



UNIVERSIDAD DE CHILE
Instituto de la
Comunicación e Imagen
ICEI

ELEFANTES BLANCOS

“Hospitales concesionados y la profundización de la privatización de la salud pública chilena”

Estudiante

María José Gaona Aburto

Profesor Guía

Raúl Rodríguez

Memoria de Título para optar al grado profesional de Periodista

Instituto de la Comunicación e Imagen

Escuela de Periodismo

Universidad de Chile

Santiago, Agosto 2015

Dedicado al Dr. Salvador Allende Gossens

“...Devolver a la raza, al pueblo trabajador, su vitalidad física, sus cualidades de virilidad y de salud que ayer fueran su característica sobresaliente ; readquirir la capacidad fisiológica de pueblo fuerte, recobrar su inmunidad a las epidemias; todo lo cual habrá de permitir un mayor rendimiento en la producción nacional a la vez que una mejor disposición de ánimo para vivir y apreciar la vida”

Agradecimientos

El conocimiento que las sociedades construyen siempre es un trabajo colectivo lleno de aciertos y errores que en su conjunto, crean nuevas visiones de mundo. El proceso de investigación sobre la salud chilena ha recorrido un largo camino, que con tropiezos, ha intentado construir un camino para que la salud pública de nuestro país sea de calidad y para todos y todas.

Agradezco por sobre todo, a los grandes forjadores de la salud pública, luchadores y luchadoras del bien común, de la justicia social, que dedican día a día toda su energía para entregar a los pacientes y sus familias una vida digna. Entre estas personas, destaco a mi madre, Alejandra Aburto, quien ha dedicado toda su vida laboral a la salud pública y que ha inspirado en mí un enorme sentido de responsabilidad, rigurosidad y preocupación por el otro. Incluyo también a la Fundación Creando Salud, que poco a poco va desarrollando una ardua misión para devolverle a Chile su derecho fundamental a la salud y a la vida.

Quiero agradecer también a mi profesor Raúl Rodríguez, quién me ha enseñado el amor por el periodismo. Desde mis inicios en la Escuela de Periodismo de la Universidad de Chile, me incentivó a siempre buscar más allá de la comodidad, material primo para el desarrollo de la investigación periodística.

Una especial mención a todas esas personas que estuvieron siempre presente en los momentos más difíciles, en las alegrías y en los desánimos. Amigos y amigas que con su cariño y compañerismo, hacen posible que me sienta agradecida. Mis entrañables compañeras autonomistas, luchadoras del alma; los cabros más aperradores del ICEI, algún día lograremos grandes cambios en la comunicación chilena; Marcela Ávila, amiga de la vida eterna y mis compañeras de la carrera, gracias por traerle la risa a mi vida.

Finalmente, quiero agradecer a mi compañero del alma, Maximiliano Ferrer, por ser la mejor persona que conozco, por crecer juntos, por enseñarme tantas cosas, por tu paciencia y tu amor por la humanidad.

Tabla de contenido

Agradecimientos	4
Introducción	8
Chile, el laboratorio de la medicina social	11
Construcción de un Estado Desarrollista	12
Servicio Nacional de Salud: Un modelo de salud social	13
Chile, laboratorio de la salud privatizada.....	18
La privatización de la salud en Chile	19
Algunas consecuencias de la privatización de la salud	24
La profundización de la privatización de la salud	29
La política de los acuerdos	30
Las privatizaciones y el Banco Mundial.....	34
GES: La reforma de Ricardo Lagos.....	36
Influencia extranjera: La Nueva Gestión Pública	39
“Todo es concesionable”: Breve historia de las concesiones en Chile	46
¿Qué son las concesiones?.....	49
Los problemas en las concesiones en Chile	50
Debilitamiento del MOP.....	52
Concesiones Hospitalarias.....	55
Un experimento previo	58
¿Qué son las concesiones hospitalarias?	61
Motivos para concesionar	64
Concesiones: ¿Mejor o peor?.....	66
Falta de antecedentes para evaluar	67
Financiamiento.....	69
Costos reales en los casos chilenos.....	74
Transferencia de riesgos	79
Contratos.....	82
Calidad.....	87
Concesión como privatización.....	91
Cinco elefantes: Los casos de concesiones hospitalarias en Chile.....	95

