



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

Sesión 4ª

Celebrada el día lunes 16 de junio de 2014, de 11:00 a 13:00 horas.

Se abrió a las 11:11 horas.

SUMARIO

Expuso el Coordinador de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, señor Eric Martin González y el Presidente de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, FENATS, señor Oscar Riveros y Carmen Molina.

I.- PRESIDENCIA.

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

II.- ASISTENCIA

Concurrieron los diputados integrantes de la Comisión: Karol Cariola; Juan Luis Castro; Marcela Hernando; Javier Macaya; Diego Paulsen; Karla Rubilar; y Víctor Torres.

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

III.- CUENTA

OFICIOS RESPUESTAS.

1.- Correo del señor Peter Ihl, quien fue invitado a esta Comisión, mediante el cual se excusa de asistir a ésta.

2.- Correo del señor Luis Castillo Fuenzalida, mediante el cual se excusa de asistir en los próximos 15 días a esta Comisión, por razones personales y universitarias. El señor Castillo, ruega aceptar sus disculpas y queda a disposición de ésta, para asistir cuando estimen conveniente a contar del 29 de junio.



AUTORIZACIÓN PARA INGRESAR A LA COMISIÓN.

3.- Correo del Directorio de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud, FENPRUSS, quienes solicitan autorización para asistir como oyentes a la sesión programada para el lunes 16 de junio de 2014.

IV.- ACUERDOS

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

1.- Dirigir oficio al Ministro de Obras Públicas a objeto se sirva enviar los siguientes antecedentes, respecto de los hospitales concesionados entre los años 2006 a 2013: actas de adjudicación, tablas de ponderación de cada ítem y sus evaluaciones separado por oferente, tanto del punto de vista técnico, administrativo y económico, como asimismo sus respectivas ofertas económicas.

2.- Dirigir oficio a la Ministra de Salud, a objeto se sirva indicar qué estudios de red existían en el año 2006 y cómo se han ido actualizando hacia el año 2013 y asimismo, señale cuál era el diagnóstico de déficit en estructura hospitalaria y de atención primaria en el año 2006, 2010 y 2014.

V.- ORDEN DEL DÍA

Expuso el Coordinador de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, señor Eric Martin González quien asistió acompañado del asesor señor Mario Muñoz Espinoza.

Expusieron mediante presentación digital que dejaron a disposición de la Comisión.

Luego la Comisión escuchó al Presidente de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, FENATS, señor Oscar Riveros, quién asistió acompañado de la representante de la FENATS El Carmen, señora Carmen Molina.

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 13:00 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 4ª, celebrada en lunes 16 de junio de 2014,
de 11.11 a 13.16 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside el diputado señor Juan Luis Castro.

Asisten las diputadas señoras Marcela Hernando y Karla Rubilar y los diputados señores Javier Macaya, Diego Paulsen y Víctor Torres.

Concurren como invitados la presidenta de la Fenats Progresista, señora Carmen Molina; el coordinador de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, señor Eric Martin, y el presidente de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, Fenats, señor Óscar Riveros.

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, en la sesión anterior quedaron pendientes un conjunto de dudas y planteamientos, por lo que se invitó al señor Eric Martin, coordinador general de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, al equipo actual de Inversiones del Minsal y el presidente de la Fenats.

En esa ocasión el jefe de gabinete del coordinador de Concesiones dio a conocer la visión del MOP en cuanto a la modalidad del sistema de concesiones y se inició una ronda de preguntas y quedaron respuestas pendientes.

Por lo tanto, solicito al señor Eric Martin que informe particularmente de la gestión que al ministerio le ha correspondido en aspectos controversiales que tienen que ver con la modalidad de concesión de los hospitales de Maipú y de La Florida, versus las que vienen ahora en cuanto a la tarificación, la explotación del modelo y los porcentajes de ocupación.

Se trata de puntos que han estado presentes en el debate y es conveniente aclararlos, sin perjuicio de que se pueda extender en profundidad sobre los detalles de la forma en que ha operado hasta ahora la Coordinación de Concesiones.

Entendemos que hay una modalidad antes de Antofagasta y después de Antofagasta –por decirlo de alguna forma-, que es necesario ahondar y precisar muy bien, con el fin de que la Comisión se haga una idea clara y las preguntas sean más precisas.

Además, está presente el representante del departamento de Inversiones del Minsal para responder cualquier duda.

Tiene la palabra el señor Eric Martin.



El señor **MARTIN**.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero reiterar las excusas respecto de mi ausencia a la sesión pasada. Me tocó representar al país en un encuentro de asociaciones público-privadas, promovido por el Banco Interamericano de Desarrollo. Solo hubo tres países de la región que tuvieron la oportunidad de exponer a un conjunto de inversionistas regionales, reconociendo de alguna forma el trabajo que se hace desde el modelo de concesiones chileno, que ha sido muy latinizado, porque son modelos más bien europeos.

Señor Presidente, mi presentación recoge los elementos que ha señalado. Espero no tardar más de quince minutos y pasar a la ronda de preguntas.

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

Segundo, al haber recursos disponibles, permite al Estado redistribuirlos en otras aplicaciones, lo que ayuda a que la política pública de inversión tenga un alcance mayor.

Dentro de las opciones uno se puede poner extremo, en el sentido de instalar un sistema de concesiones hospitalarias y entonces todos los hospitales serán concesionados o, al revés, que ningún hospital sea concesionado.

Cuando esto parte como modelo, como sistema, se opta por algo intermedio, lo que depende de los formatos de los contratos, su alcance y cómo el Estado se enfrenta, por una parte, a una situación de provisión de infraestructura pública para construir hospitales y, por otra, a la disponibilidad económica para operar de otra forma.

Los modelos aplicados en Chile dependen de los alcances de servicio que se dan y del modelo económico que está presente.

Al revisar la experiencia podemos distinguir al menos tres modelos, desde el punto de vista de los servicios. El primero, de Maipú y de La Florida, ya construidos en ambos casos. En la presentación se observa la tabla que contiene elementos coincidentes en la primera parte, está claramente establecido que no hay ninguna intervención de orden médico que lo haga el sistema concesionado; todo el sistema de atención de salud está bajo la responsabilidad del sistema de salud público y, por lo tanto, todo lo que se llama bata blanca, es decir, todo el tema de atención sanitaria, reside en el Ministerio de Salud, sus intervenciones, sus contrataciones y sus médicos.

Donde empieza a distinguirse una diferencia es en la adquisición, mantenimiento y reposición de equipamiento médico. En Maipú y La Florida no existe esta adquisición. Es decir, lo que se ha construido en términos de infraestructura es todo el edificio, pero en equipamiento industrial, que se refiere a los generadores, si se corta la luz, existe un sistema de respaldo. Esos generadores sí son provistos al momento de la construcción del hospital; sin embargo, los escáner, que sería la segunda categoría, no son provistos en este modelo de concesión de los hospitales de Maipú y de La Florida. Por lo tanto, todo el equipamiento médico está más bien



circunscrito o es parte de los trabajos que debe hacer el Minsal para su provisión, como lo ha venido haciendo, por cierto.

Pueden apreciar que en el caso de Antofagasta esto varía. El equipamiento médico sí estaría incorporado para el modelo de Antofagasta y los que continúan después de él.

Más adelante vemos otra diferencia, por ejemplo, los servicios de esterilización y de medicamentos, tanto en Maipú, La Florida y Antofagasta, no son considerados dentro de los modelos. Por lo tanto, ahí tenemos otra diferencia desde el punto de vista de los alcances de los servicios.

Vemos algunas diferencias de cada uno de ellos respecto del tema de la servicialidad. Se puede complementar con otras cosas, pero esto es una muestra, porque en la fase de licitación está la cantidad de servicios que se prestan y su detalle.

Después -entiendo que lo revisaron en la sesión anterior, pero me gustaría repasarlo-, el modelo económico aplicado en Chile. En términos de agrupación hay dos tipos de subsidios que se entregan: uno a la construcción y otro a la operación.

El subsidio fijo a la construcción, llamado SFC, son cuotas iguales en el tiempo. En el caso de Maipú y La Florida son cuotas anuales que se pagan una vez que se ha recibido la obra. No hay pago anticipado. Lo que se hace en ese periodo es concesionar, adjudicar, la empresa termina de hacer los proyectos definitivos y luego se pone a construir. A medida que construye, el único pago en que el Estado interviene en ese periodo es el pago del IVA de construcción, pago que se recibe cada cuatro meses, aproximadamente, donde la empresa, por una cosa de economía administrativa, hace una acumulación de facturas, el inspector fiscal recibe y dice, estoy de acuerdo, has avanzado en esto, has construido esto, y se hace una factura donde aparece un IVA, que es el que paga el Estado.

Respecto del subsidio a la operación, se compone principalmente de dos elementos. El subsidio fijo a la operación, donde veremos más adelante que hay una cierta diferencia asociada a la ocupación anual de camas.

En el caso de Maipú y de La Florida se consideró que el nivel adecuado de ocupación, donde se paga a todo evento, es hasta el 80 por ciento de ocupación de las camas que ahí están. Eso significa que a todo evento pagaré al 80 por ciento esa ocupación y el 20 por ciento restante tiene un cierto valor. Entonces, cada vez que se ocupe iré pagando ese diferencial -más adelante verán una tabla que tiene los detalles- y en el caso de Maipú y de La Florida corresponde a 0,5 UF, aproximadamente, el valor de esa cama adicional, superado el 80 por ciento.

En el caso de Antofagasta y en adelante, esa cifra baja a un nivel de ocupación del 60 por ciento. Cumplida la ocupación de cama al 60 por ciento, por cada cama adicional se paga un cierto valor, un subsidio variable, por día cama ocupado.

El subsidio variable, que se observa más abajo en el gráfico, se compone por tres elementos: subsidio día cama, pago por nuevas inversiones y/o nuevos servicios contratados y el resultado por los servicios contratados, que apunta a un nivel de servicio global.



