden remover a un auditor interno si no tienen el visto bueno de la Contraloría General. Le paga el municipio, forma parte de la planta municipal, es

un cargo directivo del municipio, pero para removerlo necesita oír al contralor general.

Cree que es un modelo sano, y si el modelo de control apunta a una labor colaborativa y a una mayor eficiencia de las medidas de control, pareciera ser que el auditor interno debe tener un cierto apoyo en su independencia técnica frente al jerarca, porque lo que ocurre en el mundo es que el jerarca captura al auditor interno, y el auditor interno termina siendo un funcionario más y no el mejor. Me encantaría decir que tienen una coordinación fantástica con el auditor interno, ojala después de toda esta información en materia de salud, pero dijo que en los últimos cinco años el auditor interno se ha acercado a mesas de trabajo con ellos. Todos los años el Contralor General va a los seminarios de auditoría interna al interior del Ministerio de Salud que se llevan a cabo a principios y a fines de año, tienen una relación con ellos, pero si fuera tan profunda y seria como la que se les plantea, tendrían muchos y mejores hallazgos en el mediano y largo plazo desde el punto de vista del cumplimiento de las observaciones.

Consultada su opinión en cuanto a qué atribuye que se vuelvan a repetir las observaciones formuladas por la Contraloría, respondió que el mundo de las observaciones es muy complejo y tan variopinto el de las decisiones desde el punto de vista de las regiones, de la forma de vincular el poder central con las regiones, de la forma de no buscar un remedio común en el lenguaje de la decisión de oferta que le hago a cualquiera, público o privado, técnico o cualquiera sea el modelo, que se repiten una y otra vez los mismos errores. Eso es impresentable, aseveró. No puede ser que si uno ve 400 dictámenes que dicen lo mismo siempre, sigamos haciendo lo mismo. Tenemos que darle una mirada distinta, acotó. Einstein decía que no podemos seguir haciendo lo mismo para obtener un resultado distinto. Si usted quiere obtener un resultado distinto, debe hacer cosas distintas. ¿Qué es lo distinto? Esa es una decisión del legislador, con su colaboración –señaló-. Será un modelo de contrato diferente, un modelo de bases tipo con soporte legal y que no puedan ser cambiadas. Enfatizó: las bases tipo las modifican. Se hace todo un esfuerzo, una mesa técnica, se desgasta la gente en la Contraloría General: una reunión, dos reuniones con la unidad coordinadora, con la región, y llegan a unas bases tipo. Y después, cada Servicio cambia las bases tipo porque cree que es mejor y más original.

Piensa que la regla principal es la confianza en el uso del producto que generan. Cuando ingresa una adjudicación, que ya no vino con las bases tipo que habían generado, que no habían entrado a toma de razón, entró solo la adjudicación, ¿por qué se demora tanto la Contraloría? Porque les cambiaron el uso de las bases tipo, la adjudicación se saltó algunos elementos de las bases tipo e hicieron otras bases; alguien dijo: cambiémosle esta fórmula de evaluación, cambiémosle otro poco acá, y lo que cambiaron fue la forma de selección. Y ahí están en un problema. Si un director de Servicio modifica unas bases tipo, debiese recibir la misma sanción que dispone el artículo 17 de la ley que el Ministerio aplica para la persona que no envía el acto de toma de razón: la pérdida del empleo. Insistió en que si se cambian las bases tipo y el director del Servicio firmó una adjudicación en esas condiciones, perdió el empleo. No puedo perder tiempo instruyendo un sumario o un juicio de reparo que dura siete años; dijo que recién está viendo los primeros juicios de reparo que interpuso por observaciones que levantó en 2007 o 2008.

Consultado si es factible revertir lo ocurrido con el Hospital Salvador, señaló que los contratos obedecen a la lógica del *“pacta sunt servanda”*, detrás de

lo cual hay un principio básico del derecho privado que se trasunta en el derecho público: la buena fe. Los contratos deben cumplirse *-pacta sunt servanda-*, pueden tener adecuaciones en la etapa de ejecución *-rebus sic stantibus-*, pero en principio, debo aplicar el contrato de buena fe. Eso que forma parte del arriendo o de lo que le compro a quien me vende el diario, se ocupa también para estas grandes inversiones. Lo pactado debe cumplirse y, en realidad, hay que ir adecuando el contrato a las condiciones de cumplimiento siempre de buena fe, de acuerdo a los artículos 1545 y 1546 del Código Civil, que el legislador incorporó en el Derecho Público.

Añadió que en todos esos ingresos al Derecho Público, las salidas tienen contingencias económicas. No solo eso, sino que no siempre se pueden involucrar las salidas. Podría salirme, siempre y cuando el interés público así lo exigiera. El Presidente de la República, previo informe del Consejo de Concesiones, y mediante decreto fundado del ministerio *-todo eso viene sujeto a la toma de razón-*, podrá poner término anticipado a la concesión cuando un cambio de circunstancias hiciere innecesaria la obra o demandare su rediseño o complementación. ¿El hospital dejó de ser necesario? No, sigue siendo necesario. El principio de motivación me dice que debo justificarlo todo. Si se da eso y están las condiciones de aplicación de la ley, se puede salir, reparando al concesionario.

Asimismo, aseveró que el modelo de concesiones tiene un problema complejo en materia de obra pública con servicio. Hace bastantes años, tuvieron un modelo de concesiones de cárceles. La cárcel de Antofagasta estaba construida sobre ese modelo; sin embargo, nunca se pudo construir bajo ese modelo de contrato de concesión, y para salirse, el Estado debió pagar 2,16 millones de UF, y no hubo ninguna cárcel. Eso es mucho dinero, acotó.

Consultado si esa salida fue de mutuo acuerdo, dijo que No, se decidió en la Corte Suprema, porque el concesionario acudió a los tribunales. Entonces, el Estado de Chile fue condenado a pagar 2,22 millones de UF, pero la indemnización fue rebajada a 2,16 en una transacción, por las gestiones y todo lo que hubo que hacer, incluso con informe de la Contraloría. Todo eso tiene un costo.

A propósito de las trasgresiones a lo acordado, a la consulta de cómo influye la unidad ministerial coordinadora de inversiones que había en el Ministerio de Salud, señaló que ellos no se relacionan mucho con la Unidad Coordinadora del ministerio. Ellos se relacionan con la gente cuando van a ver las bases o para cosas puntuales. No trabajan con la unidad coordinadora.

Consultado por si existe alguna denuncia que tenga relación con la intervención del Subsecretario de Redes Asistenciales o del ente central del Ministerio de Salud respecto de contratos (licitaciones) que administren los directores de servicio, el señor Mendoza señaló que consultado su jefe de división y el subjefe jurídico por la pregunta que se le formula dicen que, en términos formales, no la han visto (denuncia). Luego agrega que puede que exista, pero que no les consta.

Complementó su respuesta afirmando que el tema es muy complejo, porque los servicios de Salud son entes descentralizados, pero con vocación de central. Entonces, pareciera que son descentralizados, porque actúan como tal en la toma de decisiones, pero no en la consecuencia de sus efectos. O sea, son buenos para tomar decisiones autónomamente, pero malos para hacerse responsables por esas decisiones. Eso hace que en el sector Salud exista una

recentralización a consecuencia del rol potente que retomaron las Seremi, lo que no sucede en otros servicios. Como ejemplo dijo que hay hospitales que, habiendo tenido personalidad jurídica, volvieron a no tenerla. Ahí se tiene un problema con el rol del subsecretario respecto de los servicios de Salud.

Si bien los servicios de Salud son descentralizados, el subsecretario no debiese tener mayor injerencia, pero la tiene. En el sector Salud, como consecuencia de la práctica del sector, el subsecretario es muy incidental en los servicios, sin que el régimen jurídico se lo asegure, sino más bien la forma cómo ha ido operando la administración de la gestión financiera.

Con respecto a las prestaciones clínicas leyó lo siguiente: “Para el caso de los Hospitales de Maipú y La Florida, las bases contemplaban la materialización de los proyectos definitivos, la construcción de las obras, la provisión de mobiliario no clínico y la explotación de servicios básicos y especiales obligatorios, pudiendo prestar servicios complementarios previa aprobación de un inspector fiscal. La concesionaria, de acuerdo al artículo 1.9.16 de sus bases, no tendrá ninguna responsabilidad respecto de la provisión y mantenimiento del equipamiento clínico o médico y del mobiliario clínico, los que serán de responsabilidad del Ministerio de Salud. Son servicios básicos: La mantención de infraestructura, instalaciones, equipamiento industrial y mobiliario no clínico, es decir, los gases y la generación trifásica. La ejecución de los servicios no clínicos de apoyo: aseo y limpieza general, gestión integral de residuos hospitalarios, control sanitario de vectores, gestión de ropería y vestidores, alimentación de pacientes y funcionarios. Son servicios especiales obligatorios: cafetería, seguridad y vigilancia, estacionamiento de funcionarios y visitas, sala cuna y jardín infantil”.

Por otra parte y frente a una consulta sobre el resguardo de los derechos laborales de los trabajadores, expresó que, a diferencia con el Hospital Félix Bulnes, los funcionarios debieran seguir siendo funcionarios públicos -de hecho lo son- y estar bajo la férula de la administración del director público del hospital. En principio -dijo- no debiese haber cambios, pero seguramente eso va a ser materia de dictámenes. Habrá que verlo en el funcionamiento operativo de la concesión y la forma cómo empiecen a entender la aplicación del modelo los directivos.

Consultado sobre el hospital de Calama, en específico si se han encontrado problemas en la infraestructura de dicho recinto hospitalario y si la Contraloría Regional de Antofagasta efectivamente indicó que esa estructura debiese demolerse. En respuesta el señor Mendoza expresó que no saben nada que ordene eso; ni han dicho eso ni tampoco han participado en ningún evento alucinógeno como para haber dicho algo así. Agregó que el informe N° 11, de 2013, que está a disposición de la Comisión, hay seis cosas muy relevantes: falta de aplicación de multas por atraso en la ejecución de la obra. En este momento la obra está encargada a un consorcio, uno de cuyos miembros quebró, y eso produjo un efecto bola de nieve; los pagos efectuados superan en 13% el avance físico de la obra; pago de 200 millones con fondos no destinados para el contrato; las cauciones que resguardaban la devolución de los anticipos se encontraban vencidas; mala ejecución en algunos elementos del hormigón, lo que es efectivo y han dicho cuáles son las fallas y, finalmente, un pago en exceso por reajuste en las modificaciones. Enfatizó que eso han dicho respecto del Hospital de Calama.

Consultado sobre la constatación por parte de la Contraloría de irregularidades, incluso penales, faltas de servicio en el no cobro de multas;

modificaciones de obra sin disponibilidad presupuestaria para ello, con pago de partidas de contrato que al momento de ser fiscalizadas se encontraban parcialmente ejecutadas o sin ejecución alguna, reflexionó indicando que la Contraloría en general no es muy flexible en denunciar situaciones al Ministerio Público, salvo que tenga la convicción del ilícito penal, lo que es tan riguroso, que hace que normalmente la Contraloría, en muy contadas ocasiones, se dirija directamente al Ministerio Público, cuando termina una investigación. Dio como ejemplo los subsidios de educación preferencial o en los fondos PIE de la educación. Como es tan evidente que se están malgastando los fondos, porque están comprando cosas que no corresponden o porque en realidad son fondos especificados a un fin único y están pagando imposiciones con fondos de subsidio de educación preferencial, se van derechamente a hacer la denuncia al Ministerio Público, y requieren la ayuda del Consejo de Defensa del Estado. Pero no necesariamente sucede de esa manera en el mundo de la construcción de obras. Por ejemplo, en Rancagua se hizo una denuncia a la autoridad penal, y ellos no habían terminado de hacer la investigación en lo que dice relación con el hospital regional de Rancagua. Afirmó que ello ocurre porque alguien tiene la convicción de que en ese caso hubo una situación que ameritaba una investigación penal, sin perjuicio de que también ellos estaban haciendo una investigación administrativa. El hecho de que la investigación administrativa diga A, no significa ni tiene ninguna vinculación para la decisión penal. Lo grave es cuando la A coincide con la A del Ministerio Público, pero no necesariamente tiene que ser así, puntualizó. En consecuencia, frente a la pregunta de si han hecho denuncias penales en materia de hospitales, la respuesta es no; no han hecho denuncias penales en materia de hospitales. Y si les ha pedido antecedentes el Ministerio público respecto de denuncias penales formuladas por terceros, por gremios o por parlamentarios, la respuesta es sí, y ellos han acompañado todos los antecedentes que tienen.

Preguntado en qué casos se aplicaron juicios de cuentas, y por qué ocurrieron, indicó que en dicha materia han deducido juicios de cuenta en Corral por una sobreexcavación que se pagó, y en Santiago. ¿Qué significa el juicio de cuentas? Que ellos le están diciendo a ese director de Servicio y a todos los que incurrieron en la cadena de pagos, que deben devolverle al Estado la plata que se pagó en exceso. Y no hacen ninguna representación penal o ideológica respecto de esa plata. Solo le están diciendo que se equivocó, que no debió haber entregado esos recursos financieros del Estado. Lo demandan y le devuelve al Estado esa cantidad de dinero. Y seguramente en este año van a salir unos tres o cuatro juicios de cuentas en materia de sector público o Salud, específicamente en construcción de hospitales.

Consultada su opinión por la baja del subsidio variable del 80 al 60% indicó que les llamó la atención. Pero que les llame la atención no significa que la figura del subsidio variable sea execrable. Es una decisión que, parcialmente, podría ser construida en el contexto del artículo 21 B de la ley N° 10.336, y podría decir: "Mire, es una cuestión de mérito", es decir, "la autoridad administrativa decide qué guarismo le pone al subsidio". Le asigna 60, 80 o 50. ¿Qué hacen al respecto? Le piden explicaciones a la autoridad administrativa, y les explican el modelo y lo confrontan con la legalidad. Lo mismo hacen con los Valores Nuevos de Reemplazo en materia eléctrica, con los Valores Agregados de Distribución en materia eléctrica, que van cambiando, y le preguntan al Ministerio de Energía por qué aplicó determinada fórmula, y si la fórmula que les explican tiene una razonabilidad de fondo, se vierte de manera igualitaria para todos los que van a

ser vinculados en el sector, en la oferta o para todos los incumbentes; no hacen una mirada más profunda.

Lo raro y lo preocupante –dijo- sería que se rompiera una regla de igualdad, es decir, que hubiera incumbentes verdes y rojos, y a los incumbentes verdes le diera más puntaje que a los rojos. En ese caso, sí se preocuparían. Pero si la fórmula de cálculo es consistente, ellos no entran a dar una mirada, porque en último término es un tema de definición política del sector.

Recordó que en un comienzo de su exposición dijo: “Mire, hay varias fórmulas para construir hospitales. Se pueden construir hospitales por la ley del Ministerio de Obras Públicas, hacer convenios mandato con Salud, Salud y Ministerio de Obras Públicas -el contrato de Puerto Natales-, puede hacerlos directamente en la autoridad de Salud -ley 19.886-, puede hacerlo a través del Ministerio de Obras Públicas -contrato de concesión de obra pública en el marco de la ley de Concesiones-“, el tema sería: ¿puede decidir la Contraloría y decir a la autoridad: “No, es que a nosotros nos gusta más el sistema de concesiones”, o “en realidad, a nosotros nos gusta más el sistema de la ley de compras? Eso no les corresponde afirmó. Ellos ven la consistencia del modelo, conforme a las reglas de igualdad de todos los proponentes que participen en el modelo, eso es lo que les encarga la Ley de Bases, la ley de la Contraloría.

Consultado por los sobrepagos pagados por los servicios que otorgan las concesionarias, explicó que ellos no lo ven así. En realidad, ellos constatan si se cumple a cabalidad el principio de reglas concursales y si todos quienes participan reciben el mismo trato.

Agregó que siempre tratan de alejarse lo más posible del mérito, es decir, de lo que la autoridad administrativa pondera como “decisión”. Hay una zona más bien libre para esa autoridad; no es totalmente libre, porque debe tener fundamentación, estar apegada al ordenamiento jurídico, pero sí tiene un efecto de evaluación que va ponderando. Por eso mencionó los temas de energía eléctrica, qué componente es la fórmula del cálculo del *watt*. De repente la varían de un año a otro o cada cuatro años y varían el componente. Después se produce la reacción de todas las concesionarias de distribución que reclaman porque les cambiaron el componente o cada régimen tarifario en materia telefónica o de agua. Hay un contexto de decisión pública, que si la comparo con el resto del ordenamiento, puede que salga más cara o más barata la tarifa, pero no es rol de la Contraloría ver si es más barata o más cara la tarifa del Transantiago, circunstancia que cada dos semanas los obliga a revisar todo el régimen tarifario del Transantiago. Por eso se enfocan en que las reglas de cálculo, de cumplimiento y de trato sean las mismas para todos; es lo que les preocupa esencialmente.

Ahondó en que cada modelo de concesión formula su diseño. Ven que el modelo sea lo suficientemente explícito, que no genere barreras de entrada, no incentive modelos de colusión y permita que todos los que quieran y puedan participar tengan la posibilidad de hacerlo. En términos generales, ese es su rol. No entran –dijo- a determinar la conveniencia técnica; para eso está la Dipres, el Ministerio de Desarrollo Social, las autoridades que hacen toda una concursabilidad *ex ante* de nuestra intervención de revisión. Si no, estarían en una posición de decir: saquen al Ministerio Social, al Ministerio de Salud y al Ministerio de Energía y que la Contraloría adopte la decisión, pero no les corresponde. Hoy, que la noticia es mala parece bueno que la Contraloría lo hiciera. Lo planteó al revés. ¿Sería bueno que la Contraloría tome decisiones de políticas públicas, de

calidad de políticas públicas en el mediano y largo plazo? ¿No le estarían entregando a la Contraloría un rol que no le compete? El rol es de las autoridades a las que les corresponde invertir, hacer las definiciones. Ellos, en el *tête a tête* de la mirada del contrato y de la revisión del proyecto, sí levantan bandera. Esta cuestión del modelo del 60, 80, se ha visto, se ha conversado, les han explicado; tiene una motivación en el contexto jurídico de esa concesión. Si a esa motivación le doy un énfasis político y encuentro que es grave, fantástico, pero no es un problema de la Contraloría.

Por otra parte, ¿por qué tienen diferencias con el tema de las bases tipo? Han aprobado bases tipo y adjudican usando bases tipo que no son. Dijo que si se tiene bases tipo aprobadas en el servicio de salud, éste hace el concurso y adjudica, luego manda los antecedentes de la adjudicación para la toma de razón y cuando están mirando la adjudicación, se dan cuenta de que nos están metiendo el dedo en la boca, porque esas bases tipo las habían cambiado. Ahí comienza esa lista de 400 devoluciones; ya estaban las bases tipo, las crearon en 2008 y han incentivado a los servicios para que las utilicen.

Agregó que el drama es que cada Servicio de Salud hace sus bases tipo y cada director nuevo las quiere aplicar a su pinta. Están en una especie de Alicia en el país de las maravillas; cada conejo se ve diferente frente al espejo. El director de salud de un sitio entiende que es más creativo e hizo una modificación. Es cierto que son entidades descentralizadas, pero es muy razonable que exista un lineamiento. Es el problema que hoy tienen con las bases tipo: las crean, las trabajan, se sacan la mugre entre un grupo de gente del servicio de salud, del Ministerio de Salud y de la Contraloría, se aprueban, se hace el concurso, pero aplicaron otra cosa; le cambiaron un factorcito, ya que el precio es diferente, que la obra es distinta, la calidad; una cosa pequeña y ahí se les fue todo a las pailas.

Finalmente, indicó que en materia de concesiones no han detectado incumplimiento de plazos. En Maipú hay un plazo que suponía multas, lo están viendo. No todo atraso produce la extinción del contrato. Por eso está el régimen de multas y ellos instan para que se cumpla el plazo a través de las multas.

Consultado si antes de la publicación de la toma de razón del Hospital del Salvador, la Contraloría tuvo conocimiento de que el Ministerio quisiera parar esa toma de razón. El señor Mendoza expresó que el Hospital del Salvador, el Instituto Nacional de Geriátrica, fue adjudicado por decreto supremo N° 141, del 11 de febrero de 2014. Ingresó a la Contraloría el 17 de febrero de 2014, fue tomado de razón el 14 de mayo de 2014, y publicado en el Diario Oficial recién el 28 de Mayo de 2014, o sea, no hubo toma de razón en pocos días. Aclaró que no existe norma que disponga que un acto que sale tomado de razón deba ser publicado dentro de los cinco, seis o siete próximos días. Los plazos en la toma de razón fueron normales, y respecto de las discusiones que se produjeron durante la revisión, fueron las discusiones técnicas que tiene cualquier contrato de concesiones o de construcción de obra pública. Tampoco el Ministerio de Obras Públicas les hizo una previsión especial de tomar o no tomar razón, y ellos no preguntan si es bueno o no otorgar la toma de razón.

A la consulta sobre el retiro de la toma de razón del Hospital Sotero del Río. Si hay alguna implicancia al retirarla, si cree que desde el punto de vista legal correspondía aplicar una multa. A este respecto señaló que con relación al Hospital Sotero del Río, la autoridad decidió retirar el contrato del Sotero del Río, y la única observación que hicieron –como en todos los casos de ese tipo- fue

pedirle a la autoridad que les enviara un oficio dando cuenta de la decisión de retirar ese contrato por instrucciones del Ministerio de Salud. Y se retiró, afirmó.

Se le indicó al Contralor que la autoridad, dentro de sus atribuciones, decidió no mandar una serie de hospitales que se encontraban dentro del régimen de concesiones, como los hospitales de Quinta Cordillera, Marga-Marga, el biprovincial Quillota-Petorca, Chillán, Linares y Curicó. Luego se le consultó si en su experiencia, ¿cuánto atraso va a provocar la tramitación de todos los nuevos proyectos que se van a hacer de forma sectorial? En respuesta a dicha consulta expresó que respecto de la red Quinta, se emitió el dictamen N° 52.885, de 10 de julio de 2014. Tal dictamen dice que eso no entró a la Contraloría General, y que habiendo sido llamado, de acuerdo con los artículos 4° y 8° de la ley N° 19.880, y de acuerdo al principio conclusivo, el Ministerio debe cerrar ese procedimiento.

Respecto a la consulta de los atrasos que podría provocar la tramitación de estos nuevos proyectos de hospitales vía sectorial, indicó no tener conocimiento de ello. Eso lo tendrá que ver la autoridad administrativa, y si ella quiere sacarlos por fondos sectoriales, verá como lo hace por esa vía, y respecto de cuánto tiempo va a gastar; bueno, los proyectos tienen su tiempo, dijo.

Consultado sobre cuáles fueron los procedimientos, particularmente con respecto al Sotero del Río, y cuáles fueron las irregularidades que llevaron a retirar esos proyectos desde la Contraloría para que estos no fueran a toma de razón. El señor Mendoza, ante dicha pregunta, aclaró que tiene registrado que solo se retiró Sótero del Río de la Contraloría General. Sin embargo, de acuerdo a lo que sabe, por la prensa, por la presentación de algunos diputados en algún minuto, los otros que estaban en proceso de trabajo para la adjudicación en cualquiera de los estadios que haya sido, no entraron a la Contraloría. Respecto del Sótero del Río efectivamente se retiró. Siempre se ha entendido que el dueño del acto es la autoridad administrativa y que, en consecuencia, puede retirarlo si lo estima pertinente, pero le piden un documento formal que les diga que lo va a retirar y por qué. Eso existe. El Ministro de Obras Públicas les dice que a petición del Ministerio de Salud ha decidido retirar el Hospital Sótero del Río, acotó. Luego precisó que fue adjudicado el 4 de marzo, ingresó a la Contraloría el 10 de marzo y se retiró sin tramitar el 5 de junio de 2014. Ese es el estadio de las fechas. Se estudió entre el 10 de marzo y el 5 junio de 2014. Una vez terminado el estudio, estuvo en condiciones de ser cursado, con o sin alcance, el acto no apareció en el ordenamiento jurídico, estaba ahí cuando llegó el oficio del Ministro de Obras Públicas pidiendo el retiro del acto. Eso en relación al Sótero del Río. Se le preguntó si presentaba irregularidades, a lo que señaló que si no tienen un oficio de toma de razón ni de alcance, no tienen nada. Ya estaban en condiciones de haber hecho un estudio; el estudio estaba hecho.

Consultado por las irregularidades que se cometieron en la apertura del hospital de Maipú, en específico sobre su inauguración y se pusieron en funcionamiento algunos servicios sin la recepción final de la Dirección de Obras Municipales. El señor Mendoza indicó que efectivamente se puso en funcionamiento sin la recepción final. Por lo tanto, se hizo una auditoría, dijo. Agregó que no obstante, que se ponga en funcionamiento un hospital, sea bajo régimen de concesión, bajo régimen de construcción de la ley N° 19.886 o bajo régimen de concesión de cualquiera de los sistemas, en la mayoría de los casos, existe tal predicamento de ansiedad, que los hacen funcionar antes de tener la recepción municipal.

Preguntado si eso ha pasado en otros hospitales, dijo que Sí. En el resumen de observaciones más recurrente, aparece en la mayoría de las veces.

Consultado por las actas de adjudicación versus los tiempos del inicio de la evaluación de ofertas técnicas y económicas, tanto del Hospital del Salvador como del Félix Bulnes, entre el 29 y 31 de enero y 12 y 17 de febrero, respectivamente: tres días y 5 días. El Contralor dijo que el Hospital Félix Bulnes fue adjudicado por decreto supremo N° 153, del Ministerio de Obras Públicas, de 27 de febrero de 2014. Fue ingresado a Contraloría el 7 de marzo de 2014, fue tomado de razón el 20 de mayo de 2014 y publicado el 6 de junio de 2014.

¿Qué sucede respecto de las ofertas técnicas y económicas?, el señor Mendoza respondió que eso es interno del servicio.

4) Ex autoridades de salud.

Ex Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi.¹⁴

Comenzó su exposición expresando que el sistema hospitalario público chileno no tiene antigüedad secular. Hasta 1939 -terremoto de Chillán-, los hospitales eran fundamentalmente instituciones para bien morir, hospicios o lugares de aislamiento de enfermedades infecciosas manejados, generalmente, por instituciones religiosas, de beneficencia y fue la catástrofe del terremoto de Chillán la que motivó una reflexión nacional muy profunda, tanto en el Parlamento como en los Ejecutivos de la época, respecto de la modernidad. La atención hospitalaria requería de una profunda reforma.

Es así como varios años después, en 1952, se estructura el Servicio Nacional de Salud como respuesta del Ejecutivo, del gobierno o del Estado, a las necesidades crecientes de salud de la población, en un contexto que hay que tener bien claro, y es que pasamos de una medicina básicamente inútil, de observación de una historia natural de una enfermedad, a un proceso médico que, efectivamente, podía hacer cambios en la expectativa de vida de las personas y curarlas.

Desde 1952 en adelante se produjo un crecimiento significativo de la infraestructura hospitalaria y el aliciente fundamental, que también es importante tenerlo en cuenta para lo que se discute, fue el marco de la alianza para el progreso. Esta suerte de plan *Marshall* que se diseñó en Estados Unidos por razones geopolíticas significó que la mitad de los recursos de la alianza para el progreso vinieran destinados a Chile, de todos los recursos que el gobierno norteamericano utilizó en América Latina, y de esos recursos el 40% se usó en infraestructura hospitalaria.

Expresó que si se recorre el país, se podrá reconocer inmediatamente la huella del ánimo constructivo de la Alianza para el Progreso en nuestras escuelas, sobre todo en las primarias, y en los hospitales de ciudades que se caracterizan por un formato constructivo relativamente similar, que es una construcción sólida hasta media altura, una ventana de fierro para arriba y lo que es más característico de todo en las escuelas y en los hospitales son estos

¹⁴ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión Investigadora N° 15, de 19 de agosto de 2014.

mosaicos, típicos de los hospitales de los años 50 y 60 y también de nuestras escuelas.

Estos hospitales –dijo- de alguna manera, hay que mirarlos desde la perspectiva de lo que se entiende ahora como hospitales de “construcción acelerada”. O sea, planos que se reproducían unos a otros y que no tenían un espíritu de gran complejidad, sino fundamentalmente dar acceso a cuidados de tipo secundario a la población.

Indicó que durante el gobierno militar, la inversión pública disminuyó considerablemente y el modelo que se pretendió impulsar, en aquel momento, fue fundamentalmente el de un Estado, un seguro público, que compraba servicios a agentes privados, que efectivamente durante esa época y animados también por el financiamiento generado por el mecanismo Isapre hubo un crecimiento bastante explosivo de la infraestructura privada hospitalaria al punto que en números de hoy, en el sector público hay 26 mil camas y en el sector privado 17 mil camas, que durante ese periodo crecieron vigorosamente.

Con el retorno a la democracia, la situación económica chilena no era brillante y el Gobierno de Chile tuvo que tomar algunos compromisos bastante fuertes, por ejemplo, impulsar la reforma del Auge, como una manera de focalizar el gasto en salud en determinados bienes “públicos” y así obtener recursos y préstamos para construir o renovar infraestructura hospitalaria extraordinariamente precaria. Así fue como el Hospital San José se construyó en ese contexto.

Durante los años recientes –prosiguió- por las razones que sean, pero sobre todo de holgura económica, el crecimiento de camas hospitalarias públicas en el país ha sido exiguo. Más bien ha tenido una tasa negativa. Si se compara la situación de 2010 –tiene un informe de la OCDE, que se prolonga hasta 2011-, habían 32 mil camas en el sector público. Cuando llegaron al ministerio eran solo 28 mil, se habían reducido en 4 mil. De hecho, la tasa de camas por habitante durante la década anterior disminuyó sistemáticamente de 3,2 a 2,4 y en el año del terremoto, que es el último que informa la OCDE, llegó a ser de 2,04 camas por habitante, que es muy lejos, esto no está ajustado por edad, es decir en un país más viejo podrían haber más camas, pero si se piensa que la edad promedio en la OCDE es más o menos el perfil que tiene Chile, probablemente, se está ante una brecha que va de las 2,4 a 2,6 camas por mil habitantes, que tenemos hoy, a prácticamente la necesidad imperiosa de duplicar esa capacidad de infraestructura pública al más breve plazo.

Comentó que durante el gobierno del ex-Presidente Ricardo Lagos y su ministro Pedro García, se generaron mecanismos de financiamiento para la infraestructura pública, que es el proceso de concesiones hospitalarias que todos conocemos. Al principio del gobierno de la primera presidencia de doña Michelle Bachelet, ese proceso se detuvo y fue reactivado ante la falta de recursos públicos frescos, y sobre todo por la crisis económica de 2008, al final de su gobierno en una cartera de hospitales bastante amplia.

Recordó que cuando el ex Presidente Piñera asumió el Gobierno, recién había ocurrido el terremoto del 27 de febrero de 2010; el impacto que produjo sobre la infraestructura hospitalaria fue tremendo. Nunca había sucedido algo así en ningún lugar del planeta, que un país fuera dañado en su infraestructura por un cataclismo natural como el terremoto del 27 de febrero, en que regiones completas, por ejemplo El Maule, perdieron prácticamente toda su infraestructura hospitalaria.

En ese contexto, se involucraron en un proceso de recuperación, dentro de un marco de urgencia, en el cual el Ministerio de Salud, gracias a los decretos y reglamentos de emergencia que fueron aprobados por la Contraloría por un máximo de seis meses, pudo implementar soluciones bastante rápidas y con recursos adicionales obtenidos a través de la reforma tributaria que se hizo para la reconstrucción.

A propósito del terremoto, hicieron un recorrido por todo el país, a través de distintas agencias, para entender cuál era la situación de la infraestructura sanitaria –solo de hospitales- del país. La situación que encontraron fue de catástrofe. Los hospitales en los que confiaron son mayoritariamente obsoletos: calderas que no funcionan, pabellones subdimensionados para la medicina moderna, etcétera; hay amplios informes sobre ello. Por eso propusieron una verdadera renovación, revolución de la infraestructura hospitalaria pública.

Dijo que lograron con muchas dificultades obtener del Ministerio de Hacienda recursos que históricamente son extraordinarios. Subieron de 120 mil millones a 300 mil millones. La ejecución presupuestaria de esos montos desde 2010 a 2013 fue superior al 90%, llegando en 2013 al 94%. Trataron de sacar adelante los hospitales que estaban en construcción o en proceso de licitación desde el gobierno anterior.

Su estimación es que necesitaban un marco presupuestario de alrededor de cuatro mil millones de dólares por cada período presidencial para tener, en 2020, la infraestructura hospitalaria pública del país medianamente a tono. Vale decir que los pabellones, en lugar de tener 30 metros cuadrados, tengan 50, que todos los hospitales cabecera de provincia tengan escáner y todos los criterios de modernidad que la ciudadanía requiere con urgencia.

Afirmó que no les fue posible obtener más allá de los recursos fiscales y sectoriales que está mencionando, que suman del orden de 300 mil millones; así está estructurado en la Ley de Presupuestos de 2014.

Concluye por lo tanto, que tuvieron que mantener algunos hospitales, el 8% de la cartera, por mecanismo concesionado como manera de anticipar recursos que –de todas maneras- el Estado tiene que gastar en el futuro.

Recordó que, a diferencia de las concesiones de las carreteras, donde los usuarios pagan directamente de su bolsillo cuando pasan por un peaje, especie de impuesto al uso efectivo, en el sistema de hospitales concesionados hay que comprometer un flujo de gasto del Estado, porque los hospitales no significan pago alguno extra para los beneficiarios que se atienden en un hospital de uno u otro tipo.

Señaló que las características de la infraestructura son su cantidad, pero también su calidad y eficiencia. Estuvieron siempre convencidos, se montó una unidad específica dentro del Ministerio de Salud para tratar de medir y mejorar la eficiencia de la gestión hospitalaria de modo que cada pabellón, cada cama, pudiera generar tratamiento a más personas. Esa unidad, que trabajó mucho y que hizo un diseño de eficiencia del uso de los recursos hospitalarios para todo el país, fue desechada por el Ministerio de Salud, pero tomada –me parece buena idea- por la directora del Fonasa para seguir con ese trabajo porque hay mucho capital para el futuro.

Desde el punto de vista de calidad, la Ley de Derechos y Deberes debe apuntar a que los pacientes tengan el mínimo de complicaciones; estimó que

todavía está en proceso, pero es evidente que lograr que el mínimo de pacientes tenga que quedarse hospitalizado por complicaciones que adquieren en el mismo hospital es un objetivo obvio de eficiencia.

Respecto a la forma de construir hospitales o de llevar adelante este marco de infraestructura, básicamente el Ministerio de Salud tiene cuatro mecanismos.

El primero es la compra directa a privados, cuando hay necesidad, *peak* o insuficiencia de la red asistencial, como ocurre hoy de manera dramática en el Servicio Metropolitano Sur Oriente, Hospital Sótero del Río, porque una población que ha crecido tan vertiginosamente –prácticamente un millón de personas- necesita de ese hospital y genera una demanda constante por camas fuera del sector público.

En segundo lugar está la concesión de obras hospitalarias a través de los mecanismos que se conocen y que fueron detallados.

La construcción directamente por el Ministerio de Salud a través de un residuo de la Ley de Compras y el mandato al Ministerio de Obras Públicas para que, por cuenta del Ministerio de Salud, construya el hospital.

Como conclusiones de aprendizaje señaló, primero, fue un error – debe realizarse con mucha calma- radicar el antiguo Servicio Nacional de Salud en una Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Es una fuente de conflicto permanente y que el mundo era mejor antes de 2005 de lo que ha sido después, con una agencia que tiene que velar porque la gente reciba sus atenciones de salud, pero además debe embarcarse en –desde el punto de vista del marco financiero y de la revisión de las finanzas y el diseño total de la red- de la construcción de infraestructura hospitalaria.

Segundo, piensa que el grado de autonomía de los servicios de salud para enfrentar el crecimiento de la infraestructura hospitalaria es muy nocivo para el desarrollo integral de la red hospitalaria.

Efectivamente, los dictámenes de Contraloría en ese sentido, que señalan que siempre es solo responsabilidad del Servicio de Salud el ejecutar, contratar las obras, diseñar y llevarlas a cabo, resulta muy difícil de comprender.

Agregó sin embargo que si se va a la ciudad de Talca y se dice que en la ciudad de Talca la infraestructura más importante que se va a construir en los últimos 30 años y probablemente la más importante en los próximos 20 años va a ser el Hospital regional del Maule, habría que tener muchos más recursos, mucha más fiscalización de la que existe para llevar adelante bien ese tipo de infraestructura.

A la consulta: ¿Cómo usted ha pensado reparar o corregir, no solo en Puente Alto, en la ciudadanía chilena el acto del retiro de la primera piedra y que se deba esperar varios años más? Expresó que respecto de la situación de Puente Alto, que ha sido ampliamente conocida y transmitida por los medios, cuando llegaron al Gobierno se encontraron con un proyecto de lo que se denominaba en los discursos de la ministra de la época de un hospital sin camas, que, en realidad, es un CRS y es el mismo concepto que se usó en Alto Hospicio, en Talcahuano; en fin, hospitales sin camas.

Dijo haber señalado enfáticamente que dicho concepto no lo compartían, pues cree que confunde enormemente a la ciudadanía de lo que entiende por hospital a cuando se habla de un CRS, como era este proyecto de

Puente Alto, y se diga que es un hospital sin camas. A su juicio, es un grave error y una grave confusión que no debiera repetirse.

En relación con el proyecto de Puente Alto, expresó que ve con preocupación el tema del nuevo Hospital Sótero del Río, que está en ruinas, que ha tenido fallas muy importantes en su sistema eléctrico, que es muy difícil de mejorar; evalúan la posibilidad de hacer una remodelación o como se llamaba en aquel tiempo una normalización del Hospital Sótero del Río y, sin embargo, eso no fue posible. En definitiva, levantaron un proyecto -que fue retirado de Contraloría-, para que la ciudadanía de Puente Alto contara con un gran hospital base, como es el Hospital Sótero del Río, que hoy está judicializándose y si las cosas se dan como parecen, va a tener una demora en su inicio de, al menos, 5 años. Mencionó que es un tremendo hospital, con una inversión de 350 millones de dólares, pero eso ya es leche derramada. El proyecto salió de Contraloría y hay que partir nuevamente de cero, independiente de que allí hubo un costo muy importante. Recordó que para construir el Hospital Sótero del Río tuvieron que comprar un terreno al frente, porque no era posible construir el hospital nuevo con el antiguo funcionando, por lo que allí hay muchos millones de dólares enterrados en dicho terreno al otro lado, en el costado poniente de la avenida Vicuña Mackenna camino a Puente Alto.

Indicó que una vez que pasaron las terribles consecuencias y pudieron manejar el terremoto, se inclinaron fuertemente por desarrollar allí un proyecto de un CRS y un hospital al lado. Efectivamente, se encontraron con un problema estructural bastante serio, y que el alcalde de Puente Alto se comprometió a corregir, que es básicamente el plano regulador, que no permite hasta hoy la construcción de un nuevo hospital junto al CRS de Puente Alto, que está licitado y que no sabe si se comenzó a construir ese CRS, pero está entregado a una empresa con su presupuesto incorporado en la ley de 2014.

Hizo hincapié en que el alcalde de la comuna de Puente Alto había señalado en su momento que iba a cambiar el plano regulador y que podía hacerlo a través de una consulta al concejo. Ello no ocurrió (porque aquí se está discutiendo el aprovechamiento político contra el ex Presidente Piñera de un anuncio de un hospital); él señaló que creía que no había ningún problema y que se amparaba en el artículo 124 de la ley General de Urbanismo y Construcciones para poder llevar adelante la construcción del hospital –y lo dijo públicamente en esa oportunidad el alcalde- y que no era responsabilidad de él que el plano regulador no se hubiera cambiado. Eso es falso, por cuanto el Ministerio actual ni el antiguo ni cualquiera pueden licitar un hospital sin ese plano regulador, de manera que cuando se trata de ofrecer disculpas...

Piensa que es muy importante que el alcalde Codina ofrezca disculpas a la comunidad, porque él no hizo aquello que se había comprometido a hacer, cual era cambiar el plano regulador; no sé si lo va a poder hacer, a pesar de la promesa.

Acto seguido el señor Mañalich lee el artículo 124 de la ley General de Urbanismo y Construcciones dice lo siguiente, (agregó que es el argumento que usa el alcalde para decir que no había ningún problema para llevar adelante la construcción del hospital): *“El Director de Obras Municipales podrá autorizar la ejecución de construcciones provisionales por una sola vez, hasta por un máximo de tres años, en las condiciones que determine en cada caso. Solo en casos calificados podrá ampliarse este plazo, con la autorización expresa de la Secretaría Regional respectiva del Ministerio de la Vivienda y Urbanismo.*

“Si vencido el plazo correspondiente, el beneficiario no retirare las referidas construcciones, el Alcalde podrá ordenar el desalojo y la demolición de las construcciones, con cargo al propietario, con el auxilio de la fuerza pública si fuere necesario...”

Comentó que el video que se ha exhibido –que muestra imágenes donde se coloca la primera piedra del Hospital de Puente Alto- evidentemente está editado en relación al total del discurso del Presidente de la República. Él señala, en forma clara, que este proyecto se va a construir en dos etapas: que la primera es el CRS, que ese día se estaba poniendo la primera piedra y es lo que decían tanto los letreros como el plano que vio la comunidad que estuvo presente en ese acto.

Agregó que respecto del destino de las primeras piedras, a manera de ejemplo señaló que la práctica habitual de toda empresa constructora, una vez que se instala la primera piedra, ésta se retire; de lo contrario, no se puede construir la obra. De hecho, a modo de anécdota, mencionó que cuando fueron a buscar las dos primeras piedras que se pusieron para el Hospital de Antofagasta todavía no las pueden encontrar, a pesar de que hubo actos muy ceremoniosos y con presencia de autoridades de alto nivel de la República poniendo las primeras piedras de ese Hospital de Antofagasta, en circunstancias de que en realidad el proyecto no estaba ni siquiera aprobado.

Con respecto al financiamiento de ese proyecto de Puente Alto, es sabido que dicho presupuesto es una ley que se aprueba, desgraciada o afortunadamente, año a año y que, efectivamente, lo que corresponde a la partida del año 2014 está aprobado en la Ley del Presupuesto de 2014, que significa el diseño del nuevo hospital adjunto al CRS, pero que, insistió, que para que ese hospital pueda ser licitado, supone que durante 2015 se cambie el plano regulador, que responde exclusivamente a una responsabilidad del alcalde y al concejo de cada comuna.

Consultada su opinión sobre tres puntos: los contratos firmados antes del anuncio de la liquidación del Hospital de Calama, los tratos directos del Subsecretario de Redes Asistenciales, y esta “intromisión” del gobierno central en la ejecución de esta inversión hospitalaria, expresó que no tiene conocimiento suficiente del estado de los contratos y de los pagos. Lo único que le informó, en algún momento, el señor Subsecretario, es que dado el proceso de liquidación del contrato, por la quiebra de una de las empresas del consorcio Comsa-Pilase había que someter al Ministerio de Desarrollo Social el término del proyecto y el financiamiento del término del proyecto y que para eso necesitaba una referencia financiera respecto de cuánto podría costar. Si aquello lo hizo con una consulta a una empresa o a varias, no es algo que él conozca.

En cuanto a la afirmación de que el alcalde señaló que el centro ambulatorio norte, ubicado en la ciudad de Antofagasta, era un hospital o él lo llamaba un hospital, recordó que eso no solo lo hizo el alcalde, sino la ministra de la época, la Presidenta en sus anuncios del 21 de mayo a la nación, llamaron siempre a este complejo, que se terminó construyendo, un complejo hospitalario.

Frente a varias consultas expresó que, respecto de la conveniencia o no conveniencia y capacidad de los servicios de salud para manejar infraestructura hospitalaria, reiteró que a estas alturas, después de haber servido cuatro años como Ministro, llegó a la conclusión de que eso requiere un profundo cambio, y es exactamente lo que declaró el contralor cuando vino a la Comisión y

dijo que las bases tipo, que las ofertas que se hacían desde los servicios de salud, eran cambiadas. Incluso afirmó que ese director de Servicio de Salud debería ser sancionado con el término del contrato, porque no tiene sentido, y él mencionó el hospital de Porvenir como un camino de esperanza hacia una nueva gestión, una forma distinta de gestión, de la construcción de infraestructura hospitalaria, que no descansa, por todos los problemas que tiene, en la Dirección del Servicio, que debe dedicarse a dar salud a los ciudadanos que más lo necesitan, y que tiene muchas dificultades reales para enfrentar la construcción de infraestructura hospitalaria.

Preguntado por los hospitales de Rancagua y de Puerto Montt, en relación con el estado en que recibieron estos proyectos, las deficiencias y problemas que se encontraron en el camino, y qué debieron hacer para solucionarlos, dijo que el Hospital de Puerto Montt es el niño símbolo de la discordancia entre el diseño del hospital y lo que hubo que hacer para corregir ese diseño. Recordó que en el momento en que se licitó había cinco diseños, y las empresas constructoras no sabían cuál era el válido. Hubo que hacer inversiones sustantivas y cambios de contrato, que fueron detalladas por el contralor y entregadas en su informe de 400 auditorías cuando hubo que empezar a construir, o terminar ese hospital. Mencionó que, por ejemplo, el hospital no tenía un manejo de las aguas servidas y hubo que construir un ducto de 500 metros de largo para manejar las aguas servidas del hospital, lo que no estaba en el diseño, o la capacidad eléctrica del hospital que era de dos tercios de lo que necesitaba el hospital en su equipamiento definitivo.