La Batalla de Maipú y La Florida.....	96
Grupo San José: Un Gallego que sabe de negocios.....	97
Jacinto Rey y la política	99
500 reclamos y 740 fallas	100
Contratos irregulares: Premios por cumplir.....	103
Hospital de Maipú: La crisis.....	104
Los 9 informes	107
MOP versus Minsal.....	109
El Hospital Prometido.....	110
Hospital de Antofagasta: un negocio lucrativo	114
Sacyr y los sobrecostos.....	115
Canal de Panamá.....	116
SNC-Lavalin: Familia Gadafi y los sobornos.....	117
Libia	118
Cien Años de Soledad	119
Consortio de Salud Santiago Oriente: Corrupciones y abandono	122
Un Consorcio cuestionado	123
GIA+A y los mil millones	126
Cosal y las adjudicaciones fraudulentas.....	127
Un Hospital en Paro.....	128
El acuerdo.....	133
Hospital Félix Bulnes, del terremoto a la concesión	135
Las concesiones hospitalarias y el derecho a la salud.....	137
Una política desprolija.....	138
La perspectiva del derecho a la salud	139
La brecha continúa	145
Anexos.....	148
Entrevistas Personales	148
Referencias Bibliográficas	150
Libros.....	150
Tesis.....	150
Conferencias.....	150

Revista	150
Informes	151
Ley	151
Documento Legislativo	151
Prensa.....	151
Prensa digital.....	152
Artículos en Internet	153

Introducción

Al transitar por la comuna de Pedro Aguirre Cerda resulta imposible no preguntarse por aquella inmensa infraestructura abandonada. Son los restos de lo que habría sido el hospital más moderno y grande de Latinoamérica; fragmentos de recuerdos del “Hospital Ochagavía”, más conocido como el “Elefante Blanco”, cuya cinta nunca fue cortada debido al Golpe de Estado en 1973.

En la antigua Tailandia, los elefantes blancos eran sagrados y debían ser mantenidos con veneración y servidumbre; no podían ser vendidos o intercambiados por lo que resultaban muy costosos. Los antiguos reyes utilizaban a éste animal como un sutil castigo para sus sirvientes; en vez de encarcelamientos o algo similar, obsequiaban uno de estos elefantes. Al ser tan lujosos y costosos, terminaban destruyendo la economía de sus dueños, es decir, sólo ocasionaban problemas. En la actualidad, se le llama elefante blanco a toda propiedad que termina generando grandes gastos y no entrega beneficios en relación a su alto costo.

El Hospital de Ochagavía se ganó el apodo ya que hasta hoy continúa sin ser terminado o utilizado para otro propósito que no fuese un centro de salud. Este hospital se ha convertido en una verdadera molestia para los vecinos, ya que el contemplarlo se convierte en un recordatorio viviente de que en Chile la construcción de hospitales no es cosa fácil.

En los años 70 comenzó la construcción del denominado “Elefante Blanco”, símbolo de la concepción del rol del Estado como garante del derecho a la salud, donde la construcción de hospitales y el resguardo a la salud de la población era de responsabilidad mayoritariamente pública. 45 años después, el Estado chileno aún no ha podido hacerse cargo del déficit hospitalario. La construcción de infraestructura sigue siendo un dolor de cabeza, pues la inversión inicial junto con la mantención posterior de los recintos son tareas complejas por el alto nivel de gasto público.

En el intento de resolución de estas complejidades, y desde antes de la trunca construcción del Hospital Ochagavía, Chile ha transitado por variadas formas y reformas para financiar, construir y administrar recintos hospitalarios. Los últimos hospitales construidos hasta la fecha fueron bajo la modalidad de concesión, inspirada en un sistema de tendencia europea que asegura ser más eficiente para el Estado.

Fue en mayo de 2005 cuando en el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, el Ministerio de Salud solicitó formalmente al Ministerio de Obras Públicas, mediante un convenio de mandato, la concesión de los primeros establecimientos de Salud, comenzando los estudios y evaluaciones necesarias para invertir en el área a través de la vía concesionada. Sin embargo, el proyecto que pretendía concesionar el Hospital Salvador Geriátrico no fue ejecutado en ese periodo, por lo que se legó a la primera administración de Michelle Bachelet.

La mandataria licitó en el año 2009 los primeros hospitales concesionados, en las comunas de Maipú y La Florida. Así, se materializó en Chile el primer proyecto de concesiones de infraestructura hospitalaria, que funcionarían de manera experimental para poder evaluar si el sistema de concesiones era conveniente o no para el sector salud.