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

Ambos subsidios se pagan a partir de un hito que se llama Puesta en Servicio Provisoria, que se obtiene al momento de completar la construcción de la edificación, y su equipamiento, si corresponde, y que además haya sido recepcionada en forma satisfactoria por los inspectores fiscales que están disponibles para esta situación. Solo después de eso ellos envían una carta solicitando que se autorice esta Puesta en Servicio Provisoria. Si todo se ha conformado y verificado adecuadamente, esta es respondida en forma afirmativa y a partir de eso empiezan a producirse los pagos que vimos antes.

Como ya lo mencioné, el único pago que corresponde durante el periodo de construcción es el de IVA, demostrado a través de las facturas y las compras que ellos hacen.

El cuadro siguiente es un resumen de los modelos aplicados en Chile, particularmente lo que hemos llamado el modelo económico. Si ustedes observan, Maipú y La Florida tienen un cierto modelo que establece que este subsidio variable por cama ocupada se aplica a partir del 80 por ciento, como ya lo vimos; el resto se aplica sobre el 60 por ciento. Entonces, hay una diferencia desde el punto de vista de cómo uno lo aborda. Como esto va vinculado finalmente al dinero, hablamos del modelo económico presente. El costo diario por uso de cama adicional bordea 0,5 UF.

Sin embargo, en el caso del Sotero del Río esto crece, casi se duplica, llegando a 0,980 UF por cama adicional; además, con el 60 por ciento de ocupación cama. O sea, cada vez que supere el 60 por ciento se estará pagando 1 UF por cada día que se ocupa esa cama adicional.

Después, viene el nivel de servicio global, que tiene que ver con el estándar del servicio entregado para las categorías que habíamos visto, donde ya notábamos diferencias. En el caso de Maipú y de La Florida si estos indicadores muestran que bajo una cierta métrica, como les indicaba, el servicio obtiene un 94 por ciento de aprobación, el premio al cual aspira es de 2.825 UF. Si obtiene una calificación inferior, no obtiene ningún valor. Hace su pega y bien; que la haga como la venía desarrollando, pero no tiene premio.

Por el contrario, si logra un estándar de un 97 por ciento, según esta métrica, obtiene 5.650 UF de premio. Por cierto, si es superior, sigue obteniendo ese valor, que es el máximo que se entrega.

En el caso de Antofagasta, vemos una variación en términos del porcentaje a cumplir. Como les digo, aquí hay una matriz de servicio y una métrica para medir cuánto cumple o no. Hay una reducción respecto del piso, llegando a 85 por ciento. Si alcanza ese valor recibe 11.000 UF. Si tiene un estándar de cumplimiento del 97 por ciento, recibe el valor adicional de 43.000 UF en su proceso. Además, todas son cuotas semestrales.



Cuando pasamos al tercer modelo, estas cifras nuevamente caen y el estándar mínimo es de 70 por ciento, con los premios que ahí se establecen, en miles de UF. El máximo a cumplir de 97 por ciento cae al 85 por ciento, entonces si el ejercicio de operación alcanza ese estándar de cumplimiento obtiene los premios que pueden observar en la presentación.

Claramente, ahí se ve una diferencia de cómo se aborda el modelo económico para cada una de las tres agrupaciones; en el caso de Antofagasta va solo, pero se trata de cómo se aborda ese tipo de hospitales.

El señor **TORRES**.- ¿Las tres últimas llegaron solo a 85? ¿No hay un tercer piso de 97?

El señor **MARTIN**.- No, de 85 para arriba obtienen ese premio.

Luego, viene el subsidio fijo a la construcción. Cuando las empresas compiten y se presentan ofertan cuánto requieren para construir. En el caso de la empresa adjudicataria, que es el consorcio San José, pidieron un 1.110.000 UF. Es una cuota anual que se paga durante ocho años. En el caso de Antofagasta, la cifra que aparece también es un pago anual.

Posteriormente, hay un cambio metodológico en el sentido de que se empiezan a pagar cuotas semestrales para el subsidio fijo a la construcción, que son los que aparecen en el cuadro.

Como explicaré más adelante, se observa que el Hospital Sótero del Río tiene un valor significativamente mayor en comparación con el resto.

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

Más abajo pueden observar una cosa más bien referencial, referida al número de camas que están en cada uno de esos hospitales. Por supuesto, cada uno tiene niveles de complejidad distintos. Uno podría mirar con más profundidad, pero Antofagasta y Sótero del Río son más o menos semejantes en esos temas y tienen diferencias significativas en los aspectos ya mencionados.

Tiempos de construcción. Aquí hay que hacer un distingo, pues la experiencia en obras públicas muestra, y no tan solo en estos, sino que también en otros contratos, la relevancia de la calidad del proyecto presentado, o a desarrollar, y en forma significativa la gestión. Si se hace una gestión precaria o deficitaria a veces los tiempos se desplazan, hay atrasos. Esa ha sido la experiencia cotidiana no tan solo en hospitales, sino también en intervenciones viales, aeroportuarias, etcétera.

Por consiguiente, en los últimos años se han generado atrasos relevantes en la vía de los sectoriales; por ejemplo, tenemos el Hospital de Calama, que está básicamente abandonado; el Hospital de Rancagua, que vemos que se está terminando, aunque tiene una serie de dificultades; el Hospital de Puerto Montt, que podemos considerar que está terminado, pero que también ha sufrido algunas demoras importantes. Esto es lo que uno ve y lo que aparece en la prensa.

Estamos trabajando con el equipo técnico de Minsal. A nuestro juicio, esos hospitales han tenido proyectos relativamente bien armados, pero ha habido déficit en la



gestión de la ejecución. Por lo tanto, esos números aparecen abultados, pero no responden necesariamente a una comparación *vis a vis* con el modelo concesionado, sino a otros elementos como el tema de la gestión. Por supuesto, hay formas de enfrentar estos problemas.

Por una parte, hay que fortalecer los equipos técnicos. Estos proyectos habían sido desarrollados a través del Ministerio de Salud en la administración anterior.

Otra forma de abordarlo es la siguiente. Hay un formato en el sector público, y es que los organismos del Estado pueden mandar al Ministerio de Obras Públicas, a través de un convenio de mandato, para que el MOP, a través de la Dirección de Arquitectura, con toda su experiencia, desarrolle los proyectos.

Aquí tenemos dos mecanismos que podrían ayudar a destrabar en algunos casos los problemas o de frentón a desarrollar estos proyectos.

El caso específico de Maipú y de La Florida, que son los dos únicos proyectos que hemos construido, ustedes compartirán conmigo que cuando uno tiene dos puntos es difícil hacer estadísticas.

Lo que puedo hacer es constatar que del tiempo que estaba calculado y proyectado en el contrato –cuando se firma el contrato originalmente, en 2010 aproximadamente-, hay un sobreplazo de 28 por ciento, pero son dos puntos. Entonces, es difícil hacer estadísticas. Existe solo la constatación de lo que pasó respecto de esas dos experiencias.

Hoy se está construyendo Antofagasta; por lo tanto, vamos a tener otro punto más adelante para ver cuál es el comportamiento respecto de esta experiencia.

En los costos de construcción y de operación tenemos algunas cifras que son distintas, pero me atrevería a decir que probablemente están correctas ambas. El punto tiene que ver con lo que se cuenta y cómo lo mide. Por lo tanto, dentro de las cosas que estamos consensuando con el equipo técnico de Minsal son temas referidos a si estamos poniendo valores con IVA o sin IVA; las tasas de descuento, con o sin compra de equipamiento. Particularmente, en Maipú y La Florida quiero destacar un detalle. El modelo de concesión no contempla la compra de equipamiento y, por lo tanto, es solo el edificio -por decirlo de alguna manera- más el generador; el ejemplo que les mencionaba.

En el caso de las inversiones sectoriales, en el subtítulo 31, de Inversiones, está contemplada la compra de lo que les mencioné, la infraestructura, el equipamiento de generadores, pero también el equipamiento médico. Por lo tanto, cuando uno compara unos y otros se observan diferencias y, por ello, se debe abordar a través de una misma metodología y obtener los valores que correspondan para hacer las comparaciones adecuadas.

Esperamos que en un plazo no superior a tres semanas tengamos todo eso absolutamente ordenado y disponible para todos ustedes y para quienes lo quieran mirar, porque es parte de nuestras obligaciones.

Sin embargo, los costos de operación debieran ser comparados con cuál es la mejor alternativa, cuánto vale la alternativa, que sería el tema sectorial. Ese es un trabajo que estamos desarrollando para ver estos aspectos.



Vale señalar que cuando se ve el tema de los recursos, apareciendo muy voluminoso y hay que tener mucho cuidado con ello, los mayores costos en la operación son los más complicados por lo general.

Un ejemplo muy pedestre. Cuando uno compra un vehículo de 5, 6 o 7 millones de pesos y lo proyecta a quince años, más uso de combustible, el lubricante, cambios de neumáticos, la entrada al taller, todo eso es lo que llamamos costos de operaciones y suelen ser bastante voluminosos; además, si uno piensa en los 20 mil kilómetros o el año para el uso de las garantías eso significa que probablemente se gaste 1 millón de pesos o más solo en temas de combustible y de operación. Por lo tanto, cuando uno lo “proyecta a quince años” diría que son 15 millones, y el vehículo costó 7 millones. Por eso, hay que tener mucho ojo con los costos de operación, que son lo más significativo en este tipo de temas.

Teniendo en cuenta lo expresado, llamó poderosamente la atención al tercer conjunto de modelo de los tres hospitales que se han establecido finalmente, y uno en particular. Hay una especie de declaración de principios que queremos hacer.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿A qué se refiere con lo último que acaba de decir?

El señor **MARTIN**.- Al tercer grupo concesionado: Sótero del Río, Félix Bulnes.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿A qué aspecto alude?

El señor **MARTIN**.- Señor Presidente, eso lo vamos a ver en la última lámina. Ahí está detallado. Quise mencionarlo porque he ido destacando ciertos elementos, pero en la última lámina haremos un resumen.

Ahora, quiero mencionar cómo está el Ministerio de Obras Públicas y de qué forma se enfrenta a los proyectos en general. El ministro Undurraga lo ha dicho en reiteradas ocasiones.

