



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

Sesión 1ª

Celebrada el día martes 20 de mayo de 2014, de 16:45 a 18:15 horas.

Se abrió a las 16:56 horas.

SUMARIO

**Expuso la Ministra de Salud, señora Helia
Molina Milman.**

I.- PRESIDENCIA.

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

II.- ASISTENCIA

Concurrieron los diputados integrantes de la Comisión: Karol Cariola; Sergio Gahona; Marcela Hernando; Marco Antonio Núñez; Javier Macaya; Manuel Monsalve; Diego Paulsen; Karla Rubilar; Alejandra Sepúlveda; Gabriel Silber; Víctor Torres y Marisol Turres.

Asistió el diputado no integrante de la Comisión señor Jorge Rathgeb.

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

III.- CUENTA

Oficio N° 11.276, del Secretario General de la Cámara de Diputados, de fecha 08 de mayo de 2014, en el cual comunica que el diputado señor Diego Paulsen Kehr reemplazará, en forma permanente, al diputado señor Leopoldo Pérez Lahsen.

IV.- ACUERDOS

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:



Citar a la Ministra de Salud, en virtud de lo dispuesto en el artículo 52, letra c) inciso segundo de la Constitución Política del Estado, a la próxima sesión que se celebrará el día martes 3 de junio de 2014, a objeto de proseguir la investigación y de dar respuestas a las diversas inquietudes planteadas por los señores y señoras Diputados y que no alcancen a ser respondidos en esta sesión.

V.- ORDEN DEL DÍA

La Comisión escucho la intervención de la Ministra de Salud, señora Helia Molina Milman, quien asistió acompañada por el asesor y Jefe de Inversiones Públicas, señor Sergio Teke.

La Ministra dejó a disposición de la Comisión presentación digital de su exposición.

El debate habido en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 249 del Reglamento.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 18:15 horas.

JUAN LUIS CASTRO GONZÁLEZ
Presidente de la Comisión

ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogado Secretaria de la Comisión



COMISIÓN INVESTIGADORA DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

Sesión 1ª, celebrada en martes 20 de mayo de 2014,
de 16.56 a 18.24 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside el diputado señor Juan Luis Castro.

Asisten las diputadas señoras Karol Cariola, Marcela Hernando, Karla Rubilar, Alejandra Sepúlveda, Andrea Molina y Marisol Turre, y los diputados señores Sergio Gahona, Marco Antonio Núñez, Javier Macaya, Manuel Monsalve, Jorge Rathgeb, Diego Paulsen, Gabriel Silber y Víctor Torres.

Concurren como invitados la ministra de Salud, señora Helia Molina, y el jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud, señor Sergio Teke.

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).- La sesión tiene por objeto inaugurar el trabajo práctico de la Comisión, que tiene el mandato expreso de investigar el estado actual de la inversión pública en infraestructura de la red de atención primaria hospitalaria, con énfasis en las obras concesionadas y no concesionadas, durante los dos últimos períodos presidenciales hasta la fecha y eventuales irregularidades en los procesos de licitaciones, concesiones, adjudicaciones, contratos, operaciones, renegociaciones, avances de obras, multas y otros subsidios con cargo a fondos públicos.

Dado que la presente sesión inicia el trabajo que desarrollaremos los próximos 90 días, quiero expresar que, como médico por más de treinta años relacionado con los temas de salud pública, considero que es un momento muy importante para lograr lo que la ciudadanía espera: no solo indagar responsabilidades, sino que proponer soluciones.

No cabe duda que la salud pública presenta, desde hace bastante tiempo, diversas injusticias que afectan a la población que requieren soluciones concretas.

En particular, espero que esta tribuna no se reduzca, exclusivamente, a una trinchera o guerrilla entre piñeristas y bacheletistas, sino que sea el espacio para el desarrollo de un proceso que permita avanzar en el esclarecimiento de la verdad de lo sucedido en los últimos ocho años en materia de inversión pública y, al mismo tiempo, permita -teniendo cada uno su corazón donde lo tiene, porque estamos en una Cámara política- defender e identificar lo que queremos para el futuro inmediato y así responder a las necesidades de la ciudadanía, como la construcción de hospitales, mejoras en las prestaciones de salud y dignificar a las personas que han esperado hace tantos años.



Por lo tanto, espero que, basados en acuerdos y en el mandato de la Comisión, nos demos las garantías suficientes para realizar un trabajo serio y responsable.

En nombre de la Comisión, doy la bienvenida a la ministra de Salud, señora Helia Molina, a la subsecretaria de Redes Asistenciales, al jefe de Inversiones Públicas y a los asesores.

La sesión debe terminar a las 18:15 horas. Por lo tanto, después de escuchar a la ministra de Salud y antes de esa hora, fijaremos el cronograma de trabajo para lo cual definiremos a los citados e invitados, a objeto de dar continuidad a las sesiones.

Tiene la palabra la ministra de Salud, señora Helia Molina, para referirse al diagnóstico de la actual situación de la inversión pública en las materias mencionadas.