Una situación relativamente similar se vivió en Rancagua dijo, en que hubo que hacer muchos cambios. La captación de aguas servidas, por ejemplo, quedaba por debajo del nivel de la calle y se debió poner bombas impulsoras para corregir esa situación, y además, el hospital de Rancagua sufrió el embate de que la misma empresa Comsa, que fracasó en el proyecto de Calama, formaba parte del consorcio que construía el hospital de Rancagua. Ellos tuvieron que hacer adecuaciones e inversiones muy importantes dentro del consorcio para seguir adelante con ese hospital, y entiendo que durante el actual Gobierno se les ha dado plazo adicional de un año para terminar su construcción. Ellos siempre estimaron que ese plazo era excesivo para terminar ese hospital, pero ya está hecho, y además no se han seguido cobrando las multas que en el hospital de Rancagua debieran haberse cobrado por la demora de las obras.

Preguntado a qué atribuye los problemas detectados en los hospitales de Maipú y La Florida: si al hecho de ser concesionados o a las condiciones de la concesión, o a otros elementos adicionales, respondió que cree que independiente de que la empresa que los construyó, el Consorcio San José, sea la misma, existen diferencias sustantivas.

El hospital de La Florida, hasta donde está informado, marcha en buena forma y se está llenando de acuerdo al diseño de su calendario. Recordó que es un hospital nuevo, y que allí tuvieron un problema bastante serio al comienzo, que coincidió con un verano muy caluroso. Añadió que en el inicio de ese hospital, que fue –insistió– entregado en contrato en enero de 2010, no estaba considerado el aire acondicionado, lo que hubo que agregar como parte del contrato final del hospital para que este pudiera funcionar en forma adecuada.

Por otra parte, la situación del Hospital de Maipú es muy compleja, porque se compone de dos elementos funcionales muy diferentes. Uno es el CRS de Maipú, que se trasladó al nuevo hospital, con personal, con una ley específica

de recinto experimental, y otro es el nuevo hospital que debe regirse por la ley habitual de los servicios de salud. Este híbrido se trató de corregir con la ley de hospitales clínicos y quedó pendiente en comisión mixta, cuya tramitación no continuó en el Congreso. Mientras eso no se resuelva, la situación de contratación de personal será muy compleja, porque tener un mismo establecimiento con dos regímenes de contratación laboral, con dos jefaturas, con dos sistemas diferentes, y con dos niveles de remuneración muy diferentes, es complejo. Eso requiere de una resolución, dándole a todo el Hospital de Maipú el carácter de experimental o revirtiendo la situación del CRS de Maipú como recinto experimental o aprobando la ley de hospitales clínicos con las modificaciones que la Comisión Mixta quiera hacerle, porque a ese nivel quedó pendiente la discusión parlamentaria. Pasó por la Cámara de Diputados y por el Senado y quedó para sanción en la Comisión Mixta. Es imprescindible resolverlo a la brevedad para dar la certeza jurídica de contratación de personal que el Hospital de Maipú necesita para funcionar adecuadamente, acotó.

Desde el punto de vista de la infraestructura, se le consultó: ¿quién tomaba las decisiones y era responsable de llevar adelante las obras hospitalarias? ¿El ministro o el subsecretario? Respondió que él no ha señalado que dejen de corresponder a los servicios de salud las decisiones, sino que ha dicho, en concordancia con lo que el mismo Contralor señaló en esta Comisión, que le parece un mecanismo muy ineficiente y que, ojalá, algún día se mejore. Es una opinión de un simple ciudadano, exministro, precisó.

Afirmó que la ley la conoce perfectamente y sabe cómo funciona. De hecho, hay un dictamen explícito de la Contraloría, en el cual él le pidió al entonces director del Servicio Metropolitano Central que consultara a la Contraloría cuál era la responsabilidad que tenía el director del Servicio y cuánto de esto era delegable, cedible o mandatable a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en particular el Hospital de Maipú, pues tenía mucha preocupación por él. El Contralor fue enfático en decir que la responsabilidad del director del Servicio es absolutamente indelegable. De manera que –insistió- en el ánimo de la ley, es que independiente de *mails*, instrucciones o lo que fuera, la responsabilidad del director del Servicio de Salud respecto de estas materias es inexcusable, independiente de que el día de mañana se pudiera cambiar y, en su opinión, mejorar para una mejor estructuración de la construcción de la red.

Respecto de cómo se decide, expresó que el Ministerio de Salud junto con el Ministerio de Hacienda todos los años negocian o elaboran el proyecto de ley de Presupuestos para el año siguiente, y en ese proyecto, todo lo que corresponde a inversiones hospitalarias queda en un título específico en la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Vale decir, que la obligación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales es –sobre qué ha ocurrido en los servicios de salud, si se ha cumplido determinado contrato o se ha pasado una etapa cualquiera en la construcción de una infraestructura específica- solicitar a la División de Inversiones (de la Subsecretaría de Redes Asistenciales) que efectúe los pagos correspondientes. O sea que paga -contra el cumplimiento de una fase del contrato- la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través de su Departamento de Inversiones. ¿Cómo se propone o cómo se estructura la inversión? Desgraciadamente, esto no se hace a través de un presupuesto plurianual, sino a través de presupuestos anualizados. Cada vez que se elabora la Ley de Presupuestos, se pregunta específicamente y se indica cuáles son los proyectos hospitalarios, en qué regiones y en qué lugares, los cuales van a quedar marcados en la Ley de Presupuestos del año siguiente.

Consultado si estaba en conocimiento que a la fecha de inauguración del Hospital de Cañete éste carecía de recepción municipal, explicó que producto de que ese hospital prácticamente estaba a punto de ser inaugurado y entregado a la comunidad en 2010 o tal vez en 2011, a causa del terremoto de 2010 y de las lluvias que siguieron durante ese invierno, se detectó un problema muy grave, con incumplimiento del contrato, en el relleno que estaba debajo, porque ese hospital se construyó sobre un espacio vacío que tuvo que ser relleno, con determinadas características. El edificio central del hospital se vio afectado, porque la calidad del relleno que se había hecho para la construcción del hospital, en opinión de los expertos que consultó la Subsecretaría de Redes Asistenciales, no era la adecuada y se había incumplido el contrato, hecho que, en su oportunidad, fue denunciado a la Fiscalía a cargo de la situación. No recuerda en qué va ese trámite, pero allí hay un problema bastante grave que demoró enormemente el término de las obras del hospital, porque con el terremoto, al igual que en el pensionado de los hospitales de Chillán, de Curepto y de Cañete, hubo que proceder a refundar el hospital; con eso dice que hubo que hacer faenas de carácter minero para alojar fundaciones mucho más profundas en esos tres recintos hospitalarios, incluido, insisto, el Hospital del Cañete.

En relación con el momento de la inauguración, recordó que la directora del Servicio les informó que la recepción provisoria del hospital estaba lista, cosa que es bastante común en el momento de la inauguración, porque todos los hospitales tienen una puesta en marcha que puede durar hasta seis meses, donde esas recepciones provisorias son perfeccionadas con cargos de responsabilidad de la empresa, como terminar alguna pintura que quedó mal, alguna ventana descuadrada o un ascensor que no funciona, pero la información que obraba en su poder al momento de esa inauguración del anhelado Hospital de Cañete es que ya existía una recepción provisoria.

Consultado por la ampliación de plazo por 274 días y un correo electrónico entre la empresa constructora y el señor Peter Ihl, señaló que no tiene conocimiento. Aseveró que no sabe qué mails pueden haber circulado o qué reuniones pueden haber habido de por medio.

Consultado por el *modus operandi* y la persecución a los funcionarios que denunciaban irregularidades, especialmente, en el caso del Hospital de Rancagua, indicó que él no comparte la opinión del *modus operandi*. Insistió en que él no ve dónde ésta la irregularidad y, por tanto, señaló que no puede comentar sobre algo que no cree que exista.

Respecto de Rancagua, dijo que se entrevistó con el director del Servicio. En su momento estimaron oportuno que él presentara su renuncia al cargo, cosa que hizo, para aliviar de alguna manera el clima, que efectivamente era muy malo y que se debía en gran parte a las dificultades de la puesta en marcha y el avance del hospital de Rancagua, que presentaba mucha confrontación y muchas dificultades.

En respuesta a la consulta de si estaba en conocimiento de los detalles que se mencionan (contratos, mails y cartas), dijo no tener conocimiento. Evidentemente, trabajaba en el mismo piso que el señor subsecretario y tenía siempre un conocimiento general de las obras, sobre cuáles iban bien o mal, atrasos, en fin, pero toda la responsabilidad descansaba en los directores de Servicio. Cree que en la mayoría de los casos, eso siempre se mantuvo así.

Respecto de los atrasos, recordó a la Comisión que tiene un mandato desde el año 2006 hasta la fecha, y cuando llegaron al Gobierno, los hospitales de Arica, Copiapó, Coquimbo, Osorno, Santa Cruz, Los Ángeles, tenían atrasos considerables. De manera que cuando un diputado señaló que nunca se habían visto los atrasos que existieron durante el gobierno anterior, dijo fehacientemente que eso no se ajusta a la verdad, como lo han aclarado los propios informes del Ministerio de Salud.

Consultado sobre si tiene información que permita dilucidar las razones del retiro del trámite de toma de razón del decreto de adjudicación del Hospital Sotero del Río, dejando que más de un millón de pacientes sean atendidos en condiciones de precariedad e insalubridad, el señor Mañalich reiteró que el Ministerio de Salud dispone de cuatro mecanismos para construir hospitales. Uno de ellos, implementado en la Ley de Concesiones, cuando el expresidente Lagos era ministro de Obras Públicas y presidía el país don Eduardo Frei Ruiz-Tagle, es el mecanismo de concesiones en el cual se entrega un mandato al Ministerio de Obras Públicas para llevar adelante un proceso que termine con la entrega de llave en mano de un hospital para su operación por parte del Ministerio de Salud.

Dijo que ellos tomaron del gobierno anterior los proyectos que estaban para construirse por vía concesionada. Recordó que son los siguientes: en primer lugar, el complejo hospitalario Salvador-Infante, que fueron cuatro hospitales que dejó encaminados el exministro señor Pedro García, que son el Hospital del Salvador, Instituto de Neurocirugía, Instituto Nacional del Tórax y Geriatria.

El segundo grupo de hospitales, que se llamaba CARS, también por concesión, eran el Barros Luco, Exequiel González y Lucio Córdova. El tercer grupo de hospitales del Gobierno de don Ricardo Lagos, son el de Maipú y Sótero del Río.

Mencionó que durante el Gobierno de la Presidenta Bachelet se llevaron adelante dos programas de concesiones, uno de Maipú y La Florida, que están empezando con más o menos dificultades, y el Hospital del Salvador, Nacional de Geriatria, Sótero del Río, Hospital de Quilicura, Centro de Referencia de Salud Colina y Hospital Metropolitano Occidente.

Cuando evaluaron esta situación, decidieron fundir en un solo proyecto el Hospital Salvador y Geriátrico, porque con el terremoto del 27 de febrero se había venido abajo el Hospital Geriátrico último y valía la pena hacer un solo gesto constructivo con el Hospital Salvador. Agregaron la Red Quinta, que es el Hospital de Marga-Marga, Quillota y Petorca, y producto de la tremenda destrucción del terremoto, se hizo un proyecto de hospitales concesionados para Curicó, Linares y Chillán.

Como sostuvo el Contralor en la Comisión, en el momento en el que hubo cambio de gobierno, estaban para toma de razón, decretados por el entonces Presidente de la República, Sebastián Piñera, los hospitales Salvador-Geriátrico y Félix Bulnes o Santiago Occidente.

Enfatizó que los dos hospitales que hoy están decretados y con toma de razón, lo fueron por Contraloría a fines de mayo, cuando ya habían transcurrido dos meses del actual gobierno. Y fueron publicados, teniendo un plazo máximo de seis meses por el Ministerio de Obras Públicas, en el Diario Oficial seis días después de la toma de razón por parte de la Contraloría General de la República.

Es cierto que el Ministerio de Salud tenía la información -como sostuvo la actual Ministra de Salud en esta Comisión- antes de la publicación en el Diario Oficial, que los hospitales así construidos costaban 70% más caro que por vía tradicional. Resulta curioso que durante dos meses no se haya suspendido el proceso de toma de razón en la Contraloría para frenar la construcción, por vía concesionada de estos dos hospitales, del Salvador Geriátrico y Félix Bulnes, considerando –como sostiene en una entrevista el propio Ministro de Obras Públicas- que recibió la instrucción, cuando estaba a punto de salir a toma de razón el Hospital Sotero del Río, porque esa es la razón que dio el Ministro de Obras Públicas en la Comisión, que había recibido un oficio de la Ministra de Salud para retirar, y él procedió al retiro por instrucción del mandante, que es el Ministerio de Salud, el proyecto del Hospital Sotero del Río, supone que para terminar con la vía concesionada de este hospital, aunque se podía reingresar si es que hubiera alguna corrección que hacer. En la declaración –al menos de carácter político- que se ha hecho por la actual Ministra de Salud, este no va a ser el caso y el hospital no debería ser reingresado a Contraloría para ser construido por vía de concesiones.

Agregó que contrariamente a lo que se ha sostenido en esta Comisión, no hay ninguna evidencia seria que permita decir que un hospital construido por vía concesionada aquí, en España, Inglaterra o donde sea, resulte más caro o demoroso para el Estado, que construido por vía sectorial. Si fuera cierto, si el Ministerio de Salud tenía esta certeza durante la tramitación de la toma de razón en Contraloría –a fines de mayo- resulta curioso que no se haya actuado en concordancia con ese diagnóstico y se haya retirado oportunamente el proceso de toma de razón de los otros dos hospitales ya mencionados, que hoy están con sus contratos sancionados y que, al menos en el Hospital Salvador, se está buscando una manera de rescindir ese contrato, de manera tal no se construya este hospital por vía concesionada.

Pregunta: ¿es posible retirar un contrato del trámite de la toma de razón? ¿Cuántos hospitales se concesionaron durante su gestión? Respondió que se remite a lo informado públicamente por el actual ministro de Obras Públicas, cuando señala que es efectivamente posible retirar del trámite de toma de razón un proyecto, a pesar de que haya sido adjudicado y contratado –lo sostiene en el diario El Mercurio, del domingo- y estima que no hay ningún perjuicio para el Estado. Se remite a esa afirmación y espera que él tenga razón y que el procedimiento así realizado con el Hospital Sotero del Río no se traduzca en ningún perjuicio patrimonial por la vía de multas, como está demandando el consorcio que fue adjudicatario de este proyecto.

Sin embargo, en ese mismo contexto, señaló que el perjuicio fiscal existe, porque se ha invertido una cantidad de dinero sustantiva en la compra del terreno del Hospital Sotero del Río, en la promesa o compromiso formal en la evaluación de este proyecto hecha por la Dirección de Presupuestos (Dipres), que una vez construido el hospital, el terreno que hoy ocupa el Hospital Sotero del Río iba a ser enajenado, de manera tal –el valor del actual terreno es más caro que el del nuevo-. Mientras más demore en construirse el Hospital Sotero del Río y conforme pasa el tiempo, mayor será la pérdida patrimonial porque hay un terreno que no está sirviendo para nada.

Estimó que frenar -suponiendo que fuera una buena idea- el Hospital Sotero del Río por la vía que estaba licitado y a punto de ser tomado de razón por Contraloría, significa una demora no menor a cinco años en relación con la fecha

que se había entregado como compromiso por el concesionario para iniciar la construcción de un nuevo hospital, porque hay que hacer nuevos estudios, nuevos proyectos. Todo esto es ya dinero gastado y, por lo menos –si se quiere- habría que comprarle todos estos planos al adjudicatario de este hospital, dado los gastos incurridos.

Luego señaló que el Ministerio de Salud, lo que hace, es decirle al Ministerio de Desarrollo Social: “Necesitamos un nuevo hospital”. Como ejemplo puso a Linares. Este hospital, a su juicio, de acuerdo con la demanda que esperaban, tiene que tener 400 camas. El Ministerio de Desarrollo Social –que en este caso era un hospital concesionado, pero opera lo mismo para uno sectorial- dice que, en realidad, desde el punto de vista de los recursos públicos, este un buen uso y le da el RS¹⁵, después de evaluarlo, o lo corrige. En el caso del hospital de Linares lo corrigió y disminuyó la capacidad hospitalaria de 400 a 340 camas. Esto es entregado a la Dirección de Presupuestos, que valida esta inversión, que hizo lo propio, porque este tema nunca se ha mencionado, ni siquiera en esta Comisión- con los hospitales concesionados-. Es decir, la Dirección de Presupuesto toma este proyecto y dice: ¿Cuánto va a costar en los flujos futuros construir el hospital por vía concesionada? ¿Es razonable construirlo por esta vía? y le da la autorización al Ministerio de Obras Públicas para proceder, entendiendo que hay un buen uso de los recursos fiscales para este mecanismo. De hecho, si se ven los decretos del Ministro de Hacienda respecto de los hospitales concesionados o no concesionados, son todos positivos, una vez que el Ministerio de Desarrollo Social les ha dado el RS respectivo. Y lo que hace el Ministerio de Salud es coordinar los mecanismos de financiamiento que convinieron Hacienda y Obras Públicas. Los pagos que se va a efectuar, para ellos, no es un tema. El tema es que se les entregue el hospital y que lo puedan utilizar, porque aquí ha existido una impresión que, en su opinión, es equívoca, que es que la Dirección de Inversiones del Ministerio de Salud mantiene una responsabilidad de financiamiento y de control sobre el Ministerio de Obras Públicas y sobre el Departamento de Concesiones, cosa que es completamente incorrecta para el caso de los hospitales que se construyen vía concesionada, en que se hace un mandato completo al Ministerio de Obras Públicas y es la División de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas la que ejecuta la obra, la que ejecuta el contrato, la que pone los inspectores fiscales y le entrega al Ministerio de Salud, una vez terminada la obra, el hospital para su explotación, porque, como se sabe, toda la explotación clínica y la dirección del hospital permanece en manos del Ministerio de Salud.

Pregunta: ¿Cuántos hospitales se concesionaron en su período? Respondió que se adjudicaron el Hospital de Antofagasta, el Hospital de Salvador Geriátrico y el Hospital Félix Bulnes, porque La Red Quinta no fue firmada por el Presidente de la República.

Luego le representaron por los diferentes anuncios mediáticos de construcción de hospitales, en especial de la zona norte, donde no hubo gestión de parte del Ministerio de Salud. A ello, precisó que hay un error en la afirmación sostenida, por cuanto todo el proceso de licitación de concesiones no depende en nada del Ministerio de Salud, sino que depende absolutamente del Ministerio de Obras Públicas. Enfatizó que es dicho Ministerio el que licita las carreteras, los hospitales concesionados y todas las actividades enunciadas y que –insistió- no

¹⁵ La “RS” es una condición administrativa, que significa que el proyecto cumple con todos los requisitos técnicos y económicos para poder financiarlo y ejecutarlo.

tienen que ver con la gestión de la cartera de Salud, que se limitó a hacer un mandato. Recordó que varios de ellos fueron hechos durante el Gobierno de la Presidenta Bachelet y, otros, durante el Gobierno del Presidente Piñera, para que el Ministerio de Obras Públicas inicie o trabaje en los procesos que, contrariamente a lo que se sostiene, se iniciaron a principios de 2011.

Añadió que la elaboración de los proyectos que se licitaron definitivamente, con bases tipo, como sostuvo el Contralor, fue un tremendo avance no solo para los hospitales concesionados, que el Ministerio de Obras Públicas gestionó primero, sino que también para los hospitales construidos por vía sectorial. Trabajaron más de un año -en realidad, la Subsecretaría- con el señor Osvaldo Vargas, quien estuvo aquí presente, para lograr bases tipo de la construcción de los hospitales sectoriales, de manera tal de poder homogenizar y acelerar los procesos. Por lo tanto -dijo- no es correcto afirmar que aquí hubo una aceleración de proyectos, pues cada uno está ahí en los comunicados del Diario Oficial y tomaron años.

En segundo lugar, respecto de lo que se señala de puesta en marcha, periodo electoral y cambio de gobierno, señaló que esa práctica existió cuando se inauguró falsamente un hospital en Curepto.

Recordó que los hospitales concesionados, que tuvieron luego tantas dificultades en su diseño, fueron entregados en el contrato de concesión en enero de 2010 y el gobierno del señor Piñera los recibió como cosa cierta y siguieron adelante con ello, a pesar de todas sus dificultades.

Luego declaró que el informe de Contraloría, sobre el hospital de Puerto Montt, no lo conoce. Sí conoce el de Maipú, que se hace referencia solo a un punto, y es si el hospital podía empezar a funcionar sin la autorización municipal, porque sí tenía la autorización sanitaria. Y el Contralor dice que efectivamente se atendió a 20 pacientes, por tanto, cree que esto es una cosa indebida y pide instruir un sumario que, supone, las nuevas autoridades estarán llevando adelante.

Además el mismo Contralor dijo ante esta Comisión que de los 400 informes había un número que le permitía decir que la mayoría de los hospitales en cualquier gobierno empiezan sin la autorización municipal a funcionar. Insistió que tal cosa fue señalada por el Contralor.

Agregó, asimismo, que lo ocurrido en el Hospital de Maipú es que se trasladó el CRS dentro de la misma dirección del terreno del hospital de Maipú a funcionar y los pacientes que se atendieron allí los primeros días, antes de la recepción municipal, fueron pacientes que concurrían al CRS y que fueron atendidos en el recinto ambulatorio del nuevo hospital. Que solo cuando el municipio entregó, como es de constancia pública, la autorización municipal, el Hospital de Maipú empezó a funcionar como tal, en el componente que -insistió- no es el CRS, por el híbrido administrativo y legal que tiene el hospital y que sigue siendo un tema muy complejo y que, ojalá, se resuelva.

Luego se le indicó que la Presidenta Bachelet retiró 6 de las 8 concesiones de hospitales, a lo que precisó que la actual Presidenta de la República, señora Bachelet, ha retirado de Contraloría solo un hospital, que es el Hospital Sótero del Río.

A la pregunta de ¿cuál fue la incidencia del Ministerio de Salud en los breves plazos de adjudicación en los procesos de licitación? ¿Estaban en conocimiento de los índices bases para determinar el subsidio fijo a la operación como, asimismo, de los incentivos (mal llamados premios) al cumplimiento? ¿Por qué un Gobierno, que debiera preocuparse de resguardar los recursos de todos los chilenos, entrega este tipo de garantías y facilidades a los empresarios que, evidentemente, buscan lucrar a costa de la salud de todos los chilenos?

Respondió que le parece extraordinariamente curioso que habiendo tenido dos meses la actual administración para retirar de Contraloría el trámite de toma de razón del Hospital Salvador Geriátrico y del Hospital Félix Bulnes, eso no se haya hecho, sí es que es cierto que el Ministerio de Salud tiene la convicción que dice tener: que es más caro y que es la ruina para el sistema público de salud. ¿Por qué durante dos meses no se retiraron esos proyectos?

Acto seguido se le indicó que existiría un estudio final en el cual el Ministerio de Obras Públicas y el Ministerio de Salud llegan a un acuerdo y expresan que, efectivamente, la construcción y todo lo que significa la construcción y explotación de un hospital concesionado es, a lo menos, un 32% más cara, expresó que respecto del costo de concesiones versus no concesiones, entiende que fue por un acuerdo político que el Ministro de Obras Públicas vino a decir acá que no había diferencias técnicas -desconociendo lo que sus propios equipos técnicos habían informado en esta propia Comisión-, diferencias de precios o de valor para los hospitales concesionados y sectoriales, entre los cálculos que hizo el Ministerio de Salud y el Ministerio de Obras Públicas.

Expresó finalmente que respecto del proceso de concesiones y sus condiciones, se remitió a la aseveración que hizo el actual Director de Presupuestos, señor Granados, el 7 de julio de 2014, cuando concurrió a la Comisión y se le hizo la misma pregunta, acerca de por qué cambió el sistema de premios. Y él contestó, porque esa fue una iniciativa de la Dirección de Presupuesto y no del Ministerio de Salud. Para el Ministerio de Salud, que entrega el mandato, cómo se premie o cómo se incentive a los concesionarios, es un tema que se decide en la Dirección de Presupuestos, con el concurso del Ministerio de Obras Públicas. En relación con ello, lo que señala el señor Granados es que ellos han tenido un proceso de aprendizaje, comprendiendo que el subsidio que se había fijado en el primer ejemplo de las concesiones era demasiado alto, como lo vemos hoy en el Hospital de La Florida, que tiene 60% de ocupación, pero que se está pagando al concesionario como si estuviera ocupado en 90%. Por eso que la Dirección de Presupuestos estimó prudente cambiar el sistema de incentivos, y así lo afirmó aquí el señor Granados, de manera que en el Hospital que demora 3 o 4 años en alcanzar su capacidad completa, el concesionario no tuviera un estímulo nocivo para las arcas públicas, sino que fuera mucho más flexible, de acuerdo con la ocupación o la calidad del servicio.

Lo que no se muestra –dijo- es que en la cuenta final, el hospital de Maipú, con 90% de ocupación, tiene el mismo ingreso, sumado el variable y el fijo, que el hospital de Antofagasta y los nuevos proyectos con 90% de ocupación. Es decir, lo que se cambia es el subsidio variable, de acuerdo con la ocupación, de modo que no se permita que un hospital con subocupación o una mala calidad de servicio, reciba un pago extraordinariamente elevado, como es el caso del hospital de La Florida.

Consultado acerca de la responsabilidad del Ministerio, y si él estaba en conocimiento de las variaciones de los criterios entre las concesiones del

Gobierno de la Presidenta Bachelet y el Gobierno del señor Piñera, dio como respuesta que en el Ministerio de Salud estaban al tanto, y cuando pedieron explicaciones o información sobre la materia lo que se les respondió fue exactamente lo que dijo el Director de Presupuestos, cuando vino a esta Comisión.

A la pregunta ¿cuánto se van a atrasar todos los hospitales que se han sacado de concesión? ¿Qué va a pasar con la gente del Sótero del Río, de Puente Alto, de Linares, de Chillán, de Curicó, de Marga Marga y de Petorca? ¿Qué opina respecto del atraso que se va a generar? El señor Mañalich señaló que la respuesta es extraordinariamente difícil y meramente especulativa. Señaló que la Comisión sabe que existe un contrato vigente en el Hospital del Salvador entre el Servicio de Salud y la empresa que ganó la concesión. Dijo que sería impropio que la Subsecretaria de Redes Asistenciales mediara en este conflicto y, más aún, que anunciara, a través de todos los medios de comunicación, que se está reuniendo personalmente con la empresa que ganó la concesión, para tratar de llegar a un acuerdo. En esta materia, dijo que se remite a lo que señaló el Contralor General de la República aquí, cuando dijo que los directores de servicios de Salud son muy buenos para decir que ellos son autónomos y toman sus responsabilidades, pero cargan las responsabilidades a otros cuando ellos se equivocan y cometen errores.

En ese sentido, puso como caso hipotético el del Salvador. Si la actual Subsecretaria de Redes Asistenciales llegara a una negociación pactada con el consorcio que ganó la adjudicación, que significara que se le compraran los planos y se indemnizara, efectivamente, en lugar de empezar el segundo semestre de este año, ha calculado que ese hospital podría empezar a construirse a finales de 2015, lo que representaría, en el mejor de los escenarios, un año de retraso.

Agregó que en el caso del Hospital Sótero del Río, en el que pareciera que la empresa no tiene voluntad negociadora, y se terminara judicializando y hubiera una orden de no innovar, en el sentido de que el Servicio de Salud Metropolitano Suroriente no pudiera hacer nada mientras la justicia no resolviera el reclamo de la empresa, ese proceso podría demorar hasta ocho años para tener resuelto el problema y recién entonces poder licitar el contrato y el convenio de juicio contra el fisco. (Afirmó que es lo que demoró el ejemplo que puso acá el contralor en relación con la construcción de una cárcel, en que la Corte Suprema determinó que el Estado debía indemnizar al adjudicatario, no recuerda bien la cifra, pero fue, aproximadamente, por un millón de UF).

En ese contexto, en su opinión, y dado que esos hospitales ya tienen diseño –ya aparecieron en la prensa los diseños de los hospitales Marga Marga y Quillota-Petorca-, si se volviera a fojas cero, no lo firmara la Presidenta y no se tramitara la toma de razón en Contraloría, la estimación más prudente es que habría que partir de cero con los planos, y eso significaría una demora técnica de al menos tres años, sin considerar que, además, habría que ver de dónde salen los recursos. Recordó que la cartera de hospitales concesionados, representa una inversión de 4.000 millones de dólares y 20.000 empleos, directos o indirectos, que no se podrían materializar en un futuro próximo, porque habría que partir en uno o dos años recién pidiendo los dineros al Ministerio de Hacienda, que –entiende- en el borrador que se está elaborando en el Ministerio de Salud, en este momento, no existe solicitud para construir esos hospitales por vía sectorial.

A la pregunta de cuáles serían las razones que llevaron a que el diseño del presupuesto de este año, en materia de inversiones, esté ya comprometido con una serie de gastos que provienen del Gobierno anterior, el exministro Mañalich señaló que la ley de Presupuestos para el año siguiente se elabora durante el segundo semestre del año inmediatamente anterior, y se debe sancionar, a más tardar, en el mes de noviembre.

Efectivamente –dijo- con o sin cambio de gobierno, no tiene ninguna diferencia. La ley de Presupuestos queda ejecutada a nivel político macro; entre el Ministerio de Hacienda entrante y el saliente se acuerda cuáles van a ser los fondos de libre disposición –mencionó no recordar exactamente la cifra, pero le parece que fueron 600 millones de dólares-, y el Ministro de Hacienda saliente debe dejar esos recursos para libre disposición del gobierno que entra. Además, es la única salvedad que se hace en el erario nacional cuando hay cambio de gobierno. Recordó que esta fue una negociación muy dura entre los ministros de Hacienda entrante y saliente, precisó.

Añadió que respecto del presupuesto, no corresponde y sería completamente ilegítimo y, probablemente, el propio Congreso en sus comisiones mixtas, entre Cámara de Diputados y Senado, no habría aprobado, por decir un ejemplo, que el Ministerio de Salud dejara un presupuesto con 50% libre para hacer lo que se estimara conveniente, sino que debía dejar amarrado ese presupuesto a las obras, sobre todo si son de continuidad; de lo contrario, no se puede ejecutar, no se puede llamar a licitación, y no se pueden pagar las remuneraciones de enero, febrero y lo que corresponda.

Recordó que cuando asumió el Ministerio de Salud no había ningún fondo de libre disposición en las arcas del Ministerio de Salud, y en mérito de la ley de Reconstrucción obtuvieron algunos fondos adicionales que sumaron 80 mil millones de pesos, para emprender las tareas urgentes de reconstrucción hospitalaria. Pero el presupuesto del Ministerio de Salud estaba totalmente asignado. Cuando este Gobierno llegue a su término, en 2018, evidentemente va a dejar comprometido la mayor parte del presupuesto. En el caso de construcción hospitalaria los presupuestos son mayoritariamente plurianuales, en presupuesto que hay que hacer anualmente.

Luego se refirió a la torre monseñor Valech. Recordó que la Fundación Valech efectuó una donación para ampliar la Posta Central por un monto de 7 mil millones de pesos, y cuando fueron a evaluar la situación de la posta (Servicio de Salud con su equipo) se encontraron con lo siguiente: primero, la Posta Central funciona sin recepción municipal, y en reunión con el alcalde de la época y con el director de Obras Municipales se les señaló que a menos que se hicieran inversiones muy contundentes en la posta para normalizarla, disminuir el número de camas por pieza, baños, evacuaciones y seguridad, era imposible entregar el permiso provisorio para construir la nueva torre.

Eso explica que por instrucción del director de Obras Municipales de Santiago, la Posta Central debe incorporar estacionamientos subterráneos, porque de lo contrario no va a tener permiso municipal, y todas las obras para la segunda etapa de la posta quedaron licitadas y adjudicadas en el presupuesto del Servicio Metropolitano Central, para 2014, y hay 7 mil millones de pesos de los que se necesitan para seguir adelante ahora.

¿Por qué no los 20 mil millones? Los presupuestos son plurianuales y uno debe decretar solo lo que puede ejecutar de la Posta Central durante el año

en curso –el 2014- y la cifra que está asignada en la ley de Presupuestos, aprobada en este Congreso, para el Servicio Metropolitano Central, es de 7 mil millones de pesos.

Sobre lo mismo, comentó que le llamó la atención que el director actual del Servicio dijera que no había decreto, no había plata, no había asignación ni licitación, cuando todo eso se entregó y las copias están en esta Comisión en las carpetas con todos los documentos. Dijo que estaba perfectamente sancionado y legitimado para continuar con las obras de la Posta Central, que es una necesidad absoluta de la ciudad de Santiago.

Respecto de varias consultas sobre el Hospital de Rancagua, hizo saber que recibieron el contrato del Hospital de Rancagua como cosa cierta, un hospital extraordinariamente importante, una obra monumental, y dijo que los elementos que conoce respecto de la construcción de dicho hospital son, básicamente, los siguientes. Primero, fue informado por el director de Servicio de la época de que había un informe de Contraloría que señalaba -un poco en la línea o tal vez más grave incluso de lo que se señaló después en Calama- que había algunos problemas técnicos en la obra gruesa del Hospital Regional que, eventualmente, podían significar incluso su demolición. Él le pidió consejo precisó. Ya había ocurrido que la Contraloría a través de su División de Infraestructura regional, decidiera determinadas cosas y que, luego de un estudio más fino, resultaba que no eran así. Por ejemplo, se dijo que el hospital de Angol era absolutamente inhabitable y que tenía que ser destruido; sin embargo, el Servicio contrató una auditoría externa, cree que a través de la Universidad Católica, el Dictuc, y el resultado fue que ese hospital era completamente recuperable, y eso es lo que en definitiva se hizo con el hospital de Angol, a la espera del nuevo hospital.

En el caso del Hospital de Rancagua, el informe respecto de infraestructura del hospital -al que tuvo acceso y dijo haber leído con mucho cuidado- era bastante demoledor, es por eso que le sugirió al director del Servicio, y lo tomó a bien, pedir una evaluación independiente de algún ente externo, con experiencia en esta materia, creo que también fue el Dictuc o alguien de la Universidad de Chile, pero dijo que se debían hacer tales y cuales reparaciones. Eso se entregó a la Contraloría, la que corrigió o morigeró su primer informe.

Aclaró en segundo lugar, que respecto del cobro de multas, tuvo información a través de la prensa de que había cierta multa que parece que sí o parece que no, que estaba en un terreno incierto. Recuerdo perfectamente haber llamado al director del Servicio de la época y haberle sugerido, como lo hizo siempre que le fue presentado en consulta un tema de esa naturaleza, que lo apropiado era, a todas luces, pasar la multa correspondiente y, así se hizo. La multa era de 800 mil millones, que desgraciadamente la empresa judicializó, indebidamente en su opinión. Y según sabe, la justicia falló a favor del Servicio para recuperar los dineros de esa multa que fue cobrada por el Servicio.

Prosiguió señalando que en relación con el contrato de la señora Rosa Oyarce, ellos tuvieron conocimiento, a través del subsecretario del Redes Asistenciales, de que las evaluaciones preliminares para la entrega o para la autorización sanitaria del Hospital de Rancagua mostraba que había problemas bastante serios. Cuando preguntó acerca de ese tema le dijeron que había un problema con un lavatorio, con esto y con esto otro. Personalmente –dijo- le pidió a la señora Rosa Oyarce, quien había actuado como Seremi de Salud de la Región Metropolitana, una persona muy capaz, y se le hizo un contrato que se

extendió desde el 1 de enero hasta el 28 de febrero por cerca de 3 millones de pesos mensuales, para que produjera un informe y se lo entregara al director del Servicio, de manera tal de tener una idea exacta de qué cosas representaban un riesgo de que la autorización sanitaria demoraría aún más la puesta en marcha del hospital. Ella entregó ese informe y entiende que las correcciones que sugirió o propuso fueron llevadas a cabo como una adenda del contrato para obtener la autorización sanitaria que ese hospital requiere para funcionar.

A la pregunta: como usted hizo el convenio con la señora Rosa Oyarce, ¿se entiende que usted era el mandante y que a usted debía llegarle el informe? Respondía que Sí, que le llegó.

Consultado sobre: ¿cuál era su grado de conocimiento en relación a los tratos directos y si le parece que fue positivo hacer uso de ellos o ejecutarlos, o tiene hoy una mirada diferente respecto de la que tenía en ese momento? Expresó que como principio de probidad general, siempre ha sostenido al interior del Ministerio de Salud que los tratos directos, si bien son legítimos y se usan en determinadas circunstancias, lo ideal es que las compras, los contratos, se propongan con la suficiente antelación, de manera que no sea necesario un trato directo.

Sin embargo, precisó que en la Administración Pública el uso de tratos directos es una cosa de común ocurrencia.

Luego se proyecta un video donde se exhibe la inauguración del hospital de Maipú sin recepción final y también el Hospital de Puerto Montt. Dichas imágenes son comentadas por el señor Mañalich de la siguiente forma: dijo querer ser extraordinariamente preciso, el hospital se inauguró con permiso municipal. En esa ceremonia (la que se exhibió en el video), en la cual participó el ex Presidente y el alcalde, el permiso municipal definitivo había sido entregado dos días antes.

Explicó que tuvieron muchas dificultades para obtener ese permiso municipal, porque estando todo hecho para que se aceptara, al final el alcalde lo hizo; el municipio de Maipú estuvo tres semanas en huelga, de manera tal que tenían el hospital listo, pero no podían hacer el trámite municipal. En definitiva – dijo- él entregó el permiso y se produjo la inauguración formal del hospital.

Agregó que el Hospital de Puerto Montt se atiene completamente a la realidad. Entregaron un sector ambulatorio, se dice ahí claramente que es una primera fase, que seguirá adelante, hay un calendario de entrega, de contratación, llamados a través de la prensa, y es el proceso que ha seguido adelante.

Ex Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo.¹⁶

Como cuestión preliminar, hizo presente que la Comisión ha estado concentrada en concesiones hospitalarias, su mecanismo y valor, los plazos de entrega de infraestructura, los casos específicos de Huasco, ex Posta Central, Cañete, Calama, Rancagua, algunos centros de salud familiar, y no está abordado el proceso de reconstrucción y el diagnóstico global de las redes asistenciales.

¹⁶ El detalle in extenso de la intervención consta en las actas de las sesiones de la Comisión Investigadora N° 12 y 14, de 5 y 12 de agosto de 2014.

Indicó que las actuaciones de los directores de servicios de salud están claras y definidas en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, en donde se cataloga y explicita cada una de las funciones que esos personeros tienen en sus respectivos servicios que poseen personalidad jurídica.

Aclaró que se va a referir a la construcción y reparación de la red y de infraestructura sectorial y hospitalaria.

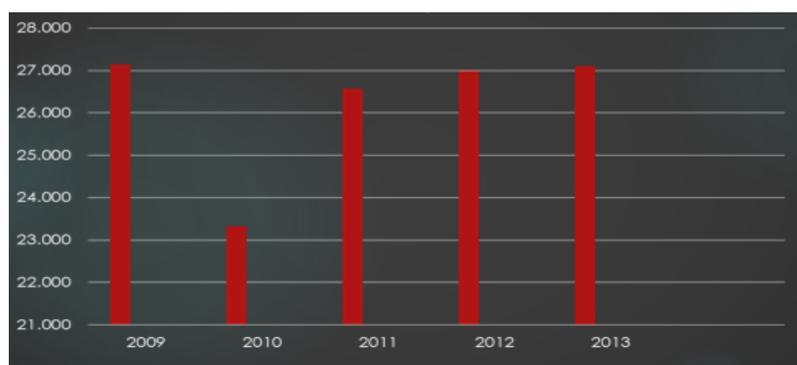
Respecto de la autonomía de los servicios de salud, tal como ha sido ratificado por la Contraloría, afirmó que solo en circunstancias extraordinarias la Subsecretaría de Redes de Salud Pública puede tomar control directo, como sucedió en el manejo de las consecuencias del terremoto en la infraestructura.

Acotado por la Contraloría General de la República, recordó que estuvieron seis meses con facultades especiales para incorporarse al trabajo de la región para ayudar a levantar la infraestructura dañada por el terremoto. Sostuvo que a la Subsecretaría le corresponde un rol de coordinación, por la organicidad de la red y de la gestión del presupuesto en activos fijos, definido en el DFL N° 1, de 2005, que es conocido de la Comisión. Recordó algunos aspectos como consecuencia del terremoto: magnitud de 8,8 grados en la escala de Mercalli, gran compromiso de los servicios de salud, que comprometió a 18 de ellos. De 135 hospitales, 56 fueron afectados; 4.200 camas perdidas de un total de 19.000 de esos 18 servicios de salud del país. Cinco hospitales sufrieron daños estructurales de gran magnitud: los de Talca, Curicó, Hualañé, Parral y el Sanatorio El Peral. Diecisiete hospitales sufrieron daños estructurales de mediana magnitud o daño no estructural de gran magnitud. En la Novena Región, Angol y Temuco; Chillán, San Carlos, Regional de Concepción, en su torre; Higuera, Curanilahue, San Juan de Cauquenes, Constitución, Rancagua, en algunos aspectos en el hospital antiguo; el Instituto del Cáncer, en Santiago; el Félix Bulnes, el Instituto de Geriátrica, San Borja-Arriarán y el Hospital San José de Maipo. En la Quinta Región, Putaendo y Claudio Vicuña. Treinta y cuatro hospitales sufrieron daño no estructural de mediana magnitud, prácticamente desde la Quinta a la Novena Región.

Señaló que el plan de reconstrucción lo enfocaron en varios aspectos. En abordar la emergencia inmediata; luego, en la recuperación, la transición, y en la reconstrucción, que consistió y consiste en la reposición completa de hospitales.

En cuanto a la emergencia inmediata, recordó que hubo 19 hospitales de campaña que permitieron implementar 567 camas, 34 de ellas para críticos y 18 pabellones. Esos hospitales de campaña -que fueron donados-, se encuentran actualmente en manos del Ejército de Chile, custodiados, gestionados y mantenidos para las Fuerzas Armadas. Los hospitales de campaña se pusieron en cuatro de los cinco hospitales que sufrieron daños estructurales: en Talca, Curicó, Hualañé y Parral. Pusieron 11 en los que sufrieron daño mediano: en la Región Metropolitana y en las regiones Quinta, Sexta, Séptima, Octava y Novena.

La imagen muestra la recuperación de las camas básicas y críticas a lo largo de los años. En 2010, al 31 de diciembre; al 31 de diciembre de 2011, de



2012 y de 2013. Las camas se fueron recuperando progresivamente, aun cuando hay dos hospitales en los que todavía faltan 25 camas, en Curicó, y 30 en Talca, que no se lograron recuperar, porque se está esperando la reconstrucción de los hospitales propiamente tales.

Agregó que en cinco de los 17 hospitales que sufrieron daños de mediana magnitud no estructural, hubo que hacer reparaciones: San Borja, Regional de Concepción, Curanilahue, Angol y Regional de Temuco.

Esa es la identificación de las reparaciones mayores. Además trabajaron en Temuco, haciendo 10 pabellones y habilitando 120 camas; en la torre del Regional de Concepción, en la torre del Hospital de Chillán, Angol, San Carlos, la habilitación del complejo de neuropsiquiatría y neurología del Hospital San Borja Arriarán y reparaciones mayores y refundación del Hospital de Curanilahue.

Finalmente, para esos aspectos, instalaron nueve hospitales de construcción acelerada, en Aconcagua, Maule, Ñuble y Occidente, que correspondía a 30 mil metros cuadrados, 835 camas y 16 pabellones que han funcionado muy bien hasta el momento.

La imagen muestra a Parral, antes y después, y el Hospital de Chillán con las unidades de camas y pabellones quirúrgicos mientras se rehabilitaba la torre de ese hospital.



Qué enseñanzas sacaron de la reconstrucción?

Primero, que la tecnología modular articulada no es provisoria. Hay hospitales modulares en todas partes del mundo y en Chile hubo algunos

ejerciendo y funcionando durante muchos años: el Hospital de Hanga Roa, el de Florida y parte del John Kennedy, en Valdivia.

Algunos de los hospitales que lograron construir, Putaendo y Hualañé, son definitivos –dijo- y se representan como reparaciones mayores la torre del Gran Benavente, el Philippe Pinel y la torre del de Chillán, pero son reposiciones y normalizaciones.

Los hospitales de Curanilahue, el pensionado de Talca y el de Curepto son refundaciones, acotó.