Nosotros vemos las obras públicas como obras de Estado que trascienden a los gobiernos y, por lo tanto, estamos disponibles a seguir trabajando arduamente, como lo he hecho, entendiendo que las obras, sobre todo en infraestructura, tienen alguna duración importante y por ello entendemos que hay que mantener lo que se ha estado haciendo. Por eso, creemos que los proyectos u obras que ya están aprobados deben seguir su camino. Esa es nuestra postura. Así enfrentamos tanto al tema vial, los embalses y los concesionados, los hospitales en particular.

Entendemos que este es un activo del país. Como les contaba, uno de los activos que más se valoraba en la conferencia que participé era la certeza jurídica que Chile tenía y cómo estos procesos operaban adecuadamente, lo cual daba seriedad al país.

Sin embargo, como Estado o como cualquier administración no se puede renunciar a hacer evaluaciones y revisar aquellas cosas que a uno le parece que podrían estar eventualmente incorrectas, ya sea para perfeccionarlas o para hacer un examen más detallado de las consecuencias o ver cómo se aborda. Por lo tanto, pasamos esta batería de criterios para revisar los proyectos.

Estado administrativo de los proyectos. Los que ya están construidos siguen, se van a operar. Los que están en construcción, el de Antofagasta, también hemos entendido que ese es el criterio. Vamos a ser muy severos. Estamos hablando con el



Minsal para hacer una revisión en conjunto, tanto en su construcción como luego en su operación.

Por otro lado, estamos viendo el tema del valor los subsidios por metro cuadrado, tanto de construcción como de operación. Nos pareció que estaba bien, que podemos avanzar en esa situación.

El pago de subsidio variable por uso de cama –está en las primeras láminas- también nos pareció bien, aunque nos llamó la atención la diferencia respecto del Hospital Sótero del Río, que tuvo un valor significativamente mayor; además del 60 por ciento, pero como ocurría en otros también. Miramos la situación y quedamos meditando el tema.

También vimos el nivel de ocupación anual cama y nos disponemos positivamente, en el sentido de que entendemos que han existido buenas razones, pero lo observamos con alguna preocupación porque cambió radicalmente del Sótero del Río a esta ocupación del 80 por ciento, donde hemos visto, por lo general, que los hospitales suelen estar bastante ocupados; sin embargo, se baja al 60 por ciento en los que siguen.

Además, en el caso particular del Sótero del Río -no está en el gráfico, pero es una presunción fundada- se presume que la ocupación desde el primer día será de un ciento por ciento, lo que complica.

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

Otro tema significativo fue la variación de los metros cuadrados con respecto a las cifras originales. Ahí tuvimos una alerta importante sobre la situación del Sótero del Río en cuanto a la cifra original con que se adjudica el proyecto, debido a que en el proyecto definitivo hay un 45 por ciento de aumento en el metraje. Eso no es solo significativo por el metraje en la construcción, que finalmente se paga una sola vez y uno podría quedarse con eso, sino que es importante en los costos de operación.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- ¿Qué porcentaje?

El señor **MARTIN**.- Es del orden del 45 por ciento.

Ahí hay un problema porque tengo que desarrollar mayor intervención para la operación, lo que implica finalmente más costos, y no solo por una vez, sino por quince años. Entonces, otra vez hay una alarma importante.

Como les explicaba anteriormente, el porcentaje para la aplicación de este incentivo por nivel de servicio y su monto también fue preocupante.

Se consultaba por qué el Hospital Sotero del Río. Básicamente, por este mayor valor del subsidio variable en cama y por la variación



total de 63 mil metros cuadrados adicionales, lo cual llama a la preocupación. En el fondo, se licita, se adjudica y se entrega el anteproyecto estableciendo una cantidad de metros cuadrados; sin embargo, cuando termina, se dice: Vamos a construir esto y la cifra que hay son 63 mil metros cuadrados adicionales, que equivale al orden del 45 por ciento.

Entonces, más allá del valor específico de la construcción lo que me preocupa profundamente es el costo de operaciones -aunque también me preocupa lo otro-, pero como les explicaba en el ejemplo del auto, el tema de los subsidios de operación es un dato fijo. Entonces, uno dice: La empresa aceptó que ese es el valor que se recibirá en la operación.

Sin embargo, la experiencia muestra que esto podría dar pábulo a una observación en la comisión conciliadora, que diga: Usted me dijo que eran tantos metros cuadrados y tal el valor para la operación, y ahora eso aumentó.

Ese es un espacio de vulnerabilidad para los intereses del Estado.

Entonces, a partir de esa situación que se da en el Sótero del Río, como una cuestión bastante singular, el Minsal nos manda una nota pidiendo el retiro, y compartimos ese criterio. Procedimentalmente, eso es lo que tiene que ocurrir. Por ejemplo, como el Ministerio de Obras Públicas actúa mandatado, a través de un mandato solicitado por el Ministerio de Salud, ellos deben solicitar el retiro.

Compartimos las dudas que ellos tenían y seguimos trabajando juntos. Tenemos la mejor disposición, y también Salud, por lo tanto se retiró el decreto de adjudicación de la Contraloría para completar el estudio de los elementos que llaman la atención.

En el resto de los casos, y como les decía, en el espíritu de que las obras deben continuar, tenemos que atender el tema de lo que estaba desarrollándose. En los otros casos no vimos este tipo de elementos tan significativos, por lo que solo reparamos en esto como un aspecto a tener en consideración para luego, con los antecedentes completos, resolver sobre la materia.

Señor Presidente, esa es nuestra presentación.

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

En primer lugar, debo señalar que a nadie le cabe duda de que aquí hay un pagador: el Estado. Existe una ley de Concesiones que se experimentó con este proceso desde 2010 en adelante y, en ese plano, la Comisión requiere saber cuál es la autocrítica que ustedes se hacen sobre este proceso, porque resulta complejo comparar atrasos con atrasos. Usted nos señala que se atrasaron más las obras públicas que las concesionadas, en un 28 por ciento de sobreplazo, pero ocurre que Maipú y La Florida tienen un problema del cual tenemos que hacernos cargo en cuanto a los plazos.

En segundo lugar, le solicito que nos expliquen el sistema de subsidio variable y por qué del 80 por ciento terminamos en el 60 por ciento del uso de camas para los nuevos hospitales que vienen en concesión, porque todos entendemos que los hospitales tienen índices ocupacionales altísimos, sobre 80 por ciento, incluso puede llegar a 110 por ciento cuando están en plena ocupación; por lo tanto, estamos hablando para el futuro de premios bastante suculentos en la medida que bajaron el piso de 80 por ciento a 60 por ciento.



Por otro lado, quiero entender por qué el nivel de servicio global también bajó los pisos; los umbrales son distintos. Pasamos de umbrales del 94 por ciento a 70 por ciento.

¿Por qué esto llama la atención? Porque aparecen complacientes ante la empresa beneficiaria de estos incentivos.

Entendemos que la empresa hace la construcción, realiza el equipamiento y luego viene el retorno, pero este retorno tiene cambios en las reglas del juego de antes a lo que viene ahora, sobre todo en los próximos hospitales.

Por último, ¿cuáles son los problemas de gestión que han tenido los hospitales concesionados? ¿O no hay problemas de gestión?

Usted señaló que en el caso de los públicos, Calama, Rancagua y Puerto Montt, hay atrasos relevantes financiados por la vía sectorial. Entonces, ¿cuáles son los atrasos y los costos mayores finales en que va a incurrir el Estado por efectos de La Florida y de Maipú, que es la experiencia que tenemos?

Me refiero al costo original de la concesión de Maipú y de La Florida y lo que terminará siendo. ¿Cuánto significará para el Estado de Chile?

Finalmente, el debate es sobre qué es más efectivo, si el modelo concesionado o el modelo público, cada uno con sus bemoles, sin colocar un cortapisa ideológica sobre el tema, sino pensar que ya se tienen dos modelos en marcha, que han tenido experiencia, que tienen desarrollo, y vienen otros públicos y concesionados nuevos.

Entonces, hay que preguntarse qué le resulta más eficiente al Estado de Chile de acuerdo con el costo, sin abrazar con antelación ninguno de los dos modelos, porque estamos haciendo una evaluación exacta de las irregularidades que han ocurrido en ambos casos, porque acá se investigan hospitales públicos y hospitales concesionados.

En el caso de los concesionados, ¿cuál es la mirada autocrítica de lo que ha sucedido con este modelo?

Tiene la palabra el diputado Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, respecto de los hospitales concesionados, considero que hay varios puntos preocupantes, sobre todo desde el punto de vista de lo que inicialmente se concibió como concesiones hospitalarias y cuáles eran los radios de acción que tenían estas concesiones. Aquí hay una diferencia clara, y su señoría hablaba de un antes de Antofagasta y después de Antofagasta, pero además tenemos un tercer modelo que no solo tiene que ver con recursos y premios, sino también hasta dónde penetra la gestión concesionada o privatizada.

A mi juicio, se avanzó en los últimos años en aquellas materias que si bien no están consideradas dentro del ítem de gestión clínica, al menos me generan algunas dudas de si debieron haber sido consideradas o no. Me refiero, por ejemplo, a servicios de dispensación de medicamentos y servicio de esterilización. Creo que eso nunca debió haber sido ingresado en materia de manejo de concesiones, independiente de que haya un cuestionamiento más profundo.

Además, quisiera saber si existe un cálculo sobre cuánto le cuesta al Estado este nuevo modelo, sobre todo viendo las diferencias que hay en los dos últimos



modelos implementados con rebajas de la subvención variable, o del pago de la subvención semestral, al 60 por ciento, y las variaciones que se hacen por pago de premio, porcentualmente, y el aumento de las mismas cifras, desde el punto de vista numérico. Digo porcentualmente porque hay un pago establecido en Antofagasta que es bastante más alto que el de Maipú y de La Florida por 97 por ciento de ocupación. También existen cifras superiores a esa, por un porcentaje más bajo en el caso del Salvador Geriátrico, del Félix Bulnes y del Sótero del Río.

Entonces, ¿cuál es el efecto de la decisión que se ha tomado respecto de los costos para el Estado de Chile? ¿Existe alguna justificación que pueda dar cuenta de estas variaciones o fueron simplemente decisiones arbitrarias?