Luego, el terremoto del 27 de Febrero del 2010 generó grandes daños en la infraestructura hospitalaria. En total, 18 servicios de salud fueron afectados, que comprenden el 71% de la red hospitalaria del país. De estos, sólo 51 hospitales pudieron seguir operando sin mayores problemas, 17 resultaron completamente inhabilitados y 62 con serios daños, ocho de ellos de tipo estructural. Ante la inmensa necesidad de reconstrucción en el país, el gobierno del Presidente Sebastián Piñera tomó la decisión de usar los fondos sectoriales para reponer los hospitales afectados. Para construir los nuevos establecimientos, el gobierno abrió una amplia cartera de concesiones que incluía 13 hospitales.

Pero el descontento de los trabajadores de la salud, usuarios y especialistas alertaron al gobierno de Piñera sobre los efectos negativos que podrían generar las concesiones en calidad de la salud pública. Se desarrolló así, una fuerte oposición que profundizó las dudas sobre la real eficiencia de la modalidad de concesión aplicada a los hospitales,

pues terminaron siendo un 80% más caro a si hubiesen sido construidos por la vía tradicional. Tanto así, que en el segundo gobierno de Michelle Bachelet, la presidenta decidió frenar las concesiones, dejando 5 hospitales concesionados en la red de salud pública.

Las fallas técnicas, los sobrecostos, las acusaciones de delito y, por sobre todo, el profundo debate sobre el derecho a la salud, hacen de las concesiones hospitalarias una reforma que es rehuída, pero clave en la salud pública chilena de los últimos 25 años. ¿Serán los hospitales concesionados los nuevos elefantes blancos de la salud chilena?

Chile, el laboratorio de la medicina social

Al llegar a América la cosmovisión española se asentó en casi todos los aspectos de la vida del nuevo continente, incluso en la salud la cual se concebía como un acto de caridad de las órdenes religiosas y era financiada por filántropos. En 1552 se funda el primer hospital llamado Nuestra Señora del Socorro, que en un principio dependía del Cabildo de la ciudad de Santiago, pero en 1617 su administración fue transferida a la orden religiosa Hermanos de San Juan de Dios, pasando a ser llamado Hospital San Juan de Dios. El arquitecto especialista en infraestructura hospitalaria del Ministerio de Salud, Álvaro Prieto Lindholm, señala en “El Hospital Público”, que “el desarrollo de la arquitectura hospitalaria en Chile ha ido replicando cada una de las tipologías aparecidas en igual tiempo en el viejo continente”.

Desde los inicios, los servicios de salud fueron erguidos para acoger a los sectores más marginados de la sociedad, donde destacaron establecimientos como la Casa de Huérfanos (1758), la Casa de Recogidas (1764) y el hospital para mujeres San Francisco de Borja (1777). El arquitecto Prieto cuenta que hasta ese momento “los hospitales del mundo entero, y muy especialmente los chilenos, eran todavía casas de caridad en que el paciente recibía reposo y comida más que medicina”.

Desde el siglo XVI y hasta el siglo pasado, la atención y organización de la salud se fue estructurando en forma paulatina, sin una estructuración clara por parte del Estado moderno. Los principales hitos que fueron trenzando la estructura que antecedería al Servicio Nacional de Salud (SNS) fueron la creación de la Junta de Directores de Hospital y Casas de Expósitos (1832), inauguración de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (1842), que inaugura el desarrollo de la medicina en Chile, y finalmente, la promulgación del Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia (1886) con el

objetivo de dar unidad administrativa a los establecimientos sanitarios. Luego, se creó la Dirección de Sanidad (1918) que actuó como Ministerio de Salud.

Construcción de un Estado Desarrollista

A fines del siglo XIX, la crisis económica y política, expresada en el periodo llamado “la cuestión social”, produjo un fuerte descontento de parte del movimiento obrero que planteaba una serie de cuestionamientos a la organización de la sociedad oligárquica chilena. La disputa por un país más justo con los trabajadores dio como resultado la llegada a la presidencia de la República de Arturo Alessandri Palma del partido liberal, quien prometió profundos cambios sociales.