De las enseñanzas que pudieron adoptar, luego de haber trabajado en reconstrucción y haber conocido con algún grado de detalle la infraestructura de Obras Públicas, la infraestructura hospitalaria y de atención primaria a lo largo de las zonas afectadas por el terremoto, se puede definir y resumir lo siguiente: el terremoto del 27 de febrero desnudó la realidad del parque de estructura hospitalaria y de atención primaria antiguo, fuera de estándar y con tecnología obsoleta, precisó.

El terremoto –dijo- produjo daño estructural a los hospitales de Talca, Curicó, Parral, Cauquenes; daños mayores en los hospitales de Angol, San Carlos, Curanilahue, Cañete, Chillán y Félix Bulnes.

Del Ministerio de Hacienda obtuvieron el máximo presupuesto para inversión sectorial por año disponible, subiendo de 160 mil millones promedio a 300 mil millones, desde 2010. Fueron utilizados, en esa época, para enfocar el diseño, la ejecución y reposición de los hospitales que hubo que demoler, Talca y Curicó; parte de los hospitales de Parral, Cauquenes y Hualañé; la estructura central del Instituto Nacional del Cáncer, Putaendo, etcétera.

Agregó que se mantuvo la política de llevar a cabo los hospitales que estaban en mandato de concesiones, excluyendo a los siguientes: Barros Luco, Lucio Córdova, Exequiel González Cortés –construyendo solo este último por vía sectorial- y el hospital de Quilicura, que estaba en mandato de concesión. Se agregaron al plan de concesiones los hospitales de Chillán, Linares -que tiene 55 años de antigüedad-, Curicó –en razón de los daños del terremoto- y la red quinta: Quillota, Petorca, Marga-Marga, a raíz de un análisis de insuficiencia en la red de la Quinta Región.

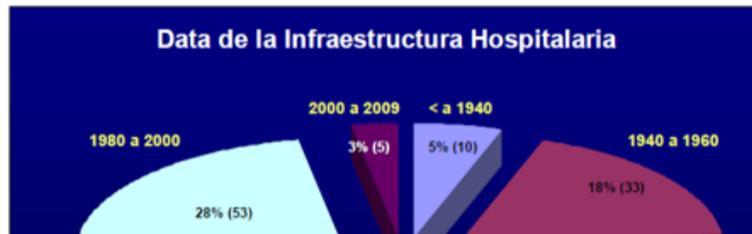
Recordó asimismo, que La Unidad de Concesiones es administrada por el MOP, mandatado por el Minsal, luego de estudios preinversionales en los que participa gente de los servicios e ingenieros, arquitectos y clínicos de los servicios de salud, validado y corregido por el Ministerio de Desarrollo Social, reevaluado por Hacienda y la Dirección de Presupuestos y encargado a la Unidad de Concesiones del MOP, ese es el presupuesto que en 2010 les permitió trabajar la inversión sectorial durante los cuatro años; de un promedio de 140 mil millones pasaron a 290 mil millones de inversiones sectoriales para infraestructura hospitalaria y de atención primaria.

La gráfica muestra la edad cronológica de la infraestructura hospitalaria a 2009. Casi el 70% de la estructura hospitalaria tiene sobre 40 años de antigüedad, a pesar de que se han ido reponiendo progresivamente muchos de ellos. Todavía quedan hospitales muy antiguos que se encuentran absolutamente fuera de estándar, como El Salvador y otros.

A continuación, señaló, el gráfico muestra el programa de concesiones de infraestructura hospitalaria que recibió el anterior gobierno en 2010: el primero, en el gobierno del entonces Presidente Ricardo Lagos; el segundo, en el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, de los hospitales de Maipú, La Florida, El Salvador Geriátrico, Sótero del Río, Quilicura, Centro de Referencia de Salud Colina, y el Metropolitano Occidente.

Añadió que en el cuarto programa se agregaron los hospitales de

Desarrollo de Proyectos Hospitalarios al 2009:



Programas de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria:

Programa de Concesiones	Hospital	Gobierno
I Programa de Concesiones	Hospital del Salvador	Presidente Ricardo Lagos Escobar
	Instituto Nacional de Geriatria	
	Instituto Nacional del Tórax	
	Instituto de Neurocirujía	
	Hospital Barros Luco	
	Hospital Exequiel González	
	Hospital Luco Córdoba	
	Hospital de Maipú	
	Hospital Sótero del Río	
II Programa de Concesiones	Hospital de Maipú	Presidenta Michelle Bachelet Jeria
	Hospital de la Florida	
III Programa de Concesiones	Hospital del Salvador	Presidenta Michelle Bachelet Jeria
	Instituto Nacional de Geriatria	
	Hospital Sótero del Río	
	Hospital de Quilicura	
	Centro de Referencia de Salud de Colina	
IV Programa de Concesiones	Hospital Metropolitano Occidente	Presidente Sebastian Piñera Echeñique
	Hospital Regional de Antofagasta	
	Hospital de Marga-Marga	
	Hosp. Biprovincial Quillota-Petorca	
	Hospital Provincial de Curico	
Hospital Provincial de Linares		
Hospital Provincial de Chillán		

Antofagasta, Marga-Marga, Quillota, en función del terremoto, Curicó, Linares y Chillán. Aclaró que se ha dicho en varias oportunidades que estos son los proyectos que estaban en el Programa Concesión y que el Ministerio de Salud tenía mandatado al Ministerio de Obras Públicas para entrar a los estudios para construir hospitales concesionados; hay una serie de oficios respecto de ese tema.

Respecto de los hospitales de inversión sectorial, hay 28 terminados de 2010 a la fecha –al lado derecho de la siguiente presentación se encuentra la fecha de inauguración, el número de camas y el porcentaje de aumento de plazo-: Los Andes, Santa Cruz, Temuco, Tocopilla; los hospitales de construcción acelerada: Punta Arenas, Arica, las Higueras, Coquimbo, Hanga Roa, Corral, Osorno, Copiapó, Cañete –al lado derecho está también el porcentaje de aumento de plazo-, La Florida de Maipú, Los Ángeles, Puerto Montt, Traumatológico de Concepción y la torre del Hospital San Carlos, que ya está funcionando.

Comentó que si se analiza el porcentaje de aumento de plazo, todos esos hospitales estaban con un aumento significativo en el momento en que ellos los recibieron.

28 Hospitales Terminados					32
#	Nombre	Región	NE Camas	Fecha de Inauguración	% aumento de plazos
1	Los Andes	Valparaíso	214	jul-10	43%
2	Santa Cruz	O'Higgins	85	oct-10	22
3	Temuco	Araucanía	427	nov-10	25
4	Tocopilla	Antofagasta	40	abr-11	18
5	Chillán (CA)	Biobío	100	may-11	
6	Félix Bulnes (CA)	Metropolitana	-	jun-11	
7	San Antonio Putendo (CA)	Valparaíso	34	jun-11	
8	Talca Interno (CA)	Maule	95	jul-11	
9	Talca Externo (CA)	Maule	150	jul-11	
10	Cauquenes (CA)	Maule	85	jul-11	
11	Parral (CA)	Maule	86	jul-11	
12	Hualañé(CA)	Maule	13	ago-11	
13	Punta Arenas	Magallanes	328	oct-11	17
14	Curicó (CA)	Maule	200	oct-11	
15	Arica	Arica	277	oct-11	22
16	Las Higueras II etapa, Talcahuano	Biobío	474	nov-11	30
17	Coquimbo	Coquimbo	313	dic-11	54,3
18	Hanga Roa	Valparaíso	16	sep-12	39
19	Corral	Los Ríos	8	oct-12	6
20	Osorno	Los Lagos	362	feb-13	79(30 % de superficie)
21	Copiapó I	Atacama	201	jul-13	16
22	Cañete	Biobío	84	nov-13	75

Luego indicó que en la primera etapa, los 16 hospitales en ejecución son: Chaitén, Rancagua, Salamanca, Calama, Pitrufquén, Lautaro, Talca, Laja, el Huasco, Exequiel González, Copiapó, Puerto Aysén, Gustavo Fricke, Antofagasta, Penco Lirquén y Puente Alto.

Este año debiera iniciarse la construcción de 11 hospitales más: Philippe Pinel, Puerto Natales, Futaleufu, Puerto Williams, Villarrica, Chimbarongo, Porvenir, Lanco, Alto Hospicio, Ovalle y Carahue.

En diseño en ejecución para 2014, los hospitales en diseño avanzado son: la Florida, Melipilla y Ancud. Estaban provisionados los recursos para el diseño del Hospital de Quellón. Padre Las Casas está en diseño.

En preinversional, los hospitales de Lonquimay, Río Bueno, La Unión, Constitución, Illapel, Casablanca y Collipulli. Para Illapel tenemos el terreno que ha estado en concesión por más de 40 años.

Obras en reconstrucción: la torre Gran Benavente, de Concepción; la Herminda Martín de Chillán, que deben estar a punto de terminar; San Carlos, que ya se rehabilitó con 90 camas; Curanilahue, donde se está refundando el edificio de servicio y parte del central debido a que se asentó cinco centímetros y se inclinó debido a un problema de mecánica y de arenas de suelo, y el San Borja Arriarán que también se encuentra terminado, acotó.

Otras obras que se encuentran en ejecución, mencionó: el nuevo módulo de urgencia del Barros Luco, de 1.500 metros cuadrados; la reposición eléctrica y climatización del San Borja, la nueva Unidad Oncológica del Roberto del Río, de 1.200 metros cuadrados; la normalización y equipamiento del pabellón del Hospital del Salvador y la normalización de la Unidad de Críticos del Calvo Mackenna.

Las enseñanzas prácticas que tuvieron de esa cartera de inversiones fue, en primer lugar, que gran parte de los hospitales en obra en agosto de 2010 – reiteró que tomó la Subsecretaría en julio de 2010- estaban atrasadas: Arica, Copiapó, Coquimbo, Osorno, Rancagua, Puerto Montt, Cañete y Santa Cruz, algunos con severos litigios legales, como el caso de Arica, hasta hoy. Otros presentan variados problemas con empresas: Arica, Los Ángeles, Copiapó, Coquimbo y CDT de Concepción. Centros de Salud familiares atrasados y otros abandonados por quiebras de empresas: Tirúa y Los Álamos, con embargo de garantía y aumento de plazo de 200 días cada uno; otros con severos problemas estructurales y el Cesfam Calbuco con más de un metro y medio de agua que hubo que refundar.

Reiteró que el terremoto desnudó situaciones en las regiones pero, además, permitió revisar estándares, diseño y monitoreo realizados por Contraloría, concluyendo lo siguiente: en Rancagua, el diseño es ajustado a la ejecución, con más de 1.500 observaciones y notas de cambio entre otros, en el Consejo de Defensa del Estado y en la Fiscalía; en Maipú, La Florida, el diseño es ajustado entre la calidad y cantidad de la oferta, Unidad de Intensivos inexistentes –enfaticó ese punto, el Hospital de Maipú no tenía camas de cuidados intensivos. Haber inaugurado un hospital sin camas de cuidados intensivos hoy, año 2014, habría sido el escándalo del siglo, porque es la calidad de la cama que necesita la Región Metropolitana. Estaba sin presupuesto la tecnología, los software, los computadores; había equipamiento licitado por servicio en forma bilateral en Maipú y La Florida por servicios distintos.

El Hospital de Calama, diseño inadecuado, adjudicación apresurada; actualmente en el Consejo de Defensa del Estado, afirmó.

Respecto del Hospital de Arica, retrasado y con impugnación a la justicia, el Consejo de Defensa del Estado, defendiendo una demanda de la empresa en contra del Servicio, acotó.

En los hospitales de Coquimbo y Copiapó, normalización e infraestructura, con hospitales funcionando que impactó los plazos y las obras asociadas; en Puerto Montt, diseño desajustado a la ejecución; Hanga Roa, bases y licitaciones con especificaciones técnicas hiperdefinidas, lo mismo en otras obras; en Curepto, el terreno se asentó por problemas de aguas subterráneas, reparado con más de un millón de dólares, mecánica inadecuada; en Talca, el pensionado con más de dos metros de agua con estructura nueva, se debió refundar y reparar completamente, mecánica inadecuada; en la provincia de Arauco, en Curanilahue, asentamiento de torre y de edificio por paso de canal e hidratación de arena y mecánica inadecuada en reparación, mejoría y refundación, en Contraloría y en el Consejo de Defensa del Estado; en Cañete, asentamiento del block C, por mala mecánica de suelo, informe de Contraloría de 2009-2010 arena de mala calidad, en Consejo de Defensa del Estado y la Fiscalía, precisó.

Además, bases con especificaciones técnicas direccionadas, que no permitían equivalentes técnicos; bases de licitación de elementos de construcción

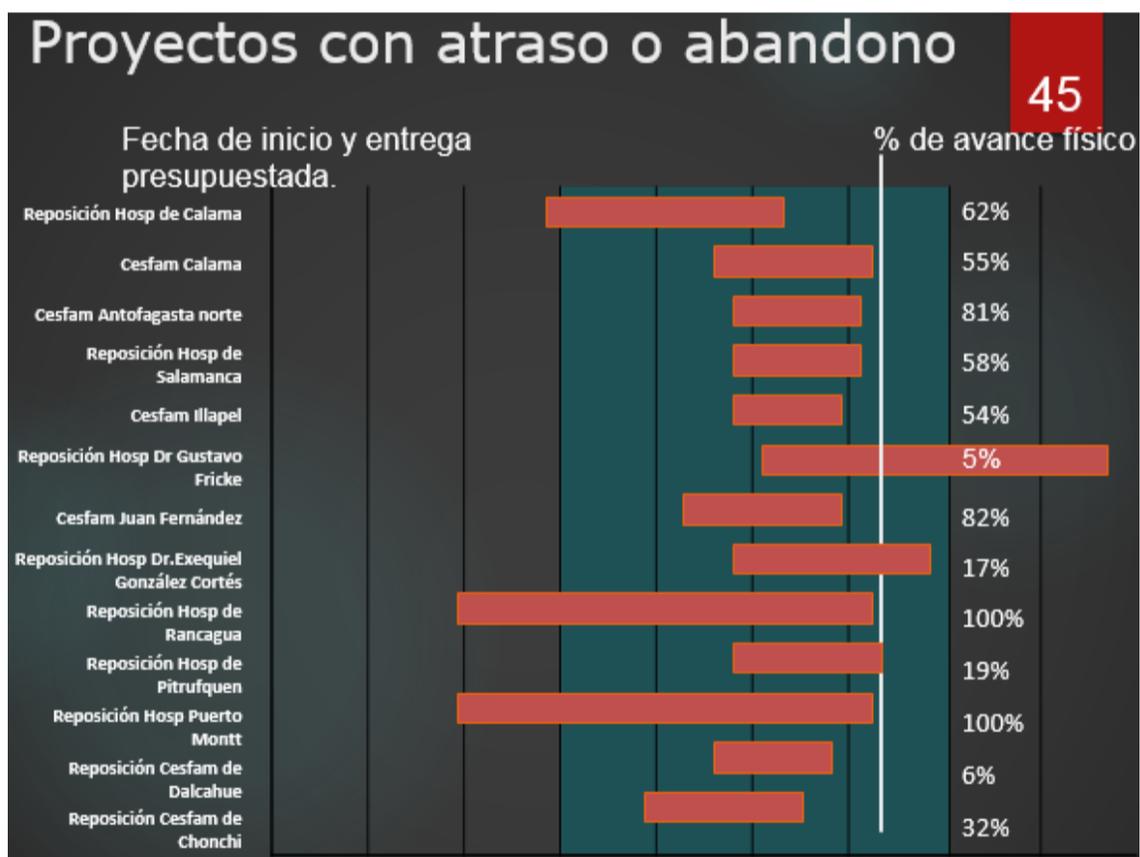
que definían que una ventana debía ser de cuatro por cuatro, de tres milímetros y marco de aluminio español. Finalmente, era una sola empresa la única que podía proveer esos elementos tecnológicos.

En total –dijo- más de 15 estructuras dañadas, atrasadas, diseños ajustados, en litigio y/o abandonadas. Toda esa información fue traspasada por Contraloría a los servicios correspondientes en 2009-2010, con sus respectivos informes.

¿Qué acciones se tomaron? Mencionó que trabajaron bases de licitación estandarizadas en 2012. Estas bases no contemplan mayores gastos generales.

Además, se trabajó en concordancia con la división de Infraestructura de la Contraloría General de la República. Pusieron en marcha la unidad de monitoreo de obras y se coordinaron con las unidades de control externo de la división de infraestructura de la Contraloría para proveer de información y monitorización permanente respecto de cómo iban estas obras.

Luego indicó que en la lámina que se ilustra más abajo se puede observar los días proyectados y los días reales. Dijo que existe un error respecto del Hospital de Salamanca y el Cesfam Antofagasta Norte.



Luego se refirió a otros hospitales. Así el hospital de Pitruftquén, en términos globales, en avance global, aproximadamente, tenía un 20%, con 43% en avance de obra. Es un hospital de mediana complejidad, que estaba siendo construido por una empresa mixta, chileno-española, que tenía retrasos y aumentos de plazos, lo que era manejado por el Servicio de Salud en su momento.

Señaló tener entendido que se ha puesto término al contrato y también ha habido una situación muy particular en la ciudad de Pitrufquén respecto de la construcción de ese hospital.

El segundo hospital que quiere abordar, dijo, es el HUAP, la segunda etapa del edificio Monseñor Valech. Ese edificio fue un aporte de monseñor a la asistencia pública con un monto de dinero, con el objetivo de tratar enfermos graves. Mencionó que Monseñor Valech fue su paciente hasta su muerte. Él quería donar una unidad para atender enfermos graves en la asistencia pública y, a través de la Fundación, donó aproximadamente siete mil millones para armar y entregar un edificio de varios miles de metros cuadrados, donde se asegurara una atención rápida y expedita a todas las urgencias metropolitanas, específicamente en aquellos momentos en que había un déficit muy importante de camas críticas en el país. El proyecto se mejoró y se aprovechó de estandarizar el helipuerto, que ya se instaló. La donación de monseñor se consolidó a través de la generación del edificio de aproximadamente 20 mil metros cuadrados en obra gruesa, que se entregó, consolidó y fue recepcionado, dijo.

Relató que cuando se comenzó a estudiar dicho edificio y a trabajar con la Fundación Los Héroes, que representaba a monseñor, pidieron un permiso de edificación a la Dirección de Obras Municipales de la Municipalidad de Santiago. Se dieron cuenta con el señor Miguel Saavedra, director de obras, que ese edificio adolecía de recepción municipal. Tuvieron que, junto con él, armar un plan de recuperación del área eléctrica, del área de gases y de seguridad de incendios para que se les otorgara el permiso de edificación. Incluso, pidió al subsecretario de la época un compromiso de que iban a estar los recursos para hacer esa puesta al día en la asistencia pública.

Deja a disposición de la Comisión una carpeta con toda la documentación de cartas y oficios. Además esta carpeta contiene el contrato de donación entre la Fundación Los Cedros al Servicio de Salud, firmado el 14 de enero de este año. Donación aceptada por el Ministerio de Hacienda y, en este momento, en etapa de aceptación por la Contraloría. Luego, el Ministerio de Desarrollo Social otorga el RS, reevaluación final al proyecto, el 14 de enero de ese año, al HUAP del edificio Monseñor Valech, segunda etapa, con un presupuesto total de 16 mil millones. La licitación pública estuvo lista en enero de 2014. El oficio N° 275, de fecha 24 de enero, que consta con solicitud del decreto dirigido a la directora de presupuesto, de parte del subsecretario de redes subrogante, doctor Betanzo. La solicitud de decreto y la identificación presupuestaria con el oficio N° 778, del subsecretario de redes a la directora de presupuestos con identificación presupuestaria de iniciativa de inversión para gastos de capital por siete mil ochenta millones, en el Servicio de Salud Central para el proyecto Torre Valech de este año, 2014, y el resto en 2015.

Se ha dicho que este edificio no tenía identificación presupuestaria, que no tenía los recursos. Sin embargo, señaló, en la carpeta que dejó a la Comisión está el oficio con la identificación adecuada, el contrato de donación en regla, la licitación y la adjudicación recomendada, la identificación presupuestaria realizada y programada y el visto bueno por Mideso, Ministerio de Desarrollo Social conforme.

Afirmó que el HUAP también lo han regularizado ante la Dirección de Obras Municipales de la Municipalidad de Santiago.

¿Qué pasa con Rancagua? Expresó que dicho caso está en el Consejo de Defensa del Estado y corresponde a un contrato de diciembre de 2009, y debió haber sido entregado hace un tiempo. El contrato terminó el 16 de junio de este año y actualmente está en recepción de obra y en espera de recepción municipal. El diseño es de 2007 a 2009. Se empezó a ejecutar los primeros días de enero del 2010. Hubo que hacer modificaciones al diseño. Mencionó que en la carpeta adjuntada están todos los informes de Contraloría del 2009, que reiteran, en forma transversal, el desajuste que hay entre los diseños y los niveles de ejecución.

Agregó que las modificaciones que se hicieron fueron en climatización, la cual no estaba sectorizada. Además, había colectores de aguas servidas bajo la cota del colector público; había acceso peatonal y vehicular que no consideró el cauce de un canal; había insuficientes renovadores de aire para pabellones. El tamaño del casino era inadecuado para el volumen y número de funcionarios, por lo que hubo que hacer otro proyecto; sin recinto para un segundo scanner. Considera que en un hospital regional, es estándar contar con dos scanner. Es más, todos los hospitales grandes debieran tener dos scanner ante a la eventualidad de que uno se eche a perder y el otro siga funcionando. Además, se subsanan con un proyecto ad hoc las normas básicas que estaban ausentes en el diseño original. No hubo una mirada de la autoridad sanitaria para colocar en cada una de las estructuras que ahí se estaban construyendo elementos sanitarios acordes con la situación actual.

Señaló que ha puesto aquí más de 1.500 modificaciones en notas de cambio, pero sabe que son casi 2.000 notas de cambio que ha habido que arreglar en este diseño en el curso de los años.

Afirmó que Rancagua ha tenido desde su inicio informes de Contraloría y seguimiento de ellos de la División de Infraestructura. Ha tenido auditorías, sumarios por coordinación y descoordinación. De hecho, ha habido cargos contra funcionarios en 2010, 2011 y 2012, recientemente, a principios de año. Hubo cargos contra diez funcionarios, que han presentado sus descargos reiteradamente y en forma muy sustantiva. Ha habido estudios independientes del Dictuc y de calculistas, porque en un momento dado se llegó a decir que la estructura tenía fallas estructurales que colocaban en riesgo el edificio y el hospital.

Comentó también que ha habido varias multas; del HITO 1, impugnadas por la empresa ante el Servicio de Salud y ante la Corte de Apelaciones, fallada hace unos días a favor del Servicio de Salud.

Luego se refirió en particular al cargo dirigido al director del Servicio de Salud saliente, señor Cristián Gabella, con relación a no haber adoptado las medidas de control jerárquico o inherente a su cargo, en el consorcio Hospital de Rancagua, por no haber contratado o cobrado las consiguientes multas, las cuales no aparecen informadas ni sancionadas en el sumario que Contraloría Regional llevó a cabo. Sin perjuicio de lo anterior, y con el objeto de dejar establecido que el director sí tomó las medidas necesarias, del momento en que tomó conocimiento que no se habían realizado los descuentos con multas cursadas al consorcio. Sostuvo que se tomaron las siguientes medidas: se cambió al jefe de recursos físicos, quedando en su lugar la señora Silvia Reyes; se destinó al abogado Jorge López, para que se dedicara *full time* al hospital y ya se había retirado y sacado al ITO de la época, que tenía mucha relación con la no cobranza de multas de algunos elementos ya señalados, indicó.

Señaló también que las multas comienzan en 2010, en el Libro de Obras; son aproximadamente 46 mil unidades de fomento. La más importante es del ítem 1, multa anotada en el folio 739 del Libro de Obras, con fecha 22 de septiembre de 2010, donde se establece por resolución exenta N° 400 por incumplimiento del ítem 1, cuyo monto es de 34 mil UF, 17 días de atraso. Se notificó el 1 de febrero de 2013, se encuentra judicializada y su cobro suspendido hasta que la Corte falla a favor del Servicio de Salud.

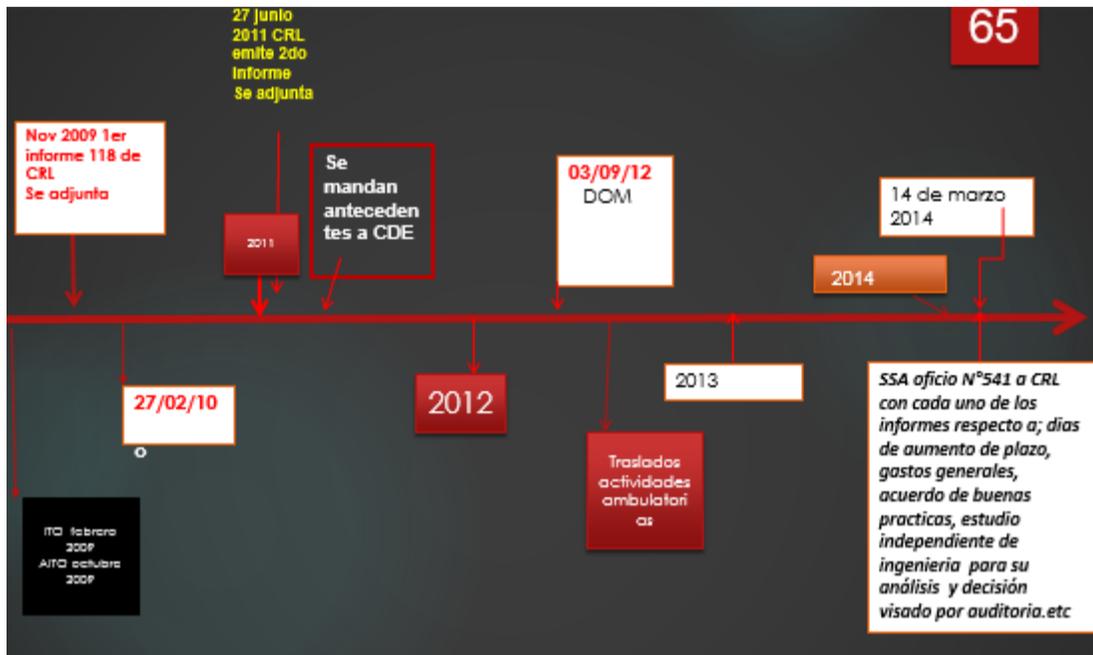
No se consideró que, de acuerdo con el oficio N° 353 de Contraloría, para dar terminado el ITO 1 se deben considerar los radier. Había un problema entre las bases de licitación y el contrato y la interpretación dada por Contraloría; Contraloría General decía que debían incorporarse los radier y Contraloría regional decía que no. Se tomó este elemento y se cobró la multa, aclaró.

En relación al decreto 198, de tecnología e información, se ha dicho que no tenía presupuesto. Los decretos 198, 191, con respecto al Hospital de Rancagua, tienen los elementos presupuestarios en equipo y equipamiento para 2014, dijo. Sin embargo, la tecnología, información, *software*, computadores -que son gastos del subtítulo 22-, nunca tuvo presupuesto en el hospital porque nunca fue programado, como tampoco el presupuesto en el hospital de Maipú ni el de La Florida, y hubo que añadirle presupuesto adicional para que licitara un hospital sin papeles; lo mismo pasaba en Rancagua. Nunca fue programado como gasto en el diseño del hospital. Se incorporó recién en 2012 para su estudio y análisis, explicó.

Añadió que hubo una impugnación de Contraloría Regional porque estimó que informática era un activo fijo, cuando la gran mayoría de los contadores e ingenieros estimaban que era una provisión de servicios; que no iba por gasto subtítulo 29, tampoco es un gasto capital en el subtítulo 31, es meramente un subtítulo 22, tal como se hizo en el hospital de Maipú y La Florida.

Luego trató sobre el hospital de Salamanca, señalando que está en ejecución, construido por un consorcio de hospitales de empresas chilenas y españolas, con severo flujo de caja. Fue terminado el contrato porque llevaba un aumento de plazo considerable. Sin embargo, la empresa recurrió e impugnó el cobro de garantía a la Corte de Apelaciones. Dijo tener entendido que la liquidación de contrato no se ajusta a la ley y la Corte de Apelaciones ha devuelto el contrato a la empresa y el Servicio tendrá que tomar la decisión de si continúa con la empresa, cambia o licita nuevamente.

¿Qué pasa con Cañete? En la carta Gantt (imagen adjunta más abajo) se muestra de 2009 a 2014. Señaló que el contrato empezó en 2009. La construcción, en febrero de 2009. El inspector técnico de obras, ITO, fue incorporado en esa fecha. No obstante, el ITO asesor recién se pudo contratar en octubre, hay un *delay* de varios meses. En noviembre de 2009 aparece el informe N° 118 de Contraloría (que dejó en la Comisión), que menciona dos elementos.



El primero transmite al Servicio que en los estudios y las fiscalizaciones de las arenas y la mecánica de los bloques del hospital de Cañete había un problema, específicamente en dos de ellos, y solicita al Servicio que se tomen todos los recaudos posibles para subsanar esos elementos que Contraloría había fiscalizado.

El segundo aspecto es que el Servicio se abstenga de colocar en los contratos elementos operacionales para el Servicio de Salud: camionetas, *software*, computadores y oficinas, a cargo del contrato de construcción de las obras civiles, porque eso escapaba al grado de inversión de elementos de capital activo fijo.

Comentó que en 2011, Contraloría emitió un nuevo informe que vuelve a repetir esos elementos. Mandó un oficio a la directora para que pusiera al día los sumarios y presentara los antecedentes al Consejo de Defensa del Estado. Adjuntó el informe 118, una minuta a 8 de septiembre de 2011, una solicitud de recurso interpuesta por el Servicio, el estudio de suelo hecho por Alfonso Larraín, el estudio hecho por los ingenieros consultores y especialistas, una respuesta del 18 de julio de 2013 a Contraloría, un oficio del alcalde a la señora directora de la época en relación con la aplicación del artículo 257, referente a la reposición con pertinencia, dada por el director de obra municipales; los certificados de recepción definitiva y otros elementos.

Como segundo aspecto de Cañete, relató que en 2012, hubo al menos cuatro estudios en la zona: uno pedido por la empresa, otro estudio de arena hecho por la Universidad de Concepción, un tercero por Idiem y un cuarto por los calculistas Alfonso Larraín y Mario Rus, especialistas en mecánica de suelos.

Finalmente –dijo- había posiciones originales más cercanas a 2010 –posterremoto-, que decían que todo el hospital estaba asentado, tenía daño estructural y prácticamente había que demolerlo por dificultades en las arenas que estaban licuefactas, porque, entre otras cosas, no había habido proyecto adecuado de drenaje de aguas. Entonces, la arena que pusieron, de mala calidad y no monitorizada por el ITO de la época, permitió una licuefacción y un

movimiento de asentamiento. También existían otras posiciones que hablaban sobre un cambio en el eje de la tierra, que el asentamiento existía, que era menor; aconsejaban hacer un estudio *block por block* por un ente independiente, a través del Ministerio de Obras Públicas, que permitiera conocer qué había que refundar y de qué manera hacer la refundación. Todos esos aspectos se hicieron, afirmó. Hubo un acuerdo de buenas prácticas que le solicitó la directora de la época para complementar y ayudar en la solución definitiva que fue revisada por Contraloría. Finalmente, se llevó a cabo el estudio y se refundó solamente el bloque C, más alto, y se pidió recepción de los bloques ambulatorios para trasladar la actividad ambulatoria del hospital antiguo al servicio nuevo, teniendo que reparar y refundar todos pisos y suelos del Block C. En julio de 2011 aparece un informe donde el Contralor hace mención a cada uno de estos aspectos y pide y vuelve a ratificar elementos sumamente importantes.

Añadió que el 9 de agosto de 2010, solicitó a la directora que tomara todos los elementos necesarios para desarrollar los estudios de diseño del programa de refundación. En marzo de 2011, solicitó a la directora la instrucción de un sumario a fin de investigar si se siguieron las normas, procesos y procedimientos por los calculistas y determinar la existencia de eventuales responsabilidades en la tramitación de la resolución exenta N° 343, de 5 de febrero de 2009, que aprobó el contrato de construcción del hospital en estudio y resolución afecta, de 22 de febrero de 2011, que aprobó un aumento de plazo de 274 días y autorizó el pago de 745 millones.

Aclaró que eso lo pidió él, porque en forma muy abrupta, en dos veces que se intentó mandar antecedentes a la Contraloría, esta no recibió lo que constaba en estos antecedentes y llamaba la atención que al Hospital de Cañete se le prorrogara por 45 días, posterremoto, vale decir, por efecto del terremoto, teniendo vecinos, como el Cesfam de Tirúa y de Los Álamos, en donde aparte de cobrar un seguro a favor de la empresa, a cada uno de ellos se le dieron 50 días y 100 días más a esas construcciones que, en términos de miles de metros cuadrados, cada uno de ellos tenía 1.500, en circunstancias que el Hospital de Cañete tenía más de 25 mil metros cuadrados. Entonces pidió, y se ratificó hacer las investigaciones pertinentes y que, de ser necesario, se presentaran al Consejo de Defensa del Estado algunos de esos aspectos. Como eso no sucedió y fue a la Contraloría, finalmente se acordó con Contraloría contratar, a través del Servicio, a un ingeniero independiente que estudiara todas las vías, todos los elementos y pusiera a disposición de Contraloría las que requerían de aumento de plazo y si debían o no llevar gastos generales. Ese oficio se emitió el 14 de marzo de ese año y en él el ingeniero dijo que correspondían solo 140 días corridos, sin gastos generales. Mencionó, el invitado, que en ningún momento se pagaron gastos generales y que el contrato nunca ha estado cerrado, de manera que si Contraloría Regional, al analizar los elementos, estima conveniente que no son 140, sino 200 o 100 las multas, habrá que corregirlas y solicitarlas en forma adecuada.

En relación a otro tema, indicó, además, que en sesiones anteriores –en la Comisión–, se ha dicho que concurría un extraño a complementar a la dirección del Servicio. Se pregunta, ¿qué tan extraño es el subsecretario de Salud que iba a complementar, a ayudar, a asesorar y a aconsejar a un director de servicio? ¿No lo hace el presidente de la comisión a ayudar a terminar un conflicto en el Hospital Salvador, más que subsecretario de Salud que ayuda en una dirección de servicio donde hay un hospital emblemático e importante? El acuerdo de buenas prácticas fue revisado por Contraloría; hizo tres observaciones

menores y -repitió - la institución que la Directora dirige consta en el orden financiero, presupuestario y patrimonial con la facultad de transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones contractuales y extracontractuales, como las que tiene el Servicio de Salud, de manera que en ese aspecto tampoco le parece –al invitado- que haya una actitud extraña, como escuchó y se ha querido demostrar aquí (en la Comisión).

Señaló que en el análisis efectuado por la Subsecretaría de Redes hubo una diferencia con el inspector técnico de la obra en su momento. Los ingenieros de la Subsecretaría, al visitar las obras, estimaban que 40 días no se condicen con el aumento de plazo que hubo que dar a la empresa respecto de lo que los mismos funcionarios de la época le dieron al Cesfam de Tirúa y Los Álamos: 200 días a cada uno, en circunstancias que al hospital le dieron solo 45 días. Ahí hubo un problema y una diferencia de opiniones técnicas que solucionar.

Finalmente, a ese respecto, recordó que el 14 de marzo se presentó cada uno de los elementos; los puso en los oficios y en la revisión (que dejó en la Comisión). Además, respecto del Hospital de Cañete, dijo que el 2 de julio elevó una solicitud al Consejo de Defensa del Estado para que remitieran todos los antecedentes que había solicitado en 2011, donde se había pedido, a través de Contraloría, que se hiciera un sumario a aquellos funcionarios que tenían responsabilidad en la estructura: los inspectores técnicos de obra, el asesor, el AITO de la época, el subdirector de recursos financieros, y se estudiara si había o no responsabilidad en la no fiscalización o en la eventual omisión que ocasionó problemas con las arenas. ¿Qué se hizo? ¿Cómo se reparó? ¿Qué actitud tomaron? ¿Qué modificaciones hicieron? ¿Y qué conductas, a través del Libro de Obras, tomaron las autoridades de la época? Señaló que se ha llevado la sorpresa de que son las mismas que están hoy y son las que en un momento dado empezaron y determinaron esos aspectos.

Indicó que por ello, le ha pedido al Consejo de Defensa del Estado que haga un análisis y pida los sumarios encargados en la época; asimismo, el lunes 7 de julio puso una denuncia, en la Fiscalía de Concepción, y que sabe que la Fiscalía lo llevó a la Fiscalía de Lebu, donde se han adjuntado ambos, la del Servicio y esta, para que estudien todas las acciones, cada uno de los elementos, oficios, informes, cada uno de los contratos o elementos que son sumamente importantes para finiquitar, de una vez por todas, el tema y despejar todos aquellos elementos que han sido lanzados, creando un manto de dudas y descalificación de aquellos funcionarios que en un momento dado solo colaboraron en sacar adelante dicho hospital.

Respecto del hospital de Calama, recordó que el consorcio que lo empezó a construir fue Compsa Pilasi. El diseño también es de 2008 y 2009. Hubo selección y comité de adjudicación en febrero de 2010; el acto administrativo de la adjudicación se hizo en abril de 2010; el contrato no fue tomado razón inicialmente porque, a juicio de Contraloría Regional, el abogado que suscribía representaba no solo al Servicio, sino también al consorcio, y recordó, a través de la resolución del contrato, que los funcionarios públicos, por razones de probidad, solo pueden representar al servicio público; que hubo una base de licitación distinta del contrato y que las garantías que se depositaron fueron hechas por separado, ya sea por Compsa y por Pilasi. Este es el itinerario: se hizo la publicación el 30 de noviembre; se determinó la respuesta el 23 de diciembre; la fecha de acto de apertura técnica y económica fue el 14 de enero; la fecha de adjudicación fue el 15 de abril; el comité de adjudicación hizo la adjudicación propiamente tal en los

primeros días de marzo de 2010; el acto administrativo de adjudicación se llevó a cabo el 15 de abril de 2010 y la fecha de contrato fue una semana después. Agregó que hubo que terminar el contrato y liquidarlo. Dijo que se le puso fecha de notificación de término de la obra y de eso tomó razón Contraloría. Al momento de la notificación de término había un avance financiero con estado de pago al 29, con anticipo de proveedores de 34 mil millones, con un saldo de anticipo por devolver al estado de pago de 322 y con un saldo por ejecutar de contrato de 4.578, más las garantías, que son alrededor de 3 mil millones más. Es decir, tenía aproximadamente 9 mil 500 millones para terminar el contrato. A la fecha de notificación, el término de la obra tenía un avance físico de 75% y un avance financiero mayor. Tenía las garantías de fiel cumplimiento y aproximadamente 580 millones de garantías vencidas, que los abogados decidieron descontar en la liquidación del contrato.

Como consecuencia del término anticipado del contrato, la toma de razón de Contraloría se hizo en 2013. Comentó que se iniciaron sumarios por el Servicio de Salud y traspasados a la Contraloría Regional: aproximadamente 8 sumarios que, entre otras cosas, de común acuerdo con Contraloría, se iniciaron y se traspasaron de acuerdo a los informes de Contraloría de 2013. El CDE hizo un análisis a partir de 2013 y tomó la representación de todas las causas que recibió el Servicio al respecto, y se denunció ante la Fiscalía el estado de pago 14, porque hubo allí un aumento de pago que no se correlacionaba con el avance físico que decidió el Servicio con el complemento central de que se denunciara a la Fiscalía para analizar e investigar lo que pasó; se adujo el estado de pago 14, de diciembre de 2012. Se pagó para aumentar la ejecución presupuestaria, lo que se encuentra en estudio en la Fiscalía propiamente tal.

Añadió que este proyecto tuvo variadas modificaciones, la principal fue inicialmente el emplazamiento de terreno, la modificación del *shaff* y el complemento ducto barra. Entremedio, en 2013, quebró Comsa, que afectó no solo a ese hospital, sino también la participación en el Hospital de Rancagua, y ahí fundamentalmente hubo dificultades financieras de la empresa que consta, como fundamento, en la liquidación de contratos y que fue tomado razón por Contraloría.

Indicó además que en casi todos los hospitales se encontraron diseños totalmente desajustados a las realidades asistenciales: emplazamientos de terreno inadecuados, modificaciones de las cargas eléctricas y energéticas necesarias para los hospitales, dificultades en la generación de proyectos de evacuación de aguas servidas, dificultades en la generación de energía limpia, etcétera. Esos hospitales, en general, tal como lo señalan los informes y preinformes de Contraloría, adolecen de severos problemas de diseños.

En cuanto al hospital de Puerto Montt, hizo presente que la fecha de inicio de la obra era diciembre de 2009, y la de entrega era febrero de 2014. Está terminando en el 100%; Besalco es su empresa constructora. Se publicó esto en esta fecha; es un contrato adjudicado por 69 millones 312 mil 953 pesos, con un plazo original de 950 días y que ha tenido un aumento de plazo significativo. Aquí (en la Comisión) se ha dicho que eso está fuera de rango y que, incluso, hay dificultades presupuestarias. Afirmó que el proyecto tuvo profundas modificaciones, porque su diseño adolecía, tal como lo señaló la Contraloría, de profundas alteraciones: la baja potencia eléctrica fue lo más caro, y hubo que dar un aumento de plazo por 113 días, porque se contrató un diseño de ampliación de energía eléctrica que se encuentra 100% ejecutado; contaba con un solo equipo electrógeno, con un empalme, absolutamente insuficiente para estos casi 100 mil

metros cuadrados de construcción. Si hubiese seguido con el mismo diseño, la mitad del hospital no podría haber funcionado. Por su parte, dentro del terreno circula un canal de agua lluvia, cuyo embovedamiento no se consideraba en el proyecto, por lo que hubo que diseñar y modificar el proyecto. El proyecto tampoco contemplaba ductos para evacuación de aguas servidas del hospital: su ejecución contempló 530 metros de longitud bajo la vía pública para conectar la evacuación de aguas servidas del hospital al emisario central de la ciudad de Puerto Montt. Esto demoró 110 días más, apuntó. Además, el terremoto del 27 de febrero de 2010 afectó el abastecimiento del acero de construcción, y se le otorgaron 37 días.

Por otro lado, señaló que al momento de la licitación se subieron versiones distintas de planos de arquitectura con los planos de especialidades, provocando una descoordinación general en la entrega de información a la empresa constructora, lo que tuvo que ser corregido en los meses posteriores a su licitación y en plena faena de ejecución, afectando directamente los plazos. A esto se le dio 149 días adicionales. Además, hubo que modificar una serie de otros elementos y hacer todos los proyectos de las calles, como la pavimentación, junto con el Ministerio de la Vivienda y los proyectos de señalética del Hospital de Puerto Montt. Hubo que dar presupuesto adicional.



En esa imagen se puede observar el colector y la evacuación de aguas servidas del hospital. Comentó que en Puerto Montt hay un informe de Contraloría, de 20 enero de 2011, que en su acápite final dice “En mérito de lo anterior, si el servicio de Reloncaví se encuentra efectuando las gestiones y acciones para la corrección definitiva de la deficiencia de diseño, detalladas en los numerales 2 al 9 de las presentes conclusiones, corresponde que las autoridades del Servicio ordenen la instrucción de un sumario de responsabilidad administrativa de los funcionarios”. Estas son las razones fundamentales, porque los Hospitales de Puerto Montt y de Cañete fueron reanimados en forma progresiva y continua.

Luego, el invitado abordó dos temas, a su juicio, relevantes. El primero, constatar que al inicio de los 4 años del Gobierno anterior del señor Piñera, y una vez asumido como Subsecretario, se vieron enfrentados a dos terremotos: uno, producido por el sismo del 27 de febrero y sus secuelas, como ya

lo han visto; y otro, que al repasar las obras y estructuras visualizaron con evidente nitidez la potente serie de informes de la Contraloría que, a fines de 2009 e inicios de 2010, daban cuenta de hechos prácticamente similares y en forma transversal en toda la zona siniestrada y en el resto del país que apuntaban, reiteradamente, a la existencia de desajustes entre el diseño y la ejecución de obras. Por consiguiente, recalcó, no solo fue necesario reparar mucha estructura, instalar 9 hospitales de construcción acelerada, sino que hubo que trabajar para poner en marcha aquellos Cesfam abandonados y especialmente estructuras hospitalarias que por deficiencias en su diseño significaron atrasos, gastos generales, aumentos de plazos asociados a bases de licitación heterogéneas, no estandarizadas, interpretaciones y contratos diferentes, etcétera. Dijo que recibieron una mala herencia y la ajustaron sin estrategias comunicacionales ni políticas. Se dedicaron a trabajar para resolver lo que los chilenos les pedían: levantar y corregir aquello posible de hacer, y rápido.

El segundo tema que consideró importante resaltar, y reiterar, dice relación con la presentación de una denuncia ante la Fiscalía Regional de Concepción, que ha sido llevada a Lebu, así como ha presentado un inserto en el Consejo de Defensa del Estado colocando a su disposición todos los elementos que digan relación para que el Consejo y sus recursos jurídicos puedan estudiar la administración de los contratos y aquellos eventuales elementos que podrían ser considerados "ilícitos".

