



**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LAS EVENTUALES
IRREGULARIDADES EN LOS PROCESOS DE INVERSIÓN PÚBLICA EN
INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA**

Sesión 9ª

Celebrada el día martes 15 de julio de 2014, de 16:45 a 18:15 horas.

Se abrió a las 16:50 horas.

SUMARIO

Expuso el Director del Servicio de Salud de Coquimbo, señor Ernesto Jorquera Flores, y

Luego expuso el Ministro de Obras Públicas, señor Alberto Undurraga Vicuña.

Finalmente, intervino la Presidenta del Colegio de Matronas de Chile, señora Anita Román Morra.

I.- PRESIDENCIA.

Presidió el diputado **Juan Luis Castro González.**

II.- ASISTENCIA

Concurrieron los diputados integrantes de la Comisión: Juan Luis Castro; Sergio Gahona; Carlos Abel Jarpa en reemplazo de Marcela Hernando; Marco Antonio Núñez; Javier Macaya; Diego Paulsen; Karla Rubilar; Gabriel Silber y Víctor Torres.

Asistió el diputado no integrante de la Comisión, señor Leopoldo Pérez Lahsen.

Actuó como Abogado Secretaria de la Comisión, la señora **María Skoknic Defilippis**, y como Abogado Ayudante, el señor **Mathias Lindhorst Fernández.**

III.- CUENTA

Ho hubo documentos para la cuenta.



IV.- ACUERDOS

La Comisión acordó:

1.- Suspender, hasta nueva fecha, constitución y sesión en la ciudad de Calama.

2.- Dirigir oficio al Ministro de Obras Públicas a fin de que informen si el señor Sergio Teke y Leticia Ramírez prestaron algún tipo de asesoría con respecto a la construcción del hospital de Coquimbo o al Cesfam de Salamanca e Illapel. De ser afirmativa la respuesta, para que precise en qué calidad lo hicieron y quienes fueron los destinatarios de dichas asesorías.

3.- Dirigir por oficio al Ministro de Obras Públicas, las consultas planteadas en la Comisión y que quedaron pendientes de respuesta:

- Razones por las que el Ministerio de Obras Públicas no considera, al momento de evaluar el costo metro cuadrado de los hospitales sectoriales, los siguientes aspectos que los encarecen en las siguientes proporciones: desarrollo de ingeniería definitiva en un 2.5% de valor total del contrato, costo asesoría inspección fiscal en un 3% del valor total del contrato, pago por la implementación de la gestión de cambio en un 1.5% del valor total del contrato, aislación sísmica en una unidad de fomento el metro cuadrado, y la climatización del 100% de las instalaciones del hospital, ya que los sectoriales sólo tendrían la climatización de las zonas críticas.

- Razones que justificarían que las cifras publicadas por el Ministerio de Salud, respecto del valor metro cuadrado de los nuevos hospitales, incluidos en ellos los que fueron retirados de licitación, no coinciden con las entregadas por el Ministerio de Obras Públicas. En efecto, el Ministerio de Salud afirma que el valor metro cuadrado de tales hospitales asciende a la suma de 67 UF m², en circunstancia que el Ministerio de Obras Pública afirma que su valor no supera las 40 40 UF m².

- Si el Ejecutivo adopta la decisión de construir el hospital Sótero del Río por la vía sectorial, ¿éste constará con los 49 pabellones comprometidos 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?.



Interesa saber, asimismo, cuánto tiempo va demorar su construcción y si dicho hospital va tener las dimensiones propuestas por el Gobierno anterior o va ser más pequeño.

- De cuánto sería el atraso en la construcción de los hospitales donde el Ejecutivo ya adoptó la decisión de retirarlos del sistema de concesiones para ejecutarlos vía financiamiento sectorial.

V.- ORDEN DEL DÍA

Expuso el Director del Servicio de Salud de Coquimbo, señor Ernesto Jorquera Flores.

Luego expuso el Ministro de Obras Públicas, señor Alberto Undurraga Vicuña.

Finalmente, intervino la Presidenta del Colegio de Matronas de Chile, señora Anita Román Morra.

Ésta última expuso mediante una presentación digital que dejaron a disposición de la Comisión.

El debate habido en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 249 del Reglamento y al acta taquigráfica que se adjunta a continuación.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 18:20 horas.

JUAN LUIS CASTRO GONZÁLEZ
Presidente de la Comisión

ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogado Secretaria de la Comisión



COMISIÓN INVESTIGADORA DE INVERSIÓN PÚBLICA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

Sesión 9ª, celebrada en martes 15 de julio de 2014, de 16.48 a 18.18 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside el diputado señor Juan Luis Castro.

Asisten, la diputada señora Karla Rubilar y los diputados señores Sergio Gahona, Carlos Abel Jarpa, Marco Antonio Núñez, Javier Macaya, Manuel Monsalve, Diego Paulsen, Leopoldo Pérez, Gabriel Silber y Víctor Torres.

Concurren como invitados, el ministro de Obras Públicas, señor Alberto Undurraga; el director del Servicio de Salud Coquimbo, señor Ernesto Jorquera, y la presidenta del Colegio de Matronas de Chile, señora Anita Román.

TEXTO DEL DEBATE

El señor **CASTRO** (Presidente).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

La señora Secretaria va a dar lectura a la Cuenta.

-La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria) da lectura a la Cuenta.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señores diputados, informo que, hecha la evaluación respecto del viaje programado a Calama, lamentablemente no contamos con el *quorum* suficiente de cuatro integrantes, por lo que se postergará hasta nueva fecha. Se va a avisar a la diputada Hernando, quien no se encuentra presente.

Siguiendo con la rutina, se va a sesionar el lunes en Santiago y, el martes, en Valparaíso, de acuerdo a la lista y al orden previsto.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señora Secretaria, ¿quiénes son los invitados?

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, están citados el ministro de Obras Públicas, el director del Servicio de Salud de Coquimbo y la presidenta del Colegio de Matronas de Chile.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Estimados colegas, ¿les parece que escuchemos primero al director del Servicio de Salud Coquimbo?

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿A qué viene él?

El señor **CASTRO** (Presidente).- El señor director va a exponer respecto del Hospital de Salamanca.

-Ingresa el señor Ernesto Jorquera, director del Servicio de Salud de Coquimbo.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Jorquera, se solicitó su presencia en razón de los temas relacionados con el



Hospital de Salamanca y, también, respecto del Cesfam de Illapel. Dado que hay otros invitados, tenemos tiempo acotado para que exponga y luego usted podrá responder las preguntas que haga algún miembro de la Comisión.

Tiene la palabra el señor Ernesto Jorquera.

El señor **JORQUERA**.- Señor Presidente, 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, el otro, un hospital de baja complejidad, conocido como familiar y comunitario, que es el de Salamanca.

Respecto del Cesfam de Illapel, es una obra que fue adjudicada en 2012 por un monto aproximado de 2.960 millones de pesos. La obra se paralizó en diciembre de 2013. En términos de obra física, con cerca de 90 por ciento, y faltaba el cierre de detalles para concluir la obra, propiamente tal, como, por ejemplo, la instalación de equipos. La empresa, simplemente abandonó la obra.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Qué empresa?

