



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

Sesión 6ª

Celebrada el día lunes 7 de julio de 2014, de 11:00 a 13:00 horas.

Se abrió a las 11:12 horas.

SUMARIO

**Expuso el Director del Servicio de Salud
Metropolitano Central, señor Jorge
Martínez Jiménez,**

**Luego expuso el Director de Presupuesto,
señor Sergio Granados Aguilar, y
finalmente,**

Intervino el señor Matías Goyenechea.

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, Alejandra Sepúlveda; Gabriel Silber 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.- Oficio del Director (TP) del Servicio de Salud Metropolitano Norte, doctor Luis Lefio Celedón, quien responde a uno de esta Comisión (N° 30-2014), sobre el estado de ejecución y avance en porcentaje de los hospitales, respecto de los cuales existe proceso o programa de ejecución y que sean de competencia territorial.



2.- Oficio del Director del Servicio de Salud Talcahuano (T. y P.), señor Mauricio Jara Lavín, quien responde a uno de esta Comisión (N° 20-2014), sobre el estado de ejecución y avance en porcentaje de los hospitales, respecto de los cuales existe proceso o programa de ejecución y que sean de competencia territorial.

3.- Oficio del Director del Servicio de Salud Coquimbo (T. y P.), señor Ernesto Jorquera Flores, mediante el cual responde a uno de esta Comisión (N°10), sobre el estado de ejecución y avance en porcentaje de los hospitales, respecto de los cuales existe proceso o programa de ejecución y que sean de competencia territorial.

4.- Oficio de la Directora (S) del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, señor Manuel Herbage Escalona, mediante el cual responde a uno de esta Comisión (N° 32), sobre el estado de ejecución y avance del o los hospitales concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción y que sean de competencia territorial.

5.- Oficio de la Directora (T. y P.), del Servicio de Salud Atacama, doctora Sonia Ibaceta Lorca, mediante el cual responde a uno de esta Comisión N° 9), sobre el estado de ejecución y avance del o los hospitales concesionados o no, respecto de los cuales exista proceso o programa de construcción y que sean de competencia territorial.

IV.- ACUERDOS

La Comisión acordó:

1.- Citar a la sesión de mañana a la directora del Servicio de Salud de Chiloé, aprovechando su concurrencia a la Sala de Sesiones.

2.- Que la Comisión se constituya y sesione en Calama, a fin de conocer, en terreno, el estado de construcción del Hospital de dicha localidad. El programa de la visita será confeccionado y coordinado por la diputada Marcela Hernando.

3.- Oficiar al Ministerio de Obras Públicas, a objeto tenga a bien enviar los cronogramas de licitaciones en infraestructura hospitalaria, los



tiempos requeridos para la revisión de las ofertas técnicas y económicas, la cantidad de empresas oferentes y cuáles empresas se adjudicaron dichas licitaciones.

V.- ORDEN DEL DÍA

Expuso el Director del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Jorge Martínez Jiménez.

Luego expuso el Director de Presupuesto, señor Sergio Granados Aguilar, y finalmente, intervino el señor Matías Goyenechea.

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 7ª, celebrada en lunes 7 de julio de 2014,
de 11.12 a 12.58 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside el diputado señor Juan Luis Castro.

Asisten las diputadas señoras Karol Cariola, Marcela Hernando, Karla Rubilar y Alejandra Sepúlveda, y los diputados señores Gabriel Silber y Víctor Torres.

Concurren como invitados los señores Jorge Martínez, director del Servicio de Salud Metropolitano Central, acompañado de Ulises Nancuante, abogado y Alexander Pérez, subdirector administrativo; Sergio Granados, director de Presupuestos y Matías Goyenechea.

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).- Tiene la palabra el diputado señor Gabriel Silber.

El señor **SILBER**.- Señor Presidente, como es de su conocimiento, para mañana tenemos en Tabla una sesión especial, pedida por la Alianza, a propósito de la situación de la isla de Chiloé y las concesiones.

Al respecto, hablé con la señora Paulina Reinoso, jefa del Servicio de Salud de Chiloé y recopilé algunos antecedentes. Por eso, sugiero evitar la pirotecnia que se ha hecho sobre el tema, pues hay muchas imprecisiones. Es una situación muy parecida a la de Puente Alto, en la que el gobierno anterior anunció muchos hospitales, pero de manera muy inconsistente.

De hecho, tuve la oportunidad de analizar las concesiones y se hicieron tres, inconciliables unas con otras. Por lo tanto, al margen de esa sesión especial, sugiero invitar a la directora del servicio para que explique en esta Comisión investigadora por qué el Gobierno quiere cumplir la palabra empeñada, llevar adelante los proyectos, pero de manera proba, sin sembrar falsas expectativas, como lo hizo el gobierno anterior que realizó muchas promesas en materia de infraestructura, pero con poco asidero desde el punto de vista administrativo.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor diputado, según entiendo, la sesión que usted indica está citada para mañana, a las 19.30 horas. Por lo tanto, lo más probable es que estén presentes los directivos en el Congreso.

Si les parece, podemos invitar mañana a la directora del Servicio de Salud de Chiloé, a las 16.45 horas, y luego escuchamos al resto de los invitados que tenemos programados.



La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, ¿quiénes son los invitados para hoy?

El señor **CASTRO** (Presidente).- A esta sesión hemos invitado a los representantes del Servicio de Salud Central, pues en la sesión pasada quedaron pendientes algunas preguntas respecto de Maipú.

También se encuentra invitado el director de Presupuestos, señor Sergio Granados, quien fue invitado a solicitud del diputado Monsalve hace tres semanas, a raíz de que una funcionaria de Presupuestos no dio respuesta a nuestras inquietudes. Si recuerdan, se le hicieron una serie de preguntas acerca de la precisión del destino de los fondos, la fiscalización de los dineros, entre otras.

Por último, contamos con la presencia del señor Matías Goyenechea, experto que ha asesorado a los gremios en materia de concesiones.

Tiene la palabra la diputada señorita Karol Cariola.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, en la sesión anterior acordamos, incluso pasé un listado con los nombres al Presidente subrogante, invitar a los representantes de la Red de Metropolitana de Usuarios y al Consejo Consultivo del Hospital de Maipú, a propósito de la respuesta que entregó la Contraloría. Dicha invitación quedó estipulada para hoy y se iban a hacer presente a través del director del Servicio de Salud Metropolitana Central.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señorita diputada, según me informan, quedó convenido para mañana.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Entonces, ¿quiénes serían los invitados para mañana?

El señor **CASTRO** (Presidente).- El presidente de la Cámara Chilena de la Construcción y la presidenta de la Red Metropolitana de Usuarios de la Salud, junto con la directora del Servicio de Salud de Chiloé.

¿Habría acuerdo para proceder de esa forma?

Acordado.

Señores diputados, la diputada Marcela Hernando había solicitado nuestra comparecencia en la Región de Antofagasta, específicamente en Calama, donde se encuentra el hospital más abandonado de todos, el lunes 14 del presente mes.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, hay sesión de Sala ese día, debido a que el miércoles 16 es feriado y el jueves no hay sesión.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Esa semana habrá sesión lunes y martes, y el miércoles es feriado.

La señora **SKOCNIK**, doña Ana María (Secretaria).- La sesión del jueves se adelanta para el lunes.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Entonces, la sesión en Antofagasta quedaría programada para el lunes 21 de julio. Partiríamos por Calama y luego Antofagasta. La semana siguiente iríamos a Rancagua.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, en un solo día no alcanzamos a ir a los dos lugares. Además, en Antofagasta solo podríamos ver el movimiento de terreno del hospital que se va a construir.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Entonces, la próxima sesión sería en Calama.

¿Habría acuerdo?



Acordado.

-Ingresan los invitados a la Sala.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Damos la bienvenida al doctor Jorge Martínez, director del Servicio de Salud Metropolitano Central, y a su equipo.

Tengo entendido que en la sesión anterior tuvo un espacio reducido de tiempo para exponer. Por eso, se acordó invitarlo para que termine su exposición y conteste las preguntas que quedaron pendientes respecto del Hospital de Maipú, de la Torre Valech y otros temas que están en carpeta.

Tiene la palabra el señor Jorge Martínez.

El señor **MARTÍNEZ** (don Jorge).- Señor Presidente, a modo de recordatorio de las presentaciones anteriores, la primera parte estaba relacionada con determinar cuál es el vínculo y la relación entre el Hospital El Carmen, el MOP y la sociedad concesionaria.