Ciertamente, alguien podría decir que los costos asociados son infinitamente más altos en el Hospital Sótero del Río que en los de Maipú y de La Florida para tener un pago sobre el 85 por ciento de tasa de ocupación de 55 mil versus casi el 10 por ciento de esta cifra que se paga por un 97 por ciento de ocupación en el caso del de Maipú y de La Florida, incluso con un hospital con mayor cantidad de camas, versus el Sótero Del Río.

Por lo tanto, no logro entender cuál fue la razón y si ustedes manejan alguna justificación con respecto al gobierno anterior en esta materia o en las decisiones que se han tomado. Sobre todo, para hacer una comparación entre la inversión pública y la administración pública de los hospitales versus el área de las concesiones.

Cabe mencionar que una de las dudas más profundas que se ha generado, a propósito de esta cifra, es que el modelo concesionado, más aun las modificaciones que se le hicieron al modelo concesionado original son mucho más perjudiciales para el Estado chileno, en materia económica, que seguir operando y construyendo los hospitales de manera pública.

Además, aun cuando es una respuesta que a mi juicio debiera dar el Ministerio de Salud, quiero saber si tienen ustedes algún elemento que traduzca en una disminución de la calidad de atención de los pacientes el hecho de no invertir esta cantidad de recursos en este tipo de hospitales de manera concesionada. Me explico. Si desde el punto de vista del servicio público estos hospitales operaran a menor costo, ¿redunda o se traduce en un problema de calidad de atención?

Si la respuesta es que no se traduce en calidad de la atención, en pertinencia de la atención y en la entrega de prestaciones de servicio, según lo que determinan, por ejemplo, las garantías AUGE, que establecen criterios en esta materia, entonces no se justifica ni la concesión ni menos aún el aumento sustantivo de los recursos que están aquí involucrados, según lo que usted ha explicado.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora diputada Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, quiero saber cuál es el procedimiento que se usa para fijar estos porcentajes de ocupación, los incentivos y cada uno de los indicadores que llaman la atención al propio directivo del Ministerio de Obras Públicas.

¿Eso es parte de las ofertas de las empresas o está dentro de las bases de licitación?



De ser parte de las ofertas de las empresas, ¿qué porcentaje tiene este ítem al valorarlo y hacer la comparación con las ofertas?

Acá se comparan cosas que no son comparables, por ejemplo respecto de los tiempos de la ejecución de obras sectoriales, porque a los ministerios se les obliga a sufrir la metodología de Mideplan, que es bastante diferente a los procesos que implementan ustedes. Por lo tanto, no son tiempos comparables.

A propósito de los metros cuadrados y del aumento, el Hospital de Antofagasta también aumenta en metros; no recuerdo en qué porcentaje, pero una de las cosas que me tiene bastante preocupada es si ese aumento de metrajes principalmente es en estacionamientos, porque en el caso de este hospital había un prediseño que establecía tres bloques de edificios que fueron fusionados y desplazados de una determinada manera, con una argumentación bastante inteligente desde el punto de vista de la empresa, en términos de dejar los edificios más arriba de la cota 30, por el tema de zona de inundación. Sin embargo, ya que se aglomeraron los edificios de esa manera me gustaría saber cuánto crece la edificación propiamente tal y las áreas clínicas versus el estacionamiento, que es una de las áreas concesionadas que más rentabilidad deja al concesionario, y cuánto afecta a lo clínico.

Me parece que no es lo mismo, desde el punto de vista del modelo de Salud, atender psiquiatría en un edificio aparte, en un primer piso, que ponerlo en un octavo piso.

Además, se calculan de la misma manera el índice de rotación de una cama de un hospital o de un hotel, y de igual forma el porcentaje de ocupación, pero no es lo mismo, porque si ustedes ven el porcentaje de ocupación de un hospital con el mismo criterio de aquel que va a construir un hotel para decir que el punto de equilibrio es tenerlo ocupado en un tanto por ciento, uno podría entender que se fijaran ciertos porcentajes en los que se tiene que asegurar al concesionario que va a estar ocupado. Pero en salud no se opera de esa manera, tiene un espíritu absolutamente diferente. Desde ese punto de vista, los indicadores pueden calcularse de la misma manera, pero significan cosas diferentes.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Quiero que quede constancia de una excusa formal que mandó la Fenpruss Nacional, invitada para hoy. Indica que es imposible llegar a la sesión por motivos de fuerza mayor de la asociación gremial.

Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, por su intermedio deseo saludar a nuestros invitados y consultarles respecto de una materia que me llama profundamente la atención y que es necesario profundizar para tener mayor información.

¿Tienen alguna justificación o han recabado antecedentes respecto de la variación de metros cuadrados proyectados que aumentan en 45 por ciento, a 63.000 metros cuadrados en el caso del Hospital Sótero del Río?

Me interesa tener mayor información en ese sentido y saber cuáles son los elementos que entrega la empresa concesionaria al respecto y qué medidas se pueden tomar frente a estas situaciones.



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

El señor **MARTIN**.- Señor Presidente, respecto del tema de la autocrítica, seguimos trabajando en eso. Sin embargo, me gustaría hacer una precisión porque tal vez me expresé mal en la presentación.

Al referirme al 28 por ciento de aumento de plazo, en el caso de los hospitales concesionados de Maipú y de La Florida, es solo respecto de eso. No hago referencia de una relación con la demora de los hospitales tradicionales. Es sobre el plazo que estaba originalmente contratado para la ejecución de los hospitales de Maipú y de La Florida, que eran mil y tantos días, y se demoraron doscientos días más. Ese es el tema del 28 por ciento.

No hago la comparación. Lo que decimos es que respecto de los tres puntos que pusimos anteriormente, Calama, que está detenido; Rancagua, que ha tenido todas las demoras que hemos conocido en forma pública, que está siendo auditado y el Consejo de Defensa del Estado está analizando su situación, y Puerto Montt, para poner tres puntos respecto del tema sectorial, como se mencionaba, es difícil de comparar porque obedecen a problemas que probablemente están radicados en una gestión que quizás no fue del todo positiva.

Creo que la gente de Salud conoce más de eso, pero puedo referirme a lo que a mí me corresponde, y es que nuestro valor original eran aproximadamente 1.014 días, para el caso de Maipú y de La Florida, y tuvo un aumento de plazo de 28 por ciento. Quiero establecer esa precisión sobre el tema.

Al decir que los pisos bajaron entre el 80 y el 60 por ciento buscamos -es parte de nuestro trabajo- las justificaciones más adecuadas. Hay razones de orden técnico, se mencionaban apoyos, en su momento el desarrollo de estos modelos con el Ministerio de Hacienda, que hablaban de una forma en que se van constituyendo o se van entregando las camas disponibles. Entonces, la pregunta era por qué voy a pagar un subsidio alto si todavía no tengo ese 60 por ciento en camas disponibles.

Esto es un poco la ley de los grandes números. No obstante, el mecanismo de castigarlo de esa forma, o de bajar el porcentaje de ocupación, pareciera ser un poco generoso porque si la operación se proyecta en el largo plazo, los 15 años, la plena disposición del total de camas contratadas o adquiridas se debería cumplir al quinto año. Compartimos de alguna forma esa mirada, el modo en que se va modificando el modelo Maipú y La Florida a los que sigan.

En relación con el nivel de servicio global es necesario hacer un distingo. El 80 y 60 de la ocupación de camas es un concepto distinto al del nivel de servicio global, que con su métrica está asociado a varios indicadores respecto de la forma en que el privado hace su trabajo. He mencionado el tema de salud; también está el de seguridad, ropería, etcétera. Hay una serie de servicios para los que fueron contratados -su operación- que se entienden ajenos a la parte clínica, y sobre esos se van haciendo evaluaciones de rendimiento.

Por esa vía, por esa métrica, podemos decir si es susceptible de ganar el premio o no, si alcanza equis valor, en el caso de Maipú y de La Florida, en el orden del 94 por ciento.



En particular, en los problemas o no problemas de gestión de los hospitales concesionados de Maipú y de La Florida lo que hemos aprendido, o estamos trabajando en conjunto, es que hay un conocimiento acabado por todas las partes - los equipos médicos, administrativos del hospital y sus propios funcionarios- de los beneficios, obligaciones y retornos del contrato.

¿A qué me refiero con eso? Una cosa quizás pedestre, pero puede ser significativa. Cuando toda la infraestructura del hospital está concesionada operan seguros ante cualquier desperfecto o situación compleja. Entonces, si se quiere colgar el retrato de la familia o el título y se pone un clavo que perfora la infraestructura, el procedimiento normal que establece el contrato es que se llame a servicios generales para que ellos coloquen ese clavo.

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

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

Esa es la razón de la prolijidad que pedimos, y el trabajo que estamos haciendo en la lógica de los aprendizajes con los usuarios, porque aquí están la concesionaria, el mandante, que es el Minsal, y los usuarios, que son calibres distintos y, por tanto, de cómo se opera eso.

Asimismo, hemos acordado un mecanismo que debemos trabajar en conjunto con la concesionaria, con el servicio médico del hospital, y nosotros, que tenemos el rol de inspección fiscal para que el contrato se cumpla a cabalidad, por ejemplo, en situaciones de emergencias.

La situación de emergencia por definición ocurre cuando ocurre, por lo tanto los tiempos de reacción deben ser absolutamente expeditos y, a nuestro juicio, quien debe controlar toda la operación sin duda es el equipo médico. Nunca hay que olvidar que el hospital está para eso, es el objeto central, por lo tanto, hay que tender a esa solución.

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

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

De alguna forma esa es la idea general de cómo hemos ido aprendiendo en el hacer y donde se han constituido, en el caso de La Florida y de Maipú, reuniones semanales con sus directores para ir coordinando las acciones y operaciones del mismo, y así poner a disposición de los directivos del hospital todo el aparato privado de la concesión.



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

El diputado Torres consulta respecto del avance o de lo que le cuesta al Estado la baja del subsidio variable. Esto tiene que ver con pagar lo que efectivamente se ocupa. En el largo plazo, uno debiera tener la ocupación completa. Por tanto, ahí se nos genera un cuestionamiento, pero entendemos que existen elementos que permiten pensar que en el subsidio a la operación se cubre gran parte, y este subsidio variable por cama, cuando está en el orden de media UF, podría cumplir razonablemente el costo de operación efectivo que está asociado a servicios de aseo y de alimentación de esa cama, en el uso del tema.