Señaló que el Ministro y él visitaron el país en numerosas oportunidades, como les pidió el Presidente Piñera: de estar en terreno con las personas, y fueron protagonistas de la labor desplegada en todo el territorio nacional.

El acuñar el concepto de *modus operandi* respecto a asesorías, consejos, ayudas jurídicas administrativas, gestión presupuestaria, *mails* exhibidos en esta Comisión, son parte de las obligaciones del organismo rector del Ministerio de Salud. Son parte medular operacional de ella y denotan preocupación permanente del Minsal y de sus profesionales. Para eso es necesario conocer, a su juicio, a los interlocutores, las obras y las realidades regionales, así como las cualificaciones profesionales y su historia.

Afirmó que el concepto vertido en la Comisión, en varias oportunidades, sobre una ilegítima intervención, es repudiado con fuerza por él y por sus colaboradores profesionales que en estos momentos ven esta sesión por el canal interno y que en silencio han visto cómo crece, en pos de la verdad y de la buena gestión, desinformación progresiva, información parcial, investigaciones sumarias, distorsión constante de las posiciones ajenas, para así crear artificialmente ambientes de irregularidades en torno a esas obras.

A la pregunta: ¿cuál fue su rol en las tratativas para disminuir o rebajar las multas, el cual está judicializado, y que fueron realizadas con funcionarios de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, explicó que la unidad de seguimiento dependía -no sabe si actualmente- de la División de Inversiones. Ellos tienen, tal como sucede en los Servicios de Salud, elementos e ingenieros que son jefes de proyectos, que trabajan en conjunto con la Dirección del Servicio, para mirar la evolución de la gestión presupuestaria de los activos fijos y para revisar las notas de cambio solicitadas en los reclamos y las referencias de información. No hay instrucción alguna para que ningún profesional de la Subsecretaría pueda involucrarse, distorsionar, incrementar o rebajar multa alguna. Las multas aplicadas valen estrictamente a lo que establecen las bases y

el contrato, y si entre las bases y el contrato hay diferencias, como sucede en este caso, se pide una resolución a Contraloría.

Recordó que, en este caso en particular, conversaron con la Contraloría General si correspondía aplicar la multa respecto al HITO 1, porque había diferencias entre una unidad y otra. Unos decían que no correspondía radier en el ITO 1, otros decían que sí correspondía. Finalmente se le pasaron 17 días, que corresponden a 34 mil o 35 mil UF, lo que se ajusta a contrato y a derecho. No hay instrucción al revés, la única instrucción es gerenciar, gestionar con los Servicios de Salud, y ayudarlos a la mejor gestión de los proyectos de construcción.

Consultado por el hospital de Cañete; sobre la variación al incentivo por cumplimiento; a su eventual interacción con representantes de la empresa constructora y al fin último de la firma del acuerdo de buenas prácticas, señaló que efectivamente cuando los hospitales tienen problemas aparece el señor Peter Ihl, el jefe de inversiones. Explicó que son los hospitales en los que hubo más desajustes de diseño y con más agonía que hubo que resucitar. Cañete es uno de ellos.

Aseveró que no defiende la corrupción, defiende la transparencia y la probidad. Peter Ihl no tiene posibilidad alguna, bajo ninguna circunstancia, como jefe de inversiones, de llegar a acuerdos de ninguna clase con empresas, con nadie.

Asimismo, expresó que a lo largo de casi cuatro años, se juntó con más de cinco mil personas, empresas nacionales, extranjeras, de construcción, gremios, etcétera. Es evidente que en aquellos lugares en los que hay edificios y obras de activos fijos de construcción e inversión pública fueron muchas veces a visitarlos. Allí tenían reuniones de coordinación y conocimiento con las autoridades locales y, también, muchas veces, necesidad de conocer en detalle con la autoridad de los servicios de salud, lo que estaba pasando con alguna de esas obras.

En el caso de Cañete, en junio o julio, hubo un paro de los funcionarios y, finalmente, pidieron a la directora que les fuera a informar lo que estaba ocurriendo porque había sido cerrada a nivel sanitario por dificultades de seguridad de la atención.

Afirmó que no es infrecuente que él aconseje asesores. Dijo que le ampara el decreto ley N° 1. Tal como se hace hoy, y cree que es bueno, es muy importante que haya un seguimiento de la gestión presupuestaria y de los activos fijos, como se hace para las notas de cambio y los aumentos de obra, los aumentos de plazo, todo aquello aprobado por las regiones debe venir a estudio y análisis a Santiago. Eso es por reglamento y por ley.

Sobre el acuerdo de buenas prácticas dijo que si bien no está en las bases y no está en el contrato, fue sometido a control de legalidad y lo ha entregado en el documento visto por el señor contralor y la señora contralora regional, ratificado por el señor Contralor General de la República, en el que concurre como un elemento que asesora, ayuda, complementa para llegar a un mejor acuerdo en lo relacionado con las refundaciones, en la cronología y en el programa de manejo del hospital.

Agregó que hay un informe de seguimiento hecho por la Contraloría General de la República a instancias del diputado Monsalve y el suscrito, en el que se le pasa toda la información.

Por lo demás, dijo, se produjo una diferencia técnica entre lo que el ITO, el jefe de inversiones del sector y los ingenieros de la subsecretaría querían, demostraban y visualizaban respecto del efecto del terremoto sobre el aumento de plazo.

Es llamativo que en estructuras que están a 15 kilómetros se den 200 días adicionales, y en esta otra, solo 40. Hay una ruta crítica, que también está puesta en el informe de marzo de 2014, que fue a Contraloría, realizado por un ingeniero independiente, que va a permitir, a su juicio, zanjar ese tema.

Finalmente, expresó que durante estos años se juntaron muchísimas veces con mucha gente para mejorar la gestión presupuestaria de los servicios, para fortalecer sus capacidades profesionales en ingeniería, en construcción civil, en abogados y soporte jurídico, que permitió sacar adelante de la mejor manera posible esos hospitales.

Respecto de concesiones, consultado por los incentivos o subsidios variables por ocupación, recordó que los hospitales de Maipú y La Florida tienen dos tipos de subsidios: operacional fijo y variable. El subsidio fijo se hizo con el 90%. Claro que es llamativo que se haga un subsidio con un índice de ocupación tan alto. Son hospitales nuevos. Maipú y La Florida no son parte de la red, no son reposiciones. Si el plan de apertura es progresivo, hoy, con una ocupación del 40%, se está pagando un subsidio de 80%. Es decir, se está pagando mucho más dinero de lo que se debiera pagar a nivel de subsidio fijo a la operación, porque se puso un umbral muy alto. En la medida en que el umbral se baja, se parte con el piso, con el subsidio fijo de operación, y el nivel de cumplimiento de servicio se hace al día cama ocupada, y cada vez que aumenta la ocupación, el valor disminuye en forma progresiva.

Si se compara -no es un elemento comparativo- entre los hospitales de Maipú y La Florida, con los mismos metros cuadrados, pero con diferentes servicios concesionados, versus el Hospital del Salvador y el hospital Félix Bulnes, se da cuenta de que el número de unidades de fomento pagadas por día cama ocupadas en servicios generales puede llegar a ser incluso menor que la sumatoria de Maipú y La Florida, precisó.

Consultado por el cuadro de flujo para el pago de inversiones; sobre la supervigilancia de la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre la ejecución de las obras de inversión; las razones que justificarían que la ejecución presupuestaria fuera mayor en relación a la ejecución de las obras y finalmente, si existe un acto administrativo que autorice al Subsecretario de Redes Asistenciales o a su equipo para actuar en representación de los servicios de salud, mandantes en las obras de inversión hospitalaria, expresó que respecto de la ejecución física versus ejecución financiera, normalmente el avance financiero es siempre mayor al físico, debido a que en el inicio de las obras, por contrato, se hace un anticipo variable de obra en obra. En las más importantes se hace al inicio de la obra un anticipo de 20 y hasta de 30%. En el caso de Antofagasta no lo recuerda, pero en general es el 20% del contrato original, es decir, se parte con avance físico cero y con un avance financiero de 2 mil, 3 mil o 4 mil millones de pesos. A la pregunta: ¿En qué período de la obra se normaliza eso? Indicó que se normaliza al final, con estado de pago. Eso es así.

Consultado el invitado, en relación a la situación del señor Marcelo Alvear, quien fue destituido en el gobierno pasado, recordó que él era el ITO de la obra hasta aproximadamente 2011. Él es quien hizo unas grabaciones –que fueron exhibidas en anteriores sesiones de la Comisión-, porque también participaba en las reuniones. Pregunta: ¿En el Ministerio de Salud? Respuesta: No. Dijo que nunca lo vio en el Ministerio de Salud. Solamente le tocó asistir a una reunión en obra en el Servicio de Salud respectivo. Lo conoció una vez, pero entiende que él grababa cada una de las reuniones. Agregó que el señor Alvear fue desvinculado del Servicio porque tenía una empresa relacionada que no estaba declarada en su patrimonio y que, efectivamente, no tenía movimiento hasta donde tiene conocimiento, pero –reiteró- no estaba declarada en su patrimonio, y a su juicio -y a juicio del director de la época-, era responsable del no pago y de no traspasar multas a la empresa en la primera etapa, hasta cuando él fue ITO.

Esa información consta en los descargos de todos los funcionarios a los que Contraloría les impugnó cargos, en el sentido de que la importancia que tiene este ITO en la no generación de cobro de multas, y también, por segundo vez, en la generación de grabaciones escondidas.

Añadió que respecto del ITO 1, fue sujeto de análisis y diferencias, porque no había claridad de hasta dónde debiera tomarse concluida la etapa del ITO 1. Esto finalmente terminó con una multa de 34 mil UF, que impugnó la empresa al servicio. El servicio rechazó esa impugnación y se judicializó, pero aún no ha pasado a la Corte Suprema. En el fallo se decretó que no ha lugar a la medida precautoria, prejudicial, dándole la razón al Servicio.

Respecto de la información general, mencionó que es evidente que han visto en casi todos los hospitales, problemas de diseño. Lo han conversado con el señor Contralor y con el director de la División de Infraestructura en su momento, es decir, la precariedad y los desajustes existentes en el diseño que explican todos estos elementos en cada uno de ellos.

Consultado por el tema de la tecnología de información y su presupuesto, reiteró que no se había proyectado –en los proyectos- presupuesto para tecnología de información, razón por la cual hubo que adicionarlo presupuesto hubo que adicionarlo en 2012, para licitarlo en 2013. Es evidente que un hospital de esta envergadura debe contar con ello, acotó. También tuvieron que subsanar ese aspecto y provisionarlo en el subtítulo 22, para llevar a cabo las contrataciones pertinentes.

5) Gremios de la salud.¹⁷

Presidenta de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (Fenpruss), señora Gabriela Farías.

Comenzó su intervención señalando que habían dos aspectos que les interesaba destacar.

En cuanto a las concesiones, dijo tener la creencia que hubo intención de apurarlas con el propósito de dejar los contratos de construcción de

¹⁷ El detalle in extenso de las intervenciones consta en las actas de las sesiones de la Comisión Investigadora N° 3, 4, 8, 9, 10, y 11, de 10 y 16 de junio; 8, 15 y 22 de julio, y 4 de agosto de 2014.

estos hospitales bajo esta modalidad, se acortaron los tiempos de estudios preinversionales, los tiempos de estudio de las ofertas y los tiempos para evaluar las ofertas técnicas y económicas.

En esa misma línea afirmó que el apuro en estos procesos no era bueno, ya que se trata de obras de gran envergadura, en las que la ingeniería de detalle de especialidades, especificaciones técnicas y determinación de precios requiere de tiempos de estudios razonables. Por ejemplo, tiene que ser un establecimiento diseñado para resistir un terremoto de una intensidad de 9,8 grados.

Explica que este apuro ocurrió con los hospitales de la Red Metropolitana y se intensificó con los de la Quinta Región y en los de la Red Sur, que se bajaron, en los cuales los tiempos de licitación y estudios se redujeron cada vez más para ajustar que la firma y el envío a toma de razón fuese antes del 10 marzo.

En el caso del Hospital Félix Bulnes, la apertura de las ofertas técnica y económica, y la calificación y adjudicación, se realizó en sólo seis días corridos. En el caso del Hospital del Salvador Geriátrico, fue en once días. Señaló que estos procesos normalmente demoran alrededor de seis meses. En estos casos fueron inferiores a tres.

También se refirió a la entrega de obras apresuradas, sin recepción provisoria terminada y apurando la recepción municipal, como el caso de los hospitales de Maipú y de La Florida, los cuales en sus bases contemplaban realizar los procesos de puesta en marcha, capacitaciones, marcha blanca, con pacientes ficticios, posterior a la recepción, cuestión que no se verificó y, por tanto, los sistemas fallaron o estaban incompletos en el momento en que se estaba atendiendo a los usuarios.

Aludió que estas acciones, según se informó profusamente en la prensa, habrían tenido propósitos electorales al apurar su inauguración antes de la segunda vuelta de la elección presidencial, pero tanto o más grave que ello es el hecho de favorecer a las empresas constructoras, ya que una vez inaugurado el establecimiento se da por recibido y no es posible aplicar las multas por retrasos y, por otro lado, la entrega de subsidios fijos a estas empresas, que no hubiesen podido percibir si la recepción se realiza en las condiciones estipuladas en las bases.

Dijo que se ha informado que estos hospitales están funcionando muy por debajo de su capacidad y reciben los pagos comprometidos.

En ese mismo sentido señaló que tienen información que en el Hospital El Carmen, de Maipú, de once pabellones están funcionando tres; están habilitadas sólo dos de tres alas de hospitalización de adultos; los pacientes llegan a la urgencia, pero no hay camas, y no tienen dónde ser derivados porque en los establecimientos de la red les dicen: ustedes tienen un hospital nuevo, por lo tanto, háganse cargo. Funciona a medias el Servicio de Neonatología. Esta semana debiesen terminar su habilitación Pediatría, UCI y UPC. La Maternidad no ha partido y en Psiquiatría y Diálisis prácticamente no están recibiendo pacientes. Uno de los servicios que está habilitado en un ciento por ciento es la Urgencia, pero los pacientes que recibe no tienen dónde ser derivados.

Añadió que este hospital tiene una dotación de 1.500 funcionarios, que aun no se ha completado. Su número de camas es inferior al 50% respecto de la que corresponde en régimen completo.

Denunció también trabas burocráticas en la resolución de problemas que son de competencia de la concesionaria. Explicó que todos los reclamos entran a un sistema denominado Centro de Atención al Usuario de la concesionaria, el que no prioriza entre los distintos requerimientos haciendo lento e ineficiente la resolución de problemas del día a día.

En el mismo sentido se refirió al retraso y fallas en la construcción de los establecimientos por la vía del financiamiento habitual. Dijo que hay un problema que va más allá de la concesión y tiene que ver con los retrasos en las construcciones por malas gestiones de quienes estuvieron a cargo en su momento.

En el Hospital de Rancagua hubo una falta de control técnico y no se cobró ninguna de las multas que estaban incorporadas. En el caso del Hospital de Puerto Montt, les faltarán 10 mil millones de pesos para terminar con el equipamiento, porque los fondos se habrían ocupado en gastos no autorizados.

El Servicio de Salud de Chiloé contrató a un supuesto especialista para realizar estudios de mecánica de suelos de varios proyectos, pero esta persona no era especialista; falsificó los informes de laboratorio. Finalmente, se le rescindió el contrato sin hacer los requerimientos de devolución de los pagos ni informe a la justicia.

En la Posta Central se construyó la Torre Valech, se agregaron estacionamientos, donde no debía haberlos. En estos momentos está la obra gruesa terminada, pero no hay fondos para terminar el establecimiento.

El Hospital de Cañete inició las obras el 5 de febrero de 2009 y debió haber terminado el 28 de octubre de 2010. El terremoto, del 27F, causó hundimientos diferenciales de casi seis centímetros, como máximo, en casi todos los edificios, que son siete. Se hizo un diagnóstico del edificio, arrojando que la empresa era responsable del desperfecto de la obra descubierto post terremoto. La empresa siguió con la obra y pidió un segundo aumento de plazo, de 274 días y, además, pidieron el pago de los gastos generales de 730 millones de pesos. Los ITO rechazaron el aumento de plazos, con responsabilidad del mandante, por no existir motivos, y la directora del Servicio del momento, la doctora Rebeco, despidió a los ITO. Contrató ITOs nuevos, que no tenían experiencia, y logró aprobar el aumento de plazo. Finalmente, el hospital fue inaugurado por el ex Presidente Piñera, el 22 de octubre de 2013, con 1.900 observaciones, que todavía están en pie.

Respecto del Hospital Gustavo Fricke dijo que el procedimiento de construcción se encuentra en sumario, en que se está revisando, entre otras cosas, la irregularidad en el pago de obras realizadas y gasto de dinero. También existirían profesionales vinculados a la empresa constructora OHL, los que estarían ejerciendo labores de ITO.

Agregó que el Hospital de Calama está parado y los funcionarios hacinados. El hospital existente está cada vez más colapsado, el sistema eléctrico no da abasto para sostener el equipamiento. El hacinamiento es insostenible.

El Hospital de Curanilahue fue afectado con asentamientos diferenciales, hundimientos en sus edificios por el terremoto del 27F. Se propuso la idea de demoler o reparar, pero el Ministerio de Salud, del gobierno anterior, se demoró tanto en tomar una decisión que finalmente los dineros se retiraron.

Concluye mencionando que la presentación de estos casos, que no son todos, muestra cómo se instauró una lógica de favorecer a los privados en desmedro de la salud pública, apurando recepciones y evitando cobrar multas a través de subterfugios administrativos.

Estas acciones tienen denominadores comunes. Primero, el desarme de los equipos profesionales e instalación de otros, sin la experiencia ni conocimientos de los procesos, y con prejuicios hacia la capacidad de personas con trayectoria en el servicio público. Segundo, la administración de los contratos con criterios del sector privado, negociando y/o flexibilizando las condiciones contractuales para beneficiar, por cierto, al privado. Tercero, mostrar y/o adjudicar logros, con gran presencia mediática y altos costos en publicidad, para mostrar una aparente gran obra, sin importar los costos para el Estado y para los usuarios.

Destacó que la propia Ley de Concesiones y las bases de licitación permiten en el punto 1.11.2.3, la extinción anticipada de la concesión por interés público. En este punto se contempla la forma de cálculo para realizar tal término anticipado, el cual será mayor en la medida que más se avance en el proyecto.

Dijo que los problemas de construcción ocurren en ambas formas de construcción. Sin embargo, el caso de las concesiones se agrava por los altos costos extras que ello implica para el Estado, la inexistente integración entre la atención de salud y la infraestructura y el equipamiento, ya que no hay derecho de propiedad sobre los bienes ni responsabilidad directa y todas las relaciones están mediadas por un contrato. Además, este sistema no se hace cargo de los cambios epidemiológicos, ya que el contrato es rígido respecto de las características del establecimiento, por ejemplo, respecto del tipo de camas o la complejidad.

Pide que el sector salud salga definitivamente de la Ley de Concesiones, para que ningún otro hospital esté en riesgo de ser concesionado de esta manera.

Presidente Nacional de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (Fenats), señor Óscar Riveros

Inició su exposición, señalando que el gran ausente de las distintas exposiciones son los trabajadores de la salud.

Señaló que están en funcionamiento dos hospitales concesionados y que habría que conocer en terreno el significado que ha tenido para esos trabajadores estar en ejercicio en dichos hospitales. Como ejemplo indicó que parte de los trabajadores del Hospital La Florida vienen del ex Hospital Militar, bajo la promesa de que una vez instalados iban a tener un mejoramiento en sus grados, cosa que no ha sucedido.

Enfatizó que en los hospitales de La Florida y de Maipú tienen falta de dotación. Precisó que el 70% de las dotaciones en los hospitales son ocupadas por mujeres.

Señaló que algunas trabajadoras del Hospital La Florida han llegado al lugar y no tienen nada que hacer porque la unidad donde se desempeñaban anteriormente no existe, está remodelada o concebida de otra manera o porque sencillamente no puede entrar en funcionamiento.

Tienen un alto índice de gente que pudiendo estar con licencias, no se ha atrevido a hacerlo, ya que están todo el día sentados ante un escritorio sin hacer nada, sin función determinada.

Comentó que aquí se habría dicho que éste es un hospital abierto para atender a la población, a nivel de las clínicas europeas, (Subsecretario Díaz en su momento), y la consecuente molestia de parte de los usuarios al constatar que el hospital, que es muy bonito, no responde a las necesidades de la demanda, generalmente derivados desde el hospital base de esa zona suroriente, que es el Hospital Sótero del Río, tremendamente colapsado.

Hizo notar que los trabajadores han sido perjudicados por discriminación, incluso los de un mismo rango, con la misma experiencia y años de trabajo, pues son pagados de manera distinta en un hospital a diferencia de otros hospitales de Chile.

Cree que ello tiene que ver con el fracaso del proyecto de ley de hospitales clínicos que se instaló en el gobierno anterior, cuyo debate fue aprobado, pero rechazado artículo por artículo. Tal proyecto apuntaba más bien con propiciar la flexibilidad laboral y la externalización de compras de servicios.

Luego cambio de tema, señalando que traen antecedentes del Hospital Exequiel González Cortés, en construcción por vía sectorial, en lo que se refiere al retraso. Acto seguido entregaron documentos que dicen relación con la contratación de personal para determinadas funciones y puestos a trabajar en otras.

También trajeron antecedentes del Hospital San Borja Arriarán, que tiene que ver con irregularidades en las compras, a fin de que formen parte de esta investigación.

Volviendo al tema de los trabajadores señaló que en marzo de 2013, la Posta Central hizo una solicitud a la Contraloría para que emitiera un pronunciamiento sobre denuncias por posibles irregularidades en la construcción de la Torre Valech. La Contraloría contestó el 12 de junio de 2014. En el intertanto, los trabajadores de la Fenats, los auxiliares y los administrativos, que son tres organizaciones distintas, sufrieron una persecución brutal desde el momento en que la dirección del Servicio se enteran de esta acción sindical. Ello se tradujo en maltrato laboral, lo que produjo una paralización de los trabajadores que ya no soportaban dicha forma de trabajar, y se despidió a los once funcionarios que habían hecho las denuncias de maltrato laboral, documentadas cada una de ellas, en algunos casos con su puño y letra, las que fueron ignoradas a la hora de un sumario que se realizó a la persona mencionada como maltratador, considerando sólo la declaración de sus adeptos. Es decir, no declaró ninguna persona afectada por el maltrato laboral.

Agregó que todo eso parecía una cuestión simple de resolver, en términos de la organización del hospital y de su cuerpo directivo, pero se produjo tal encono que una vez terminada la paralización, por un acuerdo con el ministerio -las autoridades de la Posta y del servicio se negaron a recibir a los dirigentes de base, a los regionales y a los nacionales-, se llegó a un acuerdo de iniciar un nuevo sumario. Conversaron con el ministro Mañalich, quien preguntó si había antecedentes que avalaran dicha situación. Le contestaron que sí. El ordenó un nuevo sumario donde fuesen invitadas las personas afectadas.

Añadió que producto de esta situación se inicia una huelga de hambre y después de ocho o nueve días se produce una agresión a un dirigente

por parte de un doctor de la Posta Central, quien lo pateó en el suelo cuando estaba en su colchoneta, acusándolo de asesino.

Esta situación –dijo- culminó finalmente con el desalojo de la Posta Central por quinientos efectivos de fuerzas especiales, acompañados de elementos disuasivos.

Relató que esta sobrerreacción se produjo porque la autoridad de su momento, determinó de que había que desalojar el hospital porque el hospital estaba tomado, con los accesos clausurados y que los trabajadores que ahí estaban, (que no querían participar en el paro) y, por ende, los pacientes, estaban secuestrados; además, que los estaban esperando atrincherados y premunidos de jeringas contaminadas con Sida para cuando Carabineros llegara a detenerlos.

Sin embargo, detalló que habían ocho personas en huelga de hambre que fueron escondidas en los subterráneos al momento de llegar Carabineros de amanecida, y 47 funcionarios que estaban acompañándolos en colchonetas y que se levantaron con las manos vacías cuando la fuerza pública los encontró en el *hall* central de la Posta, sin ningún elemento y sin ninguna puerta bloqueada.

Además el Hospital de La Florida se ha inundado dos veces, por dos eventos de lluvia que hubo en Santiago, y no es con agua de lluvia precisamente, sino con aguas servidas, y nada menos que la ropería, la guardería infantil y la farmacia.

Afirmó que el tema de la Posta Central ha sido llevado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en Washington, y hoy la seremi del Trabajo, señora María Eugenia Puelma, quien está dispuesta a colaborar y a entregar esa documentación a esta Comisión.

Finalmente, agregó que el 29 de agosto de 2013 escribimos al Presidente Piñera relatando estos hechos. Hasta la fecha no nos ha llegado absolutamente nada.

Reiteró que el daño pecuniario, aparte de los morales y psicológicos a los trabajadores en el caso de la Posta Central, duraron hasta febrero, y el paro fue en agosto del año pasado. En febrero algunos funcionarios sacaron cero peso en sus colillas de sueldo por los descuentos y por el castigo que se les aplicó permanentemente.

Esta situación, además ha provocado un daño sindical tremendamente grave desde el punto de vista de la organización, ni siquiera se atreven a conversar sobre un tema que tenga que ver con las interioridades de la Posta Central, justamente por las medidas que se aplicaron.

Presidenta de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (Fenats), del hospital El Carmen, señora Carmen Molina.

Comentó que desde el punto de vista de los trabajadores, el traspaso y la convivencia diaria con la concesión hospitalaria han sido difíciles tanto por lidiar con los estacionamientos como con la sala cuna. Dijo que son 1.100 trabajadores, pero cuentan con sólo 400 estacionamientos; hay 25 cupos para sala cuna y 55 cupos de jardín infantil y los demás funcionarios tienen a sus hijos repartidos en establecimientos particulares. Sin duda, aseveró, el traspaso ha dañado a muchos funcionarios. No hay dotación completa ni especialistas.

Presidente del Consejo Consultivo del Hospital del Carmen, señor Sergio Álvarez.

Reclamó que durante toda la discusión que se ha generado en torno a la concesión hospitalaria, la voz de los usuarios no ha estado presente.

Ilustró que como organización se amparan bajo la ley N° 20.500 de participación ciudadana, y la ley N° 20.584, sobre deberes y derechos.

Recordó que el 28 de enero fueron a la Contraloría General de la República a colocar una queja. Desde su punto de vista, estimaron que el hospital se había abierto sin los permisos correspondientes de la Dirección de Obras Municipales. El segundo punto que hizo presente ante ese órgano fiscalizador fue que se habían atendido pacientes sin los permisos correspondientes; estiman acción temeraria por parte de la autoridad de ese tiempo, ya que se sabía que las obras no estaban autorizadas. Además, hubo incumplimiento de las bases de licitación, específicamente, respecto de la letra a) del decreto N°1.107 que dice que para que la Puesta de Servicio Provisoria (PSP) fuera concedida tenían que estar todos los permisos, entre ellos, la autorización de la Dirección de Obras Municipales.

Agregó que una vez que lo anterior se generó, a su juicio, hubo un incumplimiento de la secuencia de los procesos señalados por las bases de licitación. Una vez que se autoriza la puesta de servicio provisoria se desencadena un conjunto de hitos determinados por las bases de licitación. Dijo que eso tampoco se cumplió. Precisó que una vez que se autoriza la puesta de servicio provisoria, se forma una comisión de tres personas que avalan que todas las cosas estén en orden. Después, se da un período de marcha blanca donde está el plan piloto, dentro del que, luego de transcurridos entre 30 o 45 días se determina que se puede atender público. Sin embargo, afirmó que eso no ocurrió porque el informe de la Contraloría General de la República establece que el Servicio de ese entonces incurrió en una infracción dispuesta en el artículo 147 del decreto con fuerza de ley N° 458 y en el numeral 5.2.7 del decreto N°47, ambos del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, al permitir que los días 4 y 5 de diciembre de 2013 se efectuaran atenciones médicas en el Hospital El Carmen, doctor Luis Valentín Ferrada, de la comuna de Maipú, en circunstancia que a esa data aún no se contaba con la recepción final de las obras, situación representada en el título: utilización de recinto sin disponer previamente con la recepción final municipal. En ese sentido el informe de la Contraloría dice que en esos días fueron atendidas 77 personas de las cuales 15 fueron de urgencia, 16 atenciones de traumatología, 15 de pediatría, 13 de medicina interna, 3 de medicina física, 8 de apoyo de diagnóstico y 8 de farmacia ambulatoria.

Se preguntan si es que esas personas fueron atendidas por GES, porque para que un recinto hospitalario dé esa prestación, debe estar acreditado por la Superintendencia. Dijo que ahí se abre otra arista de investigación, toda vez que necesitan saber de dónde eran esos especialistas y a qué dotación correspondían esos médicos.

Señaló que la Contraloría instruye al Servicio de Salud un procedimiento disciplinario tendiente a determinar las eventuales responsabilidades administrativas de los funcionarios que autorizaron la utilización del recinto sin disponer, previamente, de la recepción final municipal, remitiendo a esta entidad de control el acto que así disponga en el término de 15

días hábiles contados desde la recepción final de dicho informe. Sin perjuicio de lo anterior, las medidas que ese Servicio disponga para evitar la reiteración de situaciones como la denunciada serán validadas en una futura auditoría. Lo anterior lo determina el informe de la Contraloría a raíz de su investigación.

Agregó que con fecha 4, la Dirección de Obras Municipales rechazó la primera solicitud de la puesta en servicio provisoria. Sin embargo, sabiendo que había sido rechazada, el 4 y 5 se atendieron a estas personas. El 6 se informó a Redes Asistenciales sobre el rechazo de la primera solicitud, según notificación N°28829 y carta 1281. Posteriormente, el 7 fue la inauguración mediática del hospital y el 12 abrió legalmente sus puertas, conforme a la respuesta entregada por el exdirector del Servicio, señor Benavente, a la Contraloría.

Finalmente solicitan que se haga exigible el mandato hacia el Servicio, emanado de la Contraloría General de la República, conforme a la resolución, de investigar las atenciones brindadas los días 4 y 5 de diciembre. Solicitan además, poner a disposición de ese Consejo Consultivo de Usuarios Red Metropolitana el resultado de la investigación de este Comisión Especial Investigadora.

Por último mencionó que se ha planteado que ésta es una concesión blanda, es decir, que solo se concesionan los servicios externalizados, la cafetería, alimentación, pero lo que no se ha tomado en cuenta es que esos servicios concesionados se cruzan en alguna parte con el segmento técnico.

Afirmó finalmente que el modelo no permite fiscalizar, como corresponde, la alimentación de los pacientes, porque el inspector fiscal o el MOP no tienen la capacidad para hacerlo.

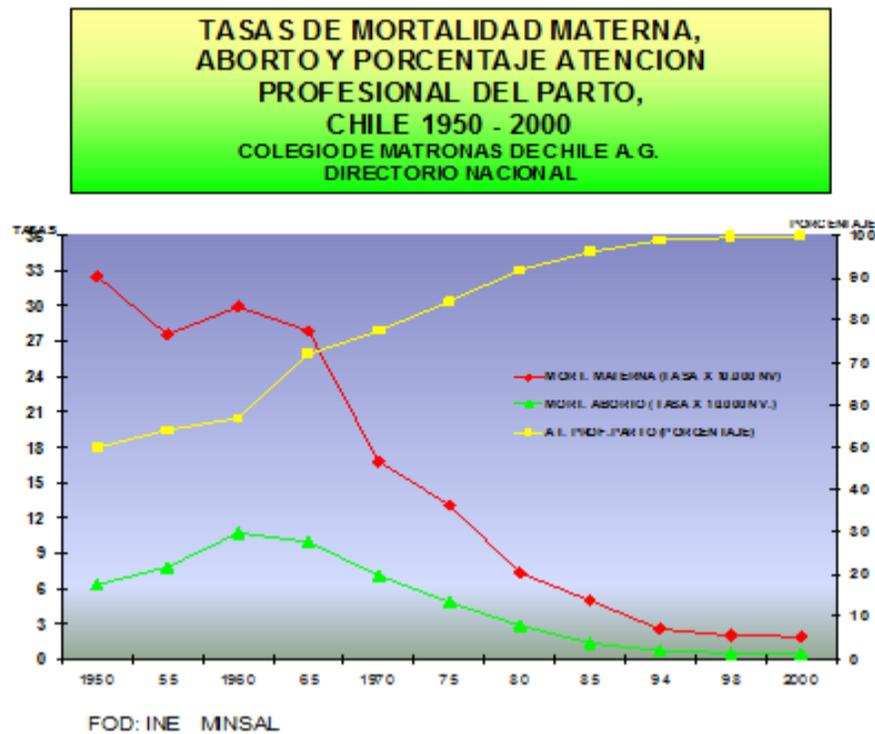
Presidenta del Colegió de Matronas de Chile, señora Anita Román.

Solicitó ser escuchada en representación de las matronas, para sostener que el modelo de salud basado en la complementariedad público-privada, ya ha tenido un impacto negativo objetivo en la población.

Señaló que su intervención se enmarca en los modelos de gestión de los establecimientos hospitalarios. Lo más relevante data de la época en que el expresidente Salvador Allende era ministro de Salud quien estableció que había que proteger lo dicho por el doctor Sazié, en 1834, respecto de que las matronas iban a potenciar que las mujeres no se murieran en el parto.

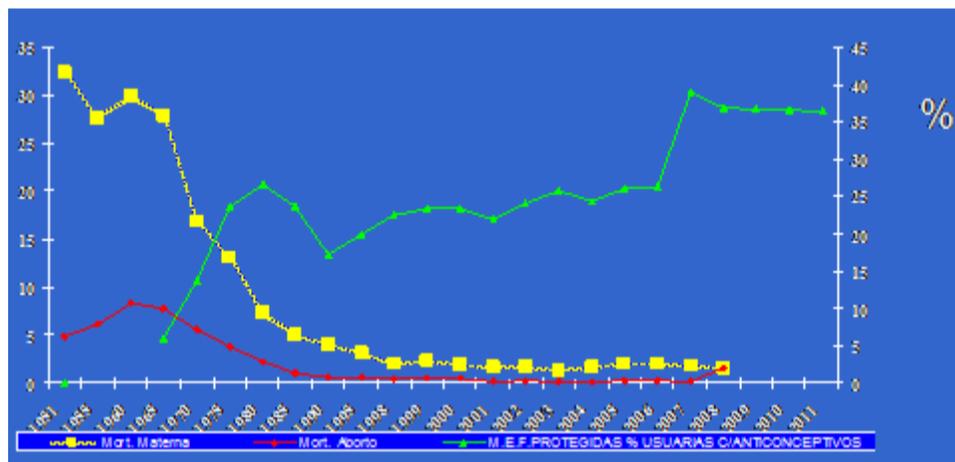
Recordó que desde 1940 hasta el 11 de septiembre de 1973, se construyeron hospitales a lo largo de todo el país, desde Arica a Tierra del Fuego, con dineros estatales y con la participaron de constructoras estatales. Se sacaron los presos a construir estos establecimientos para que toda la población estuviera protegida desde la institucionalidad de Salud. La infraestructura hospitalaria era igual en todo el país.

Destacó que entre 1950 y 2000, la tasa de mortalidad materna bajó de un número no menor a la cifra que se aprecia en la siguiente imagen, gracias a



la construcción hospitalaria y a la institucionalización de la atención.

Agregó que desde 1990 hasta 2008 la mortalidad materna sigue



disminuyendo, tanto por parto como por aborto y también por puerperio. Sin embargo, a partir de 2007 -la línea verde en la imagen- hay un estancamiento en la disminución de la mortalidad materna en el país. Cifra que se mantiene hasta diciembre de 2013.

¿Qué sucedió que se estancó la mortalidad?

Ocurrió que a alguien, no sabe si del Ministerio de Obras Pública o por un modelo de reforma sanitaria que parte en 2000, se le ocurrió decir que como la mortalidad materna no era un problema sanitario, había que cerrar las maternidades de baja complejidad porque el Ministerio de Obras Públicas tenía

caminos maravillosos y, de esta forma -dijo- no se entrelazó la construcción de obras públicas camineras con la urgencia obstétrica. Casablanca es un ejemplo, otro es Valdivia, y entre Lanco y Valdivia hay una hora. Sin embargo, la urgencia obstétrica debe ser resuelta en 10 minutos, precisó.

Por tanto, concluyó, el cierre de las maternidades de baja complejidad, por apoyar la instalación de hospitales de alta complejidad en los centros hospitalarios de los nudos centrales, no sirve, porque las mujeres se mueren en los traslados. Como ejemplo dijo que entre Licantén y Talca hay una hora, en circunstancia que una prociencia de cordón debe resolverse en diez minutos, sino se muere la guagua.

Expresó la necesidad de revisar el modelo de construcción hospitalaria que implicó cerrar la baja complejidad para potenciar la construcción de la alta complejidad, y se deja a la población de menores ingresos sin la opción de resolver la urgencia.

Por otra parte, fustigó los convenios asistenciales de los hospitales autogestionados: ¿cómo es posible que la maternidad del Hospital Barros Luco tenga cinco convenios de docencia asistencial para matronas, con un promedio de 14 partos diarios? ¿Por qué el hospital Barros Luco hace convenio con cinco universidades? ¿En dónde están esas platas? ¿Dónde se generan? Eso ocurrió en el gobierno pasado cuestionó. También está la Universidad de Chile –dijo- otrora reina de los convenios asistenciales docentes, pero como paga tan poco hoy está siendo desplazada por las universidades que ni siquiera están acreditadas, para que los alumnos hagan práctica clínica. Piensa que se deben investigar los convenios docentes asistenciales, cuya última modificación fue en diciembre de 2012, en la que se establece que los convenios pueden ser solo con universidades acreditadas. Sin embargo, aseveró que no es así. No todas las universidades que llegan a los hospitales están acreditadas, pero las platas las reciben exactamente igual, acotó.

Respecto de la compra de servicios, expresó: ¿Es posible que los servicios de urgencia de adultos, si no se cumple el puesto de trabajo, la enfermera jefa deba ocuparlo con una empresa externa, con enfermeras recién egresadas, sin ninguna experiencia en el servicio clínico, y que se le pague 90 mil pesos a la empresa por el turno y a la enfermera solo 40 mil pesos? ¿Dónde está el delta? Para ellos este es un tema poco claro que no han podido despejar. Les parece muy mal porque a las enfermeras contratadas para ese puesto de trabajo se les duplica su labor porque deben hacer su trabajo y el de la enfermera recién recibida, que no conoce el manejo de una unidad de tratamiento intensivo.

Finalmente afirmó que por la vía del ítem 22 se evade mucho dinero por la subcontratación y el hospital debe recibir plata por algún lado, y este es el pensionado, que a pesar de lo que dice el reglamento, hay hospitales con cero fiscalización que ocupan las horas de pabellón en horarios que deben ser para el funcionario. Como ejemplo dio el Hospital de Curicó que casi ya no tiene partos. Son casi todos partos de pensionados.

Consultada por el tema de las concesiones hospitalarias explicó que como Colegio de Matronas se hicieron presente al movimiento del Hospital del Salvador Geriátrico. Ahora como funcionarias del Hospital Luis Tisné, han llamado a ese movimiento y esperan apoyarlos con más fuerza porque su realidad frente a la externalización del personal es como una nube negra dentro de la autogestión

hospitalaria. Por un lado, se dice que no va a haber subcontratación clínica, pero en el Tisné la hay. ¿Bajo qué vía la puede haber?, cuestionó.

Explicó que fue matrona del Hospital Salvador antes de que se trasladaran. Dijo que estuvo nueve años en el servicio de aislamiento, y si tenía algún problema posoperatorio o alguna secuela, llamaba a la UTI del Hospital Salvador y venía un kinesiólogo o una enfermera y le ayudaba a las 2, 3 o 4 de la mañana. Actualmente, eso no lo tiene en el Tisné porque hay solo dos kinesiólogos, uno para neonatología y otro para la UTI; no hay para maternidad.

Luego comentó que en la línea de las metas se les mide por índice ocupacional de camas.

Presidenta Multigremial del Hospital del Salvador, señora Karen Palma.

Inició su intervención mencionando que se preguntó al doctor Ignacio Astorga, la persona que formuló el proyecto del hospital Salvador Geriátrico, respecto de la participación no solo de la comunidad, sino también de los trabajadores y usuarios, y concluyen que no hubo participación de los trabajadores, quienes no tenían idea del significado de concesión hospitalaria y solo después de la adjudicación del contrato supieron de la inversión, de los subsidios que se van a entregar a la empresa y de los dieciséis servicios que serán concesionados. Por lo tanto, no se dan por enterados del proceso de concesión hasta ahora. Fue realizado de forma oculta, precisó.

Señaló que a través de la alcaldesa, señora Josefa Errázuriz, se enteraron que fue un proceso impuesto, que no consideró ninguna de las medidas que ella solicitó al señor Mañalich, respecto de lo que va a significar el proyecto en la comunidad, en el entorno, como los 1.600 estacionamientos que se van a incorporar, la infraestructura del hospital y el impacto de instalar un edificio de esas características en el lugar.

Respecto de los capitales que se adjudicaron la licitación, expresó que el consorcio es Salud Santiago Oriente, y una de las empresas que lo componen es Assignia, de capitales españoles, que ya fue cuestionada en febrero de 2014 por el megaproyecto que iba a construir en Padre las Casas y Temuco, debido a su poca capacidad económica. La dueña de esa empresa es la señora Susana Monje, quien tiene denuncias en España por estafa y apropiación indebida, precisó. La empresa tenía como fin la explotación del hospital de Ixtapaluca, México, en conjunto con GIA, empresa mexicana que se adjudica dicho recinto, y tal como sucedió con el Hospital del Salvador, se consideró un total fracaso. El 22 de agosto de 2013 se publica que esta misma empresa tiene deudas por 200 millones de euros y que estaba embargada. Esta misma empresa, en Colombia, asociada al Consorcio Rivera, deja obras en Cartagena, y quedó debiendo 2.000 millones de pesos. Por lo tanto, como trabajadores les queda la duda de que no se vaya a repetir la misma situación de Calama en este hospital.

Añadió que una empresa que está dentro de este consorcio se llama Cosal Chile, la cual fue cuestionada entre 2005 y 2007 por la construcción y arriendo de los edificios del Poder Judicial. Además, esta empresa ha sido cuestionada en los procesos de licitación.

Al respecto, se preguntan si la adjudicación a este consorcio ha tenido el debido proceso de revisión, porque los trabajadores tienen preocupación

por lo que se viene y no quieren ser un “segundo hospital de Calama”, a raíz de lo que se ha expuesto.

Asimismo, les preocupa aquello que tiene que ver con los conflictos de interés. Precisamente, el ex subdirector administrativo del Servicio de Salud Metropolitano, señor Jaime Arriagada, hoy instala una empresa en el hospital, la Sociedad de Consultores Pineal Limitada, que tiene a cargo la gestión del cambio de lo que va a ser el proceso de concesiones, lo que ha sido avaluado en 1.000 millones de pesos. Además, esta persona se fue con incentivo al retiro en 2013 y hoy casualmente tiene una empresa que se adjudica todo el proceso de gestión del cambio.

Por otra parte, se refirió al señor Ricardo Fábrega, quien ha tenido un rol defensor de las políticas de concesiones, pero también él es el presidente de Mestesa América que cuenta con la asesoría de las empresas concesionarias, entre ellas, las de Maipú y La Florida, situación que ya es conocida por el Consorcio San José.

Expresó preocupación por todas estas situaciones porque están en proceso de toma de razón. Llevan quince días en paro.

Finalmente aclaró que respecto del consorcio que va a adjudicar ya cuentan con algunos servicios licitados o externalizados. En ese sentido, creen que eso debiera ser el segundo paso. Luego del tema de las concesiones, se debe indagar más en la externalización del servicio, en las comisiones y pagos millonarios que se realizan a estas empresas externalizadas que lo único que buscan es asfixiar el sistema de salud público.

Presidente de la Asociación de Profesionales del Hospital del Salvador, señor Raúl Villanueva.

Indicó que en el hospital del Salvador en este último tiempo se fue imponiendo el mecanismo de externalización de servicios, generando procesos de sustentación de estos proyectos diciendo que era más barato externalizar el personal. Sin embargo, en el correr de los años estos contratos han ido aumentando significativamente en costos.

En la actualidad, se encuentran con una empresa de seguridad al interior del hospital del Salvador que tiene 18 guardias, con un costo de 23 millones de pesos mensuales, lo que significa que cada guardia le cuesta al hospital alrededor de 1.300.000 pesos. Esta misma realidad la vive el Instituto Nacional de Geriátrica, que tiene cuatro guardias con un costo superior a los 5 millones de pesos.