En medio de la álgida disputa política entre Alessandri Palma y el General Carlos Ibáñez del Campo, entra en vigencia el 8 de septiembre de 1924, la Ley 4.054 que creó la Caja de Seguro Obrero Obligatorio. Éste cubría los riesgos de invalidez, vejez y muerte junto con beneficios asistenciales para los obreros, artesanos, campesinos, servidumbre doméstica para esposas e hijos (hasta los dos años de edad). El mismo año se creó la Caja de Previsión de Empleados Particulares, que obligaba a los empleadores a mantener un fondo monetario y de ahorro para cada empleado. La Caja del Seguro Obrero Obligatorio representó el paso más significativo para la constitución de un sistema de previsión social en Chile. Establecida bajo el principio de un sistema de reparto, pagaba los beneficios sociales de sus afiliados a partir del total de los dineros recaudados. Los dineros de la Caja sirvieron de inversión para consultorios de salud y posta rural, además de participación accionaria en el Laboratorio Chile, destinada a abaratar los medicamentos. En 1925, junto con el retorno de Alessandri Palma al gobierno, se fundó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, cuyo primer ministro fue el Dr. Alejandro del Río.

Según la Memoria Convenio Minsal-Banco Mundial 1990, para el año 1939, el aporte estatal superaba el 70% de los ingresos de la Beneficencia, mientras en los años '40 se crearon otros importantes organismos gubernamentales del sector salud, tales como la Dirección de Protección a la Infancia y Adolescencia (Protinfa) y el Instituto Bacteriológico. También se instaura por medio del Decreto con Fuerza de Ley 32/1552, el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), constituido por la unión de diferentes

departamentos de Salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Particulares.

Las secuelas de la crisis de 1930, y las reflexiones internacionales sobre el carácter del Estado en la posguerra, decantaron en la noción de un Estado intervencionista, paradigma en el cual se apoyaron gobiernos, grupos sociales, y partidos políticos para elaborar y ejecutar proyectos nacionales de desarrollo económico. Esta concepción del rol del Estado nacional logró alta adhesión y fue la referencia y plataforma político-ideológica para la formación de pactos y coaliciones sociales, lo que permitió el crecimiento con estabilidad económica.

Así, los movimientos obreros, alzados tras la crisis, demandaron al Estado la protección social de los ciudadanos, por lo cual nació la idea de una previsión social solidaria inspirada en las sociedades de socorro mutuo levantadas por los sindicatos.

Después del gobierno de Alessandri Palma (1932-1938) y bajo la influencia de los gobiernos radicales (1938-1952) de los presidentes Pedro Aguirre Cerda, Juan Antonio Ríos y Gabriel González Videla, Chile comenzó a estructurar un modelo de Estado desarrollista nacionalista,. Este pacto social otorgaba al Estado la capacidad para inducir un conjunto de intervenciones para que las economías nacionales, en especial las de menor desarrollo, alcanzaran ventajas comparativas en distintas áreas para enfrentar la competencia en el comercio internacional. El argumento consistía en que el mercado, no sólo no permitiría alcanzar ese objetivo sino que incluso era uno de sus principales obstáculos y que el Estado debía suplir las ausencias institucionales correspondientes a la seguridad social, como la educación y la salud. Fue al alero de este periodo que en el mundo, pero principalmente en Chile, se abrió paso la idea de una medicina para todos: la medicina socializada.

Servicio Nacional de Salud: Un modelo de salud social

El nacimiento de las diversas entidades sanitarias fue robusteciendo la institucionalidad de un país que, poco a poco, fue vislumbrando un Estado garante del acceso a los derechos básicos. Dicho proceso culminó en 1952 con la Ley 10.383 que fusionó las principales instituciones mencionadas y creó el Servicio Nacional de Salud (SNS). Éste integró las funciones clave para sostener una salud pública: la administración financiera,

la regulación sanitaria y la prestación de salud, entregando cobertura al 70% de la población. Además, los actores que componían el Consejo Nacional del SNS eran muy diversos, desde representantes del Presidente de la República, de las facultades universitarias de medicina, el Colegio Médico de Chile, y organizaciones patronales y obreras.

El ex ministro de salud (1950-1952) del Presidente Gabriel González Videla e impulsor del SNS, Jorge Mardones Restat señalaba que “el concepto de crear un Servicio Nacional de Salud nace en los expertos, encabezados por el Ministro de Salud de la época, Salvador Allende, a raíz de la positiva experiencia de unificación ocurrida en las zonas del terremoto del 1939 en Chillán”. El proyecto de ley que creaba el SNS durmió por 12 años en el Parlamento hasta su aprobación en 1952, bajo el impulso de Mardones Restat. La aprobación fue por unanimidad, en un sorprendente resultado de una reforma que se demoró más de una década en ser aceptada por todo el espectro político.