Como se puede observar en la barra verde de nuestra presentación, el hospital es simplemente un informante o un relator de acontecimientos de lo que sucede en El Carmen, y es el MOP, a través del inspector fiscal, el que se entiende con el gerente general de la concesionaria. Es decir, el Hospital El Carmen no tiene ninguna facultad para realizar observaciones y que estas se cumplan. Reitero, es el MOP.

También dimos cuenta de las principales dificultades surgidas en la puesta en marcha del Hospital El Carmen. Una de ellas es la mencionada en la relación con el MOP y la concesionaria, que acá se explica con algún detalle. Todo lo anterior redundaba en una asimetría de información, producto de la ausencia de la inspección técnica en la explotación antes de que nosotros asumiéramos. Es decir, administrativamente el Hospital El Carmen no tenía ninguna incidencia dinámica para hacer observaciones en el aspecto administrativo y hacer cumplir las deficiencias de infraestructura que nos entregaba la concesionaria.

Lo fundamental está en la ausencia de visión sanitaria. Es decir, las bases de licitación no contemplaron la flexibilidad que implica la gestión de un hospital. En esto tomo como ejemplo la gestión de camas, que tiene que ver fundamentalmente con que se colocaba un límite para la ocupación de camas, y sobre ese límite se empezaban a cobrar multas por el uso excesivo de camas, según lo convenido, lo cual es una limitante dadas las condiciones epidemiológicas que estamos viviendo hoy, fundamentalmente en invierno.

Por ejemplo, el sobre uso de camas por sobre el 80 por ciento se debe cancelar 0.5 UF por cama, y si la tasa de uso es sobre 110, se suman además 30 UTM por día.

También están las raciones extra de funcionarios, lo que significa que si llegamos a necesitar más funcionarios en el Hospital El Carmen, nos van a cobrar esa cantidad de UF extra para atender adecuadamente a nuestros funcionarios.

Lo más grave es la readecuación de camas por motivos sanitarios, como sucede ahora que estamos en alerta sanitaria, porque no podemos aumentar las camas si la concesionaria no lo autoriza.

Por más derechos que tengamos, a través del Ministerio de Salud, de responder a las alertas sanitarias, no podemos hacerlo sin permiso previo de la concesionaria y sin negociación. Es decir, solo queda pagar las 0.5 UF extra que queremos implementar, y no podemos pasarnos de 110 por ciento.

Acá tenemos el preinforme de la Contraloría General de la República, fundamentalmente el informe de investigación especial N° 2, donde se da cuenta de



que se atendieron pacientes sin que el hospital tuviera los permisos de habilitación pertinentes, es decir, ni municipales ni de la Seremía, lo cual está de la carpeta que se entregó en la primera sesión, en junio.

En vista de los eventos expuestos, concluimos que era necesario realizar una auditoría de gestión ya en marzo de 2013, en la cual se expusieron los aspectos financieros, en cuyos registros había una debilidad enorme.

En cuanto a los recursos humanos, el control interno y el control de pago por los servicios prestados no estaba debidamente respaldado, y tampoco se observaba la prioridad administrativa en registrar tanto el recurso humano como el financiero en los sistemas SIRH y el Sigfe, los cuales deben estar permanentemente actualizados.

Otro tema delicado es Abastecimiento, por la inexistencia de un plan de compras, es decir, no hay una proyección del desarrollo de la unidad que se quiere implementar en función de los insumos que se necesitan.

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

Señor Presidente, a pesar de todo lo anterior, se puede observar en la lámina que a febrero los egresos hospitalarios eran 176; el 16 de marzo, fecha en que asumimos, ya tenemos el doble; en abril, 252; en mayo, 344. Asimismo, las consultas de especialidades en el Hospital El Carmen han ido progresivamente aumentando de 462, a fines de febrero, a 1.335 en la actualidad.

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

Uno de los elementos a recalcar en este momento es que se debiese acelerar la apertura de camas. Sin embargo, no tenemos la disponibilidad de personal clínico, desde técnicos paramédicos hasta médicos, para apoyar a los enfermos que se hospitalizan.

Al 1 de julio, del total de 374 ya tenemos el 80 por ciento de las camas abiertas.

Esas son las especialidades que se han ido aumentando de marzo a mayo de 2014, lo cual indica que estamos entregando una respuesta expedita en especialidades. Podemos agregar a esto, como un dato referencial, que en patologías GES, en este momento, según las comprometidas, no hay listas de espera, es decir, no están vencidas.

A la pregunta planteada por la diputada señora Rubilar por un tema relacionado con los anestesiistas, se puede apreciar en la lámina que en enero se realizaron dos intervenciones quirúrgicas en el hospital, con un gasto total de 22 millones 467 mil pesos en anestesiistas. El gasto promedio por anestesiista fue de 11 millones 233 mil pesos, con dos cirugías al mes.

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

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



Señor Presidente, como se puede ver, el modelo que se instaura para contratar anestesistas es mucho más efectivo y no afecta las finanzas sin que haya una producción asociada.

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

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

En cuanto al edificio Obispo Valech, lamentablemente no se pudo continuar con la construcción de la torre porque en la etapa III, como se observa en la presentación, el 29 de noviembre de 2013 se llama a licitación pública, pero dicha licitación no tenía ningún respaldo financiero. El respaldo presupuestario o la solicitud fue hecha el 7 de marzo de 2014 por el doctor Luis Castillo. Es decir, ninguna licitación puede llevarse a cabo si el respaldo financiero no está debidamente adjudicado.

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

En cuanto a las actividades presentes y futuras, como ha quedado demostrado durante estos tres meses y medio, se está restituyendo la actividad clínica asistencial paulatinamente y con bastante éxito hasta el momento.

En la última lámina se observa el detalle de las modificaciones del proyecto Edificio Obispo Valech.

Señor Presidente, esa es nuestra presentación.

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

Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, agradezco la paciencia de nuestro invitado, porque la semana pasada no pudo responder las preguntas.

En su presentación el director hace mención al informe de Contraloría, entregado el 6 de junio del presente año, por lo que me gustaría que profundice algunos elementos.

Lo que se ha informado son puntos bastante complejos respecto del proceso de apertura del Hospital de Maipú. Es decir, no solo se habla de contravenir las normas vigentes, en relación con que todavía no existía recepción final del hospital, ya que recién fue otorgada el 12 de diciembre de 2013, sino que además el informe de Contraloría expresa que hubo atención médica a 77 pacientes, de los cuales quince fueron atendidos en Urgencia, en circunstancias de que hasta ese momento, a nuestro entender, ese servicio ni si quiera estaba inaugurado.

Señor Martínez, lamento que tenga que dar explicaciones por personas que estaban a cargo del Servicio de Salud Metropolitano Central antes de este período presidencial, pero la respuesta del servicio fue que el hospital, desde su creación y puesta en marcha, había procurado actuar con respeto y apego al cumplimiento de la normativa legal vigente, tanto municipal como sanitaria, lo que claramente no es así, porque aquí hay una determinación concreta de que se contravinieron las normas.

De hecho, la conclusión final del informe de Contraloría establece que no solo se cometieron irregularidades, sino también infracciones en relación con lo dispuesto en el artículo 145 del decreto con fuerza de Ley N° 458.



Solcito que se profundice sobre el punto, pues es un elemento importantísimo, porque no solo está quedando de manifiesto que se forzó la apertura de un hospital, sino además se puso en riesgo la vida de 77 personas que fueron atendidas de manera irresponsable, dado que el hospital no contaba con las condiciones necesarias ni la recepción final de la Dirección de Obras Municipales.

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, en relación con el Hospital El Carmen, a propósito de implementar la campaña de invierno, el señor director dejó claro que significaba una negociación con la empresa.

Por lo tanto, me gustaría saber si esto obedece a que no fue contemplado en las bases, si se debe a un vacío en estas o porque las bases establecen que debe negociarse cada vez que exista una alerta sanitaria, etcétera.

En el caso de la torre Valech, quiero que se explique cómo se llevó a cabo la licitación, no solo el aumento de obra, ya que no queda claro por qué el servicio de Salud licita la construcción de la torre en circunstancias de que los recursos eran de la fundación.