El señor **JORQUERA**.- El nombre de referencia de la empresa es Constructora Inca, Ingeniería y Construcción Apoquindo, es el nombre legal.

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 encargamos a la misma empresa que diseñó el Cesfam y, en ese contexto, a final de mes, deberá entregar el informe. Terminado eso, procederíamos a reingresar el cierre o la liquidación de la obra a Contraloría, para saber qué nos dice al respecto. Terminado ese proceso, recién podríamos tener la posibilidad de relicitar el contrato del Cesfam.

En grueso, esa es la situación del Cesfam de Illapel.

El Hospital de Salamanca es un proyecto bastante antiguo. De hecho, para llegar a la situación que se encuentra en este momento, se hicieron dos licitaciones, ambas muy largas en términos del proceso de adjudicación. Recién en el segundo llamado a concurso, se pudo adjudicar por un total de 7.890 millones de pesos. Esta obra tenía contemplados 300 días de ejecución y hubo un alargue de 40 días. Debió haber sido terminado el 17 de abril de 2014, con todos los alargues incluidos; no obstante, la obra llegó hasta 53 por ciento de avance. Ellos habían solicitado una ampliación de plazo y, nosotros, como Dirección del Servicio, determinamos que no tenían ninguna capacidad de terminar el contrato dentro de los plazos establecidos, ni siquiera alargándolos.

Iniciamos el proceso de cierre del contrato con un elemento a la vista de nuestra parte, que esto era un consorcio. Se trataba del consorcio Ortiz, ligado a la empresa Inca. Ya sabíamos que dicha empresa estaba a punto de quebrar, o derechamente quebrada, lo que ocurrió días antes del 17 de abril. Por lo tanto, hicimos 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 nos pide que se devuelva la obra a la empresa, con fecha máxima 2 de agosto de 2014. Estamos en ese proceso. 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, podamos continuar con ellos la obra. Eso también está planteado en términos gruesos.

En este momento, ambas obras están detenidas en los aspectos administrativos diferenciales. Eventualmente, podríamos 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.

Respecto de la obra de Illapel, tenemos que volver a rellicitar sí o sí, en cuanto la Contraloría tome razón.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, quiero consultar al director si efectivamente hay garantías de que esta empresa o consorcio pueda continuar la obra. Si la empresa no está de acuerdo con terminar el contrato, podría haber llegado a un acuerdo previo, o si definitivamente persisten las dudas del Servicio de Salud respecto de si la empresa va a poder terminar la obra.

El señor **JORQUERA**.- Señor Presidente, sabíamos que en los plazos establecidos de ninguna manera se iba a lograr terminar. Para poder continuar con este proceso, es que ellos reactualicen todas las boletas de garantía, y sobre eso nosotros vamos a trabajar y establecer nuevos plazos.

Aquí hay un elemento nuevo. Como anteriormente también fui director de servicio, cuando estudiamos este proyecto, estimamos 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, 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 fundamentalmente del terreno donde se ha emplazado esta obra.

En consecuencia, en este contexto tenemos disposición para alargar el plazo, siempre que en el plan de trabajo que ellos presenten tengamos acuerdo y que los montos involucrados en este proyecto sean razonables.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Núñez.

El señor **NÚÑEZ** (Marco Antonio).- Señor Presidente, respecto de las situaciones que ustedes describen en el Centro de Salud Familiar de Illapel y en el hospital familiar y comunitario de Salamanca, tengo tres preguntas.

En primer lugar, ¿cuál es la fecha de licitación en la cual la empresa Inca-Apoquindo-Ortiz se adjudica la construcción del Centro de Salud Familiar de Illapel, y las fechas de la licitación en las cuales la empresa constructora se adjudica el hospital de Salamanca? Entiendo que el mandante es el Servicio de Salud Coquimbo. ¿Quiénes eran las autoridades máximas, director o directora de servicio, cuando ocurrieron definitivamente esas licitaciones?

En segundo lugar, tengo aquí una descripción de las boletas de garantía y las multas que han sido cobradas en ambas situaciones. ¿Cuál es su opinión desde el punto de vista administrativo de la ejecución de las garantías respecto de los retrasos o abandonos concretos que se han producido?



En tercer lugar, hemos descubierto en otras regiones y en otras obras un modus operandi donde es clara la intervención del exsubsecretario de redes asistenciales, señor Luis Castillo, quien se comunicaba directamente con las empresas vía email, pasando por encima de la autoridad del mandante, en este caso, el Servicio de Salud de Coquimbo. ¿Existe alguna evidencia o sospecha fundada de que este modus operandi se repite en la adjudicación o en el proceso de reclamo a la Contraloría, o de protestas que hayan tenido las empresas? Si no hay una situación como esta, ¿cómo se explica el abandono y el retraso provocado en estas situaciones tanto en Illapel como en Salamanca?

El señor **JORQUERA**.- Señor Presidente, en el caso del Cesfam urbano de Illapel, la firma del contrato fue el 3 de octubre del año 2012, con toma de razón del 21 de noviembre del mismo año. La fecha de entrega del terreno fue realizada el 18 de diciembre del mismo año y las obras partieron al día siguiente. El plazo de ejecución de las obras fue de 330 días. Eso es en términos de los plazos.

En cuanto al director de la obra, tengo una duda razonable, pero debe haber estado el señor Andrade.

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

En el caso del Cesfam urbano, lo que hemos encontrado en términos de gestión de la obra es que esta no fue suficientemente acompañada, es decir, no teníamos un inspector técnico de obras que estuviese permanentemente ocupado de la gestión, del trabajo por parte de la dirección del servicio, pues la persona encargada o el inspector técnico hacía una visita regular de una vez a la semana si es que disponía de vehículo para hacerlo. Desde esa perspectiva, se podría observar que no hubo preocupación por el estado de avance de la obra ni de la calidad de la misma en el terreno mismo.

Igual cosa sucedió con el Cesfam de Salamanca. No obstante allí se pudo observar que la obra en general estuvo avanzando con menos problemas en términos constructivos, pero con muchos en términos de plazo.

Lo único que llama nuestra atención, porque no hemos encontrado documentos que indiquen si hubo intromisión directa o no del subsecretario señor Castillo, no obstante sí en el caso del Hospital de Salamanca encontramos este elemento que les planteé en la descripción, en que hubo una presión muy fuerte por acortar los tiempos de ejecución.

En el estudio original de este hospital, por las características del terreno, estimamos que lo más probable es que la ejecución demorase 700 días, y tuvimos a la vista correos de funcionarios del ministerio dando indicaciones fuertes y precisas de que acortaran los tiempos de ejecución, a la hora de licitar las obras.

Por lo tanto, pasó lo que tenía que pasar, y es así que no les alcanzó el tiempo para terminar el hospital.