Con la creación del SNS, Chile se convirtió en uno de los países pioneros en la instalación de la medicina social como cambio paradigmático en la organización de la seguridad social, inspirado en el Servicio Nacional de Salud inglés, y en la escuela del historiador médico suizo, Henry E. Sigerist.¹

Según Juan Carlos Eslava en “La historia de la historia de la medicina; una exploración inicial”, las ideas de Sigerist sostenían que se debía “considerar la medicina parte importante de la civilización y, por tanto, su historia un componente de la historia general de la humanidad”. Esto le condujo a enfatizar las relaciones de la medicina con la economía, la sociedad y la cultura.

Sigerist enfatizaba que la medicina no sólo se trataba sobre el “acto de curar las enfermedades sino que sus funciones se extienden a promover la salud, prevenir la enfermedad y rehabilitar”, asegura Eslava.

Salvador Allende, médico, ministro de Salud de Pedro Aguirre Cerda y luego Presidente de la República (1970-1973), fue quien recogió e impulsó la visión de la medicina social

¹ Revisar Sigerist, Henry. *Socialized Medicine in the Soviet Union*, Nueva York, W. W. Norton, 1937.

en Chile. En “La Realidad Médico Social Chilena”, Salvador Allende hace un diagnóstico exhaustivo de las principales falencias del antiguo sistema de salud analizando cada uno de los factores epidemiológicos y condiciones sociales que afectan a la calidad de vida de los ciudadanos. El libro publicado por Allende sirvió de base para su programa de gobierno, en donde en uno de sus documentos², daba cuenta de su mirada sobre la salud pública y el rol del Estado: “La salud es un estado de bienestar personal y de eficiencia material y social, que resulta de la relación entre el hombre y su medio ambiente. Si bien la salud depende en parte del potencial biológico con el cual nacen a la vida los seres humanos, el factor decisivo en determinar el nivel de salud de un pueblo es la calidad del ambiente que exista durante la gestación, en el hogar, en la escuela, en el trabajo y, en general, en toda la sociedad. Será el ambiente el que facilite o el que detenga el desarrollo de las vastas potencialidades que cada ser representa al ser concebido. En otros términos, la ley fundamental de la salud consiste en que ella es función del nivel de vida en conjunto y de cada uno de sus componentes: la alimentación, la vivienda, el vestuario, el saneamiento, la educación, la recreación, la seguridad social, las condiciones del trabajo, la armonía entre las personas y la atención médica”.

Las recomendaciones que Salvador Allende realizaba en 1939 tuvieron que esperar hasta que se dieran una serie de condiciones políticas para que se aprobara tal reforma. El ex ministro de Salud del Presidente Patricio Aylwin (1990-1002), Jorge Jiménez de la Jara describe que “finalmente, cuando el proyecto de reforma fue aprobado por voto unánime en ambas cámaras, todos los partidos tomaron crédito de este consenso histórico. Lógico, ya que después de la Segunda Guerra Mundial, todos los países, encabezados por los triunfadores, quisieron hacer justicia social y equidad, aumentando las estructuras y la fuerza del Estado Benefactor y nuestros políticos no querían estar ajenos a esa tendencia mundial”.

De esta manera, la creación del SNS se convirtió en un referente mundial de modernización en gestión de la salud. El salubrista Carlos Montoya, profesor titular de Salud Pública de la Universidad de Chile, responsable de Planificación en Salud y de otras materias en la Organización Mundial de la Salud (OMS), explica que las intenciones

² Para profundizar propuesta de salud, revisar: *Plan de salud, atención médica y medicina social*; Santiago de Chile, 1964, en Cuadernos Médicos sociales (2006) Vol. 46. Suplemento 1, Colegio Médico de Chile (A.G).

de la política de salud bajo el concepto de la medicina social fueron mejorar el estado de salud de la población, vale decir, disminuir las enfermedades, las muertes evitables y mejorar todos los indicadores positivos, los indicadores fisiológicos de la gente. “Ahí está el contraste con lo que viene después donde el objetivo evidentemente se convierte en hacer buenos negocios con la salud”, revela el Dr. Montoya.