La señora **MOLINA** (doña Helia).- Señor Presidente, agradezco su presentación y la oportunidad de concurrir a la Cámara de Diputados para compartir cuál es la situación del sistema público de salud, con énfasis en las inversiones, como solicitaron.

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

Las características poblacionales del país han cambiado radicalmente en las últimas cuatro décadas, específicamente, me refiero a la edad de los habitantes. Es decir, hemos envejecido a una velocidad tres veces más rápida que los países de Europa que alcanzaron en más de cien años los niveles a los cuales llegamos en solo cuarenta años, tiempo en el cual hemos dado un vuelco a nuestra pirámide poblacional.

Además, se asocia 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.

El país siempre estuvo focalizado en el ámbito materno-infantil y nuestro norte fue disminuir la mortalidad de las madres y los niños, y lo hicimos muy bien, pues desarrollamos un sistema de salud exitoso.

Contamos con los mejores indicadores de América Latina en términos de mortalidad infantil y materna, gracias a altísimas coberturas de vacunas y un muy 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, nos encontramos con muchos problemas.

Sin perjuicio de lo anterior, nos vamos a abocar, fundamentalmente, a por qué tenemos largas listas de espera y por qué la percepción de la población es que no estamos dando solución rápida y oportuna a sus problemas.

Tales problemas, como deben saber, se producen porque en la actualidad la brecha de cama es bastante amplia; si consideramos 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 solo a la población beneficiaria y no al total de habitantes es de 1,9 camas por mil habitantes.



En este contexto, 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, por lo tanto, tenemos una brecha seria, importante.

Por otro lado y a causa de las mismas razones que expuse en mi introducción, a saber, la dificultad que ha tenido el sector para adaptarse, para modificar sus códigos, características y velocidad de enfrentamiento y el tipo de estrategia que debe usar, es que podríamos decir...

El señor **CASTRO** (Presidente).- Disculpe la interrupción, señora ministra, pero los diputados están solicitando copia de la presentación a la brevedad y, además, quiero pedir que bajen el nivel de luminosidad de la sala para intensificar el contraste de la pantalla y así ver con mayor claridad la exposición.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, hay dos problemas, uno es la luz y, el otro, el ángulo que no permite ver la exposición de la ministra. Por lo tanto, se debe repartir copia de la presentación.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor diputado, de inmediato vamos a solicitar que se fotocopie el documento.

Señora ministra, ¿podría entregar el documento para que Secretaría proceda a hacer las respectivas copias?

La señora **MOLINA** (doña Helia).- Señor Presidente, entregamos el documento. No solo eso, sino que lo grabamos en un *pendrive* que está en poder de Secretaría.

Continuando con la presentación, quiero decir que la información relacionada con números, que expondrá el señor Sergio Teke, requiere que los diputados cuenten con el documento, pero los antecedentes que estoy señalando son más generales y tienen por objeto explicar la causa del fenómeno, de lo contrario, se tiende a ser súper flagelante con el sector, cuando en realidad ha sido un sector bueno.

Si hiciéramos un diagnóstico de cómo ha operado el sector salud y, además, lo comparáramos 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.

Sin embargo, el rápido cambio de necesidades o bien no dio tiempo suficiente para reaccionar, o como país no fuimos lo suficientemente astutos para anticiparnos a los hechos. En ese sentido, tenemos una brecha, pero, además, dificultades para anticiparnos al daño y lograr una mejor gestión del paciente crónico, porque para gestionar al agudo somos muy eficientes, somos 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, incluso, tenemos un bajo índice de mortalidad por infarto, 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.

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, etcétera. Claramente, ahí hay algo que mejorar.

Respecto de las soluciones, sin duda, lo que motiva nuestra intervención tiene que ver con el plan de inversión del actual Gobierno, y también de los dos anteriores. 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, ni mucho menos, pero es una mejoría sustantiva.

Por un lado, pretendemos 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 otro, trabajar, fuertemente, para usar toda la tecnología disponible para hacer seguimiento y trazabilidad de los pacientes crónicos en la red asistencial. Por lo demás, son modelos probados en Europa y esperamos instalarlos con eficacia y eficiencia en los próximos años.

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, más allá del sistema privado, que siempre va a ser uno de nuestros usuarios respecto de nuestras necesidades. Sin embargo, tratamos de que estas asociaciones sean con los hospitales públicos de las Fuerzas Armadas, ya que serían un aporte importante, pues tienen capacidad ociosa e interés en que les compremos 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 mi 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 de nuestro sistema público de Salud que, como bien saben, corresponde al 80 por ciento de la población chilena.

Respecto del programa de inversiones 2010-2014, 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 posterremoto. Con esto no me refiero a una carpa ni a un hospital de campaña, sino a 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 posterremoto 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, solo 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. 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.

Respecto del programa de inversiones 2014-2018, entre 1990 y 2014, se han intervenido 77 establecimientos, o sea, 42 por ciento 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 un 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 de Gobierno considera la intervención de 60 establecimientos, es decir, un 32 por ciento de la red, con lo que daríamos un salto cualitativo importante.