El señor **NÚÑEZ** (Marco Antonio).- Señor Presidente, solicito que las dos últimas intervenciones queden en un cuaderno aparte. La falta de presencia del ITO y que hagan llegar esos correos electrónicos o mensajes, donde nuevamente hay intervención



del nivel central en una licitación que no les corresponde, y que quede en cuaderno aparte.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, quiero hacer una consulta al señor Jorquera respecto de la asesoría que realizó por parte de la empresa, el asesor del Ministerio de Salud, don Sergio Teke y la señora Leticia Ramírez. Si sabe algo de esa asesoría, qué tema se trató, en qué estuvieron involucrados, qué parte podría tener relación con los problemas que tuvo el Hospital de Salamanca, etcétera. Además que nos contara desde cuándo está en el Servicio, si estaba anteriormente y si dejó de trabajar.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Jorquera.

El señor **JORQUERA**.- Señor Presidente, fui director titular del Servicio de Salud de Coquimbo hasta noviembre del año 2010, y retomé funciones, en calidad de provisional y transitorio, con fecha 17 de marzo del año en curso. No estuve presente en ninguno de los procesos de licitación de estas obras, en particular; sí en los diseños de las mismas.

Ahora si alguna de las empresas AITO que, asesoran la inspección técnica de la obra, entregan informes o si alguna está presente, tanto el señor Sergio Teke como la señorita Ramírez, en lo personal, no me consta que ellos hayan sido parte de las empresas, no obstante la obligación de la ejecución de una obra, en términos de responsabilidad, corresponde a dos actores: a la empresa, que se adjudicó y a nosotros, los mandantes, como dirección de servicios o en su conjunto el Ministerio de Salud.

Las empresas que asesoran las inspecciones técnicas de obras, todo lo que hacen u observan queda registrado en el libro de obras.

Por lo tanto, para contestar, fidedignamente, lo que se consulta tendría que hacer un informe, una lectura del libro de obras. En el caso particular del Cesfam de Illapel y del Hospital de Salamanca, podría entregar un informe sobre el cumplimiento acucioso de la labor de asesoría de inspección técnica de obras.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Karla señora Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, pido que lo dicho por nuestro invitado quede en cuaderno separado y que oficie al ministro para que nos informe sobre la asesoría que realizó la empresa, a través del señor Teke y de la señora Leticia Ramírez al hospital. El señor Teke es funcionario del actual Gobierno y también lo fue del anterior. Además, si es necesario el registro del libro, al cual se refiere el director del servicio, para tener mayor información respecto del cumplimiento y la relación que puede tener con los problemas que tiene este hospital.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para acceder a lo solicitado por la diputada Karla Rubilar?

Acordado.

Señor director, en nombre de la Comisión agradezco su presencia y los antecedentes que ha entregado.

Corresponde recibir al ministro de Obras Públicas, señor Alberto Undurraga, y a su asesor, señor Álvaro Henríquez.



La Comisión Investigadora está abocada a evaluar los atrasos y eventuales abandonos en la inversión pública del primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet y del gobierno del expresidente Sebastián Piñera, en 2006 en adelante.

Ha asistido a esta Comisión una parte del equipo de concesiones, quienes presentaron antecedentes. Luego, vino el coordinador de concesiones y surgieron tres tipos de dudas o inquietudes que nos han parecido meritorias despejar con usted, sin perjuicio de las preguntas que los colegas diputados formulen.

La primera inquietud se refiere a cuáles son los verdaderos costos, a juicio del Ministerio de Obras Públicas, que tiene la construcción hospitalaria, tanto en lo que es el metro cuadrado, definiciones que sobre esa materia han sido controversiales en las últimas semanas respecto de cifras que ha dado el Ministerio de Salud y otras de estudios privados, pero que han puesto en tela de juicio cuál es, por la vía de la concesión, la utilidad para el Estado o el mejor margen de optar por ese camino en general en la construcción hospitalaria. Lo señalo como título grueso, de modo que usted pueda ahondar sobre esa materia y precisar los datos.

La segunda es que hay testimonios, en una de las obras ya terminada, el Hospital de Maipú, de las autoridades de salud han revelado antecedentes de que los contratos traían incentivos en cuanto a las tasas de ocupación de camas, determinadas multas o pagos a efectuar que aparecen desproporcionados respecto del cumplimiento de las metas y que, a juicio de los actuales directivos del Servicio de Salud Metropolitano Central, particularmente, aparecen exagerados en la forma que quedaron establecidos en dichos contratos.

Lo anterior ha generado dificultad, porque la inauguración de esta obra también ha sido objeto de cuestionamientos por parte de la Contraloría, lo que ha sido motivo de creación de esta Comisión, y dado que es una obra emblemática, también el hospital de La Florida, quisiéramos conocer de esas obras concesionadas cuál es la evaluación y la mirada que tiene el Ministerio de Obras Públicas del desarrollo de ese proceso y de cómo quedaron establecidos dichos contratos.

La tercera se trata de una decisión reciente, que la Contraloría ha tomado razón, del avance de dos establecimientos por la vía concesionada, que venían ya presentadas por el gobierno anterior, me refiero a Félix Bulnes y el Salvador Geriátrico, que no han estado exentos de controversias de distintos sectores gremiales, de distintos sectores de opinión, respecto a las características que tendrían los contratos de estos nuevos establecimientos que comenzarán sus obras por la vía concesionada y los costos que implicaría para el Estado dicha modalidad en estos nuevos establecimientos.

Entonces, sobre estas materias es que pedimos que explique su mirada, sin perjuicio de las consultas de los señores diputados.

Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **UNDURRAGA**.- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a todos los miembros de la Comisión y a todos quienes nos acompañan en esta sesión.

Antes de contestar sus preguntas, quiero enmarcar cuáles son las razones que se dan en la literatura para apuntar a la asociación pública-privada y como ha sido reconocidamente exitoso en



carreteras y aeropuertos. Sin embargo, en otros sectores hay controversias.

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, en nuestro país conocido como concesiones, es que permite adelantar inversiones que el Estado no puede hacer por razones presupuestarias. Entonces, esa es la primera razón que da la literatura de un valor agregado que puede tener la asociación pública-privada en materia de infraestructura.

En el análisis de obra por obra, eso significa que gracias a la asociación pública-privada es posible tener antes una carretera que después en el tiempo, porque el Estado adelanta la inversión, los aeropuertos, embalses o centros cívicos. Así se adelantan beneficios para los ciudadanos, en el análisis de obra por obra.

En lo macro, permite adelantar inversión con el relativo impacto en la economía. Entonces, una primera área que la literatura dice por qué puede ser relevante la asociación público-privada es por adelantar inversiones por razones presupuestarias del Estado.

Una segunda, asociada a la anterior, es que esto tiene un efecto inmediato que permite liberar recursos para otras obras, que de lo contrario estaría en la infraestructura principal. En general, lo que se hace, si se toma la Ruta 5, por ejemplo, al hacerla vía asociación público-privada, vía concesión, liberó recursos para un conjunto de rutas secundarias en el resto del país, que de lo contrario no habría podido tener su ejecución.