Pido a nuestro invitado que nos haga llegar la documentación sobre la materia, las resoluciones y las observaciones.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor director, adhiero a las preguntas formuladas y le solicito que profundice la información respecto del contrato leonino que existió entre el Estado y la concesionaria, en cuanto a las restricciones que ha usted señalado, como el uso de cama, las multas, las tarifas que se implementaron, y sobre la deuda de más de 2 mil y tantos millones de pesos con que se encontraron a solo tres meses de la entrada en operación del hospital.

Le pido que precise qué dejó de hacer el Estado en su momento, ya sea desde el MOP o desde la cartera de Salud, y desde los órganos fiscalizadores como la Contraloría, municipios y otros.

¿Qué acciones observa que no se ejecutaron a tiempo y que permitieron que la nueva administración se encontrara con los hallazgos ya descritos?

Tiene la palabra el señor Jorge Martínez.

El señor **MARTÍNEZ**.- Señor Presidente, si me permite, vamos a dividir las respuestas en lo relacionado con el contrato con la concesionaria y lo usted señala respecto de qué observamos y cómo nos aproximamos a ciertas conclusiones, desde el punto de vista de la gestión.

En primer lugar, la información adecuada y los registros tanto de recursos humanos como financieros. Es decir, la falta de información del uso de los recursos financieros nos permite afirmar que no hubo un cuidado apropiado de los recursos del Estado, a la luz de los elementos de gestión que hemos tenido que implementar para regularizar la actividad administrativa y de gestión del hospital.

En segundo lugar, respecto de las multas o cómo el hospital debe responder a ciertas emergencias sanitarias, o simplemente sin emergencia, con una campaña de invierno regular –por decirlo de alguna manera- en que aumenta la necesidad de camas, está establecido en el contrato y solo es negociable por el MOP.

No hay una cláusula ni una ley que diga “Alerta sanitaria, se abren camas”, y la incidencia de los concesionarios queda totalmente fuera, sino que simplemente tiene que negociar el Estado con las concesionarias para dar respuesta a la población.

Señor Presidente, en cuanto al contrato, el señor Ulises Nancuante, abogado y asesor nuestro, responderá estas materias.

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



El señor **NANCUANTE**.- Señor Presidente, el tema del contrato es bien complejo, pues se fundamenta en las bases de licitación.

Al ver un contrato se está acostumbrado a ver cláusula primera, segunda, tercera, en fin. En este caso no es así. Son las bases de licitación; ese es el contrato; ese el documento jurídico que establece las obligaciones de ambas partes.

En este contrato, en estas bases de licitación, se establecieron una serie de supuestos, pero cuando miramos en retrospectiva nos damos cuenta que faltó una visión, como decía el doctor, de gestión sanitaria de la documentación. Al parecer, se preocuparon más de la construcción hospitalaria, de los fierros, del cemento, en fin, y dejaron de lado ciertas peculiaridades que tiene el sector de Salud, por ejemplo, la reconversión de camas.

Adelantándonos a lo que venía con el tema de la campaña de invierno, solicitamos a la concesionaria que reconvirtiera camas pediátricas para hacer frente a una mayor demanda. La concesionaria no tuvo ningún problema a dicha solicitud y nos señaló que se demora veinte días hábiles en reconvertirlas. Pero veinte días hábiles, cuando se decreta o se presenta alguna emergencia sanitaria, es un exceso. La reconversión de camas tiene que ser más inmediata.

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

Entonces, no es fácil modificar el contrato, porque hay un equilibrio financiero que mantener. Es un mayor costo, hay que negociarlo. Y no es Salud quien negocia las modificaciones, sino el Ministerio de Obras Públicas. Además, se requiere autorización del Ministerio de Hacienda si hay un mayor gasto en estas modificaciones. No son tan dinámicas y rápidas como uno quisiera ante una emergencia sanitaria.

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

El señor **PÉREZ**.- Señor Presidente, quiero dejar en la Comisión una información que es pública. La licitación ID: 775-73-LP13, de noviembre del año pasado, publicada en el portal de Mercado Público, en la cual se señala, dentro del cronograma tentativo -la apertura técnica y económica era el 15 de enero-, que la fecha de adjudicación era el 26 de febrero. Sin embargo, nos encontramos con el oficio ordinario N° 778, de 7 de marzo de 2014, es decir, cuatro días antes del cambio de gobierno, del subsecretario de Redes Asistenciales a la directora de Presupuestos de la época, en la cual solicitan el decreto de identificación presupuestaria y modificación del proyecto de inversión donde estaba la Torre Valech.

Entonces, podemos afirmar que la Torre no contaba con certificados de disponibilidad presupuestaria.

Señor Presidente, les entrego las bases de la licitación de la segunda etapa de la Torre Valech.

La modificación era por alrededor de 7 mil millones de pesos para la segunda etapa. Sin embargo, de acuerdo con lo que hemos trabajado con el



Ministerio de Salud, la segunda etapa, más la operación, estaríamos hablando de más de 20 mil millones de pesos. Es lo que hemos conversado con los asesores de inversiones del ministerio. Es decir, con 7 mil millones de pesos el presupuesto es exiguo, de acuerdo con lo que hemos estimado.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Dejamos en cuaderno separado esta parte.

Tiene la palabra el señor Jorge Martínez.

El señor **MARTÍNEZ**.- Señor Presidente, respondiendo a la diputada Cariola, indudablemente que es un tema central dentro de la investigación especial que lleva la Contraloría General de la República.

Para contextualizar, el 13 de enero de 2014, mediante el ordinario N° 30, se indica la recepción municipal definitiva por parte de la Dirección de Obras. Sin embargo, el servicio debe instruir un procedimiento disciplinario tendiente a determinar las eventuales responsabilidades administrativas de los funcionarios que permitieron el uso del recinto asistencial los días 4 y 5, que se atendieron a 43 pacientes el día 4 y a 34 pacientes el día 5.

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

Señor Presidente, el sumario está en pie y haré entrega de la parte señalada y la resolución exenta que el servicio indicó el 13 de junio.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Les agradecemos su concurrencia a la Comisión. Sus intervenciones han sido muy relevantes porque el Hospital El Carmen, motivo fuerte de esta investigación, ha sido emblemático en materia de concesiones.

A continuación, damos la bienvenida al director de Presupuestos, señor Sergio Granados.

Hace un mes, aproximadamente, concurrió una funcionaria de la Dirección de Presupuestos, quien entregó algunos elementos de juicio, que estimamos suficientes, en torno a una mirada sobre el seguimiento, control y fiscalización, desde el ángulo de su servicio, de los dineros públicos que fueron contratados para el cumplimiento de las inversiones, ya sea con los privados en concesionaria o por fondos sectoriales públicos, y muchas de ellas, a lo menos catorce, tuvieron atrasos o abandonos muy importantes durante los últimos años.

Esta situación ha llamado profundamente la atención de la Comisión y luego de conocer distintas opiniones, desde el Ministerio de Salud, el Ministerio de Obras Públicas, de privados y de directores de servicios, quedan flotando en el ambiente de esta Comisión dudas razonables de que lo pudo haber hecho o no hizo la Dirección de Presupuestos, no necesariamente la que usted dirige hoy, sino la anterior administración, en el período de 2010 y 2011 en adelante, respecto de las inversiones hospitalarias que quedaron progresivamente en estado de atraso o de abandono.

Tiene la palabra el señor Granados.

El señor **GRANADOS**.- Señor Presidente, como lo indicó, asistió la jefa del departamento de Salud de la Dirección de Presupuestos, y después de haber escuchado la presentación anterior, la Dirección de Presupuestos tiene bastantes limitaciones en lo que tiene que ver con la ejecución de los proyectos de inversión, en términos de su fiscalización y del correcto uso de los recursos.



La ley de Administración Financiera del Estado establece dos conceptos que son relevantes en la ejecución del gasto público. En primer lugar, establece un rol de centralización normativa, en cuanto a que la Dirección de Presupuesto y la Contraloría General de la República son los entes rectores para definir las reglas bajo las cuales se formulan y ejecutan los presupuestos, en la Dirección de Presupuestos, y las reglas mediante las cuales se contabilizan las acciones que realizan los servicios que están a cargo de los recursos.

Además, la Ley de Administración Financiera consagra el concepto de descentralización operativa, lo que significa que los recursos y los proyectos son ejecutados por los servicios a los cuales se les asigna en el marco de la ley de Presupuestos.