El SNS se organizaba administrativamente en dos departamentos, uno Técnico y Administrativo y una Secretaria General. Se concebía como un servicio descentralizado territorialmente en 13 Zonas de Salud a cargo de un Director médico, que conducía las actividades técnicas por medio de los hospitales, consultorios, policlínicos, consultorios periféricos y postas rurales.

Además, contaba con una Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (SCEH), que fue una sociedad anónima de participación mixta chilena con funciones de construcción y transformación de edificios destinados a establecimientos hospitalarios. En ella participaba el Fisco, el SNS y accionistas, cuyo financiamiento corría por cuenta de fisco y el presupuesto nacional, y de la Polla Chilena de Beneficencia. Los terrenos usados eran adquiridos por la SCEH, o eran de propiedad fiscal o de donaciones de particulares.

La administración de la SCEH estaba a cargo de un Directorio conformado por dos directores nombrados por el presidente de la República, dos representantes del SNS y tres poseedores de acciones, entre los cuales se elegía al presidente de la sociedad, quienes duraban tres años en sus cargos con la posibilidad de ser reelectos. Su primer presidente fue el Dr. Sótero del Río Gundián, uno de los impulsores de la ley que creaba la SCEH.

El SNS se coronó como el primer Servicio Nacional de Salud en Latinoamérica y sirvió de ejemplo para muchos países, expresando la necesidad de contar con una organización moderna y compleja que diese mirada holística a la salud.

Bajo el alero de las principales escuelas de medicina y la fuerte actividad del SNS, poco a poco se fue creando una práctica reconocida como Salud Pública, que tuvo su origen en la caridad cristiana y la iniciativa privada de los mecenas a comienzos de la colonia, hasta

llegara establecerse la noción de la salud pública como un derecho para todos y todas garantizado por el Estado.

Uno de los principales proyectos del SNS fue la construcción del hospital público más moderno y grande de Latinoamérica, el Hospital de Ochagavía, impulsado por el presidente Eduardo Frei Montalva y potenciado por el presidente Salvador Allende desde 1970; hoy conocido como el “Elefante Blanco”. El proyecto de salud pública iniciado por los gobiernos desarrollistas y culminado por la medicina social de Salvador Allende, fue reemplazado de manera paulatina pero profunda con la llegada de la dictadura militar. Aquel Hospital de Ochagavía, que hoy destaca por ser nada más que ruinas, se ha convertido en el símbolo del derrumbe de un modelo de salud pionero en el continente y en el mundo. Tras el golpe militar, Chile transitó rápidamente de un Estado desarrollista a un Estado subsidiario que promulga la disminución del Estado y la focalización de los servicios sociales, abriendo las puertas al negocio en la salud. Nace así la era de la privatización de los derechos.

Chile, laboratorio de la salud privatizada

La dictadura militar chilena conducida por Augusto Pinochet (1973-1990) tuvo como principal consecuencia una reestructuración casi completa en la forma en que se concibe el rol del Estado. Parte importante de las transformaciones en aquella época se basan en la incorporación de la ideología neoliberal al pensamiento del gobierno militar, teniendo como principal hito la construcción teórica de un grupo de economistas de la Universidad Católica de Chile, conocidos como los “*Chicago Boys*”. Los jóvenes intelectuales, entre ellos los ex ministros Hernán Büchi, Miguel Kast, Joaquín Lavín, Juan Andrés Fontaine, entre otros; viajaron a la Universidad de Chicago para instruirse en el modelo neoliberal. Allí, fueron fuertemente influenciados por las ideas de Milton Friedman, y en base a lo aprendido, construyeron el “El Ladrillo”, libro que traduce la influencia neoliberal en un plan ideológico para las políticas públicas de nuestro país. Así nació el conjunto de ideas que transformaría a Chile en un país reconstruido bajo los supuestos de un Estado subsidiario.

Los sociólogos Giorgio Boccardo y Carlos Ruiz destacan en su libro “Chilenos bajo el neoliberalismo”, que el golpe militar de 1973 y el régimen autoritario que se prolongó por diecisiete años, “no solo sepulta la ‘vía chilena al socialismo’ que encabeza Allende, también aniquila la economía desarrollista y la política nacional-popular impulsada desde los años cuarenta”.