Entonces, una primera razón es que se adelantan inversiones con el efecto de adelantar beneficios y el impacto que tiene en la economía por el efecto de la inversión, pero eso llevado de la mano que se liberan recursos para hacer otras obras, en general, sociales que no tienen la rentabilidad que el privado requiere o solicita para interesarse en esa obra.

Una tercera, que también dice la literatura, tiene que ver con que la asociación público-privada permite destinar recursos de mantención pública de esas vías a nuevas inversiones, como las antes mencionadas. Por ejemplo, el 60 por ciento del presupuesto de viabilidad era de la Ruta 5, al momento que la Ruta 5 pasa a ser una ruta con el esquema de asociación público-privada, concesión, se liberan recursos para la mantención. O sea, no solo relacionado con la inversión inicial, sino que también con la mantención de la obra.

Se señala que esto puede generar algunas eficiencias económicas, todo esto lo decide inicialmente en carreteras y aeropuertos absolutamente validado en el mundo entero y en las otras áreas con bastantes dudas.

Por último, la que tiene que ver más con los incentivos políticos, que han recogido en su último libro los profesores Eduardo Engel, Alexander Galetovic, Ronald Fischer señala que nuevamente en carreteras y aeropuertos la asociación público-privada genera incentivos correctos para la mantención de la infraestructura, es decir, en general, los gobiernos por el ciclo político más bien están interesados en inaugurar que en mantener, salvo que el deterioro sea excesivo se preocupa de la mantención, pero siempre al límite. Sin embargo, para la mantención de cierta infraestructura parece razonable utilizar este mecanismo en el mundo entero.

Ahora bien, todo lo que he mencionado está validado para carreteras y aeropuertos. En el resto de las áreas existe una



discusión teórica, además de la práctica que es objeto de la Comisión, de si efectivamente genera beneficios económicos la operación en alguna área distinta principalmente en hospitales, cárceles, etcétera.

La asociación público-privada ha sido un buen mecanismo para adelantar inversiones y está validado en dos áreas particularmente. Ello no quiere decir que no haya problemas de capacidad en las carreteras -hacer muy rígidos los contratos; por el crecimiento del parque automotriz-, de equidad porque se unen bien dos puntos, pero las zonas intermedias no quedan con los adecuados servicios; además de seguridad y de servicio. Hay problemas en los contratos actuales que estamos mejorando.

Pero lo he querido señalar en un contexto antes de abordar el tema de los hospitales que examina la Comisión. Salvo el número 1, que es adelantar inversiones cuando el Estado no tiene recursos, se genera un beneficio más allá de los otros costos que pueda señalar, el resto de beneficios que acabo de mencionar, la literatura lo pone en duda y hay quienes están a favor y otros en contra de aquello.

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, está en construcción y se espera el inicio de operación en 2016; el Hospital Salvador Geriátrico fue adjudicado el 11 de febrero de 2014, durante el gobierno pasado; el Hospital Santiago Occidente fue adjudicado el 27 de febrero de 2014; posteriormente se toma 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.

Respecto a los costos, señalo 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, nuestro rol es resolver los problemas de infraestructura que nos 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, 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 de los hospitales 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. Por ejemplo, sería difícil entender que un televisor comprado en una tienda a crédito fuera más barato que el comprado al contado; por la naturaleza de la operación -no es ni malo ni bueno, simplemente es- resulta más caro.

Respecto de las cifras, sí ha habido diferencias entre los equipos. Entiendo que hubo problemas metodológicos. Traigo algunas cifras que muestran que los equipos se reunieron y se dieron cuenta de las diferencias metodológicas; los hospitales concesionados tienen un costo aproximado de 50 UF por metro cuadrado



con IVA incluido. Algunos de los problemas de la 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.

Ahora, en relación con los problemas que han presentado los hospitales de Maipú y La Florida, sin perjuicio de que podamos enviar en detalle las distintas observaciones que puede tener la operación, me parece que la puesta en marcha de cualquier sistema puede tener dificultades. 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.

Estas observaciones se las podemos enviar en detalle.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Muy bien.

¿Qué nos puede informar sobre los nuevos hospitales?

El señor **UNDURRAGA**.- Señor Presidente, ustedes conocen nuestro programa de Gobierno donde se señala en la parte infraestructura que se iba a evaluar la pertinencia de ocupar el sistema de concesión para el financiamiento de cárceles u hospitales dependiendo de si se otorgaba o no valor público -ese sistema- 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.

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 -que era lo que correspondía fruto del mandato del Ministerio de Salud-, me refiero a la Red Sur y Red Maule. Esta suspensión no significa que no se vayan a hacer, sino que es el sistema de financiamiento, sobre el cual el Ministerio de Salud anuncia cómo se hacen.

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

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 para efectos de cálculo los menciono de todas formas. Sin embargo, el Hospital Sótero del Río era de 0.98, o sea, absolutamente fuera el 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. Nos pareció que eran dos elementos que se salían de norma y, por lo tanto, acogiendo el mandato del Ministerio de Salud, procedimos a retirarlo de la Contraloría.

Posteriormente, 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 entonces que tanto en el Hospital Sótero del Río como en la Red Quinta van a ser financiados a través del gasto directo.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor ministro, ¿qué es exactamente lo que se concede 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?



El señor **UNDURRAGA**.- Señor Presidente, es interesante la pregunta e incluso esta tabla puede ser ilustrativa para constatar cómo fueron cambiando en el tiempo. El programa 1, fue Maipú-La Florida; el programa 2, Antofagasta y el 3 abarca al resto de los hospitales.

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 se concesionan.

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, en el actual, dicho de otra forma, no se concesionan las actividades y servicios clínicos, vale decir, el delantal blanco, como se le ha llamado, 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, 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.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Núñez.

El señor **NÚÑEZ**.- Señor Presidente, probablemente el déficit de camas hospitalarias en nuestro país, solo comparado con los índices que nos gusta compararnos en los últimos años en la OCDE, es el país que tiene más déficit de camas, y no solo el país con más índices de desigualdad. Esto tiene que ver con una historia larga que no es del caso revisar ni recrear, pero recordamos que 2006 aprobamos, por iniciativa del entonces ministro de Obras Públicas, Sergio Bitar y del ministro de Salud, integrar las concesiones a la construcción de camas complejas hospitalarias en nuestro país. Hay un primer modelo que ya está en funcionamiento, que es Maipú y La Florida. Usted ha entregado información muy relevante respecto de los cálculos de la construcción de metro cuadrado, de las demoras. Siempre es muy importante que nuestra experiencia quede extractada para la mejor toma de decisiones, pero lo que quiero preguntarle, señor Undurraga, tiene que ver con lo que se ha denominado el subsidio variable a la operación.