En la lámina vemos 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-, Salvador y 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 por ciento mensual, cuando debieron estar al 12 por ciento.

Todo lo anterior es lo existente, sin considerar el plan de inversiones del Gobierno de la Presidenta Bachelet correspondiente al período 2014-2018. El programa de inversiones del sector salud compromete intervención en 60 establecimientos hospitalarios. Esto no significa que serán 60 establecimientos terminados, sino que pretendemos 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, por un lado, se ha registrado un importante deterioro de la infraestructura y, por otro, 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, tendríamos 332 establecimientos de atención primaria que estarían comprometidos en el programa de inversiones del actual Gobierno.

En la cartera de concesiones solo 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.

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.

La siguiente lámina se refiere a los costos de construcción. En este punto ha habido bastante controversia en relación a los análisis de costos de construcción. 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 por ciento, 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, se aprecia que el costo de los proyectos por concesión presenta un aumento sustantivo respecto del modelo sectorial: 77,9 por ciento. En este caso, se están sumando peras con peras y manzanas con manzanas, lo que no significa que los valores de concesión y sectorial no estén sumando o restando algunas cosas importantes, por lo que se hizo un ejercicio bastante profundo para descontar todo lo que había que descontar para así dejar el valor crudo. Por ejemplo, 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.

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.

Señor Presidente, el señor Sergio Teke continuará con la presentación.

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



El señor **TEKE**.- Señor Presidente, tal como lo indicaba la señora ministra, en este cuadro hemos 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 por ciento anual, y eso nos da los valores que aparecen en color amarillo.

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 efecto estacionamiento del efecto hospital propiamente tal, ese valor del Hospital Salvador se acerca a las 70 UF el metro cuadrado.

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 peras con peras, como lo señaló la señora ministra, 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 por ciento, y ahí se llega a las 35.4 UF de la lámina anterior.

Hemos 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 la 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, asumimos que bajo el modelo de concesión en el subsidio fijo a la construcción de cada uno de los establecimientos, se pagarían solo 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 peras con peras, en la práctica, lo que hacemos es sumar 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 llegamos a las 37,9 UF por metro cuadrado, que incrementa levemente a las 35.4 que señalamos anteriormente.

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 la experiencia o de lo que hemos logrado levantar, ninguno de los dos sistemas de financiamiento fue más rápido en los plazos. Estamos 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.

Desde Antofagasta en adelante uno paga el subsidio fijo al equipamiento médico y al mobiliario clínico, que como modelo de negocio en esta nueva era o 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, el subsidio variable 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 por ciento 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 por ciento. En la práctica, el 60 por ciento es poco real si uno 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 por ciento de índice ocupacional.

Por concepto de premios o incentivos, se aumenta de 50 UF semestrales a 43 mil, lo que voy a explicar en uno de los cuadros siguientes.

La señora **MOLINA** (doña Helia).- Señor Presidente, es importante insistir en qué significa el concepto 60/80.

El señor **TEKE**.- 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 por ciento 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 por ciento del contrato, ese subsidio asciende a 5.650 UF.

Desde Antofagasta en adelante se baja el nivel de cumplimiento de contrato a 85 por ciento. A ese 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.

No hemos 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.

En el cuadro de arriba se hace una simulación, una suerte de sustentabilidad o análisis de los gastos operacionales de los establecimientos.

Por ejemplo, el Hospital Salvador Geriátrico tiene un presupuesto sancionado por el Ministerio de Hacienda para operar en este ambiente de concesión de cerca de 78.300 millones de pesos anuales; por concepto de gastos en el subtítulo 21, es decir, el recurso humano clínico que labora en el hospital, le va a demandar recursos por cerca de 34.400; el subsidio fijo a la operación, al 60 por ciento 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 por ciento -es una tabla progresiva-, es de alrededor de 630 millones de pesos; el nivel de servicio global intermedio, de 77 por ciento, 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.

De acuerdo con los antecedentes que tenemos, establecimientos de este nivel de complejidad, como el Hospital del Salvador, no funciona con un promedio de 2.200 o 2.300 millones de pesos, en el subtítulo 22.



Ahora, al hacer una comparación respecto del pago del concesionario en los dos grupos de establecimientos, en el caso de Maipú y de La Florida, un 16,36 por ciento 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 por ciento se transforma en 22,57 por ciento.

Respecto de la cartera de proyectos financiados por la vía tradicional, tal como lo presentamos en su momento en la Comisión de Salud, hay una serie de establecimientos que catalogamos en riesgo, fundamentalmente por las condiciones de avance físico y, en algunos casos, de abandono de las obras. Al 11 de marzo del presente año prácticamente un 94 por ciento 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. Es importante relevar este dato, porque luego voy a explicar cuál es la situación de cada uno de los proyectos.

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

Detectamos 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.

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.

En suma, detectamos 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 2104, ya que cuenta con 17.300 millones de pesos disponibles.