Señaló que cuando han pedido cuenta a la autoridad al respecto, se les dice que es difícil encontrar personal afuera y que las empresas han ido aumentando significativamente sus costos, lo que evidentemente se realiza en todas las áreas del hospital. Por ejemplo, en la empresa de aseo pasa exactamente lo mismo. Cuando uno ve el contrato inicial, efectivamente al hacer la comparación del funcionario público versus su externalización se muestra que era conveniente, pero hoy, al correr no muchos años de esta externalización, se encuentran con realidades aberrantes que van asfixiando el sistema público al generar grandes costos para los establecimientos, lo que los ha llevado a la situación que hoy están viviendo. En ese contexto, agregó que frente a todo lo que hoy ha aparecido respecto de las concesionarias, cuando se hace el análisis

de los costos, el subsidio variable aumenta significativamente, lo que muestra que podrían construir dos o tres hospitales más, de la misma envergadura, con los costos involucrados a lo largo del proceso de concesión, que corresponde a quince años.

Jefa de la Unidad de Hematología Intensiva del Hospital del Salvador, señora Bárbara Puga.

Señaló estar inserta en un modelo que ha debilitado al Estado y para progresar la única mirada que se ha planteado es comprar a los servicios en concesiones a través de servicios externos. La considera una mirada de corto plazo para resolver los problemas, pues si no se hace una inversión fuerte en salud no será sustentable en el tiempo, y eso ocasionará mala utilización de los recursos públicos. Además, se toma como punto de partido, como premisa o prejuicio, que la gestión pública es ineficiente comparada con la privada; sin embargo, hay múltiples ejemplos en la salud pública donde se han desarrollado polos importantes, como el centro de referencia nacional de trasplante de médula de adultos, y su equivalente a nivel infantil, el Hospital Luis Calvo Mackenna, donde existen indicadores de salud espectaculares a nivel internacional, con todo evaluado y puesto en conocimiento de la comunidad nacional, y con costos que son menos de la mitad de lo que vale un trasplante del mismo tipo en el sector privado. Agregó que si la gestión pública se hace con los recursos adecuados y con una buena administración, efectivamente significaría ahorrar recursos, y eso todos lo saben. O sea, la gestión a través de privados siempre va a ser más cara, precisó.

En cuanto a la concesión, dijo no saber ni se puede evaluar, cuánto más cara está saliendo porque la ley de concesiones no considera su evaluación con los estándares internacionales. Esa fue la primera petición que hicieron al Ministerio, para que hicieran esa investigación para saber exactamente dónde se están metiendo.

Dijo que aquí se maneja mucho el costo constructivo, pero nada se ha hablado del costo de operación por quince años en un hospital de alta complejidad. Se calcula que el costo constructivo puede ser hasta dos veces o más de lo que significa construir con fondos fiscales. Esa evaluación debiera hacerse y es su responsabilidad poner la sugerencia sobre la mesa.

Respecto de la concesión, afirmó estar en un país infinitamente desigual, con una centralización importante de todos los recursos en monopolios y, en el fondo, este modelo vuelve a producir lo mismo. Es cierto que en este momento se está trabajando a nivel de todos los hospitales, con diferentes concesiones, que también hay que evaluarlas, porque ni siquiera están demostrando ser más eficientes en términos de costo, pero por lo menos están hablando de Pymes, de pequeñas empresas con diferentes grupos económicos. En cambio –dijo– aquí van a centralizar todos estos servicios, más otros que potencialmente va a dar como florerías, tiendas de insumos para los pacientes, de regalos, cibercafés, máquinas dispensadoras, todo en un solo grupo económico. Eso va en contra de lo que deben resguardar en Chile, que es tratar de redistribuir todos los negocios.

Luego se refirió a que ésta concesión es diferente respecto de otras concesiones, pues este es un hospital que existe con un recurso humano que lleva

trabajando y haciendo salud pública por muchos años. Sin embargo, este proyecto comienza sin la consulta a la comunidad hospitalaria.

Jefa de Unidad de Procuramiento del Servicio de Salud Metropolitano Oriente señora Ana María Arriagada.

Indicó que los hospitales concesionados se suponen socialmente rentables. Le parece que es riesgoso para el Estado tener a una empresa que va a administrar durante quince años un hospital pues se puede terminar sociabilizando las pérdidas, después de que la empresa haya obtenido sus ganancias. Se dice que esto empezó hace dos gobiernos, pero el mundo de hoy no tiene nada que ver con el de hace 10 o 12 años. Hoy nuestro país se está alejando de toda forma de lucro, está redefiniendo sus problemas más importantes, dentro de los cuales la inequidad sin duda que es uno de ellos. Entonces, plantear hoy un modelo como este parece estar fuera de contexto y resulta poco defendible, argumentó. Piensa que quizás es esa la razón más profunda que a muchos los lleva a rechazar el sistema. Hay consenso en que necesitan un hospital nuevo, pero eso no puede ser a cualquier costo.

Respecto de la justicia sanitaria, le interesa saber qué se deja de construir cuando parte de los beneficios de la construcción de su hospital se van a un privado. Le interesa saber si lo que se gasta de más en hacer un hospital cuesta dos consultorios en un barrio periférico, y eso no lo tienen claro, acotó. Todos saben que acá se trata de una empresa que, por supuesto, no tiene fines altruistas. Una concesión de este tipo parte de una rentabilidad social, y probablemente ellos quieren hacer buena salud, y si uno lee el contrato, o lo que ellos han leído, es un proyecto serio, pero hay ciertos límites. Piensa que se puede hacer alianzas público-privadas y tal vez dejar un espacio al lucro, pero deben defender algunos reductos, y les parece que la salud pública es un reducto suficientemente sublime que hay que proteger.

Consultada si los médicos también están en paro, dijo que no. Los médicos no están en paro, pero están parados. No necesitan parar para estar en paro, porque el solo hecho de que estén parados los gremios, paraliza absolutamente el sistema. Por lo tanto, esta es una crisis bastante aguda en un hospital, y no necesitan irse a paro para hacerla más grave.

Presidenta de la Federación de Profesionales Universitarios de la Salud (Fenpruss) del hospital Félix Bulnes, señora Mariana Dastres. En su representación habló la Secretaria de dicha entidad, señora Lina Córdova.

Expresó que su institución nació como Sanatorio Lo Franco. Fue construido en 1939 por la ex Caja del Seguro Obrero Obligatorio. En 1945 comienza a funcionar con 240 camas, atendidas solo por tres médicos tisiólogos. Su primer director fue el doctor Félix Bulnes Cerda. Afirmó que el establecimiento es parte de la Red Occidente en atención cerrada y en atención abierta como consultorio externo de especialidades. Es centro de referencia en urgencia pediátrica, ya que aquí se encuentra funcionando el único servicio de urgencia infantil. Tiene una población asignada de 401.879 habitantes, de los cuales 121.803 son niños.

Precisó que el hospital atiende a la población de las comunas de Quinta Normal, Renca, Pudahuel, Cerro Navia, Lo Prado y derivaciones de los hospitales rurales de Melipilla, Talagante, Curacaví y Peñaflor.

Las concesiones comenzaron en 2009. Se firmó –dijo- un convenio mandato con el ministro de Salud de la época, doctor Álvaro Erazo; el ministro de Obras Públicas, señor Sergio Bitar, y distintos directores de la época, entre ellos la señora Carolina Cerón, directora del Servicio Metropolitano Occidente.

Como consecuencia del terremoto del 27 de febrero de 2010, el hospital sufrió graves daños. Por lo tanto, la atención se dividió, los policlínicos adosados quedaron en Quinta Normal, y la parte hospitalizados quedó en la sede Providencia, acotó.

Añadió que la situación del terremoto de 2010 se aprovechó para amedrentar a los funcionarios, de forma que si no querían hospital concesionado serían repartidos dentro del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Por lo tanto, la única forma de seguir trabajando en el Hospital Félix Bulnes era aceptar la concesión hospitalaria. En ese escenario, se firma un acuerdo entre el Minsal y los gremios de la época. Aclaró que la Fenats nunca estuvo a favor de ese acuerdo.

Luego se refirió a algunos puntos que no se cumplieron dentro del proceso de la concesión: uno era mantener el nombre de Félix Bulnes y no cambiarlo por Santiago Occidente como ven en todas partes. Es más –dijo- en la presentación que realizó el ministro de Obras Públicas en esta misma Comisión se refirió al Hospital Félix Bulnes como Hospital Metropolitano Occidente. En ese detalle, dentro del acuerdo que se firmó, no se cumplió ni a los trabajadores ni a los gremios.

Añadió que el informe Dictuc de 2010, sobre la infraestructura del hospital, declaró que no había daños estructurales, por lo tanto, la infraestructura se podía recuperar.

Ese mismo año comenzaron las movilizaciones de los gremios y se formó un frente amplio por la defensa de la salud pública y del Hospital Félix Bulnes.

Recordó que en diciembre de 2013, se interpuso un recurso de protección en contra de las concesiones hospitalarias del hospital; se realizó una jornada de paralización de funciones por 48 horas, manifestando el rechazo a las concesiones. Dentro de ese mismo período, durante dos fines de semana se realizó una votación para conocer la opinión de los funcionarios y usuarios del hospital. Se recolectaron alrededor de 3 mil votos de rechazo a la concesión.

Como gremio, afirmó que creen que lo medular del asunto es la concesión versus la administración del Estado. El Estado debe estar centrado en las personas y en satisfacer las necesidades de la población. La concesionaria está centrada en el negocio y en obtener ganancias.

Ese es el punto central: la concesionaria lucra, acotó. Solicitó no olvidar que se está hablando de la concesión de hospitales, donde se atienden a los usuarios y a las familias. Afirmó que son funcionarias, pero también usuarias del sistema de salud, por lo tanto, les interesa contar con un sistema centrado en la satisfacción de las necesidades de la población, no en el lucro y las ganancias de los privados.

Respecto de los servicios básicos, expresó que se ha dicho que no son importantes, que no se va a tocar el delantal blanco; sin embargo, dice que se han olvidado de que no solo es importante tener el mejor médico, el mejor cirujano o el mejor equipo de profesionales y técnicos. Si está mal hecho el aseo del pabellón, ¿cuál será el resultado final? Eso es lo que hay que tener en cuenta.

Lo mismo dijo respecto de la alimentación de los pacientes y funcionarios, en términos que cada vez que hay que compensar a un diabético o atender a un insuficiente renal, deben darle una alimentación óptima.

Por otro lado, agregó que cada 31 de diciembre y en la época de fiestas patrias las personas contratadas por empresas externas no llegan a sus lugares de trabajo, porque son contratos precarizados y se les paga poco. Para ellos es primordial que los servicios básicos sean del hospital.

En relación con los servicios especiales, las cafeterías, seguridad y vigilancia, estacionamientos de funcionarios y visitas, conocen el problema de los hospitales de Maipú y La Florida, donde se cobra el estacionamiento.

Respecto de la administración y mantenimiento de equipos médicos y mobiliario clínicos, en los hospitales de Maipú y La Florida, señaló que no se ha tocado el equipamiento médico y mobiliario clínico. Sin embargo, en el hospital Félix Bulnes sí ha sucedido, subrayó.

Respecto de los servicios complementarios: alimentación de público en general, estacionamientos para público en general, instalación y explotación de máquinas dispensadoras, fotocopiadoras, artículos para enfermos, es decir, un *mall* dentro del hospital, afirmó.

Mencionó que ellos han participado en varias sesiones de la Comisión, donde se ha hablado mucho de los subsidios fijos y variables; sobre el subsidio variable a la operación –lo que estábamos viendo-, con el 60 por ciento ya empezamos a pagar el subsidio, lo que ocurre siempre en un hospital, así como lo que se dijo en la Comisión, que son 50 mil UF por año, generaría dentro del hospital altas precoces, impactando directamente en los usuarios.

Los gastos en salud son elevados: un cambio de enchufe por el concesionario sale 1 millón 600 mil pesos, mientras que el valor de mercado son 50 mil pesos, precisó.

Agregó que nada les asegura que la administración de privados es mejor que la del Estado. Todo lo contrario, hay estudios que dicen que el Estado es mucho mejor administrador de la salud.

Respecto de la carrera funcionaria, señaló que algunos han dicho que los funcionarios contratados dentro del hospital no van a ser tocados; sin embargo, serán sacados de su lugar de trabajo y las personas que van a entrar a esos servicios serán contratadas por servicios externos, con las características de las que les hablaba, pues se trata de contratos precarios y con una alta rotación de funcionarios.

Afirmó que deben contar con funcionarios capacitados para hacer un buen aseo de pabellón. No cualquiera hace un aseo de pabellón, no cualquiera sabe lo que es un aseo terminal, no cualquiera sabe lo que es un aseo recurrente. Eso requiere capacitación, y esa es la razón por la cual debe haber funcionarios con empleo estable y no contratados por empresas externas.

Falta de publicidad. Eso fue hecho con algunas resoluciones exentas. Faltó toma de razón de Contraloría desde antes de algunos procesos. El impacto ambiental para los vecinos de cerro Navia todavía no se ha medido. Relató que en noviembre de 2013 hicieron una consulta a la Superintendencia de Medio Ambiente, para saber si se habían hecho los estudios de impacto ambiental y les contestaron que se hacen una vez que el proyecto ya está en construcción. Por lo tanto, tienen todavía tiempo para consultar qué sucede con el impacto ambiental.

A modo de bibliografía, señaló la revista Medwave de 2010 que hizo una revisión bibliográfica de los artículos que siguen en la *web*, de las experiencias de Gran Bretaña y España, y se llegó a las siguientes conclusiones: las concesiones de salud resultan onerosas para el Fisco y no aumentan la capacidad total del sistema. Se afecta la calidad de atención del paciente como resultado de modelos de negocios e inflexibilidad de negociar el riesgo. No está demostrado que las concesiones dan más valor por el dinero, y la literatura revisada sobre *outcomes* no recomienda la utilización de privatización en salud.

Para ellos es importante todo esto, sobre todo la calidad de la atención al paciente. Insistió que no están hablando de cualquier cosa. Están hablando de salud, y las decisiones que ellos adoptaron en salud impactan directamente en la población.

Luego agregó que en su calidad de dirigente del Colegio de Matronas tienen 180 años de buenos indicadores. El asunto de las concesiones, de cambiar el modelo e insistir en poner el lucro sobre el beneficio de los pacientes, les va a llevar a bajar sus indicadores, lo que va a acarrear como consecuencia muertes maternas, de pacientes crónicos, de recién nacidos. No creo que el Estado o cualquier persona estén dispuestos a someterse a ese cuestionamiento.

El interés público. Al respecto solicitan evaluar con datos reales la posibilidad de terminar con las concesiones, por mutuo acuerdo entre el Gobierno y la concesionaria, o aplicando la causal del interés público, el artículo 28 ter.

Sostuvo que faltan datos: pues falta saber cuánto va a ganar la concesionaria para calcular alguna indemnización, como también hacen falta los datos reales. Esto no se calculó en la última reunión que tuvieron con el Hospital del Salvador. Solamente se hizo un cálculo parcial de lo que podría ser. Dijo que necesitan contar con esos datos.

Evaluar gastos de multa, gastos de la concesión y también qué va a significar para la salud pública, porque insistió en que esto no se trata de un par de números, no se trata de un indicador, como tampoco se trata de dinero. No se trata de algo económico, se trata de personas, se trata de vida. Y creo que en esa situación se debe evaluar dentro de la concesión qué es mejor para la población.

Presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico señora Izkia Siches.

Se refirió a los quince días de paro, donde no solo han sido espectadores, sino que como médicos han ido un poco más allá. Recordó que hace un mes, aproximadamente, asumió su cargo y se enfrentó a un paro de la Fenats el 25 y 26 de junio. Recabó la opinión de los médicos y en una cita les pidió su opinión respecto de las concesiones. La respuesta fue la siguiente: a nosotros nos llamaron para saber de qué porte son las puertas, cómo son las

camas, cuántos pacientes van por habitación, pero nadie nos explicó qué significa ser parte de una concesión. Los médicos decidieron votar en contra de la concesión en un número significativo: alrededor de 67%, de un universo de 245 médicos locales. Por otra parte comentó que el hospital del Salvador está compuesto por un grupo no tradicional de médicos, es decir, bastantes conservadores y muy comprometidos con la salud pública, por lo tanto, estos médicos locales en realidad le tienen miedo a la concesión porque hay mucha incertidumbre. Todos saben que los ejemplos que tienen de los hospitales de Maipú y de La Florida son quizás los peores a nivel de concesiones, pero según la opinión de expertos del Ministerio y de los defensores de las concesiones, hay algunos datos que no existen en la actualidad.

Cuando hay proyectos gigantes –dijo- como el del hospital del Salvador, de tal relevancia nacional, donde se hacen trasplantes de médula ósea y renales, y se derivan pacientes de todo el país, en general queda la impresión de que va a ser una concesión a la chilena, como el Transantiago; que quizás el asunto no sea tan bonito como se pinta.

Relató haber llegado al Colegio Médico buscando el fortalecimiento de la salud pública, lo mismo que han planteado los gremios. Los médicos han vivido el empobrecimiento de la salud pública por 20 o 25 años; sin embargo, siguen allí, haciendo patria.

Por otra parte, respecto de los hospitales concesionados, señaló que la OMS en la actualidad no promueve este tipo de instalaciones. Algunos países del primer mundo ya vienen de vuelta. En general, cree que se debe revisar la globalidad de la concesión. Dicho modelo, aun cuando se externaliza el servicio en muchos hospitales, quizás sea algo que no le hace bien a Chile, más allá de que le pueda hacer bien en lo inmediato al Hospital del Salvador.

Representante de la Red de Usuarios de la Salud Metropolitana, señora Rosa Vergara.

Explicó que los usuarios tienen hartos de decir respecto de la concesión de los hospitales públicos. Por tal razón –dijo- el 28 de enero fueron a la Contraloría General de la República para pedir una investigación sobre el Hospital de Maipú.

Solicitó se retire todo tipo de concesión de hospitales. Al respecto, dijo que en su quinto encuentro nacional en Puerto Montt, 385 delegados a nivel nacional concluyeron en decir que no a las concesiones hospitalarias.

7) Particulares invitados.

Señor Matías Goyenechea, (de Fundación Creando Salud).¹⁸

Dio inicio a su presentación expresando que se orientará a entregar elementos sobre la política de concesiones y se enfocará en la evidencia internacional sobre el tema.

¹⁸ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión Investigadora N° 7, de 7 de julio de 2014.

Dicha evidencia internacional, de hace diez o veinte años, ya venía mostrando los problemas que hoy están ocurriendo en los hospitales.

En una segunda etapa, dijo que realizará un análisis del modelo de concesiones implementado en Chile, tomando en consideración el primer modelo que incluye a los hospitales de La Florida y de Maipú; posteriormente, el segundo modelo, que es el aquel que se empieza a licitar en el gobierno de Sebastián Piñera.

La literatura especializada establece que existirían al menos dos familias de argumentos detrás de la concesión: unos de orden pragmático y otros más ideológicos.

Dentro de las razones pragmáticas están las de índole macroeconómico: transferencia de la deuda al privado por parte del Fisco, lo cual hace que proyectos de gran magnitud de inversión no aparezcan como deuda pública, sino que, dadas las reglas fiscales, no se reflejen en el modelo de concesiones como deuda.

También se esgrime –indicó- la postergación de los pagos de tres a cuatro años, dependiendo del funcionamiento de los recintos; el déficit relacionado con la infraestructura, que es un problema del que hay que hacerse cargo; el interés de los privados, y la flexibilidad laboral que permitiría un modelo de concesiones.

Respecto a los motivos ideológicos, expresó que se puede encontrar de que existe, desde el punto de vista de la administración pública y de sus corrientes, la *New Public Management*, que señala cuales son los motivos que implican un enfoque neoliberal, en la búsqueda de entregar al mercado las prestaciones que realice el Estado; introducción de las lógicas del mercado en la provisión de los servicios; reconocimiento de que habría una mayor eficiencia del sector privado. Afirmó que tales son los motivos por los cuales hoy se está concesionando.

Sostuvo que en el caso del modelo de concesiones en el mundo, existen básicamente dos grandes modelos. Un modelo donde se entrega la concesión de la gestión clínica y de la red completa, que es el caso español, y el otro caso es el inglés, bastante similar al nuestro, y desde 1997 existe seguimiento de la literatura especializada sobre este problema, o sea, la política de concesiones, donde los Servicios de Salud proveen los servicios clínicos y el resto es concesionado a los privados. Hay pagos por disponibilidad y por servicio; el privado diseña, financia, construye y opera, igual que en el caso chileno. Se ha empezado a detectar que existen costos elevados para el fisco, apuntó. Además los concesionarios al no tener la gestión clínica, empiezan a tener ingresos acotados, y eso ha significado que muchos proyectos tienen que ser refinanciados; suelen durar treinta años.

En relación con el tema del riesgo, dijo que existe una lógica que está principalmente ligada al tema de que las concesiones en áreas sociales, aunque quizás no en el caso de concesiones duras, en la literatura especializada se encuentra ligado a que obedecen a la lógica del *too big to fail*, o sea, que es muy grande para dejarlo caer por parte del Estado. Entonces, hay un principio supuesto que para introducir esta política se transfiere el riesgo del Estado al privado.

En la operación normal del mercado, si un modelo de negocios no funciona, no genera las rentabilidades deseadas o necesarias, la empresa puede terminar en la quiebra.

Explicó que en las concesiones sociales, como por ejemplo el caso del Transantiago, la prestación de servicios es monopólica, aun cuando esta sea privada, y no es factible pensar que el Estado permita que fracasen comercialmente. En el caso del Transantiago se están transfiriendo subsidios por 1.000 millones de dólares; por lo tanto, la transferencia del riesgo no es tal. Finalmente, el Estado va a ser garante en última instancia si una concesión pudiera fracasar.

Señaló que esto ya ha sucedido en el mundo en Canadá, en Australia y en Inglaterra, donde el estado ha tenido que renegociar los contratos, porque son inflexibles, y porque tienen un modelo de negocios que no permite hacerse cargo de los riesgos epidemiológicos y de la demanda que existe en salud, y que son riesgos bastante grandes.

En el caso de este modelo de negocios que se empieza a generar, en términos del efecto en la calidad de la atención, se empiezan a detectar elementos en el caso inglés, que es el que tiene más seguimiento en el mundo, donde se comienza a generar en la literatura la constatación de que hay reducción de personal, aumento de la productividad clínica y reducción del número de camas y estadía. Esto implica –dijo– un aumento en la tasa de ocupación de camas, y saben que en el caso chileno esto implica multas, que pueden llegar a 30 UTM. Agregó que en hospitales como El Salvador, que va a ser concesionado, funcionan con 110% de ocupación de camas al día de hoy, y eso implicaría el pago de multas bastante onerosas.

Mencionó que uno de los argumentos a favor de las concesiones clínicas es que estas dejarán una red de establecimientos de alta calidad y plenamente operativa, además de mantener estándares altos de servicio y de disponibilidad física. Sin embargo, la evidencia internacional más larga de seguimiento, en este caso el Reino Unido, demuestra que esta expectativa no es corroborada por el seguimiento. Ocurre más bien que el concesionario debe incurrir en lógicas de aumento de productividad y reducción de costos, obedeciendo a la forma de gestión propia de los hoteles, en que la ocupación y la rotación de camas prevalece por sobre el interés en la resolución del cuadro mórbido del paciente.

Comentó que en Inglaterra, después de trece años o más de aplicación de esta política, se ha llegado a constatar que la capacidad total del sistema de salud se contrajo en lugar de expandirse. O sea, el argumento de que tenemos un déficit en términos de infraestructura, y que hay que construir mediante esta política, en el caso inglés no funcionó; al contrario, se produjo una reducción en infraestructura después de construir 101 hospitales.

Mencionó que hay otros casos, como el español, donde es particularmente emblemático el caso de Alzira, donde se concesionó la red completa; o sea, no solamente el hospital, sino también la red de atención primaria, donde se paga *per cápita*.

En este caso, si bien por falta de seguimiento no existe la posibilidad de hacer aseveraciones respecto de la calidad, se puede decir que ya han aparecido bastantes problemas como conflictos laborales y huelgas prolongadas por la aplicación de un modelo exacerbado, apareciendo la necesidad de generar

refinanciamiento por parte del estado español para asegurar la rentabilidad del negocio al concesionario.

Efectos financieros fiscales. En este aspecto, dijo que los estudios y las auditorías inglesas han demostrado que ha existido una rentabilidad excesiva por parte de las empresas encargadas de gestionar los establecimientos concesionados. El costo para el fisco está resultando excesivamente oneroso, y no ha sido acompañado de un aumento en la capacidad del sistema y de una mejor calidad en la atención. Además, el proceso previo es largo, engorroso y caro, con altos costos transaccionales. Aludió a la confección de las bases de licitación, a los estudios que se tienen que realizar, que no necesariamente son considerados a la hora de medir qué es más caro, si hacerlo vía concesionada o tradicional. Agregó que las empresas o consorcios en condiciones de cumplir con todas las exigencias son pocas y han ido disminuyendo con el tiempo, por lo que la competencia también se ha visto afectada. A menor competencia, menor valor por el dinero que se va a gastar. Concluyó que las concesiones son más onerosas, se afecta la calidad del paciente, debido a la inflexibilidad de los contratos, lo cual ya se está viendo en Chile. Agregó que la literatura recomienda que no se utilicen las alianzas publico-privadas para estos casos. Y si se van a usar, entonces utilizar una metodología de evaluación acorde con lo propuesto a nivel internacional, para tener un diagnóstico de si es apropiado o no construir bajo este modelo.

¿Cómo se ha realizado la política de concesiones en Chile? En 1996 se hizo la primera ley de Concesiones, pero circunscrita solo a lo que tenía que ver con obras públicas como conexión vial, aeroportuaria, carreteras, etcétera. Luego, el gobierno del ex Presidente Lagos incorporó por primera vez la lógica de concesiones en áreas más sociales como la infraestructura penitenciaria, la ligada al Transantiago y los primeros hospitales. Recordó que en ese momento se discutió que los hospitales de La Florida y Maipú fuesen casos piloto, exploratorios, para evaluar el modelo. Hasta hoy –dijo– no existe una evaluación de dichos hospitales, que están recién entrando en función. A partir de eso se había acordado que no habría innovación hasta que se tuviera una evaluación seria de esta política.

Luego, el marco jurídico fue perfeccionado en 2010.

Señaló que el caso de los hospitales de La Florida y de Maipú, que es el primer modelo de concesiones que se implementa, es introducido en el gobierno de Ricardo Lagos y adjudicado en el de Michelle Bachelet, a la empresa San José Tecnocontrol. Esos proyectos se licitaron y calcularon por parte del Ministerio de Obras Públicas a un costo aproximado de 292 millones de dólares. Para devolver el gasto en capital que va a realizar el concesionario, el Estado fija dos grandes subsidios: el fijo a la construcción, por 1 millón 100 mil UF anuales, y el subsidio a la operación, por 240 mil UF.

Precisó que en el presupuesto 2013 se integró por primera vez el subsidio fijo a la construcción para pagar la inversión que realizó el concesionario, por un monto aproximado de 53 millones de dólares, los que se pagan por ocho años, o 16 semestres. Ello implica que el Estado va a pagar por estos dos hospitales un total de 426 millones. En 2014 se puso en marcha y se debería empezar a pagar el subsidio de la operación, el que debiera llegar a alrededor de 11 millones de dólares anuales, que se pagan por 15 años, lo que da un total de 137 millones de dólares o 3 millones 600 mil UF.

Finalmente, señaló que en ese modelo el concesionario aporta casi 300 millones de dólares para la construcción de los dos hospitales. La estimación de costos del MOP fue de 5 millones 125 mil UF, y el Estado pagará por esta inversión aproximadamente 12 millones 480 mil UF. Es decir, con el total de subsidios que pagará el Estado se podrían haber construido cuatro hospitales en vez de dos. La tasa de sobreprecio para estos proyectos llega a 2,05%.

Por otra parte, destacó que el nuevo modelo de concesiones hospitalarias se monta sobre la catástrofe del terremoto, donde existe la decisión de que no se va a gastar más en ladrillos, según las declaraciones del exministro. Esto implicó un cambio en la lógica del modelo de concesiones, ya que se apunta a ampliar el área de la concesión y las responsabilidades que tendrá el concesionario en el período de explotación del recinto hospitalario. Para esto se generan nuevos subsidios, además de premios e incentivos que recibe el concesionario por las obras. Para ver el funcionamiento de ese modelo señaló que analizará los casos del Hospital Sótero del Río, el ex Félix Bulnes y el Salvador.

En el caso del Sótero del Río, la concesión es por un período de quince años. La inversión de capital para su construcción es aproximadamente de 273 millones de dólares, lo que da un poco más de 5 millones de UF. Para retribuir esta inversión de capital se fijan un subsidio fijo a la construcción, un subsidio fijo a la operación y un subsidio variable, que va a depender del índice de ocupación de cama. También se incorpora la posibilidad de generar nuevos pagos, en caso de que haya necesidad de nuevas inversiones que sean solicitadas por parte del Estado. Además de esos subsidios, hay un subsidio fijo por concepto de adquisición y reposición de mobiliario no clínico y un subsidio fijo por concepto de adquisición y reposición de equipamiento médico y mobiliario clínico. O sea, el área de la concesión aumenta considerablemente en relación con el otro modelo. Recordó que el Hospital Sótero del Río no fue adjudicado. La empresa que se habría quedado con la mejor de las condiciones es el Consorcio de Hospitales Salud, que presentó una oferta semestral de 899 mil UF y un subsidio fijo a la operación por 290 mil UF semestrales. Los flujos de recursos que tendría que pagar el Estado semestralmente por este hospital serían 50 millones de dólares. Si se hace el análisis y la prolongación de esos subsidios en el período que dura la concesión, por este hospital el Estado tendría que pagar 972 millones de dólares, por una inversión que debiese estar cerca de los 300 millones de dólares. Esto da una tasa de sobreprecio de 2,7 veces el valor estimado por parte de Ministerio de Obras Públicas, lo cual genera un negocio bastante bueno para el privado. Además, se podrían haber construido tres hospitales de las mismas características.

El caso del Félix Bulnes, afirmó que es un tema similar al anterior. También es por quince años. La oferta adjudicada fue de Astaldi, por 31 millones de dólares semestrales. Si se prolonga esto por el período total de la concesión, da 836 millones de dólares a pagar por un hospital que cuesta bastante menos.

En el caso del Salvador, expresó que es el hospital que tiene mayor área de concesión. Operan los mismos subsidios: fijo a la construcción, fijo a la operación, uno variable, y los subsidios para inversión en equipamiento clínicos y no clínicos. La inversión de capital estimada por el Estado, a través del Ministerio de Obras Públicas, es de 6 millones 714 mil UF o 283 millones de dólares. Recordó que el cronograma de licitación de este hospital parte con su publicación, el 15 de octubre de 2013. Las preguntas y respuestas aclaratorias se cerraron el 10 de enero de 2014. La apertura de la oferta técnica fue el 20 de enero. La

evaluación de la misma es el 28 de enero. O sea, el Estado dispuso solo de ocho días para evaluar, lo cual es un período bastante acotado, considerando la complejidad de un proyecto de un hospital, y además concesionado, donde existen contratos y bases bastante complejas, con modelos de inflexibilidad, y muchas veces no está incorporada la visión sanitaria. La apertura de la oferta económica fue publicada el 29 de enero. La evaluación de esa oferta quedó cerrada el 31. Es decir, hubo dos días disponibles para evaluar la oferta que realizaba el concesionario para adjudicarse el hospital. Comentó que los servicios incluidos en la concesión son aseo, limpieza, residuos, ropería, alimentación, mantenimiento de infraestructura, cafetería, seguridad y vigilancia, estacionamiento, administración y mantención del inmobiliario no clínico, adquisición de ese mismo mobiliario, administración y mantenimiento del mobiliario clínico, adquisición de equipamiento médico y mobiliario clínico, servicios de infraestructura tecnológica, logística y traslado. Ese es el modelo más radical en términos de áreas de concesiones, dijo. Afirmó que el Consorcio Salud Santiago Oriente es el que se adjudica el proyecto con un total de 538 mil UF por subsidio a la construcción y 250 mil UF por subsidio a la operación. Señaló que solo considerando esos dos subsidios, independientemente de los premios y otros subsidios más pequeños, se van a pagar 21 millones de dólares semestrales por este hospital. Si se prolonga eso por el período de la concesión, llevaría a un total de 769 millones de dólares, con una tasa de sobreprecio de 2,72 veces.

Los flujos de capital son los mismos. Indicó que existe un gasto importante de capital en los primeros años, en el período de la construcción, y después un gasto señalado hasta el fin de la concesión y que dice relación con el mantenimiento durante el período de explotación. El Estado va a realizar un gasto total de 7 millones 500 mil UF por el subsidio fijo en la operación, lo que tiene que ver con el período de explotación, y 10 millones 776 mil UF por la reposición al privado por la inversión que realizó. El gasto de capital es de 6 millones 714 mil UF.

Además, existen otros premios y subsidios que dicen relación con que el hospital tendrá que pagar multas en el caso de que haya sobreocupación de las camas y este es un hospital que siempre opera con una tasa de sobreocupación de 110 por ciento. Por lo tanto, constantemente se van a estar pagando esas multas, dijo.

En relación con los premios, estos varían, y en el mejor de los casos son 17 millones de dólares y en el peor de los casos 84 millones de dólares, que se le pagarían al concesionario como premio por tener niveles de servicios adecuados o ajustados a lo que se pide en las bases.

Consultada su opinión sobre la insistencia del Estado en el modelo de concesión para la construcción de hospitales, expresó que le parece que se ha asumido un paradigma del modelo de concesiones acrítico. No se ha considerado la evidencia ni los estudios internacionales, que en el área de Salud, son particularmente importantes.

Por una parte cree que han tomado esa política quizás muy orientada con la perspectiva de la obra pública del MOP, sin considerar el aspecto sanitario.

Por otra parte, si bien en términos políticos Chile ha tomado la decisión, o la Presidenta en este caso, de no seguir avanzando con esta política, cree que en el caso de Piñera no se consideró la necesidad de generar una evaluación concreta de esta política.

Dijo que en lo personal, habría preferido que no se hubieran adjudicados los hospitales que estaban considerados, los casos de Félix Bulnes y El Salvador, dado que no existe esa evaluación. Es un hospital que hoy está con deudas debido a un modelo de gestión bastante rígido.

Afirmó que la literatura señala antecedentes que indican que aquí se puede comprometer la calidad asistencial, y si bien todavía no se puede aseverar que en el caso chileno vaya a ocurrir, porque no ha transcurrido el tiempo suficiente, sí debiese ser motivo de preocupación ya que se está construyendo una especie de Transantiago en la salud.

Respecto del modelo en salud, le parece que se ha tomado sin considerar la evidencia ni la evaluación *ad hoc* a los estándares internacionales. Más bien se ha seguido un criterio quizás ideológico de que el privado lo hace mejor o por tomar la opción de que no se cuenta con el dinero y, por lo tanto, los privados lo hacen, sin considerar que el costo del crédito para el Estado es más barato que para el privado. Entonces, se está pagando más caro el crédito y, además, el sobreprecio ligado a la rentabilidad que debe obtener el privado.

En relación con los mecanismos que existen para extinguir los contratos en curso, expresó que las mismas bases de licitación y los contratos establecen, al menos, tres posibilidades. La ley de Concesiones establece una, que si bien no aparece en las bases, se invoca la ley de Concesiones para que el Estado y la empresa puedan llegar a un mutuo acuerdo. Otra salida posible es extinguir el contrato por interés público. Una tercera opción dice relación con realizar una modificación del contrato para aminorar los efectos negativos que pudiera tener. A su juicio, todas estas posibilidades implican un costo para el Estado. El concesionario no va a querer modificar el contrato si no es remunerado por las actividades que no estaría realizando. En ese sentido, le parece que la opción que tiene menor costo es un mutuo acuerdo o un cese de la concesión por interés público, porque las indemnizaciones que debe pagar el Estado están basadas en la inversión real que ha realizado el concesionario.

En el caso del hospital Salvador, dijo que la sociedad concesionaria no está constituida, no hay créditos de por medio, por lo que el Estado no debe pagar una indemnización muy onerosa, considerando que ni siquiera se ha puesto una piedra.

Consultado por la metodología de evaluación, dijo que puede hacer un *dossier*. Están publicadas en los portales de los ministerios de salud o en el caso inglés en el departamento de salud. En el fondo, tienen evaluaciones que están destinadas a medir la rentabilidad al privado. Están orientados a tener una política de evaluación que busque acercar a los concesionarios para que construyan las obras, por ejemplo, las carreteras. Se supone que también tienen una evaluación de rentabilidad social. Lamentó que muchas veces esas metodologías no están publicadas y sus resultados tampoco.

De los tres o cuatro estudios que debe haber realizado el Estado para los casos de los hospitales Sótero del Río y El Salvador dijo no conocer sus resultados, porque ahí se mide la rentabilidad del negocio y otros aspectos que no están siendo publicados.

En los casos internacionales, afirmó que todas las evaluaciones, tanto sus metodologías como los resultados de cada caso, son publicados para justificar la decisión que va a tomar el Estado.

Reflexionó señalando que lo importante es ver el valor que va a entregar el concesionario por el proyecto, por el dinero que se está gastando, o también la metodología que compara los costos, la provisión pública versus la provisión vía concesiones. Todo eso se compara y la decisión se toma a partir de un criterio de eficiencia del gasto público.

Representante de la Cámara Chilena de la Construcción, señor Carlos Fuenzalida.¹⁹

Dio inicio a su intervención explicando que se ha discutido sobre el modelo de financiamiento o desarrollo de las obras de infraestructura pública.

Destacó que en el año 2011 Chile contaba con 2,3 camas por cada 1.000 habitantes, representando una baja respecto del promedio de la OCDE donde la cifra corresponde a 4,9 camas por cada 1.000 habitantes, por tanto señaló que estamos por debajo de los estándares que la OCDE ha suscrito.

Indicó que este importante déficit se debe, por un lado, a la falta de infraestructura en salud -gran parte de los hospitales tienen más de 30 años de antigüedad y mucho equipamiento está obsoleto, lo que empeora el servicio- y, por otro, a que durante el último tiempo han existido complicaciones en la construcción de dicha infraestructura dado que hay 13 centros de salud desarrollados por el Minsal que se encuentran con distintas dificultades de ejecución ocasionadas por plazos, costos o problemas contractuales. Esos 13 centros están siendo revisados, actualmente, en su gestión por el Consejo de Defensa del Estado, dijo.

Para reducir la brecha de infraestructura hospitalaria, en 2007, se decidió utilizar el sistema de concesiones para la implementación de hospitales.

Comparación de costos: UF/m²+IVA. ¿Cuánto cuesta construir un hospital concesionado y otro por la vía tradicional de los fondos sectoriales?

Según el recuadro, los costos de construcción de hospitales concesionados que están en operación son menores en un 13,6% respecto de los hospitales construidos con fondos sectoriales.

Hospital Concesionado		Hospital Tradicional	
Operación	Construcción	Operación	Construcción
33,8	41,9	39,2	44,6

La misma situación ocurre al comparar el costo de construcción de los hospitales que están en construcción donde los concesionados resultan más baratos, 6,2%, en relación a los construidos con fondos sectoriales.

¹⁹ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión Investigadora N° 8, de 8 de julio de 2014.

Comparación de plazos.

	Hospital Concesionado		Hospital Tradicional	
	Operación	Construcción	Operación	Construcción
Incremento Promedio Costo Construcción	0,0%	0,0%	36,10%	9,60%
Incremento Promedio Plazo Construcción	36,1%	0,00%	39,19%	20,29%

En términos de plazos, indicó que en los dos hospitales concesionados, Maipú y La Florida, que están en operación, existió un incremento de 36,1%. En los hospitales que están en construcción no existe información hasta mayo de este año (2014) y no se puede asumir que haya aumento de plazo. En los hospitales tradicionales en operación hubo un aumento del 39,2% y los que están en construcción 20,2%; estos datos son hasta la fecha, pero no se sabe cómo terminarán los plazos.

Mencionó que con los datos expuestos, se concluye que el plazo de ejecución real de los hospitales concesionados es 12% menor, en comparación con los que se construyen con recursos sectoriales. Los hospitales con inversión directa incrementan el plazo original de construcción en más de 39%, en los hospitales que ya están en ejecución. Varios hospitales que están con inversiones directas se encuentran con riesgo de paralización de obras y en revisión por parte de la administración. Señaló que hay que tener en cuenta que esos plazos pueden ser mayores.

Relación superficie v/s número de camas.

	Hospital Concesionado		Hospital Tradicional	
	Operación	Construcción	Operación	Construcción
Superficie Promedio (m ²)	71.000	125.708	35.587	47.724
Número Promedio de Camas (N°)	383	512	229	294
Superficie v/s Camas (m ² /n°)	185,4	245,2	155,1	191,5

Explicó que cuando compararon precios por metro cuadrado todos entienden que son infraestructuras similares y la verdad es que los hospitales que se construyen bajo concesiones –según se aprecia en el cuadro- son más complejos, acotó. Se genera más construcción por cada cama.

Destacó que según la información que tienen en el caso de los hospitales concesionados, en los dos primeros hospitales, hay un orden de magnitud de 185 metros cuadrados por cada cama dotada y los que están en construcción sube a 245 metros cuadrados. En los hospitales tradicionales -que se hacen por fondos sectoriales- son 155 y 190 metros cuadrados, respectivamente. En ambos casos –dijo- los hospitales concesionados son de infraestructura más compleja; tienen mayores áreas de desarrollo, con más áreas de circulación, más pabellones quirúrgicos y más equipamiento clínico por cama dotada.

¿Cómo es la operación de estos hospitales? Los contratos de concesión de hospitales exigen, durante la explotación de las obras, la prestación de distintos servicios que catalogan como básicos, especiales, obligatorios y complementarios.

En ninguno de los contratos de hospitales concesionados se ha incorporado servicios que digan relación directa con la atención médica; sigue siendo la atención de personal de cargo del Servicio de Salud.

Señaló que el privado se focaliza exclusivamente en la provisión y mantenimiento de la reposición de la infraestructura y del equipamiento hospitalario y en la provisión de servicios para que funcione adecuadamente el hospital.

Finalmente –dijo- es el Servicio de Salud el encargado de proveer el equipo humano, profesional y técnico necesario para atender a los usuarios del

Servicios	Gestión Interna	Subcontrato
Gestión Clínica	X	
Servicios de Esterilización	X	
Servicios de Dispensación de Medicamentos	X	
Servicios de Transporte <u>Extrahospital</u>	X	
Laboratorio	X	
<u>Imagenología</u>	X	
Mantenimiento y Operación de la Infraestructura	X	
Inversión, Mantenimiento y Reposición Equipamiento Industrial		X
Inversión, Mantenimiento y Reposición Mobiliario No Clínico		X
Servicio de Alimentación Pacientes y Funcionarios		X
Servicio de Aseo		X
Servicio de Lavandería y Ropería		X
Gestión Integral de Residuos Hospitalarios		
Servicio de Seguridad y Vigilancia		X
Inversión, Mantenimiento y Reposición Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico		X
Sistema de Información Tecnológica	No Contempla	
Otros: cafetería, estacionamientos para funcionarios		X
Otros: cafetería, estacionamientos para público general		X

hospital y operar adecuadamente y el mobiliario del equipamiento clínico es provisto por el concesionario.

En el cuadro anterior, se puede apreciar el detalle de cómo se desarrolla la operación de los hospitales tradicionales, cuántos son de gestión interna y cuántos son de subcontrato. Es decir, no hay un gran cambio en la operación del establecimiento hospitalario dado que gran parte de ellos son externalizados, esto es, no hay una figura que represente un gran cambio de gestión.

Beneficios del sistema de concesiones. Dentro de sus conclusiones, destacó que son más baratas las obras si se construyen en plazos menores y se permite diferir los pagos por la construcción, los que se inician solo una vez que opera el hospital. Eso se genera en cuotas semestrales o anuales y en plazos de 8 a 10 años, lo que permite ejecutar simultáneamente un número importante de establecimientos, liberando recursos para invertirlos en salud pública y garantizando reposición de la infraestructura -el equipamiento y el inmobiliario- en caso de catástrofe, sin costo para el Estado. Es el concesionario, a través de sus pólizas de seguros, el que asume la reposición de la infraestructura o el equipamiento dañado ante alguna catástrofe.

Agregó que el contrato de concesiones establece multas y mecanismos de resolución de conflictos que facilitan la administración del contrato por parte del Estado. Este es un aspecto importante, dado el grado de conflictos que ha existido en dichos contratos.

Disponer de una infraestructura más pronta y en el menor plazo posible es un beneficio para el usuario. Este recibe una implementación mucho más compleja, con mayores niveles de servicio, equipamiento y número de camas. Se garantiza que el mantenimiento y la renovación oportuna del equipamiento médico e inmobiliario sean adecuados y que la mantención y conservación de la

infraestructura estén en condiciones similares al inicio de la operación. Esto es importante, ya que la calidad de la infraestructura y el equipamiento que se entrega se mantienen durante todo el período de la operación del hospital. Además, se garantizan niveles de servicio en alimentación, aseo, ropería, gestión de residuos hospitalarios, seguridad y vigilancia.

Concluyó que sus reflexiones finales apuntan a que el requerimiento de infraestructura en salud es grande y la historia muestra que no es factible que sea abordado exclusivamente con fondos sectoriales. La concesión pública o privada es una herramienta de financiamiento y gestión apropiada en el caso de hospitales de mayor tamaño y complejidad, por lo cual resulta ser un excelente complemento al sistema tradicional para reducir la brecha de infraestructura hospitalaria existente en el país.