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

Los proyectos que cumplen con los requisitos que establece la norma técnico-económica son incorporados en el marco de la ley de Presupuestos que es propuesta al Congreso Nacional en el marco de la política fiscal vigente y que son priorizados por los ministerios respectivos.

Aprobada la ley de Presupuestos, los proyectos de inversión para ser ejecutados tienen que ser identificados mediante un decreto desde el Ministerio de Hacienda, en este caso, solicitando incorporar al uso de los recursos aprobados para el año respectivo el proyecto que cumple con los requisitos establecidos anteriormente.

Una vez definidas esas identificaciones y tomada razón con la Contraloría, los servicios pueden comenzar su ejecución.

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

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

Lo que podemos mostrar -seguramente lo informó la jefa del sector Salud en la reunión anterior- es la forma en que se va ejecutando el presupuesto. El rol de la Dirección de Presupuestos es facilitar que las metas que están establecidas en el programa de gobierno, tanto en materia de gastos del programa, que son de gastos corrientes, como de inversiones, se ejecuten en el período, además cumplir con las normas legales de carácter permanente, como son los gastos en contratación de personal, y mantener el funcionamiento de las instituciones.

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

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

Respecto de la ejecución de los proyectos de inversión específicos que han sido suspendidos o que se han retrasado, normalmente la Dirección de



Presupuestos obtiene información del servicio respectivo, en este caso de los servicios de Salud, y específicamente de las Subredes, que controla el proceso de todos los servicios de Salud, y el rol de la Dirección de Presupuestos es facilitar que se puedan asignar recursos a los proyectos que están más avanzados y suspender los que están asignados a proyectos un poco detenidos.

Ahora, las razones por las que los proyectos están detenidos o que motiven algún tipo de auditoría por parte de la Contraloría no son facultades que pueda ejercer la Dirección de Presupuestos.

La Dirección de Presupuestos se complementa con la Contraloría General de la República, porque esta tiene las facultades específicas de examinar, auditar, revisar cuentas, emitir fiscalizaciones, etcétera. Entonces, cuando hay algún proceso muy complejo es la Contraloría la que actúa.

La actuación o no de la Contraloría no exime la responsabilidad del jefe del servicio, que es el mandante. La responsabilidad administrativa también se va traspasando a lo que sería en este caso la Subsecretaría de Redes, y específicamente el ministro correspondiente, en términos de la responsabilidad de la ejecución de los proyectos.

Señor Presidente, lamentablemente debo reiterar lo señalado la vez anterior respecto de la fiscalización: la Dirección de Presupuestos no tiene facultades y tampoco las puede ejercer.

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, quiero preguntar al director si es inusual que los recursos para una inversión se envíen todos de una vez. Normalmente, se van haciendo remesas, de acuerdo con los avances informados.

Además, ¿esto es responsabilidad de los servicios de Salud y finalmente de Redes? ¿Ustedes remesaban los recursos a solicitud del subsecretario de Redes? ¿Quién garantizaba que las remesas anteriores estaban ejecutadas de acuerdo con lo previsto? ¿Qué tipo de informes requerían para enviar la segunda o tercera remesas?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Quiero agregar a lo mencionado por la diputada Hernando que en el caso del Hospital Regional de Rancagua, otro establecimiento emblemático sectorial que está hoy en el Ministerio Público, hubo adelanto del pago de boletas de garantía, como también multas que fueron judicializadas por la empresa constructora, constituyendo hechos reiterativos y sistemáticos ocurridos entre 2011 y 2013.

Cuesta comprender que durante un largo periodo de tiempo en un ministerio, bajo la observación de la Dirección de Presupuestos que cada año está revisando sus cuentas, que está observando la cartera de inversión hospitalaria –en este caso mencionando dos de los grandes establecimientos-, cifras que del orden de 7 mil e incluso hasta 15 mil millones de pesos, en un solo establecimiento, van siendo objeto de una rémora sistemática de déficit, ya sea por adelanto del pago de boletas de garantía, que no iban acompañadas de avances progresivos, según las metas establecidas en esos hospitales, como también de multas impagas que el servicio de Salud no ejecutaba.

En el caso de Rancagua resultaba bastante extraño y curioso que el Estado, el mandante, no recabara dinero de las infracciones al contrato hechas por la concesionaria, es decir, por la empresa constructora, e iban formando parte del pasivo sucesivamente durante esos años, sin que existiera una mirada acerca de lo que ocurría con esos dineros.

Le solicito que profundice un poco más en esta situación un poco extraña.

El señor **GRANADOS**.- Señor Presidente, respecto de la primera pregunta, la Dirección de Presupuestos, una vez que están aprobados los recursos,



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

Por lo tanto, no es información que maneje la Dirección de Presupuestos respecto de si un proyecto va más veloz que otro, porque no hacemos control a nivel de proyectos. No tenemos facultades para ello y las remesas las va acomodando el receptor de los recursos, como lo mencioné.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Solo lo pide.

El señor **GRANADOS**.- Solo lo pide, pero se negocia en función de cuánto de esa caja va a utilizar en el mes. La dirección de Presupuestos no puede decir, usted está atrasado en el Hospital de Calama, acelere el Hospital o no le voy a dar los recursos, porque el Subredes puede decir que está más acelerado en el hospital de otra provincia o en otros hospitales, o bien puede decir, sí, voy a requerir menos caja este mes.

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

En segundo lugar, cuál fue la actuación de la Contraloría General de la República, tanto si fue requerida por el ministro, por el subsecretario de Redes o por el director del servicio, que es el responsable en este caso, o por actuación propia de los programas de la Contraloría General de la República.

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

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

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

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



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

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Señor Presidente, anteriormente vino a la Comisión una señora en representación de la dirección de Presupuestos y es cierto que ustedes tienen una reglamentación bastante estricta de lo que se puede o no hacer, y también con lo que tiene que ver en un año calendario. Uno sabe que tienen un marco presupuestario, que deben restringirse a él y que van entregando a la dirección que tiene que ver con esto los recursos mensuales en términos del ajuste del presupuesto que le corresponde, pero hay que tener presente que la construcción de estos hospitales no es anual; su construcción implica varios años. Por lo tanto, llama la atención que de un presupuesto a otro no exista análisis de cuánto se ha invertido y gastado, y cuánto no se ha gastado, porque cuando uno hace el análisis del ministerio chequea ítem por ítem lo que se ha gastado, el déficit que tiene, cuánto hay de arrastre para el próximo año, etcétera.

Entonces, en ese análisis, que me consta que ustedes son muy acuciosos, porque lo viví en varios procesos en algunas direcciones de servicio, consultan por qué gastó más aquí que acá, cómo hizo este ajuste. Por eso, me cuesta creer que no haya ningún análisis de procesos tan importantes, tan relevantes y de tanta cuantía desde el punto presupuestario.

Entiendo el análisis del presupuesto anual, pero cuando se pasa al siguiente año tiene que haber un análisis de las diferencias que hubo en una u otra cosa.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra, señor director.

El señor **GRANADOS**.- Señor Presidente, por su intermedio quiero mencionar a la señora diputada que se trata específicamente de las inversiones del Ministerio de Salud. Lo que se hace es analizar el comportamiento del Subtítulo 31, de registro de las inversiones.

Respecto de cómo se identifica un proyecto de inversión, por ejemplo, en el caso específico de un proyecto como el de Rancagua, si dura tres años su ejecución, se hace el decreto de identificación, es decir, cuáles son los recursos que se van a aplicar en el primer año y cuáles son los límites para los años siguientes. Una vez que se hace el decreto de identificación, el servicio empieza la ejecución normal, la que se puede adelantar o retrasar.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Exactamente.

El señor **GRANADOS**.- Nosotros discutimos con la Subredes sobre el Subtítulo 31, no sobre el hospital A, B o C.

Si uno analiza la ejecución de los años 2010, 2011, 2012 y 2013, la información que tengo que es en 2010, el presupuesto vigente del año era 311 mil millones, y se ejecutaron 263 mil millones, o sea, 84,6 por ciento de la ejecución. Hay que recordar que en 2010 estaba el sistema algo alterado por el 27F.

En 2011, el presupuesto vigente, que es el que se va modificando en el año, era de 320 mil millones, y se ejecutaron 289 mil millones, o sea, el 90 por ciento de lo que estaba aprobado en el ítem, y así sucesivamente. En 2012, 94,8 por ciento; en 2013, 94,5 por ciento.