La Oficina de Planificación Nacional (Odeplan) se transformó en el espacio donde las nuevas élites burocráticas del régimen “elaboran el discurso de legitimación sobre las ventajas sociales del modelo adoptado en base a una concepción subsidiaria de la acción estatal”, según advierten Boccardo y Ruiz.

La principal expresión de la subsidiariedad del Estado es la focalización del bienestar, la disminución de las atribuciones del Estado, y el traspaso de parte de sus funciones al

mercado. Este golpe de timón en las políticas públicas fueron acompañadas por un alto grado de autoritarismo, propio de las dictaduras, alto nivel de represión y violación de derechos humanos.

El sociólogo Manuel Antonio Garretón describe las transformaciones ocurridas en Chile durante el periodo dictatorial en su libro “Neoliberalismo corregido y progresismo limitado”, donde destaca que “aunque en un inicio se combinó con otras visiones que se disputaban el favor del liderazgo militar encarnado en Pinochet, a partir del primer momento se implementó un programa de transformación estructural de manera drástica y decidida, con desregulación, desempleo masivo, represión sindical, redistribución de la renta a favor de los sectores enriquecidos, privatización indiscriminada de los bienes públicos, etc.”

En este marco, se realizaron reformas coherentes con el nuevo modelo de Estado, afectando también las funciones de éste, en la provisión de derechos básicos, como el sistema previsional, la educación y la salud. Las consecuencias se expresaron en una sostenida privatización de los servicios sociales, cuyo sistema se mantiene hasta el día de hoy.

La privatización de la salud en Chile

En la mayoría de los países de América Latina se reconoce el derecho de los ciudadanos a la salud y la responsabilidad del Estado de promoverla. En respuesta a este mandato, los gobiernos de la región, y en particular el chileno, se preocuparon por lograr la mayor cantidad de cobertura y financiación de la atención médica.

Sin embargo, el crecimiento económico en el país se redujo a partir de los años ochenta (1982-1983). Para entonces, los gobiernos de latinoamericanos habían acumulado una enorme deuda pública y se enfrentaban con una seria recesión económica que dificultaba el pago de la misma, en donde el PIB chileno se redujo un 14,3% y el desempleo aumentó al 23,7%. Según el Banco Central de Chile, antes de la crisis, en 1976 ya se asomaban rasgos de la crisis al caer un banco que tuvo que ser rescatado por el Estado (luego, en medio de la crisis, otros bancos también debieron ser rescatados e intervenidos por el Estado). Así, se implementó un programa de estabilización para acompañar y reforzar las reformas estructurales. En lo fundamental, ello implicó un fuerte ajuste del gasto fiscal, que se redujo del 45% del PIB en 1973 al 26% del PIB en 1976.

El Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) atribuían la recesión al modelo de economía mixta imperante en América Latina por “la participación del sector público en actividades económicas y su incapacidad de gestionarlas eficientemente”, comenta la Dra. Núria Homedes.

Aquellas evaluaciones económicas, en donde se atribuía baja capacidad de gestión de los Estados en contraposición a la concepción ideológica del Estado subsidiario, llevó a la dictadura a implementar una serie de reformas al sistema de salud chileno que lo transformaría casi por completo.

“El Ladrillo”, libro que servía de guía ideológica para el gobierno militar, recomendaba que “en el área de salud debe propenderse a una mayor descentralización que permita la participación y control de la base social sobre el sistema hospitalario. Existe clara evidencia de que la descentralización de buena parte de las actividades del Servicio Nacional de Salud sería positiva y contaría con el respaldo de la comunidad(...) Creemos posible utilizar un solo tipo de organismo descentralizado para captar los fondos que tengan por destino el financiamiento de la salud y los otros gastos de la seguridad social, de modo que aseguren una amplia ‘elegibilidad’ de hospitales y médicos, y que no se transformen en administradores de hospitales cerrados, sólo para ciertos grupos”.

Siguiendo la propuesta, en 1979 se promulgó el Decreto con Fuerza Ley 2.763 el cual disolvió el antiguo SNS y creó el actual Sistema de Servicios de Salud (SNSS), que reorganizaba el Ministerio de Salud, promoviendo la descentralización del sistema a través de la creación de servicios regionales.

Aquel DFL 2.763 también extinguió el Sermena, para dar paso al Fondo Nacional de la Salud (Fonasa), ente público financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros cotizados por los beneficiarios del nuevo sistema.