Argumentó que para que todos los esfuerzos sectoriales y vía concesión rindan frutos, es importante y fundamental que se disponga de personal de salud capacitado en cantidad y calidad suficientes para asegurar la atención oportuna de la población.

Consultado por los atrasos y faltas de cumplimiento en los hospitales de Maipú y de La Florida, destacó que esos hospitales entraron en operaciones bajo una política de puesta en servicio parcial, con la infraestructura incompleta y sin prestar todo el servicio a partir del día uno.

Explicó que en gran parte de las situaciones que se puedan atribuir a atrasos, hay que distinguir cuáles son producto de la falta de recursos médicos, en qué casos falló la infraestructura, o en cuáles el equipamiento no estaba previsto para atender a los usuarios.

Dijo entender que gran parte de los reclamos se pueden atribuir a la insuficiencia de recursos humanos, lo que no permitió atender las consultas en las condiciones en que se encontraba el establecimiento. O sea, se ha realizado una especie de puesta en servicio en forma paulatina. Probablemente, el error haya sido el haber colocado los establecimientos en servicio, en forma parcial. Pero, aclaró que no les compete opinar sobre ello.

Consultado sobre la objetivación de las cifras entregadas explicó que lo que han tratado de hacer es mostrar la manera como han hecho los cálculos y con qué antecedentes los realizaron, a fin de determinar los números por los cuales están abogando. Agregó que están en una postura muy transparente, porque la información que utilizan proviene de los ministerio de Salud y de Obras Públicas.

Recalcó que, además de ser más complejas las infraestructuras concesionadas, hay elementos que están presentes en la construcción bajo el modelo de concesiones, que no incluye el modelo de construcción con fondos sectoriales, por ejemplo: los seguros.

El Estado no asegura sus obras, sino que se auto asegura, por lo que no hay un presupuesto en el costo de construcción del establecimiento que revele ese gasto. La empresa concesionaria, en el establecimiento concesionado, incorpora una póliza de seguro que cubre catástrofes que ocurran durante la construcción. Por lo tanto, aparece un sobre costo incorporado al proyecto, acotó.

Aclaró que también hay garantías de cumplimiento de contrato en la etapa de la construcción, que están considerados en el precio. Asimismo, se incorpora al costo el financiamiento necesario para realizar la inspección fiscal de

la obra objeto del contrato, porque esa inspección la financia el concesionario. Sin embargo, a pesar de todo, siguen siendo más baratos. Esa es nuestra conclusión - dijo.

A la consulta sobre el origen de los datos entregados, explicó que el que el Minsal menciona es 77% más alto. Dijo no conocer las fuentes ni sus bases de cálculo, pero están disponibles para participar en una mesa de trabajo para ver cómo se calculan las cifras y determinar quién tiene el error en sus cálculos.

En cuanto a la interpretación de la base comparativa, mencionó que no tienen más que tres establecimientos en concesión, como para tener antecedentes suficientes para que la comparación sea ilustrativa, pero en su informe han tratado de incorporar establecimientos en que la operación se realiza con fondos sectoriales, y que sean equivalentes en términos de superficie y en complejidad, para que la comparación sea válida.

A la consulta de cuándo se podría demorar la ejecución de los hospitales que el actual Gobierno retiró del sistema de concesiones, dijo que aun cuando el Ministerio de Salud realizara una gestión óptima y pudiera cumplir con retrasarlos solo seis meses -ese es el desafío que ellos están asumiendo, recalcó- la historia muestra que el retraso real pueden ser entre uno y dos años. Preciso que no está hablando de estimaciones suyas, sino de cómo se ha desarrollado el proceso históricamente.

V.- INFORMES Y DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN.

1) De Biblioteca del Congreso Nacional, que contiene un listado de los anuncios de inversión pública en la construcción de hospitales (2006-2010). El informe se hizo a petición de la Comisión Investigadora sobre el estado actual de inversión pública e infraestructura de la red de atención primaria y hospitales, y las noticias se ordenaron cronológicamente.²⁰

2) De la Biblioteca Nacional, sobre valoración de costos de los hospitales concesionados²¹. A raíz de las discrepancias en los costos que presentan la Cámara Chilena de la Construcción y la Fundación Creando Salud (ambas entidades que expusieron en la Comisión), la Comisión Investigadora solicitó informe a la Biblioteca del Congreso Nacional para que se pronunciara sobre éstas. Se concluyó que dichas diferencias obedecen a discrepancias metodológicas en el tratamiento de los análisis. Así, en lo fundamental, la Fundación Creando Salud incluye, conjuntamente, los subsidios fijos a la construcción y a la operación, para realizar sus comparaciones con la inversión estimada de las obras y, en segundo lugar, no considera tasas de descuentos en su estimaciones (las que bordearían el 5,4% como promedio anual), situación que llevaría a sobreestimar los costos en la construcción de los hospitales

²⁰ El informe completo y detallado que entregó la Biblioteca del Congreso Nacional a la Comisión, se encuentra dentro de los antecedentes recibidos por ésta en la Sala de la Comisión, a disposición de los Diputados.

²¹ El informe completo y detallado que entregó la Biblioteca del Congreso Nacional a la Comisión, se encuentra dentro de los antecedentes recibidos por ésta en la Sala de la Comisión, a disposición de los Diputados.

concesionados. Por su parte, la Cámara Chilena de la Construcción tiende a infravalorar los costos de construcción respecto al presupuesto oficial estimado de las obras, reduciendo el costo por metro cuadrado de los hospitales concesionados.

Se señala, sucintamente, que las concesiones hospitalarias han proliferado en diversos países, distinguiéndose dos modelos de gestión básicos, esto es, la concesión de gestión de servicios no clínicos y la concesión integral del hospital (servicios clínicos y no clínicos). Si bien la literatura internacional no resulta concluyente, en términos generales se puede señalar que la construcción de hospitales concesionados se ha hecho dentro de presupuestos y de plazos. En los países donde se han hecho estudios, el costo total de las concesiones tiende a ser mayor que los hospitales financiados de forma tradicional. Por su parte, la gestión permite una mayor flexibilidad en los recursos humanos, pero menor flexibilidad en la introducción de avances técnicos.

En cuanto a los costos de edificación de los hospitales concesionados en Chile que se encuentran en etapa de construcción o con grupos licitantes adjudicados, se verifica que el costo promedio ponderado sería de 49,25 UF/m² (IVA incluido). Si se considera promedio simple el costo es de 49,6 UF/m².

3) Documentos y presentaciones entregados a la Comisión por los invitados, durante la realización de las sesiones.²²

1. Informe de la Contraloría General de la República, de fecha 14 de febrero de 2013, que contiene una auditoría sobre el manejo de las camas críticas en 2012 y 2013 en el Ministerio de Salud.
2. Presentación del Ministerio de Salud, en la que se expone sobre la inversión en infraestructura hospitalaria proyectada para el cuatrienio del actual gobierno.
3. Presentación del Ministerio de Salud sobre la evolución de la infraestructura hospitalaria y su actual estado de situación, período 2006-2014.
4. Minuta entregada por el Ministerio de Salud que contiene antecedentes sobre el diseño y construcción del Centro de Referencia de Salud, comuna de Puente Alto. Además contiene información relevante sobre el estado del proyecto de construcción del hospital de Chimbarongo. Se adjuntó, asimismo, minuta de equipamiento de dicho hospital.
5. Minuta entregada por el Ministerio de Salud, que contiene antecedentes sobre el estado de construcción del hospital de Antofagasta.
6. Ordinario N°1508 de 2 de mayo de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales al Presidente del Consejo de Defensa del Estado, dando cuenta del estado de las concesiones, de su ejecución, y de la infraestructura hospitalaria. Asimismo respuesta del Consejo de Defensa del Estado, quien solicita al Ministerio de Salud los antecedentes para fiscalizar el patrimonio fiscal en relación con las concesiones y la ejecución de obras en infraestructura hospitalaria.

²² Todos estos documentos se encuentran archivados en la Comisión, dentro de los antecedentes recibidos por ésta en la Sala de la Comisión, a disposición de los diputados.

7. Gráfico entregado por el Ministerio de Salud que contiene información sobre la compra de FONOSA de camas críticas. Precios de privados versus costo público.
8. Nómina de prestadores privados, entregado por el Ministerio de Salud.
9. Informe ejecutivo del Departamento de Auditoría del Ministerio de Salud, de fecha 29 de mayo de 2014, que contiene el avance de proyectos de inversión críticos que presentan atrasos o desviaciones en su ejecución o terminación.
10. Presentación de fecha 10 de junio de 2014, de la Coordinación de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, donde se refieren a las inversiones en obras públicas y, dentro de ellas, a la infraestructura hospitalaria.
11. Carpeta entregada por la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, FENATS, señor Oscar Riveros, que contiene documentos con información sobre posibles irregularidades ocurridas en el hospital San Borja.
12. Carpeta entregada por la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, FENATS, señor Oscar Riveros, que contiene documentos con información sobre el atraso en la construcción del hospital Exequiel González Cortés.
13. Minuta con antecedentes de la construcción del hospital de El Carmen de Maipú y Rancagua, entregado por la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud, FENPRUSS.
14. Presentación del Coordinador de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, señor Eric Martín González, que trata sobre la ejecución de la construcción del hospital El Carmen de Maipú. Sus dificultades, plazos, precios y condiciones contractuales.
15. Presentación realizada por la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Central, sobre la ejecución en la construcción del hospital El Carmen de Maipú. Adjuntó, asimismo, minuta con la recepción municipal y el estado de situación de la concesión del hospital El Carmen. También se adjuntó auditoría del Ministerio de Salud a la construcción del edificio Obispo Sergio Valech.
16. Presentación realizada por el Director del Servicio de Salud Arauco, quien expuso sobre el estado de construcción del hospital de Cañete. Dejó asimismo, a disposición de la Comisión, una carpeta con todos los antecedentes copiados y que dicen relación con la ejecución de la obra del hospital de Cañete.
17. Carpeta entregada por la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, FENATS, señor Oscar Riveros, que contiene documentos con información sobre la situación del proyecto “ampliación del hospital de urgencia asistencia pública, construcción edificio Valech.
18. Minuta Investigativa del Jefe del Departamento de Auditoría del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Guillermo Saffie Vega, sobre atención de pacientes sin contar con recepción definitiva por parte del hospital El Carmen de Maipú. Este documento surge a la luz de los antecedentes copiados en Sumario Administrativo instruido por el Director del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Jorge Martínez Jiménez.

19. Exposición de la Fundación Creando Salud sobre “concesiones hospitalarias”. Expositor señor Matías Goyenechea.
20. Copia de bases de licitación sobre “ampliación hospital asistencia pública, edificio Obispo Sergio Valech. Licitación n° 775-73-LP13. Se acompañó, asimismo, resoluciones y decretos de asignación de recursos.
21. Informe en Derecho aportado por la Directora del Servicio de Salud de Chiloé, señora Paulina Reinoso, sobre incumplimiento y término anticipado de contrato denominado “Ejecución Obras Civiles CESFAM Chonchi”, con empresa C.V.C. S.A.
22. Minuta entregada por la Directora del Servicio de Salud de Chiloé, señora Paulina Reinoso, que contiene la gestión técnica administrativa de los proyectos de hospitales de Ancud y Quellón.
23. Documento entregado por la Red de Usuario de la Salud Metropolitana, señora Rosa Vergara, que contiene un informe relativo a la atención de pacientes en el hospital El Carmen de Maipú, sin contar con recepción municipal. Cabe hacer presente que dicho informe es producto de una investigación realizada por la División de Infraestructura y Regulación Subdivisión de Auditoría de la Contraloría General de la República, con fecha 06 de junio de 2014.
24. Presentación efectuada por la Presidenta de la Red de Usuario de la Salud Metropolitana, señor Rosa Vergara, donde exponen sobre la apertura del hospital El Carmen de Maipú, la atención sin contar con recepción municipal y sobre supuestos incumplimientos a las bases de licitación.
25. Estudio y análisis comparativo sobre implementación por contrato sectorial versus sistema de concesiones de obras públicas, elaborado por la Cámara Chilena de Construcción, de fecha junio 2014.
26. Antecedentes proyecto “Normalización Hospital Carlos Cisternas, Calama II Región”, aportado por el Consejo Regional de Antofagasta.
27. Carpeta entregada por el Director del Servicio de Salud de Antofagasta que contiene antecedentes sobre metodología de trabajo implementada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales al interior de dicho servicio, durante la ejecución y el término anticipado del contrato de construcción a suma alzada del Hospital Carlos Cisternas de Calama.
28. Carpeta entregada por el ex Subsecretario de Redes Asistenciales, que contiene documentos relativos a la autonomía de los servicios de salud y su relación con la subsecretaría de redes asistenciales en inversiones de infraestructura y equipamiento hospitalario.
29. Informe elaborado por la Biblioteca del Congreso Nacional que contiene las auditorías realizadas a los hospitales fiscalizados por la Contraloría General de la República.
30. Presentación entregada por la Presidenta del Colegio de Matronas y Matrones, señora Anita Román Morra, donde expone el Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios.
31. Presentación efectuada por el Director del Servicio de Salud Antofagasta, señor Waldo Bustos Streeter.

32. Estudio de la Biblioteca del Congreso Nacional que contiene la “Valoración de Costos de los Hospitales Concesionados”.
33. Presentación Contraloría General de la República, sobre “Fiscalización de la Infraestructura Hospitalaria años 2006-2014”.
34. Presentación de representantes de la FENPRUSS, del Hospital Felix Bulnes.
35. Presentación del Consejo Regional de Antofagasta, señor Zamir Nayar.
36. Presentación del Director del Servicio de Salud de la Región de O’Higgins, con detalles de la situación actual y del anterior Gobierno respecto de dicho servicio público.
37. Presentación del Director del Servicio de Salud de la Región de O’Higgins, sobre la construcción del Hospital de Rancagua.
38. Presentación de la Asociación de Directivos de la Atención Primaria de Salud de la Región de O’Higgins.
39. Set de carpetas entregadas por el ex Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo Fuenzalida, que contienen antecedentes de las concesiones y obras de los siguientes hospitales: Maipú, Hospital Urgencia Asistencia Pública, Torre Monseñor Valech, Rancagua, Calama, Puerto Montt, Cañete, Cesfam Calama Antofagasta.
40. Bases tipo de licitación pública concesión construcción de hospitales, con toma de razón por parte de la Contraloría General de la República, aportados por el ex Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo Fuenzalida.
41. Denuncias al Consejo de Defensa del Estado por presuntas responsabilidades en reposición Hospital de Cañete, como asimismo, respecto del estado y proyectos de la cartera salud entre los años 2008-2014, interpuesta por el ex Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo Fuenzalida.
42. Presentación del ex Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo Fuenzalida, sobre el estado de la cartera salud al momento de asumir su gestión hasta el término de su mandato.
43. Video aportado por el diputado Juan Luis Castro que contiene nota periodística emanada de Canal 13, sobre la obra de construcción del Hospital de Rancagua.
44. Oficio de la Comisión de Evaluación de Ofertas de la Licitación “Hospital del Salvador e Instituto Nacional de Geriátría” dirigido a la Directora General de Obras Públicas que sostiene que la licitación ya referida se ejecutará por el Sistema de Concesiones.
45. Artículo del señor Eduardo Engel que trata sobre el tema: ¿concesionar o no concesionar?
46. Artículos de periódicos que contienen declaraciones del exministro de Salud señor Álvaro Erazo, quien sostiene que en Colina habrá nuevo hospital concesionado.
47. Documento entregado por el exministro de Salud que contiene información OCDE sobre cantidad de camas por cada mil habitantes.

48. Documento entregado por el exministro de Salud que contiene el artículo 124 de la ley de urbanismo y construcción y el “*twitter*” de Germán Codina donde lo menciona.
49. Informe ficha IDI, proceso presupuestario 2014, proyecto: construcción Centro de Referencia en Salud en Puente Alto. Hospital tipo 2, de mediana complejidad en la comuna.
50. Presentación de la Ministra de Salud, sobre el estado de la red asistencial al 10 de julio de 2014; Unidad de Monitoreo de Obras. Contiene además el programa de inversiones 2014-2018.
51. Correos electrónicos de Alejandra Meniconi, abogado del Ministerio de Salud del Gobierno anterior y del señor Carlos Ossa de la División de Inversiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales también del Gobierno anterior, y que dicen relación con el proceso de construcción del Hospital de Calama.
52. Oficio del Consejo de Defensa del Estado donde expresa que no tiene información respecto a 13 centros de salud que estarían paralizados de construcción como habría afirmado el Ministerio de Salud.

VI.- LISTADO DE OFICIOS DESPACHADOS Y DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN EN EL MARCO DE SU INVESTIGACIÓN.

Durante el ejercicio de su cometido, la Comisión despachó los siguientes oficios, formulando las consultas o requiriendo la información que a continuación se detalla:

N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
6	04-06-2014	Directora del Servicio de Salud de Arica.	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
7	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de Iquique	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	1 /07/14
8	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de Antofagasta	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
9	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de Atacama	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- de hospitales, concesionados o no, en los cuales exista proceso de construcción, y que sean de su competencia territorial.	7/07/14

N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
10	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de Coquimbo	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	7 /07/14
11	04-06-2014	Director del Servicio de Salud Valparaiso	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
12	04-06-2014	Director del Servicio de Salud Viña del Mar	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	5 /08/14
13	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de Aconcagua	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	22/08/14
14	04-06-2014	Director del SS O'Higgins	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
15	04-06-2014	Directora del Servicio de Salud del Maule,	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
16	04-06-2014	Director del Servicio de Salud del Ñuble	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	1 /07/14
17	04-06-2014	Directora del Servicio de Salud del Bío-Bío	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	1/07/14
18	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de Concepción	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
19	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de Arauco	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- de hospitales, concesionados o no, que exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	

N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
20	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de Talcahuano	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	7/07/14
21	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de la Araucanía Norte	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	17 /06/14
22	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de la Araucanía Sur	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
23	04-06-2014	Director del SS Valdivia señor	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
24	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de Osorno	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	22/07/14
25	04-06-2014	Directora del Servicio de Salud de Chiloé	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
26	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de Reloncaví	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
27	04-06-2014	Director del Servicio de Salud de Aysén	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
28	04-06-2014	Directora del Servicio de Salud de Magallanes	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
29	04-06-2014	Director del SS Metrop. Central	informar el estado de ejecución y avance –de hospitales, concesionados o no, en q exista proc. constr. de su competencia territorial.	

N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
30	04-06-2014	Director del Servicio de Salud Metropolitan o Norte	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	7/07/14
31	04-06-2014	Director del Servicio de Salud Metropolitan o Sur	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
32	04-06-2014	Director del Servicio de Salud Metropolitan o Oriente	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	17 /06/14
33	04-06-2014	Director del Servicio de Salud Metropolitan o Occidente	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	1/07/14
34	04-06-2014	Director del Servicio de Salud Metropolitan o Sur Oriente	informar el real estado de ejecución y avance –en porcentaje- del o de los hospitales, concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción, y que sean de su competencia territorial.	
35	04-06-2014	Ministro de Obras Públicas	informar el cronograma de construcción de los Hospitales de Curicó, Chillán y Linares, y si éstos, en el evento que se han retirado del sistema de concesiones, interesa conocer si existen o existirán variaciones al cronograma fijado por el gobierno anterior.	20/08/14
47	11-06-2014	Presidente del Consejo Regional de La Araucanía	informar el estado de avance en la investigación realizada por ese Consejo al Hospital de Pitrufuquén, los motivos que la justificaron, como asimismo, las razones y estado actual del atraso en las obras de construcción.	
51	19-06-2014	Ministro de Obras Públicas	enviar los siguientes antecedentes, respecto de los hospitales concesionados entre los años 2006 a 2013: actas de adjudicación, tablas de ponderación de cada ítem y sus evaluaciones separado por oferente, tanto del punto de vista técnico, administrativo y económico, como asimismo sus respectivas ofertas económicas.	
52	19-06-2014	Ministra de Salud	Informar qué estudios de red existían en el año 2006 y cómo se han ido actualizando hacia el año 2013 y cuál era el diagnóstico de déficit en el año 2006, 2010 y 2014.	
53	19-06-2014	Ministra de Salud.	informar por el término de las contrataciones y de los servicios a honorarios a partir del 11 de marzo de 2014 en los hospitales de La Florida y Maipú. Del	

N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
			mismo modo, para que informe el número de cargos y servicios cerrados con motivo de los términos de contrata y servicios a honorarios antes referidos.	
54	19-06-2014	Intendente Regional de La Araucanía	informar el estado de avance en la investigación realizada por el Consejo Regional de la Araucanía al Hospital de Pitrufrquén, los motivos que la justificaron, como asimismo, las razones y estado actual del atraso en las obras de construcción.	22/07/14
59	19-06-2014	Ministro de Hacienda	hacer llegar a esta Comisión información de la ejecución presupuestaria -en materia de inversión- del sector Salud desde el año 2006 a la fecha.	
60	19-06-2014	Director del Servicio de Salud Arauco	hacer llegar a esta Comisión los siguientes antecedentes que dicen relación con la construcción del Hospital de Cañete: rechazo de la ITO al aumento de plazo del contrato de obra por 274 días en beneficio de la empresa constructora Socoicsa; rechazo de la asesoría externa de la ITO respecto del mismo aumento de plazo en el contrato de obra; respuesta y rechazos consecutivos (3 veces) de parte de la Contraloría General de la República respecto del mencionado aumento de plazo del contrato de obra; resolución exenta donde se sanciona el aumento de plazo del contrato de obra por 274 días y, finalmente, los documentos y correos electrónicos donde conste la intervención y negociación del Subsecretario de Redes Asistenciales directamente con la empresa constructora del Hospital de Cañete.	
71	10-07-2014	Director del Servicio de Salud Metropolitan o Central	<ul style="list-style-type: none"> - Cuántos despidos ha habido desde marzo de 2014 a la fecha, en el hospital El Carmen de Maipú, diferenciados por estamentos. - Saber si han cerrado unidades clínicas en el hospital El Carmen de Maipú desde marzo de 2014 a la fecha. - En relación al hospital El Carmen de Maipú: informe sobre la situación de término de contrato de anestesistas y el cambio por nuevos. Vínculos que Ud. habría tenido con anestesistas del Hospital del Tórax. Del mismo modo, indique qué anestesistas percibirían por sus servicios 14 millones de pesos mensuales, detallando desde cuándo habría ocurrido este hecho, por qué concepto cobraban dicha suma y cuál era la modalidad de cobro y pago de tales emolumentos. La Comisión requiere se envíe copia del respaldo, boletas o documentos que avalan dichos montos y contratos. - Relación laboral que Ud. habría tenido durante el gobierno del ex Presidente Sebastián Piñera y durante el gobierno anterior de la Presidenta Michelle Bachelet con el Ministerio de Salud o con 	<p>5 /08/14</p> <p>12/08/14</p>

N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
			<p>algún servicio de su dependencia.</p> <p>- Finalmente, para que indique si alguna vez fue objeto de algún sumario o investigación administrativa, y de ser así, por qué razón, y cuáles fueron sus resultados.</p>	
72	09-07-2014	Ministro de Obras Públicas	<p>enviar los cronogramas de licitaciones en infraestructura hospitalaria, los tiempos requeridos para la revisión de las ofertas técnicas y económicas, la cantidad de empresas oferentes y cuáles empresas se adjudicaron dichas licitaciones.</p>	
94	22-07-2014	Ministro de Obras Públicas	<p>enviar los antecedentes e información que se pasa a indicar:</p> <p>1.- Respecto a la construcción del hospital de Coquimbo y al Cesfam de Salamanca e Illapel, indicar si el señor Sergio Teke y Leticia Ramírez prestaron algún tipo de asesoría. En el caso de ser afirmativa la respuesta, para que precise en qué calidad lo hicieron y quiénes fueron los destinatarios de dichas asesorías.</p> <p>2.- Razones por las que el Ministerio de Obras Públicas no habría considerado, al momento de evaluar el costo promedio del metro cuadrado de los hospitales sectoriales, los siguientes aspectos que los encarecen en las proporciones que se pasan a indicar: desarrollo de ingeniería definitiva en 2,5% de valor total del contrato, costo asesoría inspección fiscal en 3% del valor total del contrato, pago por la implementación de la gestión de cambio en 1,5% del valor total del contrato, aislación sísmica en 1 UF m², y la climatización del 100% de las instalaciones del hospital, ya que los sectoriales sólo considerarían la climatización de las zonas críticas.</p> <p>3.- Razones que justificarían que las cifras publicadas por el Ministerio de Salud, respecto del valor promedio del metro cuadrado de los nuevos hospitales, incluidos en ellos los que fueron retirados de licitación, no coincidirían con las entregadas por el Ministerio de Obras Públicas. En efecto, el Ministerio de Salud habría publicado que el valor promedio del metro cuadrado de tales hospitales ascendería a la suma de 67 UF m², en circunstancia que el Ministerio de Obras Pública habría afirmado que su valor no superaría las 40 UF m².</p> <p>4.- Si el Ejecutivo adopta la decisión de construir el hospital Sótero del Río por la vía sectorial, ¿éste constará con los 49 pabellones que se habrían comprometido en su diseño; con las 710 camas del programa "Adulto Materno Infantil" y con los 215.000 m² para el Centro de Referencia para patologías complejas?</p> <p>Interesa saber, asimismo, cuánto tiempo va a demorar su construcción y si dicho hospital</p>	

N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
			<p>tendría las dimensiones propuestas por el Gobierno anterior, o va a ser más pequeño.</p> <p>5.- Finalmente, de cuánto sería el atraso en la construcción de los hospitales donde el Ejecutivo ya habría adoptado la decisión de retirarlos del sistema de concesiones para ejecutarlos vía financiamiento sectorial.</p>	
98	23-07-2014	Ministra de Salud	comparación de los costos de construcción entre hospitales concesionados y aquellos financiados con fondos sectoriales.	
105	05-08-2014	Contralor General de la República	Tomó conocimiento que los plazos para estudiar las ofertas y resolver adjudicar, respecto de las licitaciones públicas de concesiones de los hospitales Felix Bulnes y El Salvador, fueron de 3 y 5 días hábiles respectivamente. Sobre el particular, acordó oficiar a Ud. a fin tenga a bien indicar si existe alguna observación por parte de la Contraloría General de la República sobre tales plazos y la exigüidad de los mismos.	
107	07-08-2014	Ministra de Salud	remitir los antecedentes que obren en su poder respecto de denuncias que puedan haber realizado al Ministerio Público o al Consejo de Defensa del Estado, alguna subsecretaría de su dependencia, sobre eventuales irregularidades detectadas en las licitaciones en infraestructura hospitalaria realizadas por autoridades o funcionarios del gobierno del ex Presidente Sebastián Piñera.	08/09/14
108	07-08-2014	Intendente Regional de La Araucanía	Complementar información solicitada en oficio N° 54 de fecha 19 de junio de 2014 de esta misma Comisión, relativa a la investigación realizada por el Consejo Regional de la Araucanía al Hospital de Pitrufuquén, por cuanto la sentencia de la Corte de Apelaciones adjuntada al set de documentos que conforman su respuesta no venía completa omitiéndose sus últimas hojas donde figura la parte resolutive de la misma.	02/08/14
109	07-08-2014	Ministra de Salud	informar el estado de avance, problemas encontrados y plazo de entrega del Hospital de Pitrufuquén.	
112	12-08-2014	Subsecretaría de Redes Asistenciales	por su intermedio a la "Mesa técnico jurídico que tiene por finalidad analizar los aspectos de la concesión del Hospital Salvador Geriátrico", a fin tengan a bien informar el costo para el Estado de dejar sin efecto la adjudicación de la concesión de dicho recinto de salud.	
115	26-08-2014	Ministra de Salud	Tomó conocimiento que el señor Sergio Teke, estaría a cargo de una unidad o departamento dependiente directamente de la Ministra de Salud, con competencia sobre todo el presupuesto de	

N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
			inversión en infraestructura hospitalaria. Sobre el particular acordó solicitar a US., se sirva informar en qué condición jurídica está contratado el señor Sergio Teke, si tiene o no la calidad de funcionario público, sus funciones y marco regulatorio de esa unidad o departamento. Del mismo modo, interesa saber el rango de facultades del señor Teke en relación con la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los Directores de Servicio.	

VII.- CONSIDERACIONES QUE SIRVAN DE BASE A LAS CONCLUSIONES O A LAS PROPOSICIONES RECHAZADAS POR LA COMISIÓN.

Con el *voto favorable* de los diputados Sergio Gahona Salazar, Diego Paulsen Kehr, Jorge Rathgeb Schifferli (en reemplazo de Karla Rubilar Barahona) y Marisol Turres, el *voto en contra* de los diputados Juan Luis Castro González, Karol Cariola Oliva, Marcela Hernando Pérez, Marco Antonio Núñez Lozano, Alejandra Sepúlveda Orbenes, Gabriel Silber Romo y Víctor Torres Jeldes, **se rechazaron las siguientes consideraciones, conclusiones y propuestas formuladas por los diputados que se indican:**

“Análisis y las conclusiones elaboradas por la diputada Karla Rubilar, Diego Paulsen, Sergio Gahona, Javier Macaya y Marisol Turres.”

El 15 de abril de 2014, la Cámara de Diputados aprueba la creación de esta comisión Especial Investigadora encargada de "investigar el estado actual de la inversión pública en infraestructura de la red de atención primaria y hospitalaria, con énfasis en las obras concesionadas y no concesionadas, durante los dos últimos períodos presidenciales hasta la fecha, como asimismo las eventuales irregularidades en los procesos de licitaciones, concesiones, adjudicaciones, contratos, operaciones, renegociaciones, avances de obras, multas y otros subsidios con cargo a fondos públicos en las materias señaladas.".

La comisión se constituyó el 6 de mayo.

Sesiones

La Comisión sesionó en 15 oportunidades y recibió las declaraciones de las siguientes personas:

- 1.- Ministra de Salud, Helia Molina Milman.
- 2.- Mario Muñoz, Asesor del Coordinador de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas.
- 3.- Alvaro Henríquez, Jefe de Proyecto del Ministerio de Obras Públicas.
- 4.- Zarko Luksic, Asesor del Ministerio de Obras Públicas.
- 5.- Gabriela Farías, en representación de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud, FENPRUSS.

6.- Mariela Orellana, Jefa Sector Salud, Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda.

7.- Jorge Antonio Martínez, Director (TP) del Servicio de Salud Metropolitano Central.

8.- Víctor Valenzuela Director (S) del Servicio de Salud Arauco.

9.- Jorge Martínez Jiménez, Director (TP) del Servicio de Salud Metropolitano Central.

10.- Sergio Granados Aguilar, Director de Presupuestos.

11.- Paulina Reinoso Ríos, Directora (S) del Servicio de Salud de Chiloé.

12.- Carlos Fuenzalida Inostroza Director Nacional de la Cámara Chilena de la Construcción.

13.- Ramón Yávar, Presidente del Grupo de Trabajo Minsal.

14.- Carlos Piaggio Gerente de Infraestructura de la Cámara Chilena de la Construcción.

15.- Rosa Vergara, Presidenta de la Red de Usuarios de la Salud Metropolitana.

16.- Alberto Undurraga, Ministro de Obras Públicas.

17.- Ernesto Jorquera Flores, Director del Servicio de Salud de Coquimbo.

18.- Anita Román Morra. Presidenta del Colegio de Matronas de Chile.

19.- Enrique Castro Munizaga, Director del Hospital de Calama.

20.- Waldo Rubén Bustos Streeter Director (S) del Servicio de Salud de Antofagasta.

21.- Juanita Pérez Moraga, Directora del Hospital de Antofagasta.

22.- Horacio Díaz, Jefe de Urgencia del Hospital El Salvador.

23.- Representantes del Capítulo Médico del Hospital El Salvador.

24.- Ismaela Cáceres Solar, Presidenta de la Federación de Funcionarios de la Salud del Hospital El Salvador.

25.- Ramiro Mendoza Zúñiga, Contralor general de la República.

26.- Luis Castillo Fuenzalida, ex Subsecretario de Redes Asistenciales

27.- Zamir Nayar, Presidente de la Comisión de Salud del Consejo Regional de Antofagasta.

28.- Miguel Flores, Inspector Técnico de Obras del Servicio de Salud de Antofagasta,

29.- Jaime Mañalich, ex Ministro de Salud,

I.- Antecedentes más relevantes de las sesiones

A.- Declaración de la Sra. Ministra de Salud Helia Molina:

Revisada la documentación acompañada en cada exposición, una de las más relevantes resulta ser la presentación de la Ministra de Salud, en sesión de

20 de mayo, donde estableció que el diagnóstico sobre los problemas en el área: “Los pacientes hospitalizados en Servicio de Urgencia que esperan más de 12 horas para lograr ingresar a la cama que corresponde según complejidad y son el resultado de importantes brechas de camas en el país, 1,5 camas/1000 HAB si se considera población INE 2013 o 1,9 camas/1000 HAB si considera población beneficiaria. Asimismo falla en la Red para anticipar el daño y lograr compensar pacientes crónicos y anticipar daño y Gestión de intrared (al interior de los establecimientos de salud)”

La misma autoridad propuso como soluciones a los problemas de atención de salud:

1.- Plan de inversiones del actual gobierno con lo que se logrará llegar a 2, 2 camas/1000 HAB.

2.- Profundización del Modelo Integral de Atención de Urgencias e Integración de este con APS y Atención Secundaria.

3.- Seguimiento y trazabilidad de pacientes crónicos en la red asistencial.

4.- Profundización del modelo de gestión de camas en la red asistencial.

5.- Modelamiento de procesos en enfrentamiento de la cronicidad y multi morbilidad en la red asistencial.

6.- Fortalecimiento de estrategias de atención de pacientes crónicos complejos.

7.- Se revisará el modelo de compras de camas.

8.- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, considerando DSS.

En la misma presentación, la Ministra estableció que a marzo del 2014 la situación era:

- 27 hospitales en etapa de ejecución de obras: 6 hospitales fueron iniciados en el gobierno anterior, 8 corresponden a reparaciones mayores post-terremoto, 13 a proyectos de reposición de nuevos establecimientos y a la fecha se encuentran 8 hospitales en etapa de licitación de obras.

- Cartera de concesiones: Se ha adjudicado el Hospital de Antofagasta, Salvador-Geriátrico; Sotero del Río y Occidente se encuentran en etapa de Toma de Razón, Red Quinta en firma Gabinete Presidencia y se retiró convenio mandato de las licitaciones de Curicó, Linares y Chillán.

La principal conclusión de la exposición de la Ministra es que no se estableció que efectivamente existieran “eventuales irregularidades en los procesos de licitaciones, concesiones, adjudicaciones, contratos, operaciones, renegociaciones, avances de obras, multas y otros subsidios con cargo a fondos públicos” como establece el mandato de esta Comisión.

B) Declaración Sr. Contralor General de la República Ramiro Mendoza:

Al ser consultado sobre las supuestas irregularidades en el proceso de concesiones hospitalarias, el Contralor afirmó categóricamente “que no han detectado ese tipo de irregularidades”. Indicó que para que la Contraloría tome

una decisión de denunciar ante el Ministerio Público, tiene que tener la suficiente convicción de que hay una figura que configura un ilícito, por eso en contadas ocasiones ha realizado este tipo de acciones, pero en otros ámbitos. “No hemos hecho denuncias penales sobre hospitales”.

Esta declaración ratifica el hecho que no existen irregularidades ni hechos imputables a las autoridades de salud. De hecho, el Contralor aclaró que no han recibido ninguna denuncia formal en ese sentido.

Sostuvo que los servicios de salud son entidades autónomas y descentralizadas. No obstante, sostiene que los servicios de salud son buenos para tomar decisiones y malos para hacerse cargo de las consecuencias de esas decisiones y que generalmente lo que ocurre que desde el nivel central se deben encausar esos problemas. Y eso se da mucho en el sector salud, no sólo desde ahora sino desde siempre.

Finalmente, respecto a los hospitales concesionados y vínculo contractual de los trabajadores, el Contralor indicó que no hay cambios “los funcionarios siguen siendo públicos”. Indicó que van a elaborar un dictamen para aclarar esta situación a raíz de algunas consultas particulares que se han hecho respecto del nuevo Hospital Félix Bulnes.

C.-Declaración, asesor Coordinador Concesiones MOP Sr. Mario Muñoz:

El coordinador señaló que “los cambios que hemos hecho forman parte del aprendizaje que hemos hecho del proceso de los hospitales de Maipú y La Florida respecto de los otros hospitales. Esto no es nuevo para concesiones. En cada licitación que hacemos y nos pasa en las concesiones viales donde tenemos una gran cantidad de contratos, vamos descubriendo nuevas maneras para hacerlo mejor. Así que más que errores yo hablaría de aprender de nuestra propia experiencia”. Asimismo ratifica que “No hemos detectado errores”.

D.- Contradicciones en Declaraciones del Ministerio de Salud y Ministerio de Obras Públicas

Un punto relevante a consignar son las diferencias de hasta un 44% en los valores base de los hospitales concesionados arrojan los cálculos que presentaron en la Cámara de Diputados los ministerios de Salud y Obras Públicas. Según lo informado por el Ministerio de Obras Públicas los hospitales concesionados de Maipú y La Florida tuvieron un costo de 38,9 UF/m² y 42,2 UF/m², respectivamente, mientras que los recintos de Antofagasta y Salvador Geriátrico se cifraron, a su vez, en 44,5 UF/m² y 37,9 UF/m². Se trata de valores considerablemente más bajos a los que entregó la ministra de Salud, Helia Molina, quien detalló que los hospitales de Maipú y La Florida tienen un valor de 56 UF/m², mientras que los establecimientos de Antofagasta y Salvador Geriátrico demandarán 64 UF/m² y 57 UF/m², respectivamente. Se trata de valores que, al ser comparados, distan hasta en un 44%, como ocurre con el costo entregado por ambas carteras para el caso del hospital de Antofagasta, pese a la participación a la par de los dos ministerios en el proceso.

II.- Análisis de la información recibida

En Chile, desde el año 2003 se ha venido explorando el mecanismo de las Concesiones Hospitalarias como una alternativa de inversión mediante la cual desarrollar proyectos Hospitalarios de gran envergadura. Fue en mayo de 2005 cuando en el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos, el Ministerio de Salud solicita formalmente al Ministerio de Obras Públicas, mediante el "I Convenio de Mandato" la concesión de los primeros Establecimientos de Salud, comenzando los Estudios y Evaluaciones necesarias para emprender allí una iniciativa concreta de inversión por la vía de concesiones.

Con el llamado a Precalificación de los Hospitales de Maipú y La Florida efectuados en el Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet en mayo del 2007, se materializó en Chile la inversión bajo el sistema de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria. A fines del año 2009 y al mismo tiempo que se perfeccionaba el Contrato de Concesión para los Hospitales de Maipú y La Florida, el Ministerio de Salud configuró una nueva cartera de proyectos para desarrollar bajo la Ley de Concesiones.

Sin embargo los efectos del terremoto del 27 de Febrero del 2010 y la necesidad de desarrollar en el corto plazo la ejecución de algunos proyectos Hospitalarios estratégicos, obligaron al Gobierno del Presidente Sebastián Piñera a evaluar las prioridades de los proyectos mandatados al Ministerio de Obras Públicas, agregando nuevos Convenios de Mandato

Cuando el presidente Ricardo Lagos, que inició el programa de concesiones de hospitales, dijo que "Todo lo que es concesionable, se concesiona; lo que es financiable por los privados, se entrega y con eso se liberan recursos" No podemos estar mas de acuerdo en especial en salud, donde los recursos son siempre limitados y la brecha de camas criticas en este país sigue siendo muy grande. Es inentendible que al tener sólo una diferencia en el peor de los casos, menor al 3% en costos entre una modalidad y otra y siendo reconocido incluso por el ministerio de obras publicas que los concesionados son más rápidos en su construcción que los sectoriales, se deseché por un tema ideológico y de presión de los gremios una herramienta que posibilita avanzar en el déficit de infraestructura de forma mucho más rápida. Además con todo el atraso mayor que significará para la población de Puente Alto, V cordillera, Linares; Curicó; Chillan que llevan años esperando. Es obvio que falta voluntad política de hacer lo correcto. La falta de experiencia y malos resultados del MINSAL como ejecutor de los proyectos, hace absurdo que el ministerio esté preocupado de construir en vez de llenar los hospitales de especialistas, mejorar las condiciones laborales de los funcionarios, equipamiento para exámenes, medicamentos entre otras cosas para lograr una buena atención. Claramente se ha perdido el foco del ministerio.

Consideraciones iniciales

Costos de construcción:

Los hospitales sectoriales elegidos para el análisis MOP MINSAL coinciden con los del análisis nuestro. Sin embargo, según la información entregada por la propia Ministra Molina al Senado el 03.06.14, el promedio de costo unitario vigente es de 41.1 UF/m².

Al homologar los costos entre concesionados y sectoriales en la minuta, se consideran sólo 2 partidas: Asesoría Inspección Fiscal y Diseño Definitivo,

ambas con guarismos adecuados, olvidando agregar: Aislación sísmica (100%, sólo incluidos en G. Fricke, Talca y Ex. Gonzalez Cortes) y la Climatización al 100% de las instalaciones (en los sectoriales sólo se aplica a zonas críticas, tales como: pabellones, CPC y laboratorio, caso Maipú - La Florida). Sólo estas dos partidas pueden estimarse en unas 4.0 UF/m² adicionales. Considerando todos los factores, la diferencia llega tan solo a un 2,5%.

Subsidios Operacionales:

El análisis no es correcto por cuanto la cartera de servicios es diferente, y por lo tanto no resultan comparables los ratios presentados. En efecto, en los hospitales del Gobierno del Presidente Piñera, se agregaron otros servicios de suma relevancia para mejorar la gestión asistencial de los mismos, como son el Mantenimiento de Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico y No Clínico (incluidos en la Acreditación de Hospitales) y Sistemas de Información e Infraestructura Tecnológica, todos de alto costo. Adicionalmente, se deben agregar los servicios de Traslados de pacientes y servicios Logísticos (sólo H. Salvador).

Entregar Construcción a la Dirección de Arquitectura del MOP:

La experiencia de la Dirección de Arquitectura del MOP en relación a gestionar proyectos de construcción de hospitales, por mandato de otras entidades del Estado, tales como el Ministerio de Salud, es baja, tanto en cantidad, complejidad, como en volúmenes de obras. Lo anterior, no obstante el mandato que hiciese el Ejército de Chile²³, para apoyar la construcción del Hospital Militar, importante obra de más de 85.000 m².

Tanto para el Hospital Militar como para los hospitales públicos del MINSAL que se efectúan por la vía sectorial, es el Estado sea a través del Ejército de Chile en el primero, o de los respectivos Servicios de Salud en los segundos, los encargados de disponer de manera previa a la licitación de la licitación de la construcción de las obras:

- Terrenos debidamente saneados.
- Estudios Preinversionales debidamente aprobados por MIDESO.
- Otras Aprobaciones sectoriales que correspondan (DIPRES, Subsecretaria de Redes Asistenciales (MINSAL), Municipalidades, etc.).
- Informes Previos: Topografía, Mecánica de Suelos, Factibilidades de Servicios Públicos (agua, energía)
- Proyecto Definitivo terminado, lo que significa disponer la documentación en la cual se definen y especifican todas las características físicas, espaciales y técnicas que conforman la infraestructura del o de cada Establecimiento de Salud, incluidas las instalaciones, equipamiento, mobiliario y especies vegetales, suficiente y necesaria para la correcta construcción de las obras. Comprende el conjunto de documentos, tales como: memorias de diseño, especificaciones técnicas, catálogos, certificados, permisos y documentos gráficos como planos, esquemas, imágenes, entre otros.

²³ Año 1999 y perfeccionado 2001. Se contemplaba el seguimiento y control del desarrollo del diseño Definitivo, a cargo de un consorcio liderado por Misael Astudillo, y posterior construcción de las obras

Debilidades del sistema de inversión sectorial:

La inversión sectorial para la construcción de obras públicas, lleva implícito a que el riesgo de diseño lo asume íntegramente el Estado, esto significa que los errores, inconsistencias, insuficiencias, y descoordinaciones de especialidades, que puedan existir en el diseño y especificaciones desarrollados por el Estado, es asumido en un 100% por éste. Lo anterior, necesariamente se traducirá en mayores costos y necesariamente en aumento de los plazos de construcción, ambos de cargo del proyecto. Ejemplos, múltiples como los ya conocidos de Calama; Rancagua y Puerto Montt, sin embargo hay otros como:

- Hospital Militar, atrasos de casi 2 años por errores e indefiniciones en especificaciones técnicas en el diseño definitivo entregado al momento de la licitación, como también debido a cambios efectuados por la Autoridad o Mandante (Ejercito), así como de verificarse desorden e irregularidades administrativas, todos estos aspectos verificados ex post por Contraloría.

- Hospital Base de Osorno, iniciado en el 2007 y terminado recién el 2013 (71% de aumento de plazos) razones: indefiniciones, errores, insuficiencia de cumplimiento de normativas sectoriales, entre otras, todas referentes al diseño definitivo licitado.