Entendemos el subsidio fijo a la construcción, el subsidio fijo a la operación, pero quiero hacer una comparación: modelo Maipú-La Florida. Este es un índice -probablemente, el más importante- de ocupación de camas. No me voy a extender en la definición ni en la realidad que vive un hospital capital de región respecto de su demanda y de la necesidad de las camas que, en muchos de los casos, están permanentemente ocupadas y para qué hablar de las camas clínicas. Pero sin ser experto en estos índices, le parece



que el modelo de subsidio variable en la operación de Maipú-La Florida es bastante lógico. Tiene tres tramos de 97 por ciento de cumplimiento si ciento por ciento es óptimo y hay un premio, un incentivo de 5.000 UF; hay un rango intermedio entre 94 y 97 por ciento y un rango inferior a 90. Si se comparan los mismos incentivos -pongo el caso de Antofagasta- disminuye el índice de subsidio variable a un cumplimiento de un 85 por ciento. Si estoy sobre ese 85 por ciento recibo ya no 5.000 UF al año, entendiendo que el promedio de una concesión es de 15 años, sino hasta 50.000 UF, vale decir, mil millones de pesos. Si cumpla el 85 por ciento, a 15 años son 15.000 millones de pesos y con eso puedo construir otro hospital en esos mismos 15 años. Entonces, la pregunta es, ¿qué motivo o decisión técnica existió en el gobierno anterior? ¿Qué motivó al ministro Mañalich a decir que sí a esta variación brutal de 10 veces el subsidio variable a la operación? Digo esto, porque cuando comparamos hospitales concesionados con hospitales concesionados modelo Valencia, Inglaterra, está bien, pero cuando incluimos este subsidio variable a la operación, aparece un asalto a mano armada. Aquí, señor ministro, hemos demostrado un *modus operandi* que se generó en la subsecretaría de Redes Asistenciales, encabezada por el exsubsecretario Castillo, quien se comunicaba directamente con empresas constructoras, cuyo mandante era el Servicio de Salud, que es autónomo. Eso ya está acreditado en la investigación que hemos hecho en esta Comisión. Lo discutimos ampliamente en la sesión especial de la semana pasada. Para mí es muy importante su opinión técnica de ministro de Obras Públicas en este punto que llama la atención sobremanera, que cambia completamente los números finales de inversión del Estado en una variación de 10 veces desde un modelo original al que conocimos en el gobierno de Sebastián Piñera.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **UNDURRAGA**.- Señor Presidente, se me hace una pregunta en que una parte puedo contestar y la otra, no.

Cuando se me pregunta cuáles fueron las motivaciones que tuvieron quienes hicieron este modelo no puedo contestar. No estaba en esa época y habría que preguntar a quienes lo hicieron.

Por otra parte, sí puedo aventurar una opinión técnica en esa línea. En general, vuelvo a la literatura de los defensores, los modelos variables, en cualquiera de los casos, señalan que cuando son variables se transfiere el riesgo al operador final. Por lo tanto, cuando un modelo es variable el riesgo de demanda o el riesgo de cualquiera sea el caso se transfiere al operador. ¿Qué es lo que hace, por lo demás, el Ministerio de Obras Públicas en las nuevas carreteras? Las primeras eran a plazo fijo y eso significaba que se aumentaba el flujo, ganaba mucho dinero el concesionario, en circunstancias de que no era justo porque se calculó una demanda menor y, a la inversa, perdía mucho dinero y quebraba la empresa y conocimos algunos casos en esa línea. 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.

Esos son los que 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 es incierta la



demanda. Da la impresión, por información que hemos 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. Si no es así, distinto es el caso.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, el ministro plantea que en este caso no habría incertidumbre respecto del uso de los hospitales, con lo cual el modelo de financiamiento variable pierde un poco de valor.

Ahora, lo que hemos visto, en el traspaso entre el primer modelo de concesiones hospitalarias, tipo Uno, y el último, es que los premios aumentaron de manera llamativa, por decirlo suavemente, en oposición a lo que sostiene el ministro. No logro entender cuál habrá sido la lógica que aplicó el Ministerio que operó durante la administración anterior para ese incremento brutal.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor ministro, en la misma línea de la inquietud del diputado Víctor Torres, ¿cuál fue el motivo para reconsiderar las modalidades de tasa de ocupación para efectos de la nueva condición, ya con certeza, de demanda asistencial?

Tiene la palabra el ministro Alberto Undurraga.

El señor **UNDURRAGA**.- Señor Presidente, las consideraciones que tuvo la administración anterior para cambiar las variables, de 80 a 60 por ciento respecto de la tasa de ocupación, o en relación con los premios, hay que preguntárselo a quienes adoptaron la decisión.

Claramente, los modelos variables implican una transferencia de riesgo cuando la demanda es variable. Cuando la demanda no es variable no es una transferencia de riesgo. En ese caso, uno puede sincerar que se trata de subsidios fijos y puede calcular el valor. No estoy diciendo que sea más caro o más barato, pues finalmente hay que sumar el valor completo; pero se parece más a un subsidio fijo -una parte de él, por supuesto- cuando la demanda no tiene esas características.

En general los contratos de concesión duran 20 años, período en el que son sometidos a varios cambios. Algunos por errores en la construcción, por ejemplo, cuando falta un cruce; perdonen que ejemplifique con lo que ocurre en la construcción de carreteras, pero es lo que sabemos hacer. En las carreteras y aeropuertos está validado el esquema de concesión; en las demás áreas está menos validado, en la literatura tiene más críticas y hay opiniones a favor y en contra. Como dije en principio, durante su vigencia, la concesión es sometida a varios cambios de contrato; por lo tanto, no veo el problema para que durante dicho período si el mandante, en este caso el Ministerio de Salud, determina que hay que hacer un cambio de contrato, debamos llevarlo a cabo en esta materia o en aquellas que surjan.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, en primer término, quiero dar las gracias al ministro porque ha quedado claro que, bajó ningún parámetro, los hospitales concesionados son un 77 por ciento más caros, como informó el Ministerio de Salud. Los números consignados en el análisis que realiza el señor Undurraga no permiten inferir el porcentaje que informó en su momento la Cartera de Salud y, en particular, el señor Sergio Teke. Entiendo que hubo problemas de análisis, no sé.



En ese sentido, nosotros también hicimos el estudio. Recopilamos los datos, revisamos los números y obtuvimos como resultado que el metro cuadrado de los hospitales concesionados tiene un valor de 49 UF. El señor ministro dijo que el metro cuadrado de los hospitales concesionados valía 50 UF. Estamos bastante de acuerdo.

En nuestro estudio hicimos los cálculos considerando solo los hospitales mayores a 30.000 metros cuadrados, con el fin de que la comparación fuera de mediano a grande. El resultado fue un valor de 41,1 UF el metro cuadro, mientras que ustedes calcularon cerca de 39 o 40 UF el valor del metro cuadrado de un hospital sectorial. La consecuencia de aquel análisis fue que nos percatamos de que ustedes no consideraron varios parámetros que aumentan y encarecen el valor de los hospitales sectoriales, como el desarrollo de la ingeniería definitiva, que se estima en un 2,5 por ciento del monto total del contrato; el costo de la asesoría de la inspección fiscal, que se estima en un 3 por ciento del monto del contrato; el pago por la implementación de la gestión de cambio, que equivale a más menos 1,5 por ciento del monto del contrato; la aislación sísmica, que es alrededor de 1 UF el metro cuadro y la climatización del cien por ciento de las instalaciones del hospital, porque los sectoriales solo tienen las zonas críticas.