Ahora, parte de las justificaciones de cómo se maneja esto o por qué se manejó de esa forma tienen que ver con lo siguiente. Entiendo que tal vez la administración pasada buscaba una forma de generar mayor competencia e interés por el tema de las concesiones hospitalarias. A lo mejor eso generaba una condición más favorable o un atractivo para participar.

Quiero pensar que fue meditada con sumo cuidado y con el acuerdo del Ministerio de Hacienda y, por lo tanto, a partir de eso se encontraron los equilibrios que permitían una operación significativa.

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

En cuanto a las disminuciones de valores entre un modelo y otro o si mejorará la atención a los ciudadanos, probablemente el Ministerio de Salud tiene mucho más elementos para tener una definición al respecto. Nosotros somos más bien “Bob, el Constructor”, por tanto no tenemos tantas destrezas o distinciones para hacer un juicio sobre esa materia. Prefiero no pronunciarme.

La diputada Hernando consulta sobre el porcentaje de ocupación. Cuando se arma el procedimiento o el proceso, en el caso de Maipú y de La Florida, entiendo que lo que se hace es una especie de serie histórica de cuál es la tasa de ocupación de camas, y por eso se define un cierto nivel al 80 por ciento.

Con posterioridad, cuando va cambiando el modelo, y se cambia al 60 por ciento, la justificación que mencioné anteriormente y que se refería a las etapas en que se iban entregando las camas, probablemente tenía que ver con eso.

Asimismo, existe una mirada de futuro donde se dice que la ocupación de camas debiera bajar; que la salud debiera ser de orden más ambulatorio. Esa es la explicación que se nos ha dado para hacer esta modificación. No necesariamente la compartimos, pero cuando se pregunta por qué ha pasado esto, lo que indico es lo que pudimos recabar.



De acuerdo con las tasas de ocupaciones históricas tal vez haya una buena disposición a que eso vaya ocurriendo, pero de los datos que tenemos no podemos hacer una afirmación tan severa de que eso vaya a pasar en un futuro próximo, en el sentido de que bajen las tasas de ocupación de cama hospital. Por lo tanto, este elemento podría obligar a estar pagando frecuentemente este costo variable por cama.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Eso estaba en las bases.

El señor **MARTIN**.- Estaba en las bases; estaba predefinido.

Respecto de los tiempos, no sé si sean comparables o no. No me atrevería a hacer ese juicio todavía, pero en el momento de la construcción, ya sea por el lado de la concesión o por el lado del sectorial, sin duda el rigor con que se debe registrar y controlar el avance de las obras es ineludible. Eso no puede fallar ni por el sistema concesionado ni por el sistema público o sectorial.

Por lo tanto, lo que podría haber pasado –me atrevo a plantear una hipótesis– respecto de los tres hospitales que mencioné en la presentación es que quizás el celo con el cual fue cubierto el ejercicio de la construcción no fue del todo adecuado.

Ahora, en el caso de concesiones, había una inspección fiscal. Se revisaban frecuentemente las demoras, las cuales están penalizadas en su totalidad. Por lo tanto, ahí hay una gestión atribuible al sistema de concesiones respecto de la severidad con que se llevaba adelante ese trabajo.

En cuanto a los metros cuadrados de estacionamiento es un tema recurrente que ha sido revisado. Lo que se ha podido encontrar es una norma en el Ministerio de Vivienda, en lo relativo a vivienda y construcción, que establece para cierta tipología de edificación, y la cantidad de habitantes de las instalaciones, por llamarlo de alguna forma, la tasa de estacionamientos que debiera haber.

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

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

Por supuesto, a un constructor le interesa construir, y si el incentivo está puesto en más metros cuadrados, más metros cuadrados estará disponible a realizar. Ahí lo que tenemos que ver es cómo uno se dispone a efectos de obtener el resultado que se quiere, con la mejor calidad disponible y al mejor precio posible. Por lo tanto, ahí hay un trabajo de ajustar la disponibilidad del espacio.

También se consultó por qué el sector de psiquiatría estaba en el octavo piso y no en el primero. La verdad es que eso es parte de los trabajos de coordinación con el personal del Ministerio de Salud, quienes estaban presentes en ese tipo de definiciones. Personalmente, creo que obedece a un apuro excesivo.



Por el conocimiento en los modelos de negocios y de infraestructura las decisiones de ubicación de las distintas instalaciones responden ciertamente a los técnicos.

Me llama la atención también, pero los elementos están suscritos básicamente por el equipo del Minsal de la administración anterior. Por lo tanto, asumo que habrán tenido buenos fundamentos para suscribir ese tipo de decisiones.

Finalmente, respecto de los indicadores y rotación de camas, compartimos absolutamente que el objeto de un hotel no tiene nada que ver con el de un hospital. Desde el punto de vista del turismo, por ejemplo, es conveniente tener a una persona por varios días en el hotel, porque eso genera mayor rentabilidad. En cambio, el hospital debiera estar preocupado de que la persona que ingrese sea bien atendida y, por supuesto, que una vez entregada la atención pueda hacer su vida normalmente, incluso con reposo en su propia casa.

Comparto ese juicio y estamos trabajando en investigar por qué el modelo de Maipú y de La Florida varía de esa forma.

El Ministerio de Obras Públicas se plantea con obras del Estado, da continuidad, aspira a que los procesos continúen, pero no deja de observar, no deja de ser severo. El sistema de concesiones contempla mecanismos de modificación de contratos, si esto fuera necesario y, por lo tanto, estamos alerta para asumir la defensa del Estado y sus recursos, a través de contratos que sean justos. El concesionario, por cierto, opera para los efectos de obtener alguna ganancia en esta operación, lo que es legítimo, pero el punto está en resguardar que ello no vaya en desmedro de los intereses y de los servicios que pretende otorgar el Estado.

La diputada Cariola pregunta sobre la justificación del aumento de los metros cuadrados y las medidas que se puedan tomar. Estamos trabajando en eso. Fue uno de los motivos del retiro del decreto de adjudicación. Las medidas siempre están disponibles, desde las renegociaciones hasta decisiones de un orden distinto, pero las queremos tomar en base a los antecedentes con los que podamos contar; es decir, hacer un juicio crítico de esos antecedentes y, a partir de eso, tomar decisiones fundadas en ese aspecto técnico de la operación.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, ¿me permite una interrupción?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señorita Karol Cariola.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Quiero saber si la empresa concesionaria tiene alguna justificación.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Martín, ¿cuánto mayor costo para el Estado, con respecto al monto original, significa Maipú y La Florida?

¿Cree usted que los plazos, la entrega y la recepción que hizo el Estado de esos dos hospitales, fueron correctos o no? ¿Se adelantaron los plazos? Porque nuevamente han surgido fallos de Contraloría relativos a que la recepción de obras, en el caso de Maipú, tuvo problemas; tuvo irregularidades.

A su juicio, como coordinador, ¿los mayores costos, la forma y el tiempo de entrega, se ajustaron a lo que ustedes creían o no?



El señor **MARTIN**.- En el caso de Maipú y La Florida, los mayores costos para Estado, a los cuales se refiere, hoy no están presentes. Se contrató un sistema en el cual están los pagos efectivos que se han hecho, el de IVA, sobre la base de lo construido y, por lo tanto, las cuotas de pago van referidas a las que solicitó la empresa adjudicada. Por lo tanto, la cuota que se va a pagar es la que ahí está establecida. Ahora, hoy eso no está ajeno a una eventual reclamación, la que se abordará una vez que aparezca.

Respecto de los plazos, el mayor plazo responde a elementos distintos. Al inicio, más bien responde a la disponibilidad de los terrenos. En cuanto a si fueron recibidos a conformidad, tenemos una diferencia. Quizás podría haber sido voluntariamente adelantada esa recepción.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Eso ocurrió o es a juicio suyo?

El señor **MARTIN**.- A mi juicio, eso ocurrió en algunos aspectos. Podremos darle un valor, si eso era significativo o no para la operación del recinto. Tenía elementos de recepción municipales, que son parte de la condición de recepción, pero a mi juicio hubo un voluntarismo para aceptar e incorporarlo como parte del proceso. Son los únicos dos ejemplos que tenemos.

Respecto de si esto es más caro para el Estado o no, como lo mencioné antes, aún está en proceso de evaluación. El tema a evaluar es la oportunidad de la inversión y su atención versus el costo caja que esto significa.

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

El señor **MACAYA**.- Señor Presidente, al menos a mí, y creo que a gran parte de quienes han sido testigos en esta Comisión, nos ha quedado claro de que no hay una definición, al menos desde el Ministerio de Obras Públicas, y en eso hay una diferencia con lo que ha planteado el Ministerio de Salud, de descartar el modelo de concesiones como instrumento para construcción de infraestructura hospitalaria en nuestro país.

Es evidente que tenemos situaciones diferentes, dependiendo del tipo de hospital que estemos construyendo, la ubicación, la población que se va a atender ahí, la prevalencia de enfermedades y las patologías que se van a tratar. Es distinto construir un hospital en el norte que en sur.

Me quedo con una primera definición, desde la perspectiva de plazos, de precios, porque de lo que he escuchado de las dos intervenciones que ha hecho la gente de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas en esta Comisión me queda claro que el sistema de concesiones no se puede descartar.

Me llama profundamente la atención la discrepancia que existe por lo menos respecto de las declaraciones iniciales que hemos tenido de parte del Ministerio de Salud en esta materia. Coincido en que puede haber situaciones puntuales, como planteó el director de concesiones, que llaman la atención, y me gustaría que pudiésemos profundizar esa parte de la lámina, con más detalles. Cuando se hace retiro de un proyecto es porque todos queremos que el Estado gaste lo más eficientemente sus recursos y que se demore lo menos posible. En eso todos coincidimos.