- Gustavo Fricke, iniciado en el 2013 con un plazo de 1.390 días, a la fecha ya llevaría un atraso de 160 días (11.5%) con sólo un 6% avance de las obras. El atraso se debería a errores en el diseño definitivo entregado por el Servicio de Salud, fundamentalmente debido a un deficiente estudio de cabida en el terreno, entre otros, todos por cierto errores verificados en el Diseño Definitivo entregado por el MINSAL.

La experiencia práctica indica que los diseños que han venido desarrollando los Servicios de Salud son insuficientes para ejecutar obras a suma alzada, sin que ello altere plazos y costos de manera significativa durante la ejecución de las obras. A lo anterior se debe agregar los cambios de proyectos que se van sucediendo durante la construcción, debido a indefiniciones o inadecuadas resoluciones arquitectónicas o técnicas durante la etapa de diseño, lo que se puede ver ahondado por inspecciones técnicas de obras deficitarias. Cabe preguntarse el porqué de estas deficiencias y cambios. La respuesta se encuentra probablemente en las insuficientes competencias de los profesionales de las unidades de recursos físicos de los Servicios de Salud, sumado a la falta de incorporación temprana y permanente de los equipos de salud en el diseño, puesto que son estos últimos quienes efectivamente conocen el modelo de gestión asistencial vigente, finalmente cabe también señalar la poca especialización en general de consultoras nacionales en la materia, probablemente por un tema de tamaño de mercado.

Conforme los antecedentes antes expuestos, no parece una idea acertada el que sea el Ministerio de Salud el que mandate a la Dirección de Arquitectura del MOP, la ejecución de estos proyectos, considerando los antecedentes expuestos, en particular porque el expertise interno es reducido y limitado, para enfrentar obras hospitalarias de alta complejidad.

Análisis comparativo de inversiones concesionadas vs sectoriales

Para sentar las bases del análisis que se presenta en las siguientes páginas, a continuación se muestra una síntesis comparada de los aspectos más

relevantes para las inversiones realizadas por la vía concesionada y la vía sectorial.

Tabla N°1: Comparación hospitales concesionados vs tradicionales

Tabla N°1: Comparación hospitales concesionados vs tradicionales		
ITEM	CONCESIONADO	TRADICIONAL
Financiamiento	Privado	Público
Costo	28 UF/m ² y 45 UF/m ² (Copsa) 33,8 UF y 42 UF/m ² (CCHC) 42,02 UF/m ² (MOP) Valores sin IVA	33 UF/m ² y 72 UF/m ² (Copsa) 35 y 44,6 UF/m ² (CCHC) 38UF/m ² (Minsal) Valores sin IVA
Tiempo construcción	Únicos casos para comparar Maipú y La Florida que se demoraron 30% más de lo previsto (Copsa).	Considerando sólo los proyectos terminados en los últimos tres años, el sobre plazo fue de 60%. El hospital de Osorno se entregó con más de dos años de atraso, situación similar a la del hospital de Rancagua.
Mantenimiento infraestructura	Concesionario, exigible por contrato	Pública, no exigible
Gestión administrativa	Pública	Pública
Gestión clínica	Pública, responsabilidad directa de las autoridades de salud	Pública, responsabilidad directa de las autoridades de salud
Servicios externalizados	Servicios industriales tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Estacionamiento - Lavandería - Aseo - Seguridad - Equipamiento médico - Apoyo logístico - Cafetería - Residuos - Mantención infraestructura Se entregan por un periodo de 15 años.	Hoy existe un sistema mixto, es decir, una parte es operada por los hospitales y otros servicios que son externalizados: <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Lavandería - Aseo - Seguridad - Estacionamientos - Apoyo logístico - Cafetería - Residuos Se entregan por un período de 3 a 5 años. En el caso del Salvador 10 de 15 servicios ya están externalizados.
Costo para el usuario	Igual a hospitales tradicionales: Gratis para Fonasa A y B. En el caso de grupos C y D depende de nivel previsional y copago establecido por Fonasa.	Gratis para Fonasa A y B. En el caso de grupos C y D depende de nivel previsional y copago establecido por Fonasa.
Dependencia de los trabajadores	Se mantienen las mismas condiciones contractuales que tienen actualmente.	Condiciones contractuales bajo la dependencia del SS.

¿Por qué concesionar?:

El Presupuesto de Inversiones del Ministerio de Salud, se ha incrementado considerable y abruptamente en los últimos años, pasando en

cuatro años de un promedio de 50 mil millones de pesos a 300 mil millones de pesos anuales. Este crecimiento si bien es cierto es beneficioso para el Sector, también plantea desafíos no triviales a la hora de administrar Recursos sin la Capacidad Técnica y conocimiento necesario.

Lamentablemente el Ministerio de Salud no cuenta con suficientes Profesionales con la expertiz requerida para hacerse cargo de un Presupuesto que en tres años fue sextuplicado. Los Servicios de Salud responsables de desarrollar y Licitación los Contratos de Construcción son autonomos del nivel Central en estos conceptos, lo que les lleva a cometer errores de millones de dólares, a la hora de escribir Bases de Licitación.

Con 300 mil millones de pesos al año será posible renovar en promedio 3 hospitales por año, es decir la necesidad de renovar cerca de 130 hospitales se alcanzaría en poco más de cuarenta años. Lo anterior obliga al Estado de Chile a explorar nuevas alternativas y sistemas de Inversión, que permitan además de traer recursos limpios al sistema, permitan aplanar los pagos de inversión, transferir riesgos al privado. Y que mejor transferencia de riesgos al Constructor, que comenzar a pagar solo un vez recepcionado el 100% de la Obra y transfiriendo la responsabilidad del estado de esta, por los proximos 15 años, como lo permite el Contrato de Concesión.

El plan de impulsado entre los años 2010 y 2013, considerando estos aspectos planteó una cartera de 11 proyectos a concesionar. La siguiente tabla resume los beneficios del programa de concesiones respecto a la inversión sectorial:

Recintos Relevantes (Con y Sin Proyecto):

Situación Actual (2012):

	Hospital de Maipú	Hospital de La Florida	Hospital de Antofagasta	Complejo Salvador-Geriatrico	Hospital Félix Bulnes	Complejo Sótero del Río	Hospital Provincial Marga-Marga	Hospital Biprovincial Quillota-Petorca	Hospital Provincial Curicó	Hospital Provincial Linares	Hospital de Chillán
Total Camas	0	0	531	440	324	779	177	206	256	294	431
Total Boxes	0	0	51	130	86	125	18	22	41	49	61
Total Pabellones	0	0	9	15	7	26	4	5	6	5	8
Parto Integral	0	0	0	0	4	3	2	2	2	3	5

Situación con Hospital Concesionado:

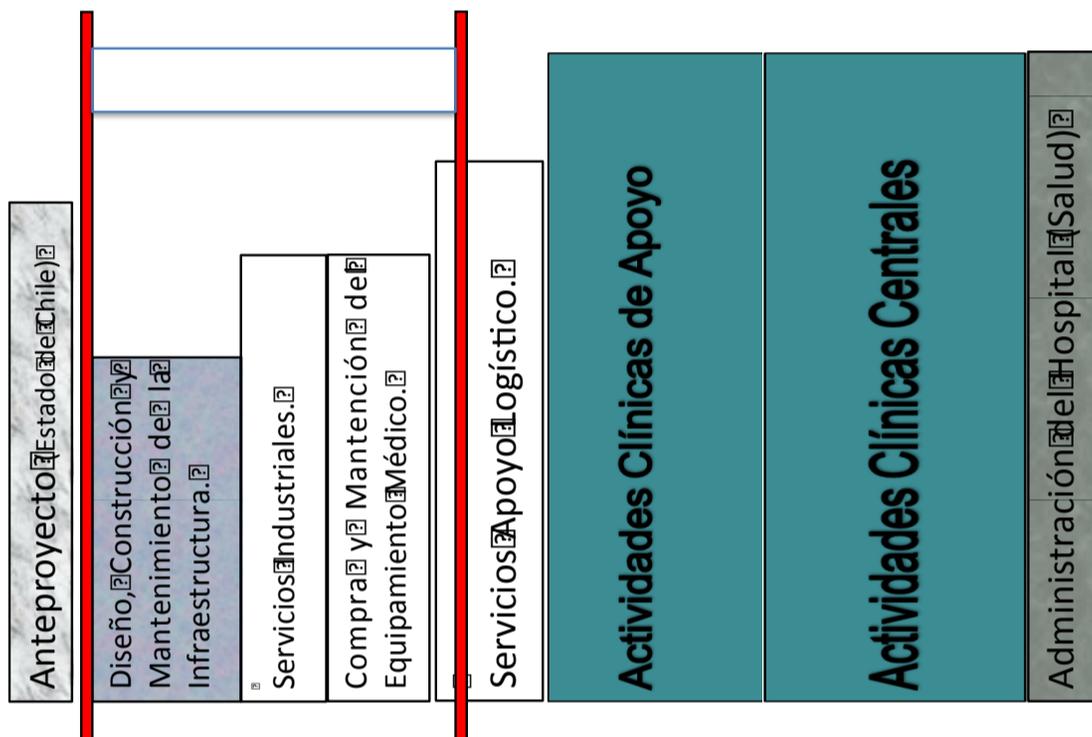
	Hospital de Maipú	Hospital de La Florida	Hospital de Antofagasta	Complejo Salvador-Geriatrico	Hospital Félix Bulnes	Complejo Sótero del Río	Hospital Provincial Marga-Marga	Hospital Biprovincial Quillota-Petorca	Hospital Provincial Curicó	Hospital Provincial Linares	Hospital de Chillán
Total Camas	375	391	671	642	523	710	264	264	400	325	520
Total Boxes	112	112	81	182	55	119	30	30	38	34	44
Total Pabellones	17	17	16	24	11	36	9	9	12	8	14
Parto Integral	4	4	6	0	5	3	3	3	5	3	5

Incremento de Nuevos Recintos Relevantes para la Red Pública	Total Camas	1.647	Renovación de Recintos gracias a Hospitales Concesionados	Total Camas	5.085
	Total Boxes	254		Total Boxes	837
	Total Pabellones	88		Total Pabellones	173
	Parto Integral	20		Parto Integral	41

¿Qué se concede?:

El siguiente diagrama representa el modelo de Concesiones Hospitalario que está desarrollando el Estado de Chile, donde el Concesionario se hace cargo de los Servicios Industriales y en ninguno de los Servicios a su cargo “toca al Paciente”.

Modelo de Concesión Hospitalaria en Chile:



Los Servicios Concesionados son los siguientes:

- Aseo y Limpieza en general, Gestión de Residuos y Control de Vectores.
- Gestión de Ropería y Lavandería.
- Alimentación de Pacientes y Funcionarios.
- Mantenimiento y Operación de la Infraestructura y Equipamiento Industrial.
- Servicio de Seguridad y Vigilancia.
- Servicio de Estacionamiento de Pacientes, Visitas y Funcionarios.
- Adquisición, Reposición y Mantenimiento del Equipamiento Médico e Informático.
- Servicio de Transporte Extra-Hospitalario.
- Gestión de Logística.

Es importante destacar que si bien se han desarrollado en el mundo, variados modelos de Concesiones, el utilizado en Chile es el Modelo “SIN GESTIÓN CLÍNICA (DBOT)”, es decir el Estado transfiere a un Privado los Riesgos asociados a la Infraestructura, Equipamiento y Servicios Industriales. Es importante destacar que No forma, ni formará parte del Modelo de Concesiones Hospitalarias desarrollado en Chile, el poner en manos del Concesionario u otro Privado, ningún elemento asociado a la Atención Clínica.

Continuamente se atribuye al Modelo de Concesiones la externalización de los Servicios Industriales en los Hospitales Públicos, no obstante la figura siguiente, deja de manifiesto que en la Cartera de Hospitales Concesionados, antes siquiera de adjudicar el Contrato de Concesión, ya se encuentra Externalizado gran parte de los Servicios Industriales considerados en la Concesión. La tendencia en la administración de Hospitales va hacia ese modelo (externalización de Servicios). La baja externalización de Servicios en los Hospitales fuera de la Región Metropolitana, obedece principalmente a la oferta, dado que en Regiones no se ha desarrollado aún de forma competitiva la industria prestadora de Servicios Industriales, con capacidad para atender un Hospital.

Servicios Industriales, antes de la Concesión:

Situación de Servicios que serán Concesionados (al 2013):

Servicio Concesionado	Maipú y la Florida	Antofagasta	Salvador Geriátrico	Sótero del Río	Félix Bulnes	Marga-Marga	Biprovincial	Chillán	Curicó	Linares
Aseo	No aplica	Mixto	Externo	Mixto	Externo	Externo	Externo	Mixto	Propio	Propio
Residuos	No aplica	Externo	Externo	Externo	Externo	Mixto	Mixto	Mixto	Propio	Propio
Vectores	No aplica	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo
Ropería	No aplica	Externo	Externo	Externo	Mixto	Propio	Propio	Propio	Propio	Propio
Alimentación Pacientes	No aplica	Propio	Mixto	Propio	Externo	Propio	Propio	Propio	Propio	Propio
Alimentación Funcionarios	No aplica	Propio	Mixto	Externo	Externo	Propio	Propio	Propio	Mixto	Mixto
Mantenimiento Infra	No aplica	Mixto	Externo	Mixto	Propio	Mixto	Mixto	Mixto	Mixto	Mixto
Mantenimiento Equipos	No aplica	Externo	Externo	Externo	Externo	Mixto	Mixto	Mixto	Externo	Externo
Cafetería	No aplica	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo
Seguridad	No aplica	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo
Estacionamiento	No aplica	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	Propio	Propio	Propio
Infraestructura TI	No aplica	Propio	Externo	Mixto	Externo	Mixto	Mixto	Propio	Mixto	Mixto
Transporte Externo	No aplica	No aplica	Mixto	No aplica	Mixto	Propio	Propio	Externo	Propio	Propio
Logística	No aplica	No aplica	Propio	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Sala Cuna	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

¿Por qué se bajó el índice de pago de día cama de 80% a 60% de ocupación?:

La existencia de un pago variable asociado a la ocupación de camas de un determinado hospital dice relación con establecer un equilibrio económico entre las estructuras de costos fijos y variables asociados a los distintos servicios de la concesión y los reales niveles de actividad de un hospital determinado. De este modo, se consigue que el Estado pague un menor subsidio fijo a la operación

semestral, y se incluyen los costos asociados a las variaciones de actividad por sobre el 60% mediante un pago variable asociado a ésta, de manera vencida. La razón de la baja de este umbral de 80% a 60%, radica en los procesos de gradualidad definidos por MINSAL. De este modo el Estado paga por el nivel efectivo de ocupación.

Porcentaje de Ocupación (60% ó 80%):

Escenarios de Utilización del Hospital (% de Ocupación)								
Hospital	% Ocupación Basal	Subsidio Fijo de Operación	S.O.Variable por D.C.O.	Pago por 50% de Ocupación	Pago por 60% de Ocupación	Pago por 70% de Ocupación	Pago por 80% de Ocupación	Pago por 90% de Ocupación
Maipú	80%	115.200 UF/Sem	0,500 UF/D.C.O.	3,11 UF/D.C.O.	2,59 UF/D.C.O.	2,22 UF/D.C.O.	1,94 UF/D.C.O.	1,78 UF/D.C.O.
La Florida	80%	124.800 UF/Sem	0,500 UF/D.C.O.	3,23 UF/D.C.O.	2,69 UF/D.C.O.	2,31 UF/D.C.O.	2,02 UF/D.C.O.	1,84 UF/D.C.O.
Antofagasta	60%	177.606 UF/Sem	0,488 UF/D.C.O.	2,40 UF/D.C.O.	2,00 UF/D.C.O.	1,77 UF/D.C.O.	1,60 UF/D.C.O.	1,47 UF/D.C.O.
Salvador Geriátrico	60%	250.000 UF/Sem	0,498 UF/D.C.O.	3,34 UF/D.C.O.	2,78 UF/D.C.O.	2,44 UF/D.C.O.	2,18 UF/D.C.O.	1,98 UF/D.C.O.

Ajuste por Cartera de Servicios Concesionados	
Contrato de Maipú y la Florida	Mantenición de Infraestructura, Alimentación, Ropería, Seguridad y Vigilancia, Aseo, control de vectores y Residuos Sólidos, estacionamiento, Jardín Infantil (0,77%)
Contrato de Antofagasta	Mantenición de Infraestructura, Alimentación, Ropería, Seguridad y Vigilancia, Aseo, control de vectores y Residuos Sólidos, estacionamiento, Sistemas de Información (6,20%), Equipamiento Médico (11,06%)
Contrato de Salvador-Geriátrico	Mantenición de Infraestructura, Alimentación, Ropería, Seguridad y Vigilancia, Aseo, control de vectores y Residuos Sólidos, estacionamiento, Equipamiento Médico (11,06%), Sistemas de Información (6,20%), Transporte (1,31%), Logística (3,27%).

En primer lugar y antes de hacer comparaciones, es necesario llevar a valores equivalentes los elementos en análisis. El Contrato de Maipú y la Florida a diferencia del II Programa de Concesiones, consideró la Concesión del Jardín Infantil de los Funcionarios del Hospital, el impacto específico de ese valor en los Subsidios es del 0,77%, lo que fue descontado en los valores expresados en el cuadro anterior de "Escenarios de Utilización del Hospital".

Por otra parte el II Programa de Concesiones incorporó a la Concesión Servicios como; Equipamiento Médico, Tecnologías de la Información y otros, cuyo peso específico también fueron ajustados a objeto de hacer comparables ambas versiones de Contrato.

Lo anterior se resume en que al día de hoy, si el Índice Ocupacional del Hospital de Maipú está al 80% el Pago Total Equivalente al Concesionario sería de aproximadamente 46.682\$ por Cama Ocupada y si lo mismo ocurre para el Hospital de la Florida el Pago sería de 48.607\$, en Antofagasta de 38.500\$ y en el Proyecto Salvador-Geriátrico sería de 52.457\$. Estos valores corresponden al Subsidio Total de Operación (Fijo más Variable) de los Servicios Concesionados en análisis (estos valores no consideran IVA).

En el Contrato de Concesión de Maipú y la Florida el Subsidio Fijo de Operación cubre el primer 80% del "Porcentaje de Ocupación" y el segundo 20% es cubierto por el Subsidio Variable de Operación. Al día de hoy, cuando el Hospital de Maipú se está sub-utilizando (50%), el Estado paga al concesionario

un Subsidio Fijo del 80%, ergo se está “sobrepagando” al Concesionario un Subsidio Fijo superior al que se hubiera pagado al definirlo en el 60%, tal como se hizo en los siguientes contratos.

En resumen a valores razonables de ocupación de camas, la relevancia de si se fija el Subsidio Fijo al 80% y el Variable al 20% (caso Maipú y la Florida) ó se establecen al 60% para el Fijo y 40% para el variable (II Programa de Concesiones), la verdad es que es inverosímil dado que los pagos al concesionario van disminuyendo en la medida que se utilice en mayor grado el hospital.

Finalmente dejar en claro que el peor escenario ha sido definir un límite de Subsidio Fijo de Operación alto (80%) y utilizar la Infraestructura a un valor inferior (50%), tal como sucede hoy en los Hospitales de Maipú y la Florida. Y no está demás establecer nuevamente, que esto No es culpa del Concesionario, sino de las Autoridades que definieron de esa forma el Contrato de Concesión para Maipú y la Florida en el año 2007 y no previeron que tratándose de Hospitales nuevos, se tardaría un par de años en llevarlos a valores de ocupación cercanos al 80%.

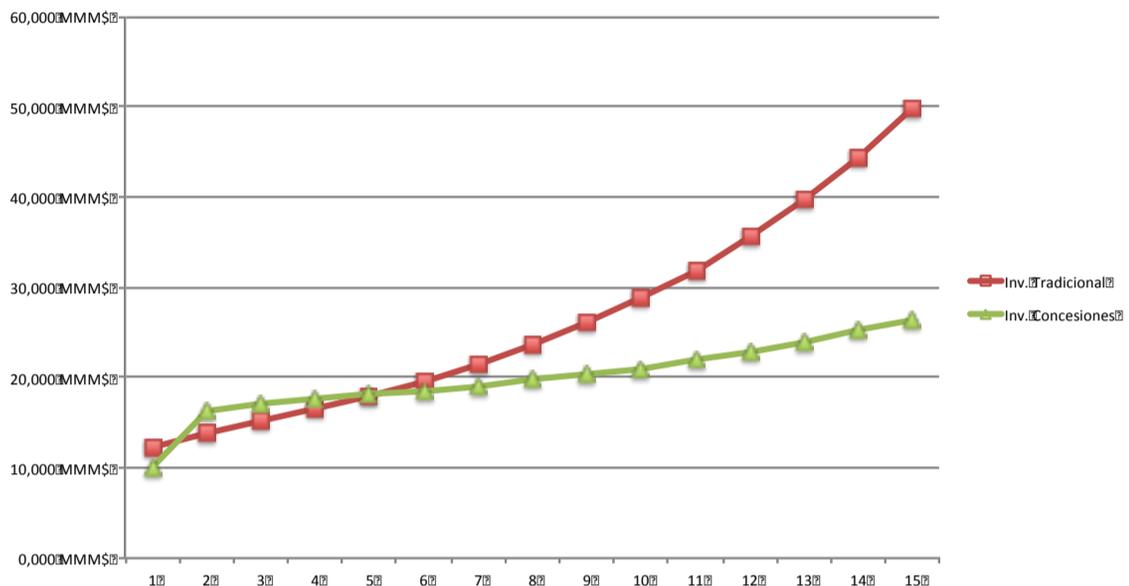
Premios al Nivel de Servicios:

El Premio al Nivel de Servicios Concesionados, “erróneamente” como ha sido presentado por algunos Diputados a la opinión pública, no tiene nada que ver con el Índice de Camas Ocupadas en el Hospital, dado que como se mostró anteriormente el único elemento asociado a la Ocupación del Hospital es el Subsidio de Operación. Es decir, si el Hospital opera al 80% de Ocupación durante el semestre de medición, no significa en ningún caso que al Concesionario se le va a pagar el Premio equivalente a los 80 “Puntos”, nótese que incluso que ambos conceptos están asociados a unidades distintas, en un caso “Porcentaje de Ocupación” y en el otro “Puntos”. Se trata dos mundos total y absolutamente distintos, el primero define cantidad y el segundo a calidad.

Los valores de los premios, que efectivamente experimentaron un crecimiento entre Maipú y la Florida, con respecto a los demás proyectos, se debe a que desde Antofagasta los Contratos en lo que se refiere al cumplimiento en los Niveles de Servicios Concesionados son más estricto para la Concesionaria y debido a ello, en un trabajo consensuado entre el MOP, DIPRES y MINSAL, se estableció aumentar el valor de los premios, atendiendo con ello a las mayores complejidades de los cumplimientos y la incorporación de Servicios más complejos. Lo anterior sumado a la real necesidad de aumentar los atractivos para la participación de los privados en estos proyectos. No es exagerado señalar la desconfianza que generó en muchos Precalificados, el cambio de Gobierno y la amenaza que la “ideología anti-concesiones” representaba para la estabilidad en las garantías de la inversión extranjera a la hora de confiar en Chile. Lamentablemente los hechos han dado la razón a aquellos que tuvieron temor de invertir en Chile y que a diferencia de OHL (V Región) y Ferrovial (Sótero del Río), previeron la inestabilidad e incumplimiento a los compromisos que este nuevo Gobierno tendría sobre procesos totalmente sanos y validados por todas y cada una de las instituciones (no politizadas) han presentado en la cámara.

En Operación:

Comparación Costos de Operación Servicios Industriales:



La grafica anterior compara los Costos de Operación de los servicios concesionados para ambos modelos de financiamiento en el Proyecto Salvador Geriatrico. La línea roja corresponde al costo de continuar bajo el actual sistema y la línea verde corresponde al costo bajo el modelo de concesión aplicando el máximo valor de los Premios posibles de obtener por el Concesionario. Es decir, en Salvador-Geriatrico aún cuando el Estado tuviera que pagar todos los semestres el máximo de los Premios al Concesionario, la Operación de esos Servicios sería de menor valor a que si se siguiera haciendo como al día de hoy, pero con un estándar de calidad muy superior.

¿Cuáles son los costos concesionados versus costos sectoriales?:

El diseño de los hospitales concesionados obedeció a 4 directrices, claves en establecimientos de salud: Centrado en el usuario; Flexibilidad; Funcionalidad Operativa; y Eficiencia Energética. Con ello, se pretende disponer de hospitales que sean capaces de adaptarse a la evolución de los modelos de gestión asistencial; optimización de los flujos de pacientes, funcionarios y usuarios en general; cambios en los modelos futuros; y diseños que aporten a una optimización del uso de la energía (iluminación, climatización, entre otros), todo ello en estricto cumplimiento de la normativa vigente, en especial la sanitaria. Asimismo, los costos de construcción de los hospitales concesionados corresponden no sólo a la valorización de los costos constructivos propiamente tal, sino que, además, incluyen aquéllos asociados a: Diseño Definitivo, Asesoría de Inspección Fiscal y los correspondientes a la Gestión del Cambio, de los actuales funcionarios de los hospitales a la nueva infraestructura y modalidad de operación.

El costo de construcción promedio asociado a los hospitales adjudicados y en proceso de adjudicación, asciende a: 48.8 UF/m² (con IVA), valor actualizado neto al año de la adjudicación, considerando una tasa de descuento de un 5.5% anual sobre los flujos de pago previstos en las Bases de Licitación. Estos montos incorporan, además el costo por riesgo de diseño que por tratarse de concesiones lo asume el privado, en lugar de lo que sucede con los financiados por la vía sectorial, que es asumido por el esta.

Hospital	Salvador Geriátrico	Félix Bulnes	Sotero del Río	Maipú	La Florida	Antofagasta
Superficie (m²)	165,994	135,267	214,917	71,000	71,000	114,000
Valor Presente (MUF) (1)	7,298	6,993	10,523	3,242	3,512	6,042
Costo Unitario (UF/m²)	44.0	51.7	49.0	45.7	49.5	53.0
(1) Valores con IVA. Valor presente al momento de la adjudicación contrato, descontado a una tasa anual de 5.50%.						
(2) Costo Unitario Promedio : 48.8 UF/m ²						

Mediante un análisis de hospitales financiados por la vía de recursos sectoriales, según se indica en Tabla N°2²⁴, de tamaños superiores a 30.000 m² es posible determinar que su costos según contrato vigente asciende a 41.1 UF/m² (con IVA). Sin embargo, cabe señalar que estos costos no son comparables a los concesionados, debido a que NO incluyen:

- Desarrollo de la Ingeniería Definitiva (incluido en la Concesión, el cual por la vía sectorial es desarrollado en forma previa a la licitación, tomado de paso el riesgo del diseño el Estado), el que se puede estimar como un 2.5% del monto total del contrato.
- Costo de la Asesoría de la Inspección Fiscal (incluido en la Concesión, el cual en el caso vía tradicional lo debe costear el Servicio de Salud), el que se puede estimar como un 3.0% del monto total del contrato.
- Pago por implementación de Gestión del Cambio, el que se puede estimar como un 1.5% del monto total del contrato.
- Aislación Sísmica, estimado como 1.0 UF/m².
- Climatización (100% de las instalaciones del hospital (excluidos estacionamientos y otros), los sectoriales sólo se incluye en zonas críticas, tales como: pabellones, CPC y laboratorios). Esta mejoría en el nivel de confort a todos los usuarios del hospital, se estima en unas 3 UF/m².

²⁴ Fuente : Presentación Ministra Sra.Helia Molina al Senado 03.06.14

Cuadro Resumen de Costos de Construcción Hospitales Sectoriales (1)

Hospital	fecha Adjudicación (1)	Valor Contrato (MM\$) con IVA (1)	Valor Contrato Vigente (MM\$) con IVA (1)	Superficie (m ²) (1)	Valor UF	Valor Contrato con IVA (UF)	Valor Contrato Vigente con IVA (UF)	COSTO UNITARIO con IVA UF/M ²	COSTO UNITARIO con IVA UF/M ² VIGENTE	COSTO UNITARIO CORREGIDO con IVA UF/M ² (2)
Calama	01/07/2010	30,880,959	39,026,196	34,462	21,204.99	1,456,306	1,840,425	42.3	53.4	61.1
Copiapo	15/06/2009	35,493,122	36,388,940	42,326	20,964.49	1,693,011	1,735,742	40.0	41.0	47.9
Gustavo Fricke	02/04/2013	85,401,044	85,401,044	92,000	22,870.85	3,734,056	3,734,056	40.6	40.6	46.4
Rancagua	30/12/2009	66,902,646	72,927,909	68,202	20,946.26	3,194,014	3,481,667	46.8	51.0	58.6
Talca	09/03/2011	71,457,547	74,879,776	85,870	21,547.69	3,316,251	3,475,072	38.6	40.5	46.3
Los Angeles	11/08/2009	42,449,351	43,961,957	48,000	20,971.48	2,024,147	2,096,273	42.2	43.7	50.7
Puerto Montt	07/12/2009	69,312,953	75,831,730	111,394	21,017.51	3,297,867	3,608,026	29.6	32.4	38.7
Exequiel Gonzalez Cortes	28/11/2012	46,024,390	46,024,390	52,178	22,871.93	2,012,265	2,012,265	38.6	38.6	44.3
Total								38.8	41.1	47.6

Tabla N°2

(1) Fuente: Presentación Ministra H. Molina a Senado 03.06.14. Se consideran sólo hospitales de superficies mayores a 30.000 m².

(2) Corregido por las partidas señaladas anteriormente: Diseño Definitivo; Asesoría de Inspección Fiscal; Gestión del Cambio; Aislación Sísmica (según corresponda) y Climatización.

(3) Excluye corrección aislación sísmica para estos hospitales.

Al corregir el costo de construcción de los hospitales sectoriales antes señalados, de un promedio de 41.1 UF/m² (con IVA) se obtiene un valor promedio de unas 47.6 UF/m², limitándose la diferencia a 1.2 UF/m² (2.5%). Esta diferencia, se estima supera con creces la transferencia de riesgos de diseño y posterior construcción del Estado en los concesionados, y de mayor confort para los usuarios, puesto que la concesión asume una relación de largo plazo, al ser responsable de la gestión de la infraestructura diseñada y construida, así como de la operación de los servicios de apoyo no clínicos individualizados en las Bases de Licitación.

¿Qué aprendizaje fundamentó el incorporar el equipamiento médico?: La inclusión de los servicios de adquisición, reposición y mantenimiento del Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico dentro de la concesión obedeció a:

- Certidumbre de contar con la disponibilidad operativa del equipamiento médico de un determinado nivel tecnológico, en estricto cumplimiento de estándares de técnicos y de servicio, permitiendo de ese modo el acceso oportuno, confiable y seguro a equipos que permiten en conjunto con los funcionarios del Hospital (médicos, enfermeras y otros profesionales y técnicos) otorgar a los pacientes que así lo requieran prestaciones diagnósticas y de tratamiento.

- Dificultad Histórica del MINSAL a acceder de los recursos financieros de inversión y reposición de activos de manera sistemática.

- Falta de disponibilidad permanente de recursos

presupuestarios del MINSAL para el mantenimiento del equipamiento.

- Obligación de los Establecimientos de Salud de garantizar condiciones de certidumbre en el “AMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO”, conforme lo requerido en los procesos de Acreditación de Establecimientos de Salud exigidos por la Autoridad Sanitaria, contando de modo real y efectivo con toda la documentación y procesos técnicos y de registro que garanticen la confiabilidad y seguridad de c/u de los equipos disponibles en el Hospital.
- Transferencia de riesgos del diseño y construcción de la Infraestructura y las instalaciones asociadas al equipamiento médico, optimizando de ese modo la coordinación y el alineamiento de incentivos.
- Finalmente destacar que el modelo definido garantiza al Establecimiento de Salud y al MINSAL la adquisición y reposición de equipamiento médico conforme requerimientos técnicos objetivos, y se realiza a través de procedimientos transparentes y conocidos, los que cuentan con la participación directa del MINSAL.

En torno a los plazos de apertura de oferta y adjudicación ¿cómo se explica que haya casos en que solo haya pasado un día entre una cosa y la otra?: La posibilidad de acortar plazos radicó fundamentalmente en la estandarización de procedimientos debido a la disponibilidad de Bases Tipo de Hospitales y a la coordinación implícita que ellas establecieron. Asimismo, los procesos previos de precalificación y análisis de cada uno de los interesados, que sea realizó de manera previa a las licitaciones permitió conocer y calificar a cada uno de los oferentes de manera acabada para todos el Programa de Concesiones efectuado.

Para los que no tengan conocimiento, es importante establecer que a diferencia de lo planteado por algunos opositores al modelo, las licitaciones de los Proyectos; Salvador-Geriátrico, Félix Bulnes, Sótero del Río, Red V Región, Red Maule y Chillán, comenzaron efectivamente en Septiembre del año 2012, a partir de donde se comenzaron a entregar antecedentes a los Oferentes Precalificados para que hicieran sus estudios económicos. Es decir, no se trató de licitaciones de “una semana” como plantean algunos Diputados, por otra parte, también es importante destacar que se trata de “Contratos de Adhesión”, es decir lo que se establece en las Bases es lo que el Estado requiere del Adjudicatario (ni más ni menos). A diferencia de los proyectos tradicionales, el 90% de la definición de adjudicación de estos proyectos Concesionados es exclusivamente económica y en esta se evalúan solo dos valores. Entonces, tomar una semana para evaluar en promedio cuatro ofertas con dos valores numéricos entre ellas, para algunos podría incluso considerarse una pérdida de tiempo.

¿Cómo variarían los costos si se dejan de concesionar los proyectos ya definidos?:

En función de la información presentada en la comisión por el Ministerio de Salud respecto a la construcción de recintos asistenciales con el Sistema de Inversión Tradicional y comparar con las concesiones, es posible establecer un aumento en los plazos originalmente adjudicados de un 49%. Así como se obtiene por otra parte, un costo promedio neto de 40,78UF/m². Lo anterior, considerando el estado de los proyectos al 31 de Diciembre de 2013 (incluidos Hospitales como Calama y Rancagua). Ergo, si se actualizara al día de hoy, tanto los aumentos de plazos como los costos de los proyectos, tenderían a ser aún superiores.

Mayores Costos y Plazos:

Costos y Plazos Proyectos Concesionados:

	Adjudicación					Situación a Marzo 2014		Resultados	
	Superficie	Valor Neto Construcción (Sin IVA)	Costo Unitario	Fecha Inicio de Contrato	Plazo Original Adjudicado	Aumentos de Obras al 31 de Julio 2013	Aumentos de Plazos	Costo Unitario Final al 31 de Julio 2013	Porcentaje de Aumento de Plazos
H. De Maipú	69.443 m ²	2.595.993 UF	37,38 UF/m ²	05-11-2009	1.095 días	0 UF	300 días	37,38 UF/m ²	27,4%
H. De La Florida	70.000 m ²	2.812.326 UF	40,18 UF/m ²	05-11-2009	1.095 días	0 UF	296 días	40,18 UF/m ²	27,0%
H. de Antofagasta	114.048 m ²	4.649.686 UF	40,77 UF/m ²	21-06-2013	1.350 días	0 UF	0 días	40,77 UF/m ²	0,0%
H. Del Salvador	175.141 m ²	6.127.965 UF	34,99 UF/m ²	Pendiente	1.890 días	0 UF	0 días	34,99 UF/m ²	0,0%
H. Santiago Occidente	129.788 m ²	5.305.920 UF	40,88 UF/m ²	Pendiente	1.390 días	0 UF	0 días	41,20 UF/m ²	0,0%
H. Sótero del Río	214.917 m ²	8.624.476 UF	40,13 UF/m ²	Pendiente	1.650 días	0 UF	0 días	40,13 UF/m ²	0,0%
Red V Región	129.254 m ²	6.155.895 UF	47,63 UF/m ²	Pendiente	1.850 días	0 UF	0 días	47,63 UF/m ²	0,0%
Proyectos Concesiones								40,19 UF/m²	27,2%
Proyectos Tradicionales								40,78 UF/m²	49,0%

Análisis de los hospitales sacados de concesión

Realizamos un estudio estimativo comparativo entre los tiempos de construcción de los hospitales sacados de concesión por el actual gobierno, si se hubiesen mantenido en la concesión versus la construcción sectorial y encontramos las siguientes diferencias de tiempo en perjuicio de la población.

Caso estudiado a fondo, Sótero del Río, dado que se decidió sacar de concesiones unos pocos días antes de la toma de razón de la contraloría con lo cual el atraso de construcción y operación definitiva es al menos de un año y medio, si es que todo funcionara como reloj y no existiesen atrasos como si ocurre en la realidad, promediando 400 días, un 49% de atraso por sobre el tiempo convenido.

Cronograma Hospital Sótero del Río por concesión: Las obras empezaban en el momento en que se hacía entrega de los terrenos por parte del MINSAL o Servicio de Salud, lo que según las Bases de Licitación ocurriría en un plazo máximo de 30 días desde la publicación de la adjudicación en el Diario Oficial.

En cuanto los terrenos estuvieran a disposición de la concesionaria, comenzarían los trabajos de preparación de terrenos:

- Cerramiento de parcela y señalización
- Movimientos de tierra
- Evacuación de aguas
- Caminos de acceso
- Desvío de servicios

- Demoliciones de estructuras existentes
- Instalación de faenas; etc.

Estos trabajos se realizarían en paralelo al desarrollo del Proyecto Definitivo. Dicho proyecto debía estar aprobado por el MOP/MINSAL en un plazo máximo de 400 días desde publicación de la adjudicación en el D.O.

Una vez aprobado el Proyecto, se comenzaría el inicio de fundaciones y pilares. Es decir, si se hubiera adjudicado el proyecto en junio, habría como mínimo un ahorro de 18 meses respecto de la nueva licitación. Si se retoma la concesión ahora (Septiembre) el ahorro sería de 14-15 meses.

A continuación se detalla el cronograma oficial de la construcción, considerando si se hubiese adjudicado el proyecto en junio en vez de retirado de la Contraloría. En amarillo están marcadas las actividades que podrían ejecutarse antes de las fechas indicadas (lógicamente, si adelantas la recepción del terreno y la firma del contrato, adelantas también todas las demás fechas)

- Adjudicación: 28 de Febrero 2014
- Aprobación por Contraloría: 6 de Junio 2014
- Publicación D.O: 13 de Junio 2014
- Inicio Redacción Proyecto: 16 de Junio 2014
- Firma Contrato: 13 de Julio 2014
- Recepción Terreno: 13 de julio 2014
- Cerramiento Parcela y Señalización del mismo: 13 de Agosto 2014
- Entrega Cronograma Oficial: 13 de Septiembre 2014
- Instalación Faenas Oficina: 22 de Agosto- 30 de Octubre 2014
- De las BALI (Bases de Licitación) , las fechas oficiales son las siguientes (día D es el día de la publicación de la adjudicación en el diario oficial):
- Entrega de terrenos D+30
- Entrega del cronograma oficial: D+60
- Aprobación del proyecto definitivo: D+400

El proyecto definitivo, es decir, el diseño, se desarrolla en paralelo durante esos 400 días, mientras se realiza la preparación de terrenos y los movimientos de tierra, etc.

Cronograma comparativo de tiempo de construcción de hospitales sacados de concesión.

Modalidad		Responsable	Sótero del Río	Chillán	Red Quinta	Red Maule
Sectorial	Recepción de Obras por el Ministerio de Salud	SSMSO - MINSAL -	30-08-21	13-09-20	28-10-21	18-03-22
Concesionado	Recepción de Obras, Bajo el Modelo de Concesiones	MINSAL - MOP - SC	17-11-18	24-09-18	29-11-19	07-11-19

Como se puede apreciar el perjuicio en tiempos de espera para los habitantes de estas localidades no es menor. El detalle del estudio comparativo viene en las tablas de mas adelante.

Cronograma Piñera para todos los hospitales sacados de concesión.

Item	Responsable (Ejecutor)	Hospital Sótero del Río	Red Región (Hospitales de Margal y Biprovincial)	Hospital de Chillan	Red Maule (Hospitales de Curicó y Linares)
Adquisición de Terrenos	MINSAL	dic-11	mar-12	mar-12	mar-12
Inicio Partido General (90% de Recintos Estimados)	MINSAL	ene-12	mar-12	feb-12	feb-12
Pre-Aprobación MDS (Módulo Producción)	MINSAL	ago-12	nov-12	sep-12	sep-12
Llamado Consultoría Anteproyecto	MOP	sep-12	dic-12	dic-12	dic-12
Habilitación de Eq. Médico	MINSAL	nov-12	mar-13	feb-13	feb-13
Término Partido General	MINSAL	nov-12	abr-13	mar-13	mar-13
Entrega Guias de Diseño	MINSAL	nov-12	abr-13	mar-13	mar-13
Certificado Aprobación PH de MDS	MINSAL	sep-13	sep-13	ago-13	ago-13
Inicio Consultoría Anteproyecto	MOP	nov-12	abr-13	abr-13	abr-13
Precalificación	MOP	sep-12	sep-12	sep-12	sep-12
Aprobación Bases Tipo CGR	MOP	Aprobadas	Aprobadas	Aprobadas	Aprobadas
Terrenos (Traspaso Bienes Nac.)	MINSAL	feb-14	mar-14	21-04-14	21-04-14
Entrega Especificaciones Técnicas Servicios de la Concesión	MINSAL	jun-13	jun-13	jun-13	jun-13
Aprobación Modelo Económico (Hacienda)	MOP	sep-13	oct-13	20-02-14	20-02-14
Término Anteproyecto	MOP	nov-13	dic-13	nov-13	nov-13
Entrega de Bases	MOP	29-11-2013	24-12-2013	06-03-14	06-03-14
Recepción Ofertas (Técnicas y Económicas)	MOP	13-02-2014	27-02-2014	29-05-14	12-06-14
Apertura de Ofertas Económicas	MOP	27-02-2014	07-03-2014	11-06-14	26-06-14
Emisión Decreto de Adjudicación Concesión DGOP	MOP	06-03-2014	07-03-2014	18-05-14	17-06-14
Notificación de Adjudicación a la Sociedad Concesionaria	MOP	06-03-2014	07-03-2014	18-05-14	17-06-14
Firma del Decreto de Adjudicación (Hacienda)	MINHAC	08-03-2014	10-03-2014	20-05-14	19-06-14
Firma del Decreto de Adjudicación (Presidencia)	SEGPRES	10-03-2014	12-03-2014	22-05-14	21-06-14
Adjudicación Concesión CGR	CGR	09-05-2014	17-05-2014	21-07-14	20-08-14
Adjudicación en Diario Oficial	MOP	12-05-2014	20-05-2014	24-07-14	23-08-14
Término Proyecto Definitivo	Inspector Fiscal	abr-15	may-15	jul-15	ago-15
Recepción de Obras MINSAL	Inspector Fiscal	nov-18	jun-19	sep-18	nov-19

Cronograma estimativo Bachelet por fondos sectoriales.