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

Para el Hospital de Salamanca hay que hacer una nueva licitación; tenía un porcentaje de avance cercano a 54 por ciento. El Hospital de Pitrufquén se encontraba en la misma situación que el de Salamanca, y se resolvió, en conjunto con la unidad técnica, es decir, el Servicio de Salud, liquidar el contrato de la empresa constructora. Tenía cerca de un 90 por ciento de avance del plazo - estaba programada la entrega para junio- y menos de un 20 por ciento de avance de construcción, por lo que era imposible revertir esa situación.

Hace unas semanas detectamos dos proyectos importantes para Salud que no estaban considerados en ninguno de los antecedentes que nos 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, solo 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, reitero, 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, 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 provisionales 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 estamos evaluando es de 12 mil millones de pesos. Ante la eventualidad de que se tome razón de la concesión del Hospital del Salvador Geriátrico, por contrato, como sector debemos entregar esa obra en doce meses.

Hay un grupo de ocho hospitales, entre los que se encuentran los de Alto Hospicio, Melipilla y Chimbarongo, que en marzo detuvimos el proceso de licitación, tal como lo explicamos a la Comisión de Salud hace unas semanas, solo para tener claridad respecto del tema presupuestario, porque nos parecía irresponsable adjudicar mayores obras ya que teníamos la sospecha de que con el presupuesto para el 2014 no podíamos asumir los compromisos suscritos.

Obviamente, nuestra primera prioridad será financiar los contratos que hoy están comprometidos por el Estado y estas mayores obras que hemos detectado.

En materia de Atención Primaria, se requieren recursos por los mismos conceptos que mencioné, por cerca de 9.550 millones de pesos. En este caso, 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 debamos pagar casi los mismos valores que una obra nueva.

En la presentación pueden observar una síntesis de cada uno de los establecimientos más críticos detectados. En el caso del Cesfam Central de Calama, que es un hospital que por contrato se debería haber terminado en abril de este año, 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 del presente año.

Paralelamente, 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 había presentado. Desde nuestra perspectiva, era muy difícil de revertir. El Servicio no ha entregado mayores antecedentes y creemos que se puede revertir la situación, siempre y cuando se establezcan todas las medidas de control y de seguimiento para asegurarnos de que eso ocurra.

El Hospital de Calama es el más crítico de toda la cartera. Como indiqué, se encuentra abandonado desde junio del año pasado. Tiene un 62 por ciento de avance. De acuerdo con los antecedentes financieros que logramos levantar, se pagó alrededor de un 94 por ciento del contrato, se avanzó solo un 62 por ciento desde el punto de vista físico y se compró prácticamente todo el equipamiento médico. Ahí tenemos un tema crítico que estamos evaluando con el Servicio, pues ese equipamiento médico se está deteriorando y las garantías de fábrica están corriendo.

Como señalaron las autoridades, este es un contrato cuya liquidación se encuentra próxima a entrar a toma de razón, tiempo que nosotros no controlamos. Hoy la Contraloría Regional se puede tomar dos, cinco o seis meses.

El requisito fundamental que necesitamos para hacer un nuevo proceso de licitación de obra es que se tome razón de la liquidación de contrato.

Estimamos que el plazo de ejecución de este 38 por ciento físico restante, debiera ser entre doce a dieciocho meses. Cuando terminemos esta



obra, incluyendo los procesos de licitación, las garantías de los equipos médicos en la práctica estarán todas vencidas.

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.

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

La liquidación del contrato técnicamente es un acuerdo entre la empresa constructora, y en este 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.

Ocurre la misma situación 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 nosotros retomar la licitación de las obras civiles.

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

Cuando uno se enfrenta a situaciones de obras paralizadas o con avance físico considerablemente inferior a lo programado, nunca existe un solo responsable. Eso lo hemos 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.

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

Luego, lo que acá se ha hecho es reorganizar la unidad técnica y la 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, con 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.

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

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

En el caso del Exequiel González Cortés, esperamos hacer algo similar durante las próximas semanas, con un plazo realista que nos garantice que la empresa constructora llegará a puerto en buenos términos.

El problema del Hospital de Puerto Montt no es físico. Ahí se recibió 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 debemos decretar con cargo a los 17.300 millones de pesos que tenemos como disponibles en el presupuesto del presente año.



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. Acá el director del servicio anterior hizo un cambio de boletas de garantía por pólizas, por seguros, en circunstancias de que las bases administrativas no lo permitían. Si uno pone que el seguro o garantía de fiel cumplimiento de contrato es boleta de garantía o vale vista, ese es el documento legal que se debe presentar y no una póliza de seguro. No se tomaron los resguardos para cautelar el patrimonio.

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

Muchas gracias.

La señora **MOLINA**, doña Helia (ministra de Salud).- Señor Presidente, como la Comisión nos pidió el estado de las inversiones, quisimos hacerlo lo más exhaustivo posible para que en términos de cifras quedara absolutamente transparente y compartido con todos y cada uno de ustedes.

Quiero plantearles que hemos tenido reuniones con la Cámara Chilena de la Construcción y con mucha gente para entender los casos, como lo expresó Sergio, porque muchas de las fallas, por decirlo de alguna manera, tienen que ver con la falta de capacidad técnica de los servicios de Salud. Es un tema al que nos estamos abocando fuertemente, porque sin duda que esa falla persiste.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Gracias, señora ministra. Solicito el acuerdo de la Comisión para que las intervenciones de los diputados no duren más de tres minutos.