Logro adivinar un poco dónde se han generado los conflictos cuando uno revisa la diferencia en lo ocurrido en Maipú y La Florida, Antofagasta y los nuevos –algo dijo el diputado Torres al respecto-, y en la lógica de lo que ha planteado la Fenpruss, porque llama la atención que se puedan licitar los sistemas de información tecnológicos y los servicios de esterilización, porque acá lo que se está concesionando es infraestructura, servicios que no están directamente relacionados con la atención de pacientes o la atención clínica, como transportes o estacionamiento. La gestión clínica, propiamente tal, nunca se licita, y siempre hubo una definición de no hacerlo.

Cuando entramos en el ámbito de la esterilización o de la información tecnológica estamos hablando, en muchos casos, de tecnólogos médicos, de los profesionales que tienen línea directa, y la Fenpruss los ha estado defendiendo muy bien.

En los nuevos hospitales, en el tercer grupo, sí estuvo incluido eso. Adivino que por ahí han estado los ruidos políticos. Hay coincidencia en no afectar eso, pero pido que al menos tengamos un mínimo de coincidencia en no descartar un sistema que puede ser más eficiente en ocupar de mejor manera los recursos del Estado.

Señor Presidente, como bien decía usted, que tengamos la posibilidad de revisar cuáles son las eventuales irregularidades o las situaciones que llaman poderosamente la atención, donde probablemente no vamos a contar con las mismas herramientas que tendrán el Consejo de Defensa del Estado o la Contraloría. Ellos van a tener la última palabra en sopesar qué irregularidades existieron, si las hubo.

Mirando la contradicción que ha existido, aunque no sé si es tan evidente, pero al menos uno lo adivina en las primeras definiciones que hicieron las nuevas autoridades de Salud, en el sentido de que el sistema de concesiones no se puede descartar.

Además, hay que decir que fue una invención de las autoridades de Salud de la época del Presidente Lagos, del primer gobierno de la Presidenta Bachelet. Es decir, nos parece que es algo que no se tiene que descartar.

Coincido con lo que dijo el diputado Torres, pues me llama la atención que esterilización o la información tecnológica, que son labores llevadas a cabo por funcionarios contratados por el Estado, se pueda hacer de una manera diferente. Pero en lo que es infraestructura, servicios de transporte, estacionamientos, como definición, en la medida que sea más barato, no tengo inconveniente en que se pueda concesionar.

Pido a nuestro invitado que detalle los aspectos que llaman poderosamente la atención y que hicieron retirar estos proyectos.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por 15 minutos?

Acordado.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saludar a nuestros invitados.



En primer lugar, al revisar la presentación de nuestro expositor, noto algunas contradicciones con lo que pedimos que se anotara en lo que denominamos cuaderno separado de esta Comisión. Me refiero a las intervenciones del señor Mario Muñoz, que dijo que la rebaja del 80 por ciento de la aplicación del subsidio variable por uso de cama, desde Antofagasta en adelante, al 60 por ciento, era parte del aprendizaje que se había realizado por parte del sistema de concesiones y que esto buscaba que fuera una mejora, con el fin de no pagar este subsidio a todo evento, que no correspondía, y era parte de las cosas buenas.

Pero no quedó suficientemente claro, o incluso se podría entender exactamente al revés. Por lo tanto, me gustaría que nos aclarara cuál es la versión oficial del Ministerio de Obras Públicas, porque la sesión anterior está grabada, hay versión taquigráfica y está anotado en el cuaderno separado. Reitero, hay una clara contradicción entre lo que se expuso la semana pasada y la presentación de hoy. Por eso, pido que se aclare por qué se produce esa discrepancia en un concepto tan trascendental.

Además, parte desde Antofagasta, y tenemos las bases de precalificación desde diciembre de 2010, fecha en que el señor Eric Martin era parte del sistema de concesiones del gobierno del entonces Presidente Piñera. Por tanto, puede tener claridad de por qué se baja al 60 por ciento. Como participó ese año, me gustaría saber si lo avaló, si dijo que no estaba de acuerdo. Le solicito mayores antecedentes al respecto.

Lo que entendimos la semana pasada de parte del MOP es que esto era parte del aprendizaje, de las cosas buenas que habían pasado del análisis del primer sistema piloto de concesión.

En segundo lugar, al mirar la tabla de los hospitales, quiero preguntar si el subsidio fijo semestral de operación varía, aumenta o disminuye dependiendo de la cantidad de servicios que se concesionan, porque los hospitales de Maipú y de La Florida tienen mucho menos servicios concesionados que aumentan sustancialmente, que es lo que produce conflictos con la Fenpruss y la Fenats.

El hecho de concesionar la tecnología de la información, la esterilización u otros, que obviamente están contemplados dentro de este esquema, ¿significa mayores costos?

De ser así, ¿cuánto es el mayor costo por concesionar el subsidio fijo de operación?

Al comparar los hospitales de La Florida y de Maipú con el Salvador-Geriátrico tienen casi los mismos valores de costos de operación, y entiendo que el Salvador-Geriátrico tiene muchos más elementos concesionados.

Entonces, me gustaría saber si en el subsidio de operación cambia de valor. De cambiar, ¿por qué tienen casi el mismo subsidio de operación?

Por otra parte, los hospitales de Maipú y de La Florida están como grupo y me interesa conocer si el subsidio fijo a la construcción de 1.110.075 UF anual corresponde a la suma de los dos establecimientos o el monto corresponde a cada uno.

Lo mismo me gustaría saber respecto del número de camas, si las 766 corresponden a la suma de ambos hospitales o a cada uno de ellos. Obviamente, no es lo mismo



comparar el Hospital Sótero del Río, que tiene 710 camas, con Maipú y La Florida. Por lo tanto, quiero saber si están sumando o corresponde a cada uno, lo que llamaría mucho la atención porque el hospital de Chillán es enorme y no tiene esa cantidad de camas.

En tercer lugar, tengo una inquietud que me gustaría que se respondiera porque la semana pasada no tuve esa posibilidad. La primera lámina que se nos expuso se refiere a que las licitaciones hospitalarias tienen dos objetivos principales y uno de ellos es adelantar recursos cuando el Estado no los tiene o los requiere para otro uso.

En ese sentido, me da exactamente lo mismo si los hospitales se construyen con financiamiento público o concesionado. Lo que me interesa es que haya hospitales donde la gente los necesita y en el tiempo adecuado; que no deban esperar quince años hasta que el Estado tenga recursos.

Como bien se indica, se concesionan hospitales u otras infraestructuras cuando lamentablemente el Estado no tiene recursos para construir.

Este Gobierno ha tomado decisiones políticas, las cuales respetamos. Pero eso significa retirar el Sótero del Río y, en una de esas, construirlo de forma sectorial, con fondos públicos. Se retiró la Red Maule, Linares y Curicó; se retiró Chillán; se retiró Quinta Cordillera, que son biprovincial Petorca-Quillota y Marga Marga.

Al respecto, me gustaría saber con cuánto dinero cuenta el Estado para construir los hospitales que antes se hacían de forma concesionada, y hoy se tendrá que poner la platita sobre la mesa.

A su vez, quiero saber cuánto será el retraso de los hospitales al sacarlos de la concesión; cuánto tiempo tendrá que esperar la gente de Puente Alto, de Linares, de Curicó, de Chillán.

El señor Carlos Cruz, secretario técnico del Consejo de Políticas de Infraestructuras, el 14 de junio escribió una columna en el diario La Tercera que señala que es imposible que la Presidenta Bachelet construya los veinte hospitales que se comprometió, más los veinte en construcción, más el diseño de otros veinte, si no concesiona. Cabe señalar que el señor Cruz es exministro de Obras Públicas de uno de los gobiernos de la Concertación.

Por lo tanto, ¿cuánto cuesta al erario todos estos hospitales que se han sacado de concesión?

Además, ¿cuánto va a tardar su construcción? ¿Cuánto se van a atrasar?

¿Creen que es posible cumplir la meta de los veinte con los recursos actuales? De lo contrario, ¿cuánto tiene que aumentar el presupuesto de Salud solo para construir estos hospitales por vía sectorial?

Al final del día, lo que a la gente le importa es tener hospitales en el tiempo que corresponde.

Muchas gracias.

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



El señor **MARTIN**.- Señor Presidente, respecto de las afirmaciones del diputado Macaya, no tengo diferencias ni discrepancias sustanciales con mis colegas del Ministerio de Salud, porque seguimos trabajando juntos. Ellos nos han pedido, en el caso particular de la Dirección de Arquitectura, que se haga una auditoría respecto del Hospital de Rancagua, que ha tenido algunas dificultades.

En cuanto al sistema de concesiones, si alguien del mundo privado oferta un hospital donde se paguen mil pesos semestrales, por cierto que se tomará esa opción. Ahí tiene que ver la eficiencia del gasto.

Lo que hoy se mira con preocupación es si el modelo aplicado recoge adecuadamente los intereses del Estado, y pareciera ser que en algún caso no es tan así, y eso es una preocupación profunda.

Entonces, frente a esta situación, y además viendo cómo se desarrolla el proceso, quiero tocar parcialmente lo que decía la diputada Rubilar. Sin duda, el sistema concesionado, al participar el sector privado, lo hace porque busca un beneficio, incluso legítimo probablemente, por tanto los costos serán mayores. Eso es cierto. No hay cuestionamientos al respecto.

Por lo tanto, cuando opera el sistema público lo que busco es que me salga cero. Invierto lo justo porque no estoy buscando un retorno desde el punto de vista económico, porque mi objeto central es la atención de salud de calidad, pero también atendiendo las rigideces que esto tenga.

Entonces, ante la consulta, el sistema concesionado sí sale más caro. El punto quizás tiene que ver con los mecanismos, con la disponibilidad de recursos para ejecutar o no y en qué tiempo. Por eso, cuando se afirman de estas discrepancias y contradicciones la verdad es que no las comparto, pero son juicios de cada uno.

Respecto del retiro para su estudio del Hospital Sotero del Río, como se ha planteado en la última lámina, se hace sobre la base de trabajar el tema del costo variable por cama, donde se duplica ese costo.

Además, está el aumento significativo, 45 por ciento en cualquier proyecto, del aumento del metraje. Eso es parte del elemento, y como también se ha dicho, es un retiro para estudiar, porque tomado de razón, como ha ocurrido en otros recintos, los costos asociados a una intervención posterior son más altos, porque hay un compromiso del Estado respecto a la ejecución.