Escenario Probable	Hospitales/Red/Región	Responsable(Ejecutor)	Hospital Sótero del Río	Hospital de Chillán	Red/Región	Red Maule
Etapas de Diseño Definitivo, considerando como insumo el Anteproyecto desarrollado por el MOP.	Desarrollo de los términos de Referencia para la Licitación del Diseño Definitivo (desde el Anteproyecto)	SSVQ/MINSAL	01-07-14	01-04-14	01-04-14	01-07-14
	Obtención de RS por parte del MDS de la Etapa de Diseño	SSMSO/MINSAL/MDS	30-08-14	31-05-14	31-05-14	30-08-14
	Aprobación de DIPRES del Presupuesto para Desarrollar el Diseño Definitivo (617.570MM\$, Presupuesto 2015)	MINSAL/MDS/DIPRES	14-10-14	15-07-14	15-07-14	14-10-14
	Aprobación de EGR de Bases de Licitación del Diseño Definitivo	MINSAL/EGR	13-12-14	13-09-14	13-09-14	13-12-14
	Llamado a Licitación del Diseño Definitivo	SSMSO	27-01-15	28-10-14	28-10-14	27-01-15
	Desarrollo y Presentación de Ofertas	SSMSO	26-02-15	27-11-14	27-11-14	26-02-15
	Evaluación de Ofertas	SSMSO	13-03-15	12-12-14	12-12-14	13-03-15
	Adjudicación del Diseño Definitivo	SSMSO	20-03-15	19-12-14	19-12-14	20-03-15
	Aprobación de EGR al Proceso de Licitación del Diseño Definitivo	SSVMSO/EGR	19-05-15	17-02-15	17-02-15	19-05-15
	Inicio Consultoría del Diseño Definitivo	SSMSO	24-05-15	22-02-15	22-02-15	24-05-15
	Desarrollo Consultoría del Diseño Definitivo	Consultora	08-05-16	07-02-16	07-02-16	27-06-16
	Aprobación del Proyecto Definitivo por el Ministerio de Salud	SSMSO/MINSAL/MDS	07-06-16	08-03-16	08-03-16	27-07-16
Etapas de Ejecución de Obras.	Desarrollo de los términos de Referencia para el Llamado a Licitación de la Construcción	SSVQ/MINSAL	05-10-16	06-07-16	06-07-16	24-11-16
	Obtención de RS por parte del MDS de la Etapa de Ejecución	SSMSO/MINSAL/MDS	03-01-17	04-10-16	04-10-16	22-02-17
	Aprobación de DIPRES del Presupuesto para Ejecutar las Obras (683.468MM\$, Presupuesto 2017)	MINSAL/MDS/DIPRES	04-03-17	03-12-16	03-12-16	23-04-17
	Aprobación de EGR de Bases de Licitación de la Ejecución de Obras	MINSAL/EGR	03-05-17	01-02-17	01-02-17	22-06-17
	Llamado a Licitación de la Ejecución de Obras	SSMSO	01-08-17	02-05-17	02-05-17	20-09-17
	Desarrollo y Presentación de Ofertas	SSMSO	30-09-17	01-07-17	01-07-17	19-11-17
	Evaluación de Ofertas	SSMSO	30-10-17	31-07-17	31-07-17	19-12-17
	Adjudicación de la Ejecución de Obras	SSMSO	06-11-17	07-08-17	07-08-17	26-12-17
	Aprobación de EGR al Proceso de Licitación de la Ejecución de Obras	SSVMSO/EGR	05-01-18	06-10-17	06-10-17	24-02-18
	Inicio Contrato de la Ejecución de Obras	SSMSO	08-01-18	09-10-17	09-10-17	27-02-18
	Ejecución de las Obras	Empresa Constructora	31-07-21	14-08-20	28-09-21	16-02-22
	Recepción de Obras por el Ministerio de Salud	SSMSO/MINSAL/MDS	30-08-21	13-09-20	28-10-21	18-03-22
Concesiones	Recepción de Obras, Bajo el Modelo de Concesiones	MINSAL/MOP/SC	17-11-18	24-09-18	29-11-19	07-11-19

A su vez creemos necesario volver a acotar, que este último un escenario "IDEAL" que ya tiene dos meses de atraso, por ej. la ministra quedó de licitar Curicó en Agosto, lo que a la fecha no ha ocurrido y además no queda claro que las características definidas en las bases de licitación de las concesiones en cantidad de metros cuadrados construidos, camas, pabellones, equipamientos, etc., se mantenga en la nueva modalidad sectorial. Creemos que el MINSAL puede estar disminuyendo de tamaño y complejidad los hospitales, no cumpliendo el compromiso con las personas, intentando de esa forma demorar menos su construcción.

CONCLUSIONES:

Concluida el plazo de investigación, analizados los antecedentes documentales presentados, revisadas las exposiciones de los diversos invitados, en forma especial lo señalado por la Ministra de Salud, el asesor de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas y el Contralor General de la República, queda de manifiesto que no se ha logrado establecer responsabilidad alguna, y de ningún tipo, de funcionarios públicos o autoridades en las materias objeto de la investigación desarrollada según el mandato de esta comisión.”.

VIII.- CONSIDERACIONES QUE SIRVEN DE BASE A LAS CONCLUSIONES O A LAS PROPOSICIONES APROBADAS POR LA COMISIÓN.

Con el *voto favorable* de los diputados Juan Luis Castro González, Karol Cariola Oliva, Marcela Hernando Pérez, Marco Antonio Núñez Lozano, Alejandra Sepúlveda Orbenes, Gabriel Silber Romo y Víctor Torres Jeldes, el *voto en contra* de los diputados Sergio Gahona Salazar, Jorge Rathgeb Schifferli (en reemplazo de Karla Rubilar Barahona) y Marisol Turre, y la abstención del diputado Diego Paulsen Kehr, **se aprobaron las siguientes consideraciones, conclusiones y propuestas formuladas por los Diputados integrantes de los partidos de la Nueva Mayoría:**

“Conclusiones finales

En el presente informe se exponen las conclusiones a que ha podido arribar esta Comisión, las que dicen relación con dos aspectos de la ejecución del Plan de Inversiones del Ministerio de Salud. El primero se refiere al mecanismo de concesiones hospitalarias y el segundo a la ejecución en forma directa por parte de los Servicios de Salud, y las dificultades que han enfrentado en la materialización de las obras, de forma que el presente informe abordará en primer término la situación de las concesiones hospitalarias para enseguida referirse a la ejecución de obras hospitalarias en forma directa por el Ministerio de Salud, para finalizar con las conclusiones y recomendaciones, con el objeto de evitar que se repitan situaciones como las contenidas en el presente informe.

I. Sobre las concesiones hospitalarias:

Durante las sesiones de la comisión se pudo determinar lo siguiente en relación con las concesiones hospitalarias:

Disparidad de criterios para determinar los costos que implica esta modalidad:

Se pudo verificar que los Ministerios de Salud y de Obras Públicas consideran bases distintas para determinar los costos que implica la construcción y operación de esta infraestructura, lo que si bien fue concordado, indica una falta de la debida coordinación que debe existir entre dichos ministerios, así como la infracción al mandato que suscribieron estas Secretarías de Estado, en cuanto a que el mandatario no ha dado correcta ejecución a los mandatos, al no haber informado cabalmente a su mandante respecto de las acciones y consecuencias derivadas de dicho acuerdo.

Pese a lo anterior el Coordinador de Concesiones del MOP y el MINSAL concordaron en los siguientes cálculos:

Cálculo de costo de construcción

a) Valores unitarios Hospitales Concesionados.

Se revisan los cálculos de precio unitario de construcción para los Hospitales de Maipú, La Florida y Antofagasta, y las ofertas económicas de los Hospitales Sótero del Río, Salvador Geriátrico, Félix Bulnes, Marga-Marga y Quillota-Petorca, con la finalidad de estimar los valores unitarios de costos de construcción.

Para su determinación se consideraron los siguientes criterios:

- Actualización de los flujos considerando una tasa de descuento de 5,5%.
- Se consideran como flujo pago anticipado de IVA, según modelo señalado en las Bases de Licitación.
- Valores señalados (Subsidio Fijo a la Construcción) en las Ofertas Económicas de las Licitaciones y/o en los decretos de adjudicación.

De lo anterior se desprende, que el costo promedio de construcción para los Hospitales señalados, es de 50 UF/m².

b) Valores unitarios Hospitales Sectoriales.

En relación al costo unitario de construcción para hospitales Sectoriales, se estimó una metodología de cálculo considerando los siguientes criterios:

- Valores de construcción con IVA, determinados en las ofertas económicas y contratos adjudicados.
- Valor inicial del contrato de Obras Civiles , para hacerlos comparativos con Modelo Concesiones
- Considerar costos de Diseño y Asesoría a la Inspección Técnica, valorizados en promedio en 2,5 UF/m², se suman al costo de construcción.
- Considerar valores de hospitales de similar envergadura y complejidad.
- Considerar Flujos Financieros anuales y plazos de construcción, estos flujos se traen a valor actual a una tasa de descuento del 5,5% anual.

Se consideraron los hospitales de Calama, Copiapó, G. Fricke, Rancagua, Talca, Los Ángeles, Puerto Montt y Exequiel González C. El costo promedio es de 35,35 UF/m², a lo que se le debe sumar el costo por diseño estimado en 1,2 UF/m² y el costo de la Asesoría a la Inspección Fiscal, estimada en 1,3 UF/m², por lo que el valor promedio final es de 37,85 UF/m²

En resumen se verifica que comparando valores promedio de metro cuadrado construido y considerando costos y condiciones de actualización

similares, el valor del metro cuadrado Concesionado es en promedio a lo más de un 32,75% más caro que la inversión sectorial tradicional.

	VALOR M 2	VARIACION
SECTORIAL	37,85	
CONCESIONADO	50,25	32,75%

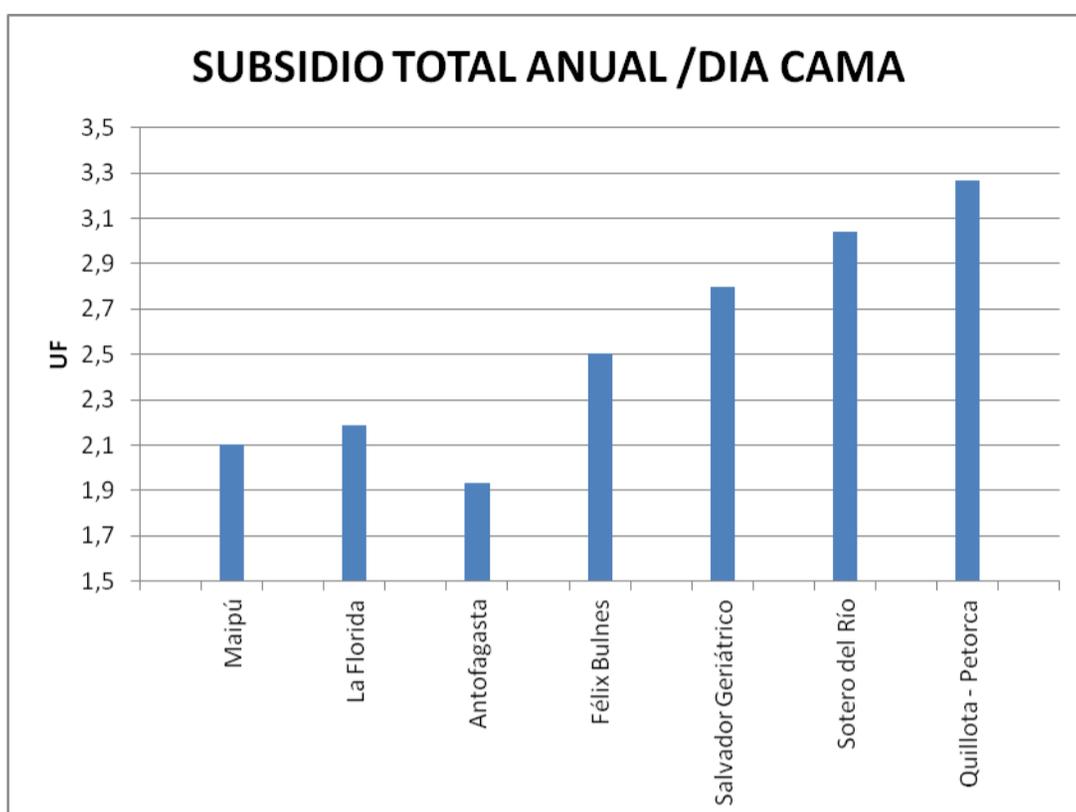
I. Costos de Explotación incorporados en el Sistema de Concesiones.

Antes de abordar estos costos es necesario hacer una distinción entre los que se considera como dos modelos distintos de intervención, el primero que involucra a los Hospitales concesionados de Maipú y La Florida (Modelo 1), y por otra parte los relacionados con Antofagasta, Félix Bulnes, Salvador – Geriátrico, Sótero del Río, Marga-Marga y Quillota Petorca (Modelo 2).

El Modelo 1 responde a una concesión de Diseño, Construcción y Mantenimiento de Infraestructura y explotación de Unidades no clínicas. Las Unidades clínicas siguen a cargo de los responsables del Servicio de Salud respectivo y de su personal médico y de apoyo. No contempla equipamiento de salud.

El Modelo 2 incorpora adicionalmente, como parte de la concesión la adquisición, reposición y mantenimiento del equipo médico y mobiliario clínico y no clínico necesario, aprobado por las autoridades del Ministerio de Salud de la época. El subsidio por la adquisición y reposición del mobiliario clínico y no clínico, se paga en un subsidio independiente de los operacionales.

En la gráfica siguiente se observa como el pago por día cama aumenta en los últimos hospitales incorporados por la administración del Pdte. Piñera, en relación a los hospitales del Modelo 1, solo considerando SFO y SVO a un 80% de ocupación



Para el análisis comparativo entre Modelo 1 y Modelo 2, se consideran los costos de Subsidio Fijo a la Operación (SFO) más Subsidio Variable a la Operación (SVO) en el total de los días camas ocupados en un año a un 80% de utilización según la siguiente fórmula:

$$\text{Valor Día Cama: } (SFO + SVO) / \text{total de camas} \times 80\%$$

De donde:

- SFO: Monto fijo según hospital
- SVO: Días cama sobre Índice base x Subsidio por día cama x 365

Sobre cambio de modelo:

Adicionalmente, se ha podido verificar que las autoridades de la época decidieron alterar las condiciones bajo las cuales se concesionaron los Hospitales de La Florida y Maipú, estableciendo niveles de servicio inferiores a los considerados en el primer modelo, subsidios mayores a los previstos para dichos establecimientos y la inclusión de otros servicios que no fueron contemplados en el programa de los Hospitales antes referidos. Lo anterior pareciera obedecer a una lógica de ofrecer un negocio más atractivo al concesionario, toda vez que estas definiciones no han podido ser explicadas en el curso de esta Comisión.

Los costos del Cambio de Modelo pueden apreciarse concretamente en el análisis de comparación respecto del pago de incentivos por Nivel de Servicio Global (NSG) en los 3 escenarios que se detallan a continuación:

a) Escenario 1: Modelo 1 en comparación al Modelo 2, considerando un 80% de ocupación de camas. Las diferencias porcentuales promedio, son las siguientes, para un pago sin considerar incentivos por Niveles de Servicio Global (NSG), un NSG mínimo, medio y máximo.

VALOR CAMA AÑO	SIN INCENTIVO	NIVEL MINIMO DE CUMPLIMIENTO	NIVEL MEDIO DE CUMPLIMIENTO	NIVEL MAXIMO DE CUMPLIMIENTO
DEFERENCIA MODELO 1 CON MODELO 2 (80%)	31%	39%	46%	57%

b) Escenario 2: Modelo 1 en comparación a los Hospitales retirados del Sistema de Concesiones, esto es Marga-Marga, Quillota-Petorca y Sótero del Río, considerado los mismos incentivos para los NSG.

VALOR CAMA AÑO	SIN INCENTIVO	NIVEL MINIMO DE CUMPLIMIENTO	NIVEL MEDIO DE CUMPLIMIENTO	NIVEL MAXIMO DE CUMPLIMIENTO
DEFERENCIA MODELO 1 CON HOSPITALES RETIRADOS (80%)	49%	60%	69%	83%

c) Escenario 3: Modelo 1 en comparación con el Hospital Sótero del Río con los mismos pagos por incentivos a los NSG.

VALOR CAMA AÑO	SIN INCENTIVO	NIVEL MINIMO DE CUMPLIMIENTO	NIVEL MEDIO DE CUMPLIMIENTO	NIVEL MAXIMO DE CUMPLIMIENTO
DEFERENCIA A MODELO 1 CON HOSP. SOTERO DEL RIO (80%)	42%	48%	53%	59%

Encarecimiento de la operación del hospital concesionado:

Atendido lo antes expuesto, en relación con el ajuste de niveles de servicio y del aumento de los montos de subsidio, se ha podido verificar que los presupuestos de los servicios a los que pertenecen los hospitales serán comprometidos en gran medida con el objeto de efectuar los pagos derivados de la concesión, dejando un porcentaje menor destinado a la operación del Hospital, lo que de acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud es insuficiente para dicho efecto.

Según los informes expuestos a la comisión, en tres hospitales del modelo concesionado, a modo ejemplar, presentan variables que dan cuenta de ese encarecimiento de manera absoluta:

Hospital Sotero del Rio

La concesión del hospital tiene un plazo de 15 años y requiere de una inversión de capital aproximada para su construcción de 273 millones de dólares (UF 5.630.000). Esto sin contar los costos de operación.

Los principales mecanismos de pago por la inversión efectuada serán el subsidio fijo a la construcción (SFC) que se pagará en 16 cuotas semestrales. Y el subsidio fijo a la operación (SFO) que consta de 30 cuotas semestrales. También se contemplan otros subsidios que tienen relación al uso de camas y la demanda, la reposición de mobiliario clínico y no clínico, y el equipamiento médico.

Oferta Económica hospital Sotero del Rio:

Empresa	SFC (UF)	SFO (UF)
Astaldi Concessionni S.R.L	981.045	290.000
Sacyr Concesiones	917.800	290.000
Consortio Abengoa	983.260	290.000
Consortio Hospitales Salud	899.990	290.000

El Estado deberá pagar cada semestre los siguientes montos:

Empresa	Valor SFC (UF)	Valor SFO (UF)	SFC+SFO (UF)	Total en pesos
Asltadi	490.523	145.000	635.532	14.985.874.759
Sacyr	458.900	145.000	603.900	14.240.203.560
Abengoa	491.630	145.000	636.630	15.011.990.520
Consortio	449.995	145.000	594.995	14.030.220.098

Si se considera que el Estado deberá pagar 16 cuotas semestrales correspondientes al SFC y 30 cuotas semestrales del SFO, una aproximación al total de pagos que deberá incurrir el Estado, para retribuir el capital será:

Empresa	Total SFC	Total SFO	SFC+SFO	Valor en Pesos
Astaldi	7.848.360	4.350.000	12.198.360	287.642.208.144
Sacyr	7.342.400	4.350.000	11.692.400	275.711.468.960
Abengoa	7.866.080	4.350.000	12.216.080	288.060.052.832
Consortio	7.199.920	4.350.000	11.549.920	272.351.733.568

Respecto a la construcción del hospital, el costo estimado por parte del Estado, considerando la infraestructura del recinto alcanza los 5.630.000 UF. Sin embargo el promedio de las ofertas de los concesionarios sobre el pago por la construcción del recinto alcanza los 7.564.190 UF, es decir, un 34,6% más alto.

En relación al periodo de operación o explotación del recinto, las estimaciones de costos por parte del Estado alcanzarían unos 3.170.000 UF. El Estado deberá pagar al concesionario que se adjudique la concesión, unos 4.350.000 UF, es decir, deberá pagar un 37,2% más.

Ambos elementos hacen considerar que el costo del proyecto es 8.800.000 UF. Pero el promedio de las ofertas alcanza los 11.914.190 UF, esto es un sobreprecio de un 35,4% por el Hospital.

Hospital Salvador – Geriátrico

La concesión del hospital tiene una duración de 15 años o 30 semestres corridos. La inversión en capital que ha sido estimada por parte del Estado para la construcción alcanza los 5.830.000 UF. Sin embargo esta cifra no contempla algunos costos que debe asumir el concesionario que se adjudique el proyecto porque solo incluye costos relativos a la construcción en infraestructura.

Para retribuir la inversión de capital realizada por el concesionario el Estado debe pagar varios subsidios: el Subsidio Fijo a la Construcción (SFC), Subsidio Fijo a la Operación (SFO), Subsidio Variable (SV) que contempla el índice de ocupación de camas, e incorpora pagos por nuevas inversiones que sean solicitadas por parte del Estado. Se incorporan también un subsidio fijo por concepto de adquisición y reposición de mobiliario no clínico y un subsidio fijo por concepto de adquisición y reposición de equipamiento médico y mobiliario no clínico.

Oferta económica hospital Salvador – Geriátrico.

Empresa	SFC (UF)	SFO (UF)
Sacyr	681.893	250.000
Salud SO	538.800	250.000
Abengoa	579.600	250.000
Consortio	676.550	250.000

El Estado deberá pagar cada semestre:

Empresa	SFC (UF)	SFO (UF)	SFC+SFO (UF)	Total Pesos
Sacyr	340.947	125.000	465.947	10.987.204.849
Salud SO	269.400	125.000	394.400	9.300.109.760
Abengoa	289.800	125.000	414.800	9.781.149.920
Consortio	338.275	125.000	463.275	10.924.209.810

Si consideramos que el Estado deberá pagar 20 cuotas semestrales que corresponden a SFC y 30 cuotas semestrales de SFO, podemos realizar una aproximación del total de pagos que deberá incurrir el Estado:

Empresa	SFC (UF)	SFO (UF)	SFC+SFO (UF)	Total Pesos
Sacyr	6.818.930	3.750.000	10.568.930	249.219.596.972
Salud SO	5.388.000	3.750.000	9.138.000	215.477.695.200
Abengoa	5.796.000	3.750.000	9.546.000	225.098.498.400
Consortio	6.765.500	3.750.000	10.515.500	247.959.696.200

Relativo a los costos de construcción del proyecto la estimación del Estado es que tendrá un costo de 5.830.000 UF, esto contrasta con el promedio de las ofertas recibidas para el proyecto que gira en torno a los 6.192.108 UF. Existe un sobre precio de un 6,2%.

La Estimación de costos de parte del Estado para la fase de puesta en marcha del recinto es que alcanzaría las 884.000 UF. Si consideramos que todos los oferentes en la licitación proponen el mismo valor para el SFO, el estado deberá pagar al concesionario un monto de 3.750.000 UF, esto es un sobreprecio de 324% más.

Los costos totales estimados por el Estado para este proyecto alcanzan las 6.714.000 UF, esto contrasta con el promedio de las ofertas solicitadas por las empresas que participan de la licitación, que llegan a las 9.942.108 UF, esto significa que lo que recibirá la empresa que se adjudique el proyecto será de un 48,1% más caro.

Hospital Santiago Occidente (ex Félix Bulnes)

La concesión del hospital tiene una duración de 15 años o 30 semestres seguidos. La inversión en capital que ha sido estimada por parte del Estado para la construcción alcanza los 4.580.000 UF. Sin embargo, esta cifra no contempla algunos costos que debe asumir el concesionario que se adjudique el proyecto.

Se ha diseñado una serie de subsidios para retribuir la inversión capital realizada por el concesionario. El estado debe pagar, mediante este mecanismo, el subsidio fijo a la construcción (SFC), el subsidio fijo a la operación (SFO), un subsidio variable (SV) que contempla el índice de ocupación de camas, como otras inversiones solicitadas por el Estado. Se incorpora un subsidio fijo por concepto de adquisición y reposición de mobiliario no clínico y un subsidio fijo por concepto de adquisición y reposición de equipamiento médico y mobiliario clínico.

Ofertas Económicas Hospital Santiago Occidente:

Empresas	SFC	SFO
Astaldi	566.919	180.000
Abengoa	637.857	180.000
Consorcio	599.921	180.000

El Estado deberá pagar cada semestre, dependiendo de la empresa que se adjudique el proyecto los siguientes montos:

Empresas	SFC (UF)	SFO (UF)	SFC+SFO (UF)	Total Pesos
Astaldi	283.460	90.000	373.460	8.806.324.394
Abengoa	318.929	90.000	408.929	9.642.697.601
Consorcio	299.961	90.000	389.961	9.195.424.574

Si consideramos que el Estado deberá pagar 16 cuotas semestrales correspondientes al SFC y 30 cuotas semestrales del SFO, podemos ver una aproximación del total de pagos que deberá incurrir el Estado para retribuir la inversión del capital por parte del concesionario:

Empresas	SFC (UF)	SFO (UF)	SFC+SFO (UF)	Total Pesos
Astaldi	4.535.352	2.700.000	7.235.352	170.612.494.301
Abengoa	5.102.856	2.700.000	7.802.856	183.994.465.622
Consortio	4.799.368	2.700.000	7.499.368	176.838.097.187

Los costos que son estimados para el Estado alcanzan los 5.300.000 UF, los cuales incluirían el valor por las obras contratadas. El promedio de las ofertas presentadas llega a los 7.512.525 UF, es decir, que se sobrepasa en un 41,7% las estimaciones de costos.

Rigidez del modelo concesionado:

De acuerdo a la experiencia de los hospitales concesionados en operación, se ha podido verificar que los contratos de concesión no consideran los mecanismos adecuados con el objeto de cautelar las facultades del Ministerio de Salud y del Servicio correspondiente en relación con las decisiones de carácter asistencial y sanitario al interior del Hospital, lo que podría determinar que éste no se ajuste a las políticas generales que imparta dicha Secretaría de Estado.

Incremento de los incentivos y disminución de la obligación de cumplimiento

Sin embargo, y pese a la rigidez del modelo en abstracto, nos encontramos con que la variabilidad de las concesiones se ve reflejada en su desarrollo cuando se aplica en concreto en particular por el incremento. Al efecto, al revisar el sistema de premios por cumplimiento (Incentivo por Nivel de Servicio Global) a medida que se ha ido aplicando a lo largo del tiempo se puede constatar como el porcentaje de cumplimiento exigido para la concesión, disminuye, y el valor de los incentivos aumenta.

<u>INCENTIVO</u>	<u>% INCENTIVO POR NIVEL DE SERVICIO GLOBAL</u>
MAIPU – LA FLORIDA	94% - 2.825 UF Semestral
	97% - 5.650 UF Semestral
ANTOFAGASTA	85% - 11.000 UF Semestral
	92% - 25.000 UF Semestral
	97% - 43.000 UF Semestral

SALVADOR-GERIATRICO	70% - 14.000 UF Semestral
	77% - 31.700 UF Semestral
	85% - 54.000 UF Semestral
FELIX BULNES	70% - 10.000 UF Semestral
	77% - 23.000 UF Semestral
	85% - 41.000 UF Semestral
SOTERO DEL RIO	70% - 14.000 UF Semestral
	77% - 32.000 UF Semestral
	85% - 55.000 UF Semestral

Otras infracciones:

Con motivo de un informe de la Contraloría General de la República, que verificó la atención a pacientes sin contar con todas las autorizaciones exigidas, se puede concluir que el Hospital El Carmen de Maipú fue puesto en operaciones en forma irregular, lo que da origen a las responsabilidades administrativas de quienes autorizaron su apertura, sin perjuicio de la que corresponda a quienes debieron ejercer el control jerárquico pertinente.

II. Sobre la ejecución de las inversiones en materia hospitalaria:

Sobre situación de los proyectos:

De acuerdo a lo informado por el Ministerio y algunos de los Servicios de Salud, se ha podido verificar lo siguiente en relación con la construcción de la infraestructura de salud:

Hospital de Calama:

Las obras se encuentran abandonadas desde mayo de 2013, al disponerse el término anticipado del contrato por parte del Servicio de Salud, a instancias del Subsecretario de Salud. Hasta la fecha no se ha podido proceder a su liquidación, toda vez que no ha sido posible determinar la cantidad de obras ejecutadas ni la calidad de la construcción.

Adicionalmente, se produjeron una serie de modificaciones del contrato que aumentaron el costo de construcción en aproximadamente un 25% del precio, lo que implica que a la fecha han existido pagos por un monto superior al originalmente contratado, así como la realización de un pago de \$200.000.000 por el Servicio de Salud de Antofagasta con fondos no asignados presupuestariamente a dicho efecto.

Centro de Salud Familiar de Calama y Antofagasta:

En estos casos se ha podido constatar un importante atraso en la ejecución de las obras, lo que ha obligado a analizar las diversas solicitudes efectuadas por la empresa con el objeto de proceder a otorgar los aumentos de plazo que resulten pertinentes.

Centro de Salud Familiar de Illapel:

Este caso dice relación con una obra que fue abandonada por la empresa constructora, la que fue declarada en quiebra con posterioridad. En la actualidad se está concluyendo el proceso de liquidación unilateral del contrato,

acogiendo las diversas observaciones al proceso constructivo y a la liquidación, con el objeto que la Entidad Fiscalizadora tome razón de dicho instrumento, poniendo en conocimiento los resultados a los organismos competentes.

Hospital de Salamanca:

De acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud de Coquimbo, la ejecución de esta obra presentaba un importante atraso en su ejecución, lo que determinó la adopción de medidas por parte del Servicio para tomar control de las obras, lo que motivó la interposición de un recurso de protección por la constructora, el que fue acogido, de modo que en la actualidad el Servicio de Salud de Coquimbo se encuentra en proceso de restituir la obra al contratista, definiendo las condiciones en que deberá continuar la ejecución de dichas obras.

Hospital Gustavo Fricke:

En este caso, de acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud existía un importante atraso en la ejecución de las obras, lo que ha sido corregido a contar del segundo semestre del año en curso.

Hospital Exequiel González Cortés:

En el caso de esta obra, que resulta muy similar al anteriormente reseñado, se hizo necesario establecer una modificación de contrato con el objeto de permitir la incorporación de las adecuaciones al proyecto que resultaran necesarias con el objeto de permitir la correcta ejecución de la obra.

Hospital de Rancagua:

En lo que respecta a esta obra, cuya ejecución ha sufrido diversas ampliaciones de plazo, han ocurrido una serie de circunstancias que han motivado, por una parte, la intervención de la Fiscalía, investigando un eventual delito de tráfico de influencias, así como del Consejo de Defensa del Estado, en una demanda interpuesta por el Consorcio Hospital de Rancagua contra el Servicio de Salud de O'Higgins derivado de la aplicación de multas al contratista.

Hospital de Cañete:

En relación con este Hospital, se ha podido verificar la existencia de una serie de situaciones que no se ajustan a la normativa vigente, como por ejemplo la extensión del plazo luego de una serie de reparos formulados por la Contraloría Regional en relación a los antecedentes que la justificaron, así como la suscripción en conjunto con la subsecretaría de Redes Asistenciales, de un Acuerdo de Buenas Prácticas, que no se encuentra fundamentado en normativa alguna.

Lo anterior ha motivado que el Servicio de Salud Arauco haya solicitado la intervención del Consejo de Defensa del Estado.

Hospital de Pitrufquén:

De acuerdo a lo informado, este proyecto adoleció de importantes demoras en su ejecución, lo que determinó que el Servicio de Salud Araucanía Sur resolviera poner término anticipado al contrato, acto administrativo del que se ha tomado razón por la Contraloría Regional de la IX Región.

Con posterioridad, deberá procederse a la liquidación del contrato, para efectos de llevar a cabo una nueva licitación para concluir la obra.

Hospital de Puerto Montt:

En este caso, según lo informado por el Minsal, se han producido situaciones en dos ámbitos, el primero dice relación con la ejecución de las obras y las dilaciones en su aprobación, lo que determinó un importante aumento de valor del contrato, así como la carencia de equipamiento, lo que implicó la necesidad de mayores recursos a los contemplados con el objeto de permitir la cabal y correcta operación de dicho hospital.

Centro de Salud Familiar de Chonchi y Dalcahue:

En lo relativo a estas dos obras, cabe mencionar que actualmente están en proceso de liquidación. En lo referente a la obra de Dalcahue, además, debe hacerse presente que el Servicio de Salud pretendió poner término de mutuo acuerdo este contrato, procediendo a la devolución de las boletas de garantía, permitiendo su sustitución por una póliza, la que no ha podido ser cobrada en su totalidad hasta la fecha, lo que ha motivado, por una parte, la interposición de las demandas respectivas y la presentación de las denuncias a la Fiscalía.

Otras situaciones detectadas:

Además de lo antes mencionado, se ha podido detectar las siguientes situaciones:

- Inauguraciones sin contar con todos los permisos de la recepción, como ocurrió en los casos de Los Ángeles, Cañete y Puerto Montt.
- Intervención de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en diversos contratos y su aplicación, en circunstancias que no se encontraba facultada a dicho efecto, como en los casos de los Hospitales de Calama y Cañete.
- Ausencia de profesionales idóneos en las obras, por ejemplo el caso del Hospital de Salamanca y Centro de Salud Familiar de Illapel.
- Anuncios de construcción de infraestructura sin haber concluido la elaboración de los proyectos o sin contar con las aprobaciones sectoriales correspondientes, como ocurrió con los Hospitales de Puente Alto, Ancud y Quellón.

Medidas adoptadas:

Con motivo de los hechos antes descritos, el Ministerio de Salud ha adoptado las siguientes medidas, tendientes a determinar las responsabilidades que deriven de los hechos, así como a desarrollar las coordinaciones que correspondan con el Consejo de Defensa del Estado para efectos de cautelar el patrimonio fiscal, efectuando las denuncias que correspondan a la Fiscalía.

Adicionalmente, los Servicios han procedido a reforzar los equipos que intervienen en la ejecución de las obras con el objeto de reducir los eventuales conflictos que pueden tener lugar en esta situación.

Conclusiones:

De acuerdo a lo antes expuesto, puede concluirse lo siguiente respecto de las concesiones hospitalarias:

- El mecanismo de concesiones no resulta necesariamente más económico ni asegura mejores plazos en la construcción y puesta en marcha de la infraestructura hospitalaria requerida, la que puede ser construida por vía sectorial.
- Debe analizarse como alternativa de financiamiento de nueva infraestructura hospitalaria el crédito, pues en el evento de no existir fondos presupuestarios, resulta más económica esta fórmula que la de las concesiones, conforme los antecedentes y el análisis al que arribó la presente comisión investigadora.
- Las modificaciones al sistema de concesiones hospitalarias estuvo orientado a entregar mejores condiciones a los interesados, sin que a la fecha se tenga conocimiento de las razones y estudios técnicos que permitan justificar tales decisiones de la administración anterior.
- La operación de los establecimientos concesionados, por no contar con los mecanismos contractuales adecuados, resulta extremadamente rígida y no permite ajustarse rápidamente a las necesidades asistenciales y sanitarias.
- La explotación privada de servicios no clínicos relacionados directamente con la función de prestación de servicios de salud (aseo de pabellones, mantención de maquinarias, etc.) ha significado un deterioro significativo en la calidad de las atenciones y servicios médicos que se entregan por parte de los hospitales
- El mecanismo de incentivos opera de manera perversa por cuanto ha inducido a la entrega anticipada de las obras y puesta en funcionamiento de los hospitales sin contar con las autorizaciones y recepciones correspondientes. Esto es particularmente significativo respecto del hospital El Carmen de Maipo, donde ha debido nombrarse un nuevo director, por la renuncia del último director, Dr. Ricardo Saavedra, debido a las fallas de construcción que aún siguen apareciendo en la institución.

En relación con la infraestructura de salud construida en forma directa, puede concluirse lo siguiente:

- Existen diversos proyectos cuya gestión ha sido deficiente por parte de los Servicios de Salud, lo que ha generado importantes dificultades en la concreción de éstos.
- Ha existido intervención de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en diversos contratos de ejecución de obras fuera de las facultades que le son propias, lo que configura la responsabilidad administrativa de los funcionarios que hayan participado en tales actos.
- Se ha verificado la existencia de diversas investigaciones para determinar las responsabilidades de carácter penal, administrativas y civiles que correspondan, así como la solicitud de intervención al

Consejo de Defensa del Estado y denuncias a las fiscalías competentes.

Recomendaciones:

En mérito de lo antes expuesto, la comisión investigadora recomienda las siguientes acciones:

- No formular otros proyectos de infraestructura hospitalaria mediante el sistema de concesiones, a menos que estudios económicos concluyan que los costos de los proyectos sean equivalentes a los desarrollados en forma directa o de manera sectorial y en la medida que se contemplen fórmulas de gestión que permitan su cabal operación por parte de su responsable. Para ello se agilizará la pronta aprobación del proyecto de ley que corrige la ley de concesiones actualmente.
- Estudiar e implementar modificaciones a los contratos de concesión que se encuentren vigentes. Modificar los actuales contratos de concesión con el objeto de permitir la más eficiente gestión sanitaria y asistencial.
- Potenciar los equipos de los Servicios de Salud con el objeto que éstos desarrollen una adecuada gestión de los contratos respectivos.
- Ordenar las investigaciones tendientes a determinar las responsabilidades que correspondan para ponerlas en conocimiento de los organismos competentes.
- Entregar todos los antecedentes recabados por esta Comisión a la Fiscalía y al Consejo de Defensa del Estado, para efectos de investigar e iniciar todas las acciones que sean pertinentes contra quienes hayan participado en una serie de actos que a juicio de esta Comisión Investigadora revisten caracteres de delito. En cuya condición se encuentran las actuaciones del ex Subsecretario de Redes Asistenciales Sr. Luis Castillo y eventualmente del ex Ministro de Salud, Sr. Jaime Mañalich.
- Agotar, a la brevedad posible, todos los actos administrativos necesarios para permitir la pronta continuidad de las obras que se encuentran suspendidas o de las adecuaciones contractuales que resulten necesarias para continuar su ejecución.
- Se propone instaurar la figura de un Inspector Sanitario que desarrolle las funciones en conjunto con actual Inspector fiscal. Dicho Inspector Sanitario buscará representar los intereses clínicos siendo la contraparte sanitaria de las concesionarias respectivas. El inspector Sanitario trabajará en conjunto con el equipo de salud (cada uno de los representantes de los gremios). Esta contraparte busca ser efectivo en materia de fiscalización sanitaria, en paralelo al denominado Inspector Fiscal; de esta manera el Inspector Sanitario velará por los correctos procesos clínicos y a su vez el Inspector Fiscal se encargará de fiscalizar la infraestructura de la obra. Con ello se busca proteger cada uno de los componentes de dicha concesión. Porque hasta la fecha es el Inspector Fiscal quien fiscaliza materias de infraestructura y materias sanitarias, haciéndose necesario un correcto resguardo de este último aspecto por parte de una autoridad competente.

- Por último, y con la finalidad de prevenir que la administración pública en cumplimiento de sus fines quede expuesta a hechos de la gravedad que fueron conocido por esta comisión, acuerda el estudio y presentación de un proyecto de ley que establezca una profunda revisión al sistema vigente en materia de concesiones de infraestructura hospitalarias que garantice de mejor manera el logro de las políticas de salud, en la ampliación y mejoramiento de esta importante herramienta de la salud pública estableciendo un régimen especial para estos fines, retirando a la infraestructura y explotación de las instituciones públicas de salud del sistema de concesiones, fomentando la inversión sectorial con mayores atribuciones y responsabilidades de fiscalización a las autoridades sanitarias correspondientes.”.

* * * * *

IX.- Se designó Diputado informante al señor Juan Luis Castro González.

Tratado y acordado según consta en las actas correspondientes a las sesiones de los días 20 de mayo; 3, 10, 16 y 17 de junio, 1, 7, 8, 15 y 22 de julio, 4, 5, 11, 12 y 19 de agosto, y 2, 23 y 24 de septiembre de 2014, con asistencia de los diputados Juan Luis Castro González (Presidente), Karol Cariola Oliva, Sergio Gahona Salazar, Marcela Hernando Pérez, Marco Antonio Núñez Lozano, Manuel Monsalve Benavides, Diego Paulsen Kehr, Karla Rubilar Barahona, Alejandra Sepúlveda Orbenes, Gabriel Silber Romo, Víctor Torres Jeldes y Marisol Turre Figueroa.

Asistieron, además, los diputados Claudio Arriagada Macaya, Juan Antonio Coloma Álamos, Marcos Espinosa Monardes, Maya Fernández Allende, Cristina Girardi Lavín, Gustavo Hasbún Selume, Carlos Abel Jarpa Wevar (en reemplazo de Marcela Hernando Pérez), Joaquín Lavín León, Andrea Molina Oliva, Leopoldo Pérez Lahsen, Jorge Rathgeb Schifferli (en reemplazo de Karla Rubilar Barahona), y Renzo Trisotti Martínez

Sala de la Comisión, a 24 de septiembre 2014.

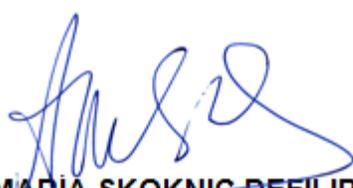

ANA MARÍA SKOKNIC-DEFILIPPIS
 Abogada Secretaria de la Comisión

Tabla de contenido

HONORABLE CÁMARA.	1
I.- COMPETENCIA DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA, AL TENOR DEL ACUERDO DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS QUE ORDENÓ SU CREACIÓN..... ;	ERROR!
MARCADOR NO DEFINIDO.	
II.- ANTECEDENTES GENERALES.....	1
I.- MINISTERIO DE SALUD: CONSTRUCCIÓN DIRECTA.....	2
II.- MANDATO DE OBRA PÚBLICA.....	2
III.- CONCESIONES.....	3
IV.- COMPRA DIRECTA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A PRIVADOS.....	3
III.- RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO.....	4
IV.- EXTRACTO DE LAS EXPOSICIONES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS INVITADAS A LA COMISIÓN.	7
<i>Ministra de Salud, señora Helia Molina Milman.</i>	<i>8</i>
<i>Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Angélica Verdugo.....</i>	<i>31</i>
<i>El asesor del Ministerio de Salud, señor Sergio Teke.....</i>	<i>32</i>
<i>El auditor interno del Ministerio de Salud, señor Jonathan Leiva.</i>	<i>44</i>
<i>Ministro de Obras Públicas señor Alberto Undurraga.</i>	<i>44</i>
<i>Coordinador General de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, señor Eric Martin.</i>	<i>48</i>
<i>Jefe de Gabinete del Coordinador de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, Mario Muñoz.....</i>	<i>55</i>
<i>Jefe de la división de Planes, Estudios y Proyectos, Coordinación de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, señor Álvaro Henríquez.</i>	<i>61</i>
<i>El Director de Presupuestos, señor Sergio Granados.</i>	<i>63</i>
<i>Jefa del Sector Salud, de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, señora Mariela Orellana.....</i>	<i>66</i>
<i>Director del Servicio de Salud Arauco, señor Víctor Valenzuela.</i>	<i>69</i>
<i>Jefe de Recursos Físicos del Servicio de Salud Arauco, señor Carlos Sepúlveda.</i>	<i>76</i>
<i>Arquitecto encargado del anteproyecto del hospital de Arauco, señor Alejandro Osses.</i>	<i>78</i>
<i>Director del Servicio de Salud Metropolitano Central señor Jorge Martínez.....</i>	<i>79</i>
<i>Subdirector Administrativo del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Alexander Pérez.</i>	<i>84</i>
<i>Abogado del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Ulises Nancuante.</i>	<i>84</i>
<i>Directora del Servicio de Salud de Chiloé, señora Paulina Reinoso.....</i>	<i>85</i>
<i>Director del Servicio de Salud de Coquimbo, señor Ernesto Jorquera.</i>	<i>87</i>
<i>Director del Servicio de Salud de Antofagasta, señor Waldo Bustos.</i>	<i>90</i>
<i>Director del Hospital de Calama, señor Enrique Castro.</i>	<i>93</i>
<i>Jefe administrativo del Servicio de Salud de Antofagasta, señor Luis Cerda.....</i>	<i>94</i>
<i>Abogado del Servicio de Salud de Antofagasta, señor Marcos Bastías.....</i>	<i>94</i>
<i>Presidente de la Comisión de Salud del Consejo Regional de Antofagasta, señor Zamir Nayar.</i>	<i>97</i>
<i>Director del Servicio de Salud O'Higgins, señor Fernando Troncoso.</i>	<i>102</i>
<i>Subdirector Administrativo Servicio de Salud O'Higgins, señor Gonzalo Urbina.....</i>	<i>105</i>
<i>Auditor del Servicio de Salud O'Higgins señor Claudio Castillo.....</i>	<i>105</i>
<i>Ex ITO Fiscal, actual jefe de la Unidad de Arquitectura e Ingeniería, señor Marcelo Alvear.</i>	<i>107</i>
<i>3) Contralor General de la República, señor Ramiro Mendoza Zúñiga.....</i>	<i>115</i>
<i>Ex Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi.</i>	<i>130</i>
<i>Ex Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo.....</i>	<i>147</i>
<i>Presidenta de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (Fenpruss), señora Gabriela Farías.</i>	<i>166</i>
<i>Presidenta Nacional de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (Fenats), señor Óscar Riveros.....</i>	<i>169</i>
<i>Presidenta de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (Fenats), del hospital El Carmen, señora Carmen Molina.</i>	<i>171</i>
<i>Presidente del Consejo Consultivo del Hospital del Carmen, señor Sergio Álvarez.</i>	<i>172</i>
<i>Presidenta del Colegio de Matronas de Chile, señora Anita Román.....</i>	<i>173</i>

<i>Presidenta Multigremial del Hospital del Salvador, señora Karen Palma.</i>	<i>176</i>
<i>Presidente de la Asociación de Profesionales del Hospital del Salvador, señor Raúl Villanueva.</i>	<i>177</i>
<i>Jefa de la Unidad de Hematología Intensiva del Hospital del Salvador, señora Bárbara Puga.</i>	<i>178</i>
<i>Jefa de Unidad de Procuramiento del Servicio de Salud Metropolitano Oriente señora Ana María Arriagada.</i>	<i>179</i>
<i>Presidenta de la Federación de Profesionales Universitarios de la Salud (Fenpruss) del hospital Félix Bulnes, señora Mariana Dastres. En su representación habló la Secretaria de dicha entidad, señora Lina Córdova.</i>	<i>179</i>
<i>Presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico señora Izkia Siches.</i>	<i>182</i>
<i>Representante de la Red de Usuarios de la Salud Metropolitana, señora Rosa Vergara.</i>	<i>183</i>
<i>Señor Matías Goyenechea, (de Fundación Creando Salud).</i>	<i>183</i>
<i>Representante de la Cámara Chilena de la Construcción, señor Carlos Fuenzalida.</i>	<i>190</i>
V.- INFORMES Y DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN.	194
VI.- LISTADO DE OFICIOS DESPACHADOS Y DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN EN EL MARCO DE SU INVESTIGACIÓN.	199
VII.- CONSIDERACIONES QUE SIRVAN DE BASE A LAS CONCLUSIONES O A LAS PROPOSICIONES RECHAZADAS POR LA COMISIÓN.	206
VIII.- CONSIDERACIONES QUE SIRVEN DE BASE A LAS CONCLUSIONES O A LAS PROPOSICIONES APROBADAS POR LA COMISIÓN.	227
IX.- DIPUTADO INFORMANTE.	242
SALA DE LA COMISIÓN, A 24 DE SEPTIEMBRE 2014.	242