¿Habrá acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Marco Antonio Núñez.

El señor **NÚÑEZ** (don Marco Antonio).- Señor Presidente, agradezco la presencia de la señora ministra.

Quiero referirme a tres cosas. En primer lugar, al tema de las camas críticas.

Al respecto, hago llegar a la Comisión un informe de la Contraloría, que conocimos solo en marzo de este año, y que tiene que ver con el análisis particular del manejo de las camas críticas en 2012 y 2013 en el Ministerio de Salud.

¿Qué es lo común? La Clínica Las Condes es el niño símbolo de las cinco irregularidades que aquí se detallan:

1. Ausencia del control financiero.
2. No hay constancia de la búsqueda de camas públicas para rescatar pacientes.

3. No hay autorización para derivar a la Clínica Las Condes.
4. Pago por camas diferentes al convenio y no intermediadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

5. Facturaciones por valores más altos de lo normal.

En segundo lugar, el exministro Mañalich ha vuelto, pero recargado. En un diario de circulación nacional del domingo, dice: "Soy un tipo peligroso".

En un diario de hoy, que circula en la tarde, expresa: Yo decidí perdonarle la vida a la directora de Fonasa. Es decir, perdona la vida. Viene recargado, 2.0. Cambia el tono con este trato, que ya lo conocimos cuando fue ministro.

De lo que se discuta en esta Comisión puede surgir una probable acusación constitucional.



Quiero hacer entrega -lo hice en la mañana a los medios- de una información muy sensible para este ministro que perdona la vida.

Pago de 2010 de la Clínica Las Condes, un total de 273 millones de pesos a la empresa JMM Ltda. Son las iniciales de su nombre: Jaime Mañalich Muxi. Esto coincide con su declaración de patrimonio, en la que reconoce que le pertenece el 50 por ciento, a lo menos. El otro 50 por ciento no sabemos de quién es. Esta empresa recibe pagos en 2010, informados oficial y contablemente por la Clínica Las Condes.

Sabemos la historia hasta el 2014: 6.600 millones de pesos transferidos desde el Ministerio de Salud hasta la Clínica, de la cual el exministro fue director.

Preguntaré a la ministra por un caso relacionado con el Hospital de Puente Alto. Al otro lado de la página de este diario aparece el actual alcalde de Puente Alto, señor Germán Codina, quien entrega información detallada de por qué la gente de esa comuna no tiene un hospital.

Por eso, propongo invitar al alcalde señor Germán Codina, quien entrega estos antecedentes tan valiosos, al exalcalde y actual senador, señor Manuel José Ossandon, a fin de que ambos presten su testimonio en esta Comisión Investigadora, particularmente respecto del caso del Hospital de Puente Alto.

Ahora, pregunto a la señora ministra, ¿qué opina del perdonavidas? Él la amenaza a usted, diciéndole que tiene que bajar el tono porque se le puede volver en contra. Además, que nos hable del contexto en que vivimos a dos días de que ha vuelto a Chile, recargado 2.0, el exministro Jaime Mañalich.

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

El señor **MACAYA**.- Señor Presidente, saludo a la señora ministra y agradezco su presencia en esta Comisión.

En un tono absolutamente distinto al de mi predecesor, en verdad, recojo el llamado que ha hecho usted, señor Presidente, en el sentido de ser capaces de construir soluciones en esta Comisión Investigadora.

Pues bien, quiero transmitir a la señora ministra que nos hubiese gustado tener un diagnóstico más profundo respecto del primer período de gobierno de la Presidenta Bachelet, cuya materia también forma parte de la competencia de esta Comisión.

Al momento de tomar la decisión de generar un mecanismo de concesión en Salud, la Dirección de Presupuestos (Dipres), que es la entidad que regula y aprieta la mano cada vez que hay que hacer un gasto público, hace estudios pormenorizados de los costos. Hablo sin ningún sesgo ideológico. En una sesión anterior lo dije: me parece que si logramos acreditar que es más barato, eficiente y rápido para el Estado construir directamente, pido que no nos cerremos a mecanismos que, al final del día, terminan siendo más baratos y eficientes para los chilenos, como puede ser un sistema de concesiones que tenga acreditación.

Por lo tanto, pido a la Dipres que ilustre al respecto teniendo presente que se trata de una entidad en la que no cambian mucho sus funcionarios ni tienen mucho sesgo político.

Además, como se trata de cambios de opinión de la actual autoridad en Salud, me interesa hacer presente que su sistema de concesiones partió durante el gobierno del expresidente Lagos, cuando la Presidenta Bachelet era ministra de la cartera. Por eso, solicito un informe de los sectorialistas de la Dipres, sobre todo respecto del Hospital de Maipú y de La Florida.