Por lo tanto, si se consideraran los costos anteriormente señalados -algunos de ellos fueron contemplados por ustedes, pero con valores bastante menores- el valor promedio de los hospitales sectoriales sería 47,6 UF el metro cuadrado. Si ustedes estimaron dicho valor en 50 UF, la diferencia entre ambos cálculos es bastante pequeña.

El ministro señaló que los hospitales sectoriales se construyen gracias a una suerte de crédito que se paga de manera posterior, lo que permite liberar recursos para construir de manera simultánea otros hospitales. Además, se traspasa un mayor riesgo. Sin embargo, no se consideró que el estándar de los hospitales sectoriales deba estar en 191 el metro cuadrado, y el de los concesionados en 260. Es por eso que las condiciones de comodidad y otras de atención de los hospitales concesionados son mucho mejores.

Pido que el ministro dé su opinión respecto de los números que he mencionado y explique por qué no se consideraron estos datos que dan un valor final un poco más caro.

Ahora, en el caso de que el ministro decida mantener que los hospitales sectoriales valen 40 UF el metro cuadrado -podría ser que quisiera defender dicha idea-, quiero que explique por qué en los datos relacionados con los próximos hospitales que se construirán -incluidos los que se marginaron de la licitación-, presentados por el Ministerio de Salud, se consigna un valor promedio de 67 UF el metro cuadrado, por ejemplo, en el caso del Hospital de Marga Marga y el Hospital Quillota-Petorca. Se supone que dichos establecimientos se construirán sectorialmente, y según su presentación el valor promedio es 40 UF metro cuadrado en ese caso. Sin embargo, en estos hospitales el valor será de 67 UF el metro cuadrado. El ministro sostiene que si se construyera el Hospital Félix Bulnes bajo la modalidad sectorial, la cifra sería mayor. Ninguno de los números que están publicados por el Ministerio de Salud se acerca a las 40 UF el metro cuadrado. ¿Por qué se producen dichas diferencias en las cifras?

La cuarta pregunta tiene relación con el Hospital Sótero del Río. El ministro señala que, por mandato de la ministra de Salud, decidieron retirarlo de la licitación, porque tienen dudas respecto de las condiciones en que está adjudicado.

En ese contexto, si se adopta la decisión de construir el Hospital Sótero del Río de forma sectorial, ¿va a contar con los 49 pabellones que se comprometieron en el diseño, con las 710 camas del



Programa Adulto Materno Infantil, con el Centro de Referencia para Patologías Complejas como cardiocirugía adulto infantil, oncología y neurocirugía y, finalmente con la superficie de 215 mil metros cuadrados que se estimó en principio? ¿Cuánto va a demorar su construcción? Porque entiendo -puedo estar equivocada- que, basados en sus estudios, consideran que el diseño del hospital es más grande de lo que realmente debería ser. Por lo tanto, deduzco que quieren hacer un hospital más pequeño.

Pido que se aclare si el hospital que van a construir en Puente Alto es más pequeño que el que está diseñado o del que estuvo presupuestado por el gobierno del Presidente Sebastián Piñera.

Por último, quiero que el ministro se refiera a la situación de todos los hospitales que se marginaron de la concesión. Me refiero a aquellos respecto de los cuales se tomó esa decisión -entiendo que el Hospital Sótero del Río todavía se está evaluando-. ¿Cuánto tiempo se va a atrasar la construcción de dichos hospitales? En la Comisión la ministra dijo que el atraso iba a ser solo de 6 meses en relación con lo establecido en la carta Gantt de los hospitales concesionados. Por ello, quiero que el ministro responda esta inquietud en la Comisión para que quede en acta y en el cuaderno separado. ¿Cuánto se va a demorar la construcción de los hospitales Marga Marga, Biprovincial Petorca-Quillota, de Curicó, de Linares, de Chillán, los cuales efectivamente fueron retirados del sistema de concesiones? O, el ministro va a refrendar lo dicho por Salud de que a lo más serán seis meses, considerando la carta Gantt de construcción de hospitales concesionados, que, además, reconoce que se construyen un poco más rápido que los sectoriales.

La gente no puede seguir esperando y necesitamos algo que podamos fiscalizar en la Cámara de Diputados, que es lo que nos corresponde. ¿Cuánto se van a atrasar y cuándo van a estar listos dichos hospitales que salieron de la concesión?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Javier Macaya.

El señor **MACAYA**.- Señor Presidente, revisando documentos y entrevistas dadas por el ministro al momento de asumir el cargo, e incluso antes, cuando era alcalde de Maipú y estaba impulsando fuertemente la construcción del hospital, como todo alcalde que impulsa obras en su comuna, me doy cuenta de que se produjo un cambio en la percepción de lo que es el cargo de Ministro de Obras Públicas, en un gobierno que ha tomado una definición, y que fundamentalmente tiene que ver con los seis hospitales en donde se tomo la decisión de descartar el mecanismo de concesiones.

Se pueden tomar en cuenta las variables que diputado Núñez nos mostraba recién, relacionadas con los premios, las compensaciones o incluso castigo a los que puede ser sometido un concesionario por estar por sobre o por debajo de ciertas metas. Pero me gustaría que en esta materia llegáramos por lo menos a una definición.

Este preámbulo es solo para hacer una pregunta que interesa a la opinión pública sobre los seis hospitales. ¿Este gobierno descarta en materia hospitalaria el modelo de concesiones?

Revisando una entrevistas asumo que sí, que la respuesta es afirmativa por lo menos en los próximos cuatro años.

A diferencia de lo que plantea el señor ministro, vi una entrevista del 14 de marzo de este año, cuando recién había asumido el cargo, donde él señala algo que no es precisamente lo que decía el programa. Dice: vamos a analizar la conveniencia y pertinencia del modelo de concesiones.

Entiendo que hoy eso ha cambiado, fundamentalmente con los seis hospitales.

Se puede hacer una declaración políticamente correcta y decir que se sigue analizando la conveniencia y pertinencia, pero



todos sabemos que el programa de construcciones de hospitales ya se conoce y abiertamente se puede indicar que en los próximos cuatro años -pienso que es útil decírselo a la ciudadanía- se descarta el modelo de concesiones. Quiero que se profundice esa respuesta.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **UNDURRAGA**.- Señor Presidente, al igual que en la pregunta que me planteaba el diputado Núñez, hay algunas cosas que puedo contestar y otras que no puedo responder porque no las conozco, no son de la carpeta o bien requieren de antecedentes adicionales.

Encuentro positivo que cuando hablamos del costo promedio por metro cuadrado por la vía de concesiones es 50 UF, porque el cálculo hecho por la destacada diputada de oposición es de 49. Probablemente, 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.

Entonces, es positivo porque quiere decir que las cifras que hemos informado son las correctas.

También creo que es positivo que se señale -hay un cierto acuerdo- que los hospitales concesionados son más caros que los hospitales hechos por compra directa. Lo reitero, eso 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.