En el caso del Sotero del Río, más allá de las cosas que se digan, el contrato queda totalmente perfeccionado. Eso lo dicen los abogados, cuando la Contraloría ha tomado razón. Por lo tanto, el costo de esta situación no es más que el trabajo ejecutado en el periodo anterior y los gastos asociados a esa situación, pero que nada significa para el Estado en el futuro.

Parte de lo planteaba la diputada Rubilar lo mencioné en algún momento de la presentación. No veo contradicción con lo que decía mi colega Mario Muñoz, porque en alguna parte de la información que se nos entrega, en la lógica del aprendizaje, es que la forma gradual en que se entregan las camas hace que uno se pregunte por qué voy a pagar un total de camas, por ejemplo, del 80 por ciento, cuando todavía no alcanzo el 60 por ciento, porque ahí estoy pagando un diferencial gratuitamente, y se opta por una mecánica que dice 60 por ciento. Pero si uno lo



proyecta a largos números, ese ciento por ciento se logrará al quinto año, más o menos. Eso es lo que está proyectado.

Entonces, me quedan diez años, donde puse un fijo bajo, 60 por ciento, y pagaré todo este variable para adelante. Entonces, ese aprendizaje pudo haber sido probablemente mejorado en un escalonamiento de estas variables; sin embargo, se pone como fijo.

Por lo tanto, ahí hay una pregunta que uno debe hacerse, como el mundo cambia y las cosas van modificándose, *ex ante* uno sabe de esta situación, entonces la pregunta es por qué no haberlo hecho en forma escalonada, pero está puesto en las bases. Por eso, asumimos como continuidad de un ejercicio las condiciones que ahí se establecieron y las vamos a respetar, pero eso no significa que no estemos observantes de una situación que aún puede ser mejorada a partir de la experiencia que se vaya ganando.

Ahora, respecto de la afirmación de que yo estuve en el sistema de Concesiones hasta diciembre de 2010, lamento informarle que me hubiera gustado, pero no estaba en Concesiones. Estaba en el Ministerio de Obras Públicas, pero no en Concesiones. El Ministerio es bastante grande, voluminoso.

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

En verdad, no conocí cómo se constituyó ni conformó este modelo. Me hubiese gustado, pero la verdad es que estaba en otras obligaciones. Y, por cierto, le he agradecido mucho al Ministerio de Obras Públicas como alma máter.

Respecto de Maipú y de La Florida, como lo manifestaba la diputada, los valores que pusimos son el conjunto, porque el contrato sobre el total, más allá de que después se abra y hay unos porcentajes que están en el propio contrato. Entonces, efectivamente los valores que aparecen en la tabla, a modo de resumen, y como está focalizado al tema del modelo económico, es el total del subsidio anual. Es la suma de las dos. Más bien respondía a mostrar los valores económicos. El tema de la cama está más bien referencial para algún tipo de cálculo, pero como lo decía la diputada, son valores agregados.

Finalmente, respecto de cuánto cuesta y el tiempo que demorará, lamentablemente no puedo dar la respuesta porque no las tengo, pero sí pude recoger las afirmaciones que se han dado en distintos ámbitos respecto de la disponibilidad de un conjunto de recursos bastantes importantes. Entiendo que se habla del orden de 4 mil millones de dólares para desarrollar por vías sectoriales los proyectos de inversión de los compromisos de la Presidenta.

Adicionalmente, desde el punto de vista de cuánto tiempo demora, hay varios mecanismos de contratación pública. Por supuesto, están los del Ministerio de Salud por cuenta propia. Puedo hablar de lo que conozco del Ministerio de Obras Públicas. Por ejemplo, hay una modalidad que se llama pago contra recepción, donde uno entrega un anteproyecto, los que están desarrollados de los hospitales que ha señalado y, a mi juicio, ahí podría haber demora en el tiempo de ejecución.



Ahora, la decisión de los mandatos reside en el Ministerio de Salud. Por eso, me excuso de poder plantear el mecanismo que se opta para el desarrollo de los proyectos. En mi opinión, existen los mecanismos dentro del Estado para cubrir ese tipo de proyectos.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Para que no se atrasen?

El señor **MARTIN**.- Para que no se atrasen.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, que quede en cuaderno separado.

El señor **MARTIN**.- Señor Presidente, lo que hemos demostrado acá es que los proyectos que se están desarrollando o en curso se van a continuar. Nos preocuparemos severamente de que los contratos se cumplan. Existen espacios, porque así lo plantea la Ley de Concesiones, y el sistema en general, de renegociación de contratos si estos fueran adversos, a juicio nuestro, a los intereses del Estado.

Por otra parte estamos trabajando muy unidos con el Ministerio de Salud para los efectos de encontrar, bajo esta modalidad u otra, pero probablemente responda otra dirección de Obras Públicas y no a Concesiones, el buen ejercicio y desarrollo de estas iniciativas.

También entendemos desde Obras Públicas que somos un aporte para el objeto final que es dar salud pública a las distintas ciudades de este país.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Martin, le solicito que nos envíen los contratos de los hospitales de Maipú, La Florida y Antofagasta, además de los nuevos hospitales concesionados, con las ampliaciones de contratos o anexos que se hayan ejecutado en esos casos.

Además, las presentaciones y auditorías que ustedes hayan hecho, o de las que hayan sido objeto por parte de Contraloría, durante todos estos años que ha durado el proceso de construcción.

No se descarta que puedan ser nuevamente convocados a la Comisión, a la luz de los antecedentes que así lo vayan indicando.

Finalmente, les agradecemos su asistencia a la Comisión.

A continuación, damos la bienvenida a la señora Carmen Molina, presidenta de la Fenats Progresista y el señor Óscar Riveros, presidente nacional de la Fenats.

Tiene la palabra el señor Óscar Riveros.

El señor **RIVEROS**.- Señor Presidente, por su intermedio quiero saludar a cada uno de los miembros de la comisión.

Seremos breves. Espero instalar algunas ideas que deseamos sean consideradas. En primer lugar, por lo que hemos escuchado y conocemos de otras exposiciones, existe un nutrido material respecto de las concesiones por sí o por no. Hemos estado muy pendientes de lo que han planteado los expositores anteriores, pero echo de menos en toda la información, y el debate que se da, que no se mencione a los trabajadores de la salud.



He escuchado mucho de cifras, de metros cuadrados, de valor UF, de camas, de horas, etcétera. Sin embargo, respecto de lo último que comentó el señor Martín, me da la impresión de que falta en la mirada empírica de dos hospitales ya concesionados y que están “en funcionamiento” conocer en terreno el significado que ha tenido para esas trabajadoras y trabajadores estar en este ejercicio o experimento de hospitales concesionados. Podría decir, por ejemplo, que parte de los trabajadores del Hospital La Florida vienen del ex Hospital Militar, hoy Metropolitano, bajo la promesa de que una vez instalados en el hospital nuevo iban a tener un mejoramiento en sus grados, cosa que no ha sucedido.

En los hospitales de La Florida y de Maipú tenemos falta de dotación. Es verdaderamente terrible el daño que han sufrido muchos trabajadores -aquí es donde quiero centrar la mirada-, y particularmente trabajadoras, ya que ustedes saben que el 70 por ciento de las dotaciones en los hospitales son ocupadas por mujeres.

Algunas compañeras trabajadoras del Hospital La Florida han llegado al lugar y no tienen nada que hacer porque la unidad donde se desempeñaban anteriormente no existe, está remodelada o concebida de otra manera o porque sencillamente no puede entrar en funcionamiento.

Entonces, tenemos un alto índice de gente que pudiendo estar con licencias, no se ha atrevido a hacerlo -me refiero al daño mental- ya que están todo el día sentados ante un escritorio sin hacer nada, sin función determinada.

Por eso, hago hincapié en el punto, junto a la compañera Carmen Molina, que es del Hospital El Carmen de Maipú. Nos parece que no se han considerado las virtudes o defectos de este ejercicio de hospitales concesionados. Está la constatación de parte de los principales actores, que son los usuarios y los trabajadores, en cualquier hospital, pero en particular en estos dos, que tienen que ver con la molestia de las promesas de inauguración.

Aquí hay un hospital abierto que va a atender a la población, al nivel de las clínicas europeas, según el subsecretario Díaz en su momento, y molestia de parte de los usuarios al constatar que el hospital, que es muy bonito, no responde a las necesidades de la demanda, generalmente derivados desde el hospital base de esa zona suroriente, que es el Hospital Sótero del Río, tremendamente colapsado.

Entonces, bajo esa mirada queremos que la Comisión considere la situación de desmedro de las trabajadoras y trabajadores de la salud, en tanto que es un efecto de un modelo que se instala y que responde a otros problemas, además de discriminación de trabajadores de un mismo rango, de un mismo grado, con la misma expertise, con los mismos años de trabajo, pues son pagados de manera distinta en un hospital a diferencia de todos los hospitales de Chile.

Probablemente, ello tiene que ver con el fracaso del proyecto de ley de hospitales clínicos que se instaló en el gobierno anterior, cuyo debate fue aprobado, pero rechazado artículo por artículo. Por supuesto, lo leímos al revés y al derecho porque una vez hablamos en la comisión respecto de lo que significaba para los trabajadores ese proyecto, el que contemplaba una forma de contratación de los trabajadores que no tiene que ver con lo que hoy tenemos, bajo la ley N° 18.834, sino más bien con propiciar la flexibilidad laboral y la externalización de compras de servicios.



Dicho lo anterior, queremos agregar que no traemos material sobre hospitales concesionados, sino antecedentes del Hospital Exequiel González Cortés, en construcción por vía sectorial, en lo que se refiere al retraso. En términos generales, lo que está aquí documentado tiene que ver con la contratación de personal para determinadas funciones y puestos a trabajar en otras.

Me llamó mucho la atención cuando el señor Martin hablaba del rigor que había que poner en la fiscalización y en los equipos de trabajo en ambos modelos, vía concesionadas y vía sectorial.

Me parece que en el caso del Hospital Exequiel González Cortés ha sucedido algo en ese sentido, es decir, que se contrató gente y hay gente que renunció porque le quedó el poncho grande.