Asimismo, quiero expresar que no me puedo sacar el corazón de representante que llevo. Por eso, qué bueno que estemos juntos con la diputada Sepúlveda, en el caso del Hospital de Chimbarongo. Para mí es muy importante que se despeje la



nebulosa respecto de si hay recursos o no. Espero que se tenga un plazo definido para solucionar el problema, puesto que hoy nos encontramos en la misma situación que se tenía hace dos meses. Me encantaría tener una respuesta para toda la gente que representamos, que van a tener que esperar uno, dos o tres años. Esperamos que el plazo sea breve; al menos, con el gobierno anterior teníamos un horizonte, pues estaban los recursos y había sido licitado. Lamentablemente, hoy el proyecto está paralizado.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Alejandra Sepúlveda.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Señor Presidente, esta es una Comisión Investigadora que debe llegar a conclusiones en relación al tema. Al respecto, es dramático lo que ustedes nos han presentado. ¡Dramático! Además, me impresiona y alegra el nivel de detalle con que entregan la información.

Es muy importante hacer un análisis de lo anterior y conformar un equipo que, a través de la biblioteca o de algunos asesores, revise las cifras que ustedes tienen y concordarlas con las nuestras para plantear un diagnóstico respecto del tema.

Me preocupa lo que se ha planteado en relación a lo que se ha pagado y que no se ha construido. En ese sentido, solicito que se haga alguna aproximación de lo que significa esto porque, reitero, es gravísimo. Se pagó por algo que no se construyó y ello va más allá de los equipos técnicos de que se disponga. Se puede tener debilidad en los equipos técnicos, pero es una irregularidad enorme pagar por algo que no se ha construido.

Otra cosa que me preocupa tiene que ver con la celeridad de la compra del instrumental. ¿Quién toma la decisión de dicha compra, en circunstancias de que no es necesaria hacerla porque no existe una construcción para que recoja este instrumental? Hay una falta de sintonía entre la construcción y el instrumental.

Por otra parte, ustedes solo han mencionado el tema de las boletas de garantía. Por tanto, que se cuantifique la construcción que no se ha hecho y que está pagada, la compra de insumos y de instrumentales, por cuanto hoy se estaría perdiendo su garantía.

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

El señor **SILBER**.- Señor Presidente, la cuenta de la ministra y del señor Teke han sido bastante elocuentes, pero lo que no podemos hacer como parlamentarios es minimizar la envergadura y el eventual daño al patrimonio fiscal. Tal vez se trate de la punta del iceberg de situaciones más escalofriantes, eventualmente, delitos sobre los cuales podamos conocer, si se tiene en perspectiva el conflicto de interés que advertimos entre el señor Mañalich y el sector privado; obviamente, se puso al gato en la carnicería. Desde esa perspectiva, se ve en lo que se refiere a las camas críticas, la cantidad de centros privados sobre los cuales pudo haber operado elegibilidad. Aquí, nadie critica que se haya salido, ante una falta de oferta pública, a comprar al sector privado, pero llama la atención la alta concentración de la compra de servicios en la Clínica Las Condes y en la Clínica Tabancura. Claramente hay un conflicto de interés que está enervado en la vinculación previa que, a lo menos, tenía el señor Mañalich -que hoy el diputado Marco Antonio Núñez nos señala-, durante el ejercicio de su cartera, cosa que es un tema sobre el que hay que hacer precisiones.

Por su intermedio, señor Presidente, consulto a la señora ministra, ¿cuándo vamos a tener respuesta respecto de los antecedentes que se entregaron al Consejo de Defensa del Estado, pues se trata de hechos graves que comprometen el patrimonio fiscal? Uno esperaría que haya alguna acción civil o penal, si correspondiere, de la Fiscalía contra las empresas. Además, queremos saber a qué se comprometió el



Consejo o, si ustedes, de manera independiente también piensan en tomar acciones en ese sentido.

En una sesión anterior de la Comisión de Salud, se dijo que en la comparación metro cuadrado, bajo el actual sistema de concesiones –ya ni siquiera se trata de una discusión ideológica, de si estamos a favor del modelo o no-, hubo un eventual daño respecto de las diferencias de metros cuadrados, cifra que podría alcanzar para construir hasta siete hospitales. Si no me equivoco esa fue la cifra que dio el señor Teke, es decir, hay siete hospitales públicos menos debido a malas decisiones tomadas por funcionarios públicos de la anterior administración. Pido un mayor detalle respecto de esa cifra.

Me gusta la actitud que toma el Senado. Los senadores Allamand y Ossandon muestran cierto decoro de lo que es la actividad pública y se escandalizan ante lo que ocurre en el sector Salud y, desde esa perspectiva, se entiende que este es un tema de Estado; no puede quedar como precedente que aquí se bota la plata a la basura y no pasa nada.

La sensación de impunidad es la que, al final del día, comienza a incomodar a la opinión pública. Ante ello, quiero conocer por parte de la ministra cuáles son los plazos y fechas en que vamos a actuar como Estado frente a estos hechos.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Estimados colegas, les solicito que acordemos recibir a la señora ministra en la sesión del tres de junio para continuar realizando las consultas que queden pendientes.

¿Habría acuerdo para ello?

Acordado.