Por lo tanto, si la diferencia está en cuánto más caro resulta una forma respecto de la otra, me parece que 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, me parece que es secundario, toda vez que ya está resuelto.

Señora diputada, respecto de la información que se ha entregado desde el Ministerio de Salud, me comprometo a estudiarla porque no la tengo a mano, y le enviaré alguna opinión al respecto. Usted me pregunta por cosas que ha publicado el Ministerio de Salud y créame que trabajamos coordinadamente con dicho Ministerio, pero no al nivel de detalles que nos permita conocer todas las publicaciones que hace cada uno de los ministerios. Sin embargo, me comprometo a tomarlo en cuenta y resolverlo.

Tal como lo indiqué al inicio, nuestro programa de gobierno en el capítulo Infraestructura señala que se va a analizar la conveniencia y pertinencia del modelo de concesiones, para ver si agrega o no agrega valor en el caso de hospitales y de cárceles.

La ministra de Salud ha despejado las incógnitas respecto al modelo a seguir y señala que llega a la conclusión de que se no va a perseverar durante estos años en dicho modelo.

Por lo tanto, no tiene nada de raro que yo haya señalado después del 14 de marzo lo que dice el programa.

En consecuencia, en la agenda de trabajo por delante, en cada uno de los hospitales que hay que construir el MOP va a estar a disposición, como lo hace con muchos organismos públicos 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.

Ese es el camino que sigue hacia adelante, 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 trabajadores, todos los cuales son por mandato del Ministerio de Salud.



El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor ministro, muchas gracias por su presencia y por los valiosos antecedentes que ha aportado.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, dada la buena disposición del ministro a responder las preguntas que realicé, solicito el acuerdo de la Comisión para mandar esas preguntas por oficio y así obtener las respuestas de forma oficial.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para acceder a la petición?

Acordado.

A continuación, damos la bienvenida a la señora Anita Román, presidenta del Colegio de Matronas de Chile.

Le ofrezco la palabra.

La señora **ROMAN** (doña Anita).- Señor Presidente, deseo agradecer a todos por la invitación. Para mayor comprensión he traído una presentación.

En honor a la verdad, cuando se me hizo la invitación pensé desde qué óptica podría venir a exponer a esta Comisión investigadora, porque en mis pocos años de ejercicio profesional aparecen varias aristas para abordar el tema. Al final, decidí que desde la perspectiva de lo que me invoca como profesión, el Colegio de Matronas de Chile, más allá de aportar cifras y números, que igual traigo y que a mi juicio son los más importantes; por otro lado, y es lo que más me interesa que escuchen, lo que hoy significa para nosotras, como matronas, este modelo de salud basado en la complementariedad público-privada y que ya tiene un impacto objetivo en la población, pero un impacto negativo.

Además, pido que me escuchen desde la experiencia de ser funcionaria del Hospital Luis Tisné, que partió de la concesión. En el hospital hoy tenemos grandes problemas como trabajadores, y es la razón por lo que nos acercamos esta semana a apoyar el movimiento de los trabajadores del Hospital El Salvador Geriátrico, para que vean que ese movimiento debe tener más fuerza, tiene que implementarse con mayor tesón y ojalá toda la comunidad lo apoye.

Mi presentación da cuenta precisamente de los modelos de gestión de los establecimientos hospitalarios. Como dato al margen, este año la matronería en Chile cumple 180 años. Por lo tanto, tenemos la visión histórica, en la línea del tiempo, sobre el impacto de las políticas públicas hacia la mujer.

Respecto de la materia que nos convoca, la más importante data de la época en que el expresidente Salvador Allende era ministro de Salud y estableció que había que proteger lo dicho por el doctor Sazié, en 1834, respecto de que las matronas íbamos a potenciar que las mujeres no se murieran en el parto.

Es así como desde 1940 hasta el 11 de septiembre de 1973, fecha en que se rompió abruptamente, 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.

Todo lo anterior lo voy a refrendar con una serie de estadísticas que avalan lo que significó este impacto, cuyo objetivo era disminuir la mortalidad materna y perinatal. Todas estas estadísticas están basadas en documentos del Ministerio de Salud.

Entre 1950 y 2000, la tasa de mortalidad materna bajó de un número no menor a la cifra que se aprecia en la primera diapositiva, gracias a la construcción hospitalaria y a la institucionalización de la atención.

La segunda diapositiva es de mayor impacto. Desde 1990 hasta 2008 la mortalidad materna sigue disminuyendo, tanto por parto como por aborto y también por puerperio.



Sin embargo, tenemos una triste cifra, que no es menor. A partir de 2007 -la línea verde en la gráfica- hay un estancamiento en la disminución de la mortalidad materna en el país. La cifra que se mantiene hasta diciembre de 2013.

Entonces, como Colegio de Matronas nos preguntamos qué pasó, porque el programa de salud materna no ha cambiado.

¿Qué sucedió que se estancó la mortalidad? Estábamos bajando maravillosamente esta cifra.

Dicho sea de paso, Chile tiene la menor mortalidad materna del mundo en relación con el Producto Interno Bruto. Ustedes me podrán decir que es mayor que en los países desarrollados, pero nuestro ingreso es bastante menor.

Lo único que ocurrió fue que a alguien, no sé 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 -no contamos con aviones entre los hospitales más grandes y los más pequeños-, pero 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.

Por lo tanto, 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. Reitero, no sirve porque de Licantén a Talca hay una hora. Una prociencia de cordón debe resolverse en diez minutos, sino se muere la guagua.

Esa es una de las cosas que me interesa que escuchen como Comisión investigadora.

Hay que revisar este 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.

En el mismo modelo de gestión de establecimientos hospitalarios, no sé si en las cifras que dio el Ministerio de Salud, al hablar de este terrible gasto, está contabilizado el costo real de un hospital de autogestión hospitalaria, porque una cosa es la construcción. Sin embargo, en estos hospitales las metas están asociadas a incentivos.

Para mi triste experiencia, en estas metas asociadas a incentivos, en enero de 2012, el señor José Ovalle, jefe del Departamento de Finanzas, en una reunión bipartita entre la dirección y los gremios, me contó que el Hospital Luis Tisné había recibido un premio por el ajuste económico del año anterior.

Les juro que quise llorar, porque ese premio estaba ligado al cumplimiento del ajuste hospitalario en desfavor de los más viejos, porque no fuimos capaces de darles unos grados más de incentivos para que jubilaran decentemente. Sin embargo -y esto es a nivel país-, sí se pudo contratar, por la vía del ítem 22, anestesistas por 28 mil pesos la hora. Mi hospital es el que menos paga a los anestesistas por la vía de la subcontratación, porque debe contar con 30 millones de pesos mensuales para tener dos anestesista diarios. Pero por la misma vía no podemos aumentar en un par de grados a las viejas que se quieren ir, pero que no pueden hacerlo porque están en los últimos grados de la escala del servicio público.

Por lo tanto, pedimos que desde esta Comisión se revise el Código del Trabajo, porque a través de él se subcontrata en los hospitales. Tanto ese código como el estatuto administrativo están permitiendo una subcontratación donde la gente no tiene acceso a la seguridad social.