Entonces, la dirección de Presupuestos actúa sobre los valores globales y las decisiones de dónde asignar los recursos de los proyectos que están con RS, y que han sido aprobados en la cartera inicial de recursos, las toman las autoridades sectoriales.



Los procesos de los proyectos de inversión son de responsabilidad de la autoridad sectorial. Si hay anomalías en los procesos que están sometidos los proyectos de inversión, deben ser detectadas por la autoridad sectorial, ya que son los mandantes. Esa responsabilidad no se delega. Y deben hacer las denuncias ya sea a la Contraloría General de la República o a la Justicia, cuando compete a anomalías muy complejas o que rayan en daño moral. Lamentablemente, no es la Dirección de Presupuestos el organismo que cuenta con esas facultades.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor director, le agradecemos su presencia en la comisión. Debo decirle que lo hago con cierta frustración respecto del nivel de información que esperábamos que nos entregara. Entiendo que no se trata de falta de voluntad, sino que ello responde a las limitaciones propias de la responsabilidad que tiene la Dirección de Presupuestos en el seguimiento de estos dineros.

Aun así, se echa de menos la misma rigurosidad que se tiene para monitorizar cada peso que entra y se gasta en el Estado. No se cautelan debidamente casos tan delicados como los que estamos viendo. Muchos de ellos están siendo investigados por la Contraloría y el Ministerio Público. Esto es extremadamente complejo hasta hoy.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Habría que diferenciar lo que ustedes hacen con lo que deben hacer, porque permanentemente frente a la Dirección de Presupuestos uno tiene que argumentar. O sea, de acuerdo con su explicación, cada sector solicita recursos y como Dirección de Presupuestos ustedes asignan la cantidad que pueden otorgar, pero en la práctica eso no es así. Incluso, ustedes hacen evaluaciones no solo desde un punto de vista presupuestario, sino también técnico, de programas.

El señor **GRANADOS**.- De programas sí.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- En este contexto, tengo reparos al hecho de que en este caso solo se considere cuántos recursos debe ejecutar el sectorialista. Lo planteo porque conozco el funcionamiento de la Dirección de Presupuesto y sé que siempre ha sido un órgano muy cuestionador en términos de cómo y en qué se está gastando el dinero y en la eficiencia de los programas y de cada peso que se incorpora. Es decir, su labor no solo se circunscribe a entregar recursos y ver si se cumplió con el 90 o 94 por ciento, porque siempre los he visto muy inquisidores en términos de cómo se utilizan los recursos.

El Ministerio de Hacienda, a través de su Dirección de Presupuestos, ha tenido una mirada muy crítica de cómo sectorialmente se utilizan los recursos. Por ejemplo, en la Comisión de Agricultura, Silvicultura y Desarrollo Rural en muchas ocasiones he sido testigo de cómo cuestionan determinados programas y ciertas inversiones; incluso, fiscalizan la eficiencia del uso de los recursos.

Por eso, llama la atención que en este caso no exista dicho comportamiento.

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

El señor **GRANADOS**.- Señor Presidente, no quiero que quede la impresión en el ambiente de que no hacemos el trabajo que estamos mandatados a hacer. Lamento que la diputada haga la diferencia entre lo que hacemos y lo que debemos hacer.

Básicamente, podemos hacer lo que la ley nos permite, y lo hacemos con bastante rigurosidad, como la diputada Alejandra Sepúlveda ha señalado.

También hay que tener presente que la ley establece cuáles son las responsabilidades de los distintos órganos.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Sí.



El señor **GRANADOS**.- Señor Presidente, usted señaló que en 2011, 2012 y 2013 se detectaron anomalías en el Hospital de Rancagua, y modestamente sugiero que pregunte al contralor General de la República cuáles son los informes que se han emitido al respecto.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Granados, ya oficiamos a la Contraloría General de la República en relación con dicha materia.

El señor **GRANADOS**.- Perfecto.

Por lo tanto, para que no se desilusione le puedo señalar que la Dirección de Presupuestos actúa *ex ante* en forma muy rigurosa. Sin embargo, *ex post* actúan los organismos que la ley establece, o sea, entidades de auditoría interna, específicamente, la Contraloría General de la República.

Eso no significa que no seamos rigurosos en la asignación de recursos, pero no podemos intervenir en los procesos donde hay anomalías fragantes, porque no tenemos facultades fiscalizadoras. Eso lo reitero.

En relación con lo que planteó la diputada Alejandra Sepúlveda, es cierto que evaluamos programas y no inversiones. El Sistema Nacional de Inversiones establece una serie de procesos que deben cumplir los ministerios y los servicios.

No solo se invierte en Salud. Tenemos una larga tradición con las inversiones en Obras Públicas, con el Ministerio de Vivienda y Urbanismo y con otros organismos que invierten, pero que no tienen la especialidad del Ministerio de Obras Públicas. Por lo tanto, también hay problemas en su ejecución, y también en otras áreas como Justicia, en relación con las cárceles o con el Sename.

En este sentido, la Dirección de Presupuesto ve cuál es el uso alternativo de esos recursos durante el ejercicio presupuestario.

Señor Presidente, reitero que estamos obligados a facilitar la actuación de los servicios para el cumplimiento de las metas gubernamentales. El programa de Gobierno debe cumplirse manteniendo todas las rigurosidades que exige la normativa vigente. Pero si hay retraso en la construcción de un hospital es responsabilidad del sector y no de la Dirección de Presupuestos. Lo que podemos hacer en esos casos es indicar al organismo correspondiente si los recursos pueden o no utilizarse en otra actividad. Eso lo hacemos normalmente.

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

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, para la negociación del presupuesto del siguiente año la Dirección de Presupuestos debe hacer un balance y estudiar con cada sector si deben dinero, si les otorgaron más recursos o cómo ajustar para determinar el presupuesto.

¿Dicha cuenta se pide al subsecretario de Redes o a cada director de servicio?

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

El señor **GRANADOS**.- Señor Presidente, para dicho efecto nos entendemos con el subsecretario de Redes.

Cabe señalar que la ley de Presupuestos se formula en septiembre y se discute en octubre y noviembre; por lo tanto, no es al cierre del año.

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

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

A continuación, damos la bienvenida al señor Matías Goyenechea, quien ha sido invitado a la Comisión como experto, pues ha opinado y



ha dado cuenta de muchas materias relacionadas con el sistema de concesión hospitalaria. Además, ha escrito diversos textos sobre el tema y ha asesorado a algunos gremios de la salud durante el último tiempo.

Como es de su conocimiento, la Comisión está investigando irregularidades en la inversión hospitalaria sectorial y concesionada. Por lo tanto, queremos escuchar sus puntos de vista sobre el particular y luego le haremos algunas preguntas.

Tiene la palabra el señor Matías Goyenechea.

El señor **GOYENECHEA**.- Señor Presidente, en una primera etapa, mi presentación se orientará a entregar elementos sobre la política de concesiones y se enfocará en la evidencia internacional sobre el tema.

Tras escuchar los recientes comentarios del director del Servicio de Salud Metropolitano Central, uno se da cuenta de que la evidencia internacional de hace diez o veinte años ya venía mostrando los problemas que hoy están ocurriendo en nuestros hospitales.

Por lo tanto, quiero señalar que aquí ha existido una falta a la hora de hacer una evaluación mínima de los antecedentes que entrega la literatura especializada respecto de las concesiones.

En una segunda etapa, realizaré un análisis del modelo de concesiones implementado en Chile, tomando en consideración el primer modelo que incluye a los hospitales de La Florida y de Maipú; posteriormente, el segundo modelo, que es el aquel que se empieza a licitar en el gobierno de Sebastián Piñera.

La literatura especializada establece que existirían al menos dos familias de argumentos detrás de la concesión: unos de orden pragmático y otros más ideológicos.

Dentro de las razones pragmáticas están las de índole macroeconómico; transferencia de la deuda al privado por parte del Fisco, lo cual hace que proyectos de gran magnitud de inversión no aparezcan como deuda pública, sino que, dadas las reglas fiscales, que no se reflejen en el modelo de concesiones como deuda.

También se esgrime la postergación de los pagos de tres a cuatro años, dependiendo del funcionamiento de los recintos; el déficit relacionado con la infraestructura, que es un problema del que hay que hacerse cargo; el interés de los privados, y la flexibilidad laboral que permitiría un modelo de concesiones.