Tiene la palabra la señora ministra.

La señora **MOLINA** (doña Helia).- Señor Presidente, en cuanto al Hospital de Puente Alto, debo decir que este se encuentra recién en una fase de anteproyecto. Ahora, la pregunta es, ¿cuándo estaría listo? Pensamos que ese hospital podría empezar a construirse a fines del próximo año, o sea, en el segundo semestre, porque hay que hacer muchos estudios previos y aún está en una fase muy inicial.

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. Creemos 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 podríamos pensar en construirlo antes de un año y medio. Esa es la realidad.

Con respecto a lo que se ha dicho del Hospital de Puente Alto, tuve una reunión con el alcalde, porque él quiere responder a su población y, en ese sentido, la controversia se ha despejado respecto del CRS, en cuanto a si era en dos etapas: en el fondo, vamos a realizar el proyecto del hospital en paralelo con el CRS.

Tenemos que aprender a ser más transparentes cuando inauguramos 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. A veces las personas no entienden ni las siglas. Somos malos comunicadores en lo que respecta a salud y a la gente no le queda claro lo que pensamos que dejamos bien especificado para la población. Por lo tanto, en lo personal, no voy a poner intencionalidad.

En ninguna de mis observaciones sobre el estado del sistema he hecho juicios de valor, ya que estos los debiera hacer esta Comisión y, probablemente, los análisis



los haremos luego de que el Consejo de Defensa del Estado nos diga: “bueno, esto es un problema administrativo, o esto sí merece un análisis por responsabilidades personales e institucionales.”. Entiendo que en una semana vamos a tener la respuesta de este Organismo. Por tanto, allí tendríamos una carta de navegación para saber por qué camino avanzar en el caso de que así fuese y, en ese contexto, como ministra, estoy tratando de ser absolutamente coherente con el Gobierno de la Presidenta Bachelet, en cuanto a que como principal objetivo está el avanzar en las propuestas ocupando al máximo nuestro tiempo útil como profesionales, para que, como equipo, avancemos en la agenda que es muy compleja y con muchos compromisos. Por ello, no me voy a referir a las palabras del ex ministro Mañalich para calmar, por último, la inquietud que puedan tener las personas sobre el problema de la doctora Jeanette Vega.

Hace poco tiempo me llegó, desde La Moneda, el sumario de dicha doctora, que tiene que ver con una situación administrativa –estaba en el ministerio en esa época- donde la jefa de Epidemiología, señora Claudia González, una excelente profesional estaba a cargo de ese departamento y, como tal, firmaba calificaciones y cartas, siendo que estaba contratada a honorarios, lo que fue un error administrativo importante. Por lo tanto, se hizo un sumario a la doctora Vega al respecto y, al final, recién ahora me llegó la respuesta: como sanción, ella tiene que pagar el 20 por ciento de su sueldo por no sé cuánto tiempo -no me acuerdo en detalles- pero no hay platas de por medio ni dolo. Es un tema que gracias a ese sumario aprendí que ello no puede pasar, pero ese es el motivo del sumario. Lo leí completo, razón por la cual conozco todos los detalles.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Disculpe, su señoría.

¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por cinco minutos?

Acordado.

Tiene la palabra señora ministra.

La señora **MOLINA** (doña Helia).- Señor Presidente, no tenemos datos disponibles de la Dipres con respecto a los costos de hospitales en concesión, pero es factible de conseguir.

Sin duda, a uno le llama la atención el cambio de los costos desde los primeros que se concesionaron, Maipú y la Florida, con la cartera de concesiones actual y hemos tratado de buscar explicaciones, como decía don Sergio Teke, pero no hemos sabido qué pasó con respecto a la aprobación del presupuesto en la Dipres, por lo que creo que es una muy buena idea mirar allí, porque, en el fondo, lo que uno trata es de buscar explicaciones.

El diputado Macaya consultaba respecto del Hospital de Chimbarongo. Bueno, se estaría construyendo a principios del próximo año.

El señor **TEKE**.- El Hospital de Chimbarongo 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. Este año, no tenemos posibilidad alguna de financiar dicho hospital.

Una vez que pasemos por la discusión presupuestaria de Hacienda, podemos comenzar con el proyecto.

La señora **MOLINA** (doña Helia).- Señor Presidente, me importa decir al diputado señor Macaya que el Hospital de Chimbarongo se ha priorizado, pero va a ser financiado con el presupuesto del próximo año. Como explicamos, el espacio que tenemos para inversión de este año es muy bajo. Tengo entendido que nada más es de un 17 por ciento.

En términos del valor de lo que se ha pagado y que no se ha construido, lo vamos a traer detallado la próxima sesión, porque en este minuto no lo tenemos sumado ni



calculado. También hay un cálculo en otras de las preguntas que tiene que ver con que si construyéramos los hospitales que están dentro de la Contraloría a concesión, se produciría una diferencia entre el valor en que se puede construir y el valor real en que se construiría. Pero aparte de los Hospitales de Antofagasta, la Florida y Maipú no hay otros concesionados que estén en construcción. Por lo tanto, es un análisis situacional.