Soy matrona de turno en la urgencia, y entre parto y parto, a las tres o cuatro de la mañana, la gente subcontratada en las áreas que mencionó el ministro, que tienen que ver con servicios, no tienen dónde tomar café porque no les corresponde, porque son de una empresa externa para hacer el aseo del hospital y sus camas.

En el caso de la alimentación, cada mujer que se embaraza debe ser despedida, porque la subcontratación le impide la seguridad social.

En el terreno de los convenios asistenciales, los hospitales autogestionados se transforman en otra área interesante de estudiar.

Por ejemplo, ¿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?

La Universidad Autónoma, a cuyas alumnas me tocó apoyar, puede hacer su experiencia clínica en el horario de colación de las otras universidades, entre las 12 y 2 de la tarde.

¿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.

También está la Universidad de Chile, 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 experiencia clínica.

Creo que esta Comisión debiera investigar qué pasa con 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, no es así. No todas las universidades que llegan a los hospitales están acreditadas, pero las platas las reciben exactamente igual.

Compra de servicios. Me voy a referir a los servicios clínicos de mi hospital.

¿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? ¿Quién se lleva ese delta?

Para nosotros es una turbiedad que nunca hemos podido despejar, pero nos parece terrible porque a las enfermeras contratadas oficialmente para ese puesto de trabajo se les duplica el trabajo porque deben hacer su trabajo y el de la enfermera recién recibida, que no conoce el manejo de una unidad de tratamiento intensivo.

En el Hospital Luis Tisné somos mucho más matronas y fuimos parte de lo que era el Servicio Oriente, así que hasta ahora no han podido externalizar absolutamente nada. Somos un grupo de funcionarias cohesionadas, pero esa es la idea que, incluso, está dada por el área del Pensionado, que nos parece válida porque en los hospitales siempre han existido, pero lo que está ocurriendo, no solo en el Tisné, sino en todos los hospitales, es 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.

Por ejemplo, el Hospital de Curicó casi ya no tiene partos. Son casi todos partos de pensionados.

Entonces, también debemos revisar el área de la compra de servicios a través de la venta de la posibilidad de los partos que, además, históricamente en Chile han sido garantizados por el Estado.



El señor **CASTRO** (Presidente).- Una interrupción.
¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión en cinco minutos?

Acordado.

La señora **ROMÁN** (doña Anita).- Señor Presidente, solo me queda darles las gracias y desde mi experiencia como dirigente gremial tenemos muchos más documentos que podemos hacer llegar a la Comisión.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señora Román, usted es del Servicio de Salud Oriente y en estos días hay movimientos relacionados con las concesiones y quisiera preguntarle cuál es la opinión de su institución, como Colegio de Matronas, y además como parte del personal que trabaja en ese hospital, respecto de las motivaciones.

¿Cuál es la crítica principal respecto de lo que está sucediendo allí y de lo que escuchó de la boca del ministro y de otras autoridades?

La señora **ROMÁN** (doña Anita).- Como Colegio de Matronas nos hicimos presente con un apoyo total al movimiento del Hospital del Salvador Geriátrico.

Como funcionarias del Hospital Luis Tisné hacemos un llamado a ese movimiento y esperamos apoyarlos con más fuerza porque nuestra 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?

Eso tiene que ver con nuestra experiencia y es lo que de alguna manera traté de transmitir a los dirigentes.

En el tiempo en que fui matrona del Hospital Salvador, antes de que nos trasladáramos, estuve nueve años en el servicio de aislamiento, y si tenía algún problema aspirativo posoperatorio o alguna secuela, llamaba a la UTI del Hospital Salvador y venía un kinesiólogo o una enfermera y me ayudaba a las 2, 3 o 4 de la mañana. Actualmente, eso no lo tengo en el Tisné porque hay solo dos kinesiólogos, uno para Neonatología y otro para la UTI. No hay para maternidad. Por lo tanto, tengo que empezar a rezar para que la señora no se ahogue y ver en qué lugar me consigo un aspirador.

Creo que debemos revisar esa situación, porque en la línea de las metas a las que se refería el diputado, se nos mide por índice ocupacional de camas.

Por ejemplo, en el servicio de Ginecología no son necesarias dos matronas si tengo cuatro señoras, cuatro camas ocupadas, pero nadie vio la cartera de servicios de esas cuatro señoras, porque puedo necesitar un técnico y una matrona las 24 horas al lado de esas señoras y no tiene relación con el índice ocupacional, sino con la necesidad de la calidad de la atención.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, entiendo la postura que tienen varios dirigentes a los que no les gusta el sistema de concesiones, tenemos una discrepancia, porque somos de los que creemos que el costo es bastante menor respecto de la diferencia con los sectoriales y permite construir muchos más hospitales al mismo tiempo y, por ende, destinar mayores recursos a mejorar la calidad del personal, las condiciones en que trabajan, etcétera.

Entonces, tenemos una discrepancia respecto de dónde deben ponerse los recursos del Ministerio de Salud, si en la construcción de hospitales o en las personas, en los profesionales, en los medicamentos.

No obstante, lo que ha dicho la señora Anita Román me parece muy interesante y me gustaría hacerle algunas consultas. Dice



que es del Tisné, que tiene problemas con esa suerte de poder que tiene el hospital para subcontratar, para llamar a personas en los turnos con valores diferentes, una atribución que efectivamente tienen los hospitales autogestionados, como el Tisné, que se crearon hace varios años.

Consulto si podemos oficiar al ministerio para saber si van a cambiar, en los nuevos hospitales que están construyendo y que se van a inaugurar, la posibilidad de contratación que ellos mismos crearon, porque esos hospitales se crearon en los gobiernos de la Concertación con esas atribuciones.

Cuando se discutió el proyecto de hospitales clínicos, durante el gobierno del Presidente Piñera, vinieron los directores de los hospitales experimentales a la Comisión de Salud a defender el modelo, directores conocidos en ese momento de la Concertación, y nadie podría decir que eran de la Alianza; por lo tanto, me gustaría que el ministerio nos enviara por escrito si van a eliminar el modelo de gestión que han tenido todos esos hospitales y por cuál lo van a cambiar.

Me parece una materia interesante, porque una cosa es la construcción, y podemos tener discrepancias respecto de dónde se ocupan los recursos, pero otra es la gestión, lo que está hablando acá muy sabiamente la señora Román, y nos gustaría saber cuál es la política de gestión que van a tener los próximos hospitales en el gobierno de la Presidenta Bachelet.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Comparto la iniciativa, pero a pesar de que no tenemos quórum en estos momentos, lo tendremos en consideración.

Agradecemos la presentación de la señora Anita Román, presidenta del Colegio de Matronas.

¿Dejó los documentos en la Comisión?

La señora **ROMÁN** (doña Anita).- Sí, señor Presidente. Me parece que esa era la línea que usted me había solicitado, pero puedo hacer llegar otros documentos.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Muchas gracias.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 18.18 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ
Redactor
Coordinador Taquígrafos de Comisiones