Respecto a los motivos ideológicos, uno puede encontrar de que existe, desde el punto de vista de la administración pública y de sus corrientes, la *New Public Management*, que señala cuales son los motivos que implican un enfoque neoliberal, en la búsqueda de entregar al mercado las prestaciones que realice el Estado; introducción de las lógicas del mercado en la provisión de los servicios; reconocimiento de que habría una mayor eficiencia del sector privado.

Esos son motivos por los cuales hoy se está concesionando.

En el caso del modelo de concesiones en el mundo, existen básicamente dos grandes modelos. Un modelo donde se entrega la concesión de la gestión clínica y de la red completa, que es el caso español, y el otro caso es el inglés, bastante similar al nuestro, y desde 1997 existe seguimiento de la literatura especializada sobre este problema, o sea, la política de concesiones, donde los servicios de salud proveen los servicios clínicos y el resto es concesionado a los privados.

Hay pagos por disponibilidad y por servicio; el privado diseña, financia, construye y opera, igual que en el caso nuestro. Se ha empezado a detectar que existen costos elevados para el fisco.

Los concesionarios, además, al no tener la gestión clínica, empiezan a tener ingresos acotados, y eso a significado que muchos proyectos tienen que ser



refinanciados; suelen durar treinta años. Es casi el doble de lo que tenemos en el caso chileno.

En relación con el tema del riesgo, existe una lógica que esta principalmente ligada al tema de que las concesiones en áreas sociales, aunque quizás no en el caso de concesiones duras, en la literatura especializada se encuentra ligado a que obedecen a la lógica del *too big to fail*, o sea, que es muy grande para dejarlo caer por parte del estado. Entonces, hay un principio supuesto que para introducir esta política se transfiere el riesgo del Estado al privado.

En la operación normal del mercado, si un modelo de negocios no funciona, no genera las rentabilidades deseadas o necesarias, la empresa puede terminar en la quiebra.

En las concesiones sociales, como por ejemplo el caso del Transantiago, la prestación de servicios es monopólica, aun cuando esta sea privada, y no es factible pensar que el Estado permita que fracasen comercialmente. En el caso del Transantiago se están transfiriendo subsidios por 1.000 millones de dólares; por lo tanto, la transferencia del riesgo no es tal, y eso es lo que quiero señalar con esto. Finalmente, el Estado va a ser garante en última instancia si una concesión pudiera fracasar.

Esto ya ha sucedido en el mundo en Canadá, en Australia y en Inglaterra, donde el estado ha tenido que renegociar los contratos, porque son inflexibles, y porque tienen un modelo de negocios que no permite hacerse cargo de los riesgos epidemiológicos y de la demanda que existe en salud, y que son riesgos bastante grandes.

En el caso de este modelo de negocios que se empieza a generar, en términos del efecto en la calidad de la atención, se empiezan a detectar elementos en el caso inglés, que es el que tiene más seguimiento en el mundo, donde se comienza a generar en la literatura la constatación de que hay reducción de personal, aumento de la productividad clínica y reducción del número de camas y estada.

Esto implica un aumento en la tasa de ocupación de camas, y nosotros sabemos que en el caso chileno esto implica multas, que me parece que llegan a 30 UTM.

Hospitales como El Salvador, que va a ser concesionado, funcionan con 110 por ciento de ocupación de camas el día de hoy, y eso implicaría el pago de multas bastante onerosas.

Señora **CARIOLA** (doña Karol).- Son 30 UTM, por cama, y por día.

El señor **GOYENCHEA**.- Uno de los argumentos a favor de las concesiones clínicas es que estas dejaran una red de establecimientos de alta calidad y plenamente operativa, además de mantener estándares altos de servicio y de disponibilidad física. Sin embargo, la evidencia internacional más larga de seguimiento, en este caso el Reino Unido, demuestra que esta expectativa no es corroborada por el seguimiento.

Más bien ocurre que el concesionario deberá incurrir en lógicas de aumento de productividad y reducción de costos, obedeciendo a la forma de gestión propia de los hoteles, en que la ocupación y la rotación de camas prevalece por sobre el interés en la resolución del cuadro mórbido del paciente.

Finalmente, en Inglaterra, después de trece años o más de aplicación de esta política, se ha llegado a constatar que la capacidad total del sistema de salud se contrajo en lugar de expandirse.



O sea, el argumento de que tenemos un déficit en términos de infraestructura, y que hay que construir mediante esta política, en el caso inglés no funciona; al contrario, se produjo una reducción en infraestructura después de construir 101 hospitales.

Por otro lado, hay otros casos, como el español, donde es particularmente emblemático el caso de Alzira, donde se concesiono la red completa; o sea, no solamente el hospital, sino también la red de atención primaria, donde se paga mediante *per cápita*.

En este caso, si bien por falta de seguimiento no existe la posibilidad de hacer aseveraciones respecto de la calidad, se puede decir que ya han aparecido bastantes problemas como conflictos laborales y huelgas prolongadas por la aplicación de un modelo exacerbado, apareciendo la necesidad de generar refinanciamiento por parte del estado español para asegurar la rentabilidad del negocio al concesionario.

Efectos financieros fiscales. Los estudios y las auditorías inglesas han demostrado que ha existido una rentabilidad excesiva por parte de las empresas encargadas de gestionar los establecimientos concesionados. El costo para el fisco está resultando excesivamente oneroso, y como ya se dijo, no ha sido acompañado de un aumento en la capacidad del sistema y de una mejor calidad en la atención.

Además, el proceso previo es largo, engorroso y caro, con altos costos transaccionales. Me refiero a la confección de las bases de licitación, a los estudios que se tienen que realizar, que no necesariamente son considerados a la hora de medir qué es más caro, si hacerlo vía concesionada o tradicional.

Las empresas o consorcios en condiciones de cumplir con todas las exigencias son pocas y, además, han ido disminuyendo con el tiempo, por lo que la competencia también se ha visto afectada. A menor competencia, hay menor valor por el dinero que se va a gastar.

Hay un caso bastante emblemático, el hospital de Brampton, en Canadá, que debido al fiasco que se produjo se tuvo que hacer una renegociación, donde se detectó, por parte del homólogo de la Contraloría en Canadá, que se ocultaron costos.

Canadá implemento una política draconiana de controles y contracontroles para evitar tomas de decisiones sobre recursos de todos los ciudadanos sobre bases equivocadas.

Ahora, el cálculo de evaluación de las concesiones se hacen sobre la base de una metodología publicada, con resultados que son posteriormente verificados por una auditoría externa, lo que ha llevado a que se genere una menor cantidad de proyectos que estén en esta lógica de asociaciones público-privadas, porque existe una evaluación que es mucho más seria.

Por nuestra parte, la evaluación que tenemos hoy se ajusta más a servicios relacionados con las carreteras, infraestructura concesionaria más dura, pero no está ajustada a lo que la literatura internacional señala para concesiones en sectores sociales, o más blandas se podría decir.

La experiencia internacional menciona que los costos se deben comparar a la hora de evaluar si se hace un proyecto o no, y qué resulta más eficiente desde el punto de vista del gasto fiscal, si realizarlo vía concesión o vía tradicional.

Lo importante -es el principio que recoge la literatura internacional- es que tiene que haber un principio de eficiencia en el uso de los recursos públicos y



no estar pagando por cosas que pueden ser de alta rentabilidad, solamente para el privado.

Respecto de las conclusiones sobre la literatura, las concesiones son más onerosas, se afecta la calidad del paciente, debido a la inflexibilidad de los contratos, lo cual ya se está viendo en Chile.

No está demostrado que las concesiones den más valor por el dinero y la literatura recomienda que no se utilicen las alianzas publico-privadas para estos casos.

Además, si como país se va a optar por esta política debe haber al menos una metodología de evaluación acorde con lo propuesto a nivel internacional, para tener un diagnóstico de si es apropiado o no construir bajo este modelo.

En la segunda parte de mi exposición me referiré a cómo se ha realizado la política de concesiones en Chile.

Las concesiones son de larga data. En 1996 se hizo la primera ley de Concesiones, pero estaba circunscrita solo a lo que tenía que ver con obras públicas de tipo conexión vial, aeroportuaria, carreteras, etcétera.

En el gobierno del ex Presidente Lagos se incorpora por primera vez la lógica de concesiones en áreas más sociales como la infraestructura penitenciaria, la ligada al Transantiago y los primeros hospitales.