Compra de equipamientos y pérdida de garantía.

En ese tema se tiene trabajando a un equipo jurídico para ver cómo eso se podría revertir; de lo contrario, conllevará a un tremendo problema.

El señor **TEKE**.- Señor Presidente, solo para redondear un poco en el tema.

El mes pasado, tuvimos la falla de un equipo autoclave en el Hospital de Arica. Intentamos trasladarlo, pero había sido comprado para el Hospital de Calama y financiado con fondos regionales. Aquí, entramos en un lío legal, pues tuvimos problemas para reasignar ese equipo.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Seguramente estaba inventariado.

La señora **MOLINA** (doña Helia).- Señor Presidente, hace quince días estuvimos en Arica, y vimos que los tres Autoclaves estaban malos. Por ello, hablé con el intendente de Antofagasta, quien dijo que encantado facilitaba el equipo destinado al Hospital de Calama, pero el ofrecimiento no se concretó debido a trabas legales. Existe un tema bien fuerte relacionado con la pérdida de las garantías.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Disculpe, señora ministra. Solicito el acuerdo de la Comisión para citar a la señora ministra de Salud la próxima sesión.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, el mandato de la Comisión considera los dos gobiernos anteriores. Sin embargo, no se ha tratado el primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet. En este sentido, es importante cuantificar qué hospitales iniciaron sus obras durante la gestión pasada de la mandataria, porque, por ejemplo, se menciona el caso del Hospital de Calama y se responsabiliza de sus problemas al expresidente Sebastián Piñera.

La señora **MOLINA** (doña Helia).- Señora diputada, la empresa constructora encargada del proyecto quebró y paralizó sus obras durante el mandato del Presidente Sebastián Piñera.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, solo quiero usar de ejemplo lo ocurrido con el Hospital de Calama, pues la construcción de dicho recinto fue adjudicada a una empresa que acreditó su solvencia económica en enero de 2010, es decir, bajo el primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet. Sin embargo, al mencionar las razones de su actual situación, solo se considera al gobierno del expresidente Sebastián Piñera.

Por ello, es importante que se especifique: ¿qué infraestructuras fueron impulsadas en el primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet? ¿Cuándo se iniciaron las obras? ¿Qué proyectos comenzaron a ejecutarse en el gobierno del expresidente Ricardo Lagos? Y, en este contexto, ¿en qué etapas quedaron finalizados? Por ejemplo, sabemos que los hospitales de La Florida y Maipú quedaron en la etapa de diseño la cual tuvo problemas por no contar con aire acondicionado.

En conclusión, no se especifica la información relacionada con el gobierno anterior, pese a que es parte del mandato de esta Comisión.

Por lo tanto, solicito que en la próxima sesión, a la que concurrirá la ministra a tratar el tema de las inversiones, por favor, se entregue un detalle de lo que pasó en el primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet.



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

El señor **NÚÑEZ**.- Señor Presidente, como el trabajo de la Comisión tiene un plazo de 90 días de plazo y existen algunos casos emblemáticos relacionados con el mandato, por su intermedio, quiero solicitar que en las próximas sesiones ratifique la lista de invitados y citados.

Asimismo, quiero proponer que se invite al senador y exalcalde de Puente Alto, señor Manuel José Ossandón, junto con el actual alcalde de Puente Alto, señor Germán Codina, ambos militantes de Renovación Nacional.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señorita Karol Cariola. La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, lamento que no pudiéramos intervenir más en vista al tiempo.

En una de las últimas reuniones que sostuvimos en la Comisión de Salud, la ministra hizo una presentación muy interesante sobre el estado de las licitaciones de distintas infraestructuras hospitalarias, por ejemplo, Centro de Salud familiar (Cesfam) y la situación actual de otros establecimientos post terremoto. En esa oportunidad, el Ministerio de Salud informó de algunos casos que, incluso, se estaban investigando debido a que se detectaron irregularidades.

Señor Presidente, quiero que esa información esté a disposición de la Comisión y hago esta propuesta dado que la ministra está invitada para la próxima sesión.

Por otra parte, considero urgente escuchar el testimonio de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (Fenpruss), de la Federación Nacional de Médicos (Fenam) y de los usuarios de la salud, particularmente, por una materia que en la sesión se abordó de manera somera, pero que es importante profundizar, a saber, las irregularidades en la implementación de los hospitales de Maipú y de La Florida, que fueron mencionados como ejemplos de centros hospitalarios concesionados actualmente en funcionamiento.

Por último, y a propósito de la solicitud que realizó la diputada Karla Rubilar, considero importante invitar al ministro de Salud del periodo anterior.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Así como se han propuesto citados e invitados, hagan llegar a Secretaría la lista de sugerencias para decidir quiénes concurrirán a dar su testimonio a la Comisión.

Asimismo, informo que se va a solicitar a la Comisión de Salud la información a que ha hecho mención la diputada Karol Cariola.

¿Alguna otra cosa?

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

-Se levantó la sesión a las 18.24 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA
Jefe de Taquígrafos de Comisiones.