Por lo tanto, nos gustaría que con estos antecedentes ustedes determinen las responsabilidades que pudieran haber a las autoridades en ese tiempo o a los que aun siguen en cargos relacionados con el tema.

Por otra parte, también traemos antecedentes del Hospital San Borja Arriarán, una nutrida documentación, que tiene que ver con irregularidades en las compras. Eso también debería formar parte de la investigación.

Digo esto porque en su momento, y hasta hoy, si no me equivoco, el Hospital San Borja sigue siendo el abastecedor del Hospital El Carmen. Es decir, se desviste un santo para vestir otro, cuestión que se evidencia en la documentación.

Finalmente, el tema que queremos instalar, y conversábamos previamente con algunas personas antes de ingresar, porque nos preguntaban si traíamos documentación respecto de las concesiones.

En realidad, nosotros venimos a instalar, y lo reitero, el tema de los trabajadores y de las trabajadoras de la salud en este contexto.

Un ejemplo. En marzo de 2013, la Posta Central hizo una solicitud a la Contraloría para que emitiera un pronunciamiento sobre denuncias por posibles irregularidades en la construcción de la Torre Valech. Sin embargo, la Contraloría contestó recién el 12 de junio de 2014. Eso es en cuanto a las fechas de presentación y respuesta, pero en el intertanto los trabajadores de la Fenats, los auxiliares y los administrativos, que son tres organizaciones distintas, sufrieron una persecución brutal desde el momento en que la dirección del Hospital, la dirección del Servicio particularmente, se enteran de esta acción sindical, una denuncia de una posible irregularidad. Sufren las penas del infierno, lo que se traduce en maltrato laboral, lo que produjo una paralización de los trabajadores que ya no soportaban dicha forma de trabajar, y se despidió a los once funcionarios que habían hecho las denuncias de maltrato laboral, documentadas cada una de ellas, en algunos casos con su puño y letra, las que fueron ignoradas a la hora de un sumario que se realizó a la persona mencionada como maltratador, considerando solo la declaración de sus adeptos. Es decir, no declaró ninguna persona afectada por el maltrato laboral.

Todo eso parecía una cuestión simple de resolver, en términos de la organización del hospital y de su cuerpo directivo, pero se produjo tal encono que una vez terminada la paralización, por un acuerdo con el ministerio -las autoridades de la Posta y del servicio se negaron a recibir a los dirigentes de base, a los regionales y a los



nacionales-, se llegó a un acuerdo de iniciar un nuevo sumario. Se conversó con el ministro Mañalich, quien preguntó si había antecedentes que avalaran dicha cuestión. Le contestamos que sí, incluso estaban hasta con fecha. Por lo tanto, él ordenó un nuevo sumario donde fuesen invitadas las personas afectadas.

Podría parecer que me estoy saliendo de la temática que aquí estamos tratando, pero sí tiene que ver desde la mirada sindical, en tanto un dirigente o un grupo de dirigentes se atreve a hacer una mención de irregularidad y de qué manera los directivos de turno, o los gobiernos de turno, proceden para perseguir a los dirigentes, al extremo de iniciarles un sumario, particularmente a los de la Fenats. Producto de esta situación se inicia una huelga de hambre y después de ocho o nueve días se produce una agresión a un dirigente por parte de un doctor de la Posta Central, quien lo pateó en el suelo cuando estaba en su colchoneta, acusándolo –lo digo en forma textual- de asesino. Ello solo por poner un ejemplo.

Esta situación, que no tiene parangón en el movimiento sindical de la salud, culminó finalmente con el desalojo de la Posta Central por quinientos efectivos de fuerzas especiales. ¡No cinco ni cincuenta ni cien, sino quinientos! De manera paramilitar, un operativo que utilizó todas las entradas, porque se rodeó todo el perímetro de la Posta. Cuando digo perímetro me refiero a las cuadras, es decir, por calles Curicó, Santa Lucía, Portugal y la que va hacia el oriente. En el fondo, todas las cuadras fueron rodeadas por estos efectivos, con un fuerte acompañamiento de elementos disuasivos.

¿A raíz de qué se preguntarán ustedes? Porque la autoridad de su momento, y por eso digo que esta es una persecución política que hasta hoy tiene efectos, determinó de que había que desalojar el hospital porque a la autoridad de Carabineros se le entregó la información de que el hospital estaba tomado, con los accesos clausurados y que los trabajadores que ahí estaban, que no querían participar en el paro y, por ende, los pacientes, estaban secuestrados; además, que los estaban esperando atrincherados y premunidos de jeringas contaminadas con Sida para cuando Carabineros llegara a detenerlos.

Sin embargo, había ocho personas en huelga de hambre que fueron escondidas en los subterráneos al momento de llegar Carabineros de amanecida, y 47 funcionarios que estaban acompañándolos en colchonetas y que se levantaron con las manos vacías cuando la fuerza pública los encontró en el *hall* central de la Posta, insisto, sin ningún elemento y sin ninguna puerta bloqueada.

Como decía al principio, probablemente podría causar sorpresa nuestra presentación frente al tema que se está tratando, pero queremos pedirles que dentro de la investigación, si es posible, se tome en consideración los efectos para los trabajadores que hoy se encuentran en ambos hospitales concesionados, en muy malas condiciones.

Ustedes habrán escuchado por la prensa que el Hospital de La Florida se ha inundado dos veces, por dos eventos de lluvia que hubo en Santiago, y no es con agua de lluvia precisamente, sino con aguas servidas, y nada menos que la ropería, la guardería infantil y la farmacia.

El tema que planteo de la Posta Central ha sido llevado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en Washington, y hoy la seremi del Trabajo, señora María



Eugenia Puelma, está dispuesta a colaborar y a entregar esa documentación a esta Comisión en el momento en que lo estime conveniente. Por mi parte, voy a dejar la documentación que he traído.

Lo último que me falta agregar es que el 29 de agosto de 2013 escribimos al Presidente Piñera relatando estos hechos. Hasta la fecha -bueno, es difícil; nos tendría que contestar en calidad de expresidente- no nos ha llegado absolutamente nada. También lo voy a incorporar a la documentación.

Solo quiero agregar que hay una profunda preocupación. Tuvimos conversaciones con las autoridades nuevas del ministerio, quienes nos planteaban que uno de los temas fundamentales era recuperar la confianza de los trabajadores y trabajadoras en las autoridades en general, no tanto en particular, pero pensamos que es bastante difícil porque el daño pecuniario, por hablar de algo, aparte de los morales y psicológicos a los trabajadores en el caso de la Posta Central, duraron hasta febrero, y el paro fue en agosto del año pasado. En febrero algunos funcionarios sacaron cero peso en sus colillas de sueldo por los descuentos y por el castigo que se les aplicó permanentemente.

Esta situación, sin lugar a dudas, aparte del daño personal e individual que cada uno de los trabajadores, ha provocado un daño sindical tremendamente grave desde el punto de vista de la organización, en el sentido de que se pasó la aplanadora, concepto que ha estado de moda por estos días, y también la retroexcavadora, y agregaría que hasta la podadora para cortar el trabajo sindical y la libertad de expresión de trabajadores que hoy se sienten completamente apabullados. Ni siquiera se atreven a conversar sobre un tema que tenga que ver con las interioridades de la Posta Central, justamente por las medidas que se aplicaron.

De a poco nos hemos reunido con ellos, hemos hecho trabajo de reflexión para ver que salgan de ese marasmo y puedan convertirse de nuevo en trabajadores orgullosos de la emblemática Posta Central.

Señor Presidente, en los minutos que quedan voy a ceder la palabra a la señora Carmen Molina para que exponga su experiencia en el Hospital El Carmen.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Carmen Molina.

La señora **MOLINA** (doña Carmen).- Señor Presidente, por su intermedio saludo a los honorables diputados.

Represento a uno de los gremios del Hospital El Carmen, por lo que le solicito que puedan escuchar a todos los gremios para conocer sus experiencias.

Desde el punto de vista de los trabajadores, el traspaso y la convivencia diaria con la concesión hospitalaria han sido difíciles tanto por lidiar con los estacionamientos como con la sala cuna. Somos 1.100 trabajadores, pero contamos con solo 400 estacionamientos; hay 25 cupos para sala cuna y 55 cupos de jardín infantil y los demás funcionarios tienen a sus hijos repartidos en establecimientos particulares. Sin duda, el traspaso ha dañado a muchos funcionarios. No hay dotación completa ni especialistas.

Señor Presidente, hoy no tengo preparada una presentación, pero le solicito que se escuche a todos los gremios para que conozcan cómo es nuestro convivir con este nuevo modelo concesionado.



El señor **CASTRO** (Presidente).- Señores diputados, mañana asistirán la sectorialista de Dipres, Hacienda, para explicar el punto de vista del Gobierno; los directores de los servicios de Salud Central y Arauco, por los casos de Maipú y de Cañete; el señor Matías Goyenechea, y representantes de la Fenfussap.

La señora Carmen Molina queda invitada para después de la semana distrital.

Tiene la palabra la diputada Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, usted pidió al MOP copia de los contratos realizados y de los que se adjudicaron.

En primer lugar, solicito las actas de adjudicación para conocer, a través de las tablas comparativas, las ofertas y las ponderaciones de los diferentes ítems. Eso no se contestó.

En segundo lugar, que se oficie al Ministerio de Salud para pedir, desde 2006 hasta 2013, qué estudios de Red estaban actualizados, cuáles se han ido actualizando en el camino, cuál era el diagnóstico del déficit de infraestructura hospitalaria y de atención primaria en 2006, en 2010 y cuál es a la fecha.

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

Acordado.

Tiene la palabra la señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, solicito que se oficie para que se nos informe sobre los términos de las contrataciones o de los contratos a honorarios a partir del 11 de marzo de 2014 en los hospitales de La Florida y de Maipú, la cantidad de personas, el cargo y los servicios que se hubiesen cerrado por estos términos de contrato, tanto del equipo médico como técnico; es decir, todos y cada uno de los términos de contrataciones o de contratos a honorario.

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

Acordado.

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

-Se levantó la sesión a las 13.16 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA
Jefe de Taquígrafos de Comisiones