En ese momento se discute que La Florida y Maipú fuesen casos piloto, exploratorios, para evaluar el modelo. Hasta hoy no existe una evaluación de estos hospitales, que están recién entrando en función. A partir de eso se había acordado que no habría innovación hasta que se tuviera una evaluación seria de esta política.

Luego, el marco jurídico fue perfeccionado en 2010.

Tampoco utilizamos las metodologías que se recomiendan a nivel internacional. Hoy tenemos una política de evaluación más antigua, que no está relacionada con lo que debiera ocurrir.

El caso de los hospitales de La Florida y de Maipú, que es el primer modelo de concesiones que se implementa, es introducido en el gobierno de Ricardo Lagos y adjudicado en el de Michelle Bachellet, a la empresa San José Tecnocontrol.

Estos proyectos se licitan y se calcula por parte del Ministerio de Obras Públicas con un costo aproximado de 292 millones de dólares.

Para devolver el gasto en capital que va a realizar el concesionario, el Estado fija dos grandes subsidios: el fijo a la construcción, por 1 millón 100 mil UF anuales, y el subsidio a la operación, por 240 mil UF.

En el presupuesto 2013 se integra por primera vez el subsidio fijo a la construcción para pagar la inversión que realizó el concesionario, por un monto aproximado de 53 millones de dólares, los que se pagan por ocho años, o 16 semestres. Esto implica que el Estado va a pagar por estos dos hospitales un total de 426 millones.

Cabe recordar que el costo de este proyecto, para ambos hospitales, era de 292 millones de dólares. Entonces, ya tenemos un sobreprecio en lo que tiene relación con el elemento de construcción.

Además, en 2014 se puso en marcha el concesionario y se tendría que empezar a pagar el subsidio de la operación, el que debería llegar a alrededor



de 11 millones de dólares anuales, que se pagan por 15 años, lo que da un total de 137 millones de dólares o 3 millones 600 mil UF.

En las páginas siguientes de la presentación hay un gráfico que ilustra el gasto en capital del privado, con los subsidios que va a realizar el Estado, para pagar la inversión que está realizando o el préstamo que le hace al Estado.

En la siguiente lámina hago un cierre de este modelo, donde el concesionario aporta casi 300 millones de dólares para la construcción de estos dos hospitales. La estimación de costos del MOP fue de 5 millones 125 mil UF, y el Estado pagará por esta inversión aproximadamente 12 millones 480 mil UF. Es decir, con el total de subsidios que pagará el Estado se podrían haber construido cuatro hospitales en vez de dos. La tasa de sobreprecio para estos proyectos llega a 2,05 por ciento.

El nuevo modelo de concesiones hospitalarias se monta sobre la catástrofe del terremoto, donde existe la decisión de que no se va a gastar más en ladrillos, según las declaraciones del exministro. Esto implicó un cambio en la lógica del modelo de concesiones, ya que se apunta a ampliar el área de la concesión y las responsabilidades que tendrá el concesionario en el período de explotación del recinto hospitalario. Para esto se generan nuevos subsidios, además de premios e incentivos que recibe el concesionario por las obras.

Para ver el funcionamiento de este modelo voy a analizar los casos del Hospital Sótero del Río, el ex Félix Bulnes y el Salvador.

En el caso del Sótero del Río, la concesión es por un período de quince años. La inversión de capital para su construcción es aproximadamente de 273 millones de dólares, lo que da un poco más de 5 millones de UF.

Para retribuir esta inversión de capital se fijan un subsidio fijo a la construcción, un subsidio fijo a la operación y un subsidio variable, que va a depender del índice de ocupación de cama. También se incorpora la posibilidad de generar nuevos pagos, en caso de que haya necesidad de nuevas inversiones que sean solicitadas por parte del Estado.

Además de estos subsidios, hay un subsidio fijo por concepto de adquisición y reposición de mobiliario no clínico y un subsidio fijo por concepto de adquisición y reposición de equipamiento médico y mobiliario clínico. O sea, el área de la concesión aumenta considerablemente en relación con el otro modelo.

Sabemos que el Hospital Sótero del Río no fue adjudicado. La empresa que se habría quedado con la mejor de las condiciones es el Consorcio de Hospitales Salud, que presentó una oferta semestral de 899 mil UF y un subsidio fijo a la operación por 290 mil UF semestrales.

Los flujos de recursos que tendría que pagar el Estado semestralmente por este hospital serían 50 millones de dólares. Si hacemos el análisis y vemos la prolongación de esos subsidios en el período que dura la concesión, por este hospital el Estado tendría que pagar, con los recursos de todos nosotros, 972 millones de dólares, por una inversión que debiese estar cerca de los 300 millones de dólares. Esto da una tasa de sobreprecio de 2,7 veces el valor estimado por parte de Ministerio de Obras Públicas, lo cual genera un negocio bastante bueno para el privado. Además, se podrían haber construido tres hospitales de las mismas características.

El caso del Félix Bulnes es más o menos similar. También es por quince años. La oferta adjudicada fue de Astaldi, por 31 millones de dólares semestrales. Si prolongamos esto por el período total de la concesión, da 836 millones de dólares a pagar por un hospital que cuesta bastante menos.



En el caso del Salvador, es el hospital que tiene mayor área de concesión. Operan los mismos subsidios: fijo a la construcción, subsidio fijo a la operación, uno variable, y los subsidios para inversión en equipamiento clínicos y no clínicos.

La inversión de capital estimada por el Estado, a través del Ministerio de Obras Públicas, es de 6 millones 714 mil UF o 283 millones de dólares.

Cabe señalar que el cronograma de licitación de este hospital parte con su publicación, el 15 de octubre de 2013. Las preguntas y respuestas aclaratorias se cerraron el 10 de enero de 2014. La apertura de la oferta técnica fue el 20 de enero. La evaluación de la misma es el 28 de enero.

O sea, el Estado dispuso solo de ocho días para evaluar, lo cual es un período bastante acotado, considerando la complejidad de un proyecto de un hospital, y además concesionado, donde existen contratos y bases bastante complejas, con modelos de inflexibilidad, y muchas veces no está incorporada la visión sanitaria. Sin embargo, solo hubo ocho días para realizar esto.

La apertura de la oferta económica fue publicada el 29 de enero. La evaluación de esa oferta quedó cerrada el 31. Es decir, hubo dos días disponibles para evaluar la oferta que realizaba el concesionario para adjudicarse el hospital.

Los servicios incluidos en la concesión son aseo, limpieza, residuos, ropería, alimentación, mantenimiento de infraestructura, cafetería, seguridad y vigilancia, estacionamiento, administración y mantención del inmobiliario no clínico, adquisición de ese mismo mobiliario, administración y mantenimiento del mobiliario clínico, adquisición de equipamiento médico y mobiliario clínico, servicios de infraestructura tecnológica, logística y traslado.

Ese es el modelo más radical en términos de áreas de concesiones.

La siguiente lámina muestra las ofertas. El Consorcio Salud Santiago Oriente es el que se adjudica el proyecto con un total de 538 mil UF por subsidio a la construcción y 250 mil UF por subsidio a la operación.

Solo considerando esos dos subsidios, independientemente de los premios y otros subsidios más pequeños, se van a pagar 21 millones de dólares semestrales por este hospital. Si prolongamos eso por el período de la concesión, nos llevaría a un total de 769 millones de dólares, con una tasa de sobreprecio de 2,72 veces.

Los flujos de capital son los mismos. Existe un gasto importante de capital en los primeros años, en el período de la construcción, y después un gasto señalado hasta el fin de la concesión y que dice relación con el mantenimiento durante el período de explotación. El Estado va a realizar un gasto total de 7 millones 500 mil de UF por el subsidio fijo en la operación, lo que tiene que ver con el período de explotación, y 10 millones 776 mil UF por la reposición al privado por la inversión que realizó. El gasto de capital es de 6 millones 714 mil UF.

Además, existen otros premios y subsidios que dicen relación con que el hospital tendrá que pagar multas en el caso de que haya sobreocupación de las camas y, tal como lo señalé al inicio, es un hospital que siempre opera con una tasa de sobreocupación de 110 por ciento. Por lo tanto, constantemente se van a estar pagando esas multas.

En relación con los premios, estos varían, y en el mejor de los casos son 17 millones de dólares y en el peor de los casos 84 millones de dólares, que se le pagarían al concesionario como premio por tener niveles de servicios adecuados o ajustados a lo que se pide en las bases.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Señor Goyenechea, por qué cree usted que el Ministerio de Obras Públicas se siente tan enamorado, por decirlo de alguna forma, de ese modo de construcción hospitalaria, que ha sido tan



cuestionado y respecto del cual usted ha marcado su punto de vista con mucha fuerza y argumentación. Los hospitales Salvador Geriátrico y Félix Bulnes son dos establecimientos que van a venir, por toma de razón, en estas condiciones bastante complejas.

Quiero preguntarle qué observa en el escenario más bien político de las causalidades de este fenómeno.

Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, quiero agradecer al señor Matías Goyenechea por su presentación, porque hace una síntesis de lo que hemos escuchado durante el último mes de trabajo de esta Comisión investigadora. Da cuenta de lo contradictorio que es el sistema de concesiones si es aplicado con la lógica de una carretera a la construcción de un centro hospitalario.

Quiero consultarle si en el trabajo de la Fundación Creando Salud, a propósito de la interesante investigación para hacer la comparación de los costos adicionales, si han hecho algún estudio respecto de la posibilidad actual de retroceder en las concesiones del Hospital Félix Bulnes y Salvador Geriátrico.

Son dos concesiones que lamentamos mucho en esta Comisión, y también en la Comisión de Salud.

Afortunadamente, la Red Norte y Red Sur fueron frenadas de manera rigurosa por parte del Ministerio de Salud, pero Félix Bulnes y Salvador Geriátrico no pudieron ser rescatados de esa situación.

Mi pregunta va dirigida a cuáles son las alternativas que ve, a propósito de los costos versus los beneficios, los costos para el Estado y el equilibrio que puede haber en eso, en relación con la posibilidad de retroceder en esas concesiones hospitalarias.

Tengo entendido, además, que la empresa que se habría adjudicado una de las concesiones ni siquiera estaría constituida.

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

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Señor Presidente, quiero sumarme a los agradecimientos por la exposición. Ha sido muy interesante, con la lógica de sintetizar los puntos más importantes.

Según la experiencia de otros países y por la evolución que ha tenido esta metodología, quisiera que nos hiciera la diferenciación de la evaluación, porque me parece que ahí es donde tenemos uno de los errores más importante.

Es importante la evaluación que están haciendo países como Inglaterra y Canadá, en términos de qué metodología se aplica en uno y en otro, porque concuerdo con nuestro invitado en que las concesiones han sido copiar y pegar, en todos los proyectos, sin especificidad, y sobre todo el traspaso del riesgo social que hay en cada una de esas especificidades. Entonces, le pido que nos ilustre sobre la metodología.

Al mismo tiempo, que nos informe lo referente a la tasa de sobreprecios, el 2,5 y el 2,7. ¿Qué ocurre en otros países con la tasa de sobreprecios?

Asimismo, quisiera consultarle si han hecho la simulación del caso de si fuera el país el que pidiera un crédito y de esa forma financiara nuestros hospitales, en relación con el pago que tendríamos que hacer y la comparación entre las tres formas, incorporando lo que ocurriría con otros países, y lo que pasa si lo hacemos con financiamiento externo con esta tasa de sobreprecios.

También me atrevo a preguntar si tienen esos mismos análisis, pero no solo para salud. Por ejemplo, qué está pasando en Gendarmería o en las carreteras.

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



El señor **GOYENCHEA**.- Señor Presidente, respecto de su pregunta, me parece que hemos estado asumiendo un paradigma del modelo de concesiones acríticamente. No se ha considerado la evidencia ni los estudios internacionales.

Entiendo, además, que en el área de Salud la evidencia es particularmente importante. Todos sabemos que el Estado debe tomar sus decisiones fundamentado en la literatura, en los resultados científicos, para tomar un curso u otro, especialmente en el caso de Salud, que es sumamente sensible.

Como primer elemento, creo que hemos tomado esa política quizás muy orientada con la perspectiva de la obra pública del MOP, sin considerar el aspecto sanitario.

Un segundo elemento es que si bien en términos políticos Chile ha tomado la decisión, o la Presidenta en este caso, de no seguir avanzando con esta política, creo que en el caso de Piñera no se consideró la necesidad de generar una evaluación concreta de esta política.

En lo personal, hubiese preferido que no se hubieran adjudicados los hospitales que estaban considerados, los casos de Félix Bulnes y El Salvador, dado que no existe esa evaluación. Además, conocemos los antecedentes que ha entregado el director del Servicio de Salud Metropolitano Central, un hospital que hoy está con deudas debido a un modelo de gestión bastante rígido.

La literatura, además, genera antecedentes que indican que aquí se puede comprometer la calidad asistencial, y si bien todavía no podemos aseverar que en el caso chileno vaya a ocurrir, porque no ha transcurrido el tiempo suficiente, sí debiese preocuparnos que no estemos construyendo una especie de Transantiago en la salud.

Respecto del modelo en salud, me parece que se ha tomado sin considerar la evidencia ni la evaluación *ad hoc* a los estándares internacionales. Más bien se ha seguido un criterio quizás ideológico de que el privado lo hace mejor o por tomar la opción de que no contamos con el dinero y, por lo tanto, los privados lo hacen, sin considerar que el costo del crédito para el Estado es más barato que para el privado. Entonces, estamos pagando más caro el crédito y, además, el sobreprecio ligado a la rentabilidad que debe obtener el privado.

En relación con los mecanismos que existen para extinguir los contratos en curso, las mismas bases de licitación y los contratos establecen al menos tres posibilidades. La ley de Concesiones establece una, que si bien no aparece en las bases, se invoca la ley de Concesiones para que el Estado y la empresa puedan llegar a un mutuo acuerdo. Otra salida posible es extinguir el contrato por interés público. Una tercera opción dice relación con realizar una modificación del contrato para aminorar los efectos negativos que pudiera tener.

A mi entender, todas estas posibilidades implican un costo para el Estado. El concesionario no va a querer modificar el contrato si no es remunerado por las actividades que no estaría realizando.

En ese sentido, me parece que la opción que tiene menor costo es un mutuo acuerdo o un cese de la concesión por interés público, porque las indemnizaciones que debe pagar el Estado están basadas en la inversión real que ha realizado el concesionario.

En el caso del Hospital Salvador la sociedad concesionaria no está constituida, no hay créditos de por medio, por lo que el Estado no debe pagar una indemnización muy onerosa, considerando que ni siquiera se ha puesto una piedra.

Respecto de la pregunta relacionada con la metodología de evaluación, puedo hacerles llegar un *dossier*. Están publicadas en los portales de los ministerios de salud o en el caso inglés en el departamento de salud. En el fondo, tenemos evaluaciones que están destinadas a medir la rentabilidad al privado. Estamos orientados a tener una política de evaluación que busque acercar a los concesionarios para que construyan las obras, por ejemplo, las carreteras. Se



supone que también tenemos una evaluación de rentabilidad social. Lamento que muchas veces esas metodologías no están publicadas y sus resultados tampoco.

De los tres o cuatro estudios que debe haber realizado el Estado para los casos de los hospitales Sótero del Río y El Salvador no conozco sus resultados, porque ahí se mide la rentabilidad del negocio y otros aspectos que no están siendo publicados.

En los casos internacionales, todas las evaluaciones, tanto sus metodologías como los resultados de cada caso, son publicados para justificar la decisión que va a tomar el Estado.

Lo importante es ver el valor que va a entregar el concesionario por el proyecto, por el dinero que se está gastando, o también la metodología que compara los costos, la provisión pública versus la provisión vía concesiones. Todo eso se compara y la decisión se toma a partir de un criterio de eficiencia del gasto público.

En el caso inglés es de dos. Nosotros tenemos un modelo que es más caro.

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

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, solicito que se oficie al señor Alberto Undurraga, ministro de Obras de Públicas, para que nos informe acerca del cronograma de las licitaciones, los tiempos requeridos para revisión de ofertas técnicas y económicas, la cantidad de empresas que concursaron y cuáles se adjudicaron las licitaciones.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Respecto de ese punto, pensamos citar al ministro Undurraga.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Está bien, pero además pido que se oficie para que nos haga llegar esa información, ojalá antes de que asista.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Propongo que lo invitemos para la sesión del martes de la próxima semana, porque el lunes estaremos en Valparaíso.

¿Habría acuerdo para enviar los oficios solicitados por la diputada Cariola?

Acordado.

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

-Se levantó la sesión a las 12:58 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA
Jefe Taquígrafos de Comisiones