En 1980, una serie de decretos con fuerza de ley concretaron el proceso de municipalización del sector primario y crearon los Consultorios de Atención Primaria, dependientes de las municipalidades. Junto con esto, se empezó a aplicar la reforma al sistema previsional de pensiones y salud, instalando la cotización obligatoria del 4% (en 1988 pasó a ser el 7%) de las remuneraciones para salud. En 1981 se dio el vamos a la privatización de los seguros de salud, creando las Instituciones de Salud Previsional

(Isapres), entidades privadas con sistemas de libre elección que financian prestaciones de salud a sus afiliados.

Para comprender el proceso de privatización de la salud hay que reconocer y analizar las diversas funciones necesarias para ofrecer el servicio de la atención médica, de modo que podamos reconocer cómo éstas fueron privatizadas para dar cumplimiento al nuevo sistema.

La caracterización de estas funciones realizada por la Dra. Núria Homedes de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas-Houston, señala que existen tres grandes áreas, que en su conjunto componen el sistema de salud de un país, Financiamiento, Gestión y Provisión.

Financiamiento

Corresponde al mecanismo o mecanismos adoptados para financiar la salud.

No se privatiza el financiamiento cuando hay:

- Pago directo del Estado gracias a la recaudación de impuestos y sin copago por parte del paciente. En este caso no se privatiza el financiamiento.
- Pago a través de seguros públicos.

Si se privatiza total o parcialmente el financiamiento cuando:

- Pago directo del Estado pero con copagos de pacientes.
- Si los seguros públicos implican un pago parcial de la póliza por parte del usuario, del empresario y/o copagos. Es decir, se privatiza una parte de la financiación.
- Pago por medio de seguros privados.
- A través de un pago directo por parte del usuario, ya sea monetario o en especie, lo que significa la privatización del financiamiento.

Gestión

El sector público puede contratar al sector privado para la gestión de las diversas áreas de salud, como por ejemplo:

- La Gestión del financiamiento, como es el caso de las Isapres.
- Gestión de clínicas, hospitales y otros establecimientos de salud.
- Evaluación de la calidad; por ejemplo, delegando la acreditación de los hospitales y de los profesionales a asociaciones de profesionales y/o entidades privadas.
- Gestión de programas para ciertos problemas específicos de salud, como por ejemplo la drogadicción y el VIH-Sida.
- Gestión de servicios de salud para ciertas poblaciones como pueden ser trabajadores de un sector o de cierto grupo de empresas.
- Auditorías financieras.
- Asistencia técnica para mejorar los sistemas de organización y manejo del sector.

Provisión

La provisión se refiere a cómo se proporciona la salud en el país, generalmente se le llama al acto de entrega de salud, ya sea por la vía del sistema de salud público, incluyendo hospitales, consultorios, posta, etc. Sin embargo, el sector privado puede proveer todos o parte de los servicios. Las empresas privadas pueden ofrecer servicios médicos a las personas, ya sea a través de consultas médicas, hospitalización y todos los servicios que sean necesarios.

Además, el sector público puede contratar al sector privado para la provisión de diversos servicios:

- Servicios médicos tanto ambulatorios como hospitalarios para poblaciones específicas (beneficiarios de seguros sociales, residentes en áreas geográficas específicas), y/o grupos específicos (presos, drogadictos, campamentos de refugiados, etc.).
- Servicios médicos específicos (planificación familiar, maternoinfantiles, canasta de servicios mínimos, etc.).
- Servicios técnicos de diagnóstico (laboratorios, rayos X y otras tecnologías avanzadas, etc.).
- Servicios terapéuticos (farmacia, rehabilitación, etc.).
- Servicios auxiliares de apoyo (ambulancias, seguridad, mantenimiento de equipos, etc.).
- Servicios de hostelería (lavandería, limpieza, etc.).

- Programas de capacitación.

En el siguiente cuadro se destacan las funciones que fueron privatizadas por las reformas implementadas en dictadura, lo que da cuenta del cambio de modelo desde uno benefactor a uno subsidiario, según las categorías o clasificaciones que establece la Dra. Homedes:



Algunas consecuencias de la privatización de la salud

El gobierno de Augusto Pinochet adquirió el principio de subsidiariedad, lo que significaba en los hechos que el Estado sólo participaría en la actividad directa de producción de bienes o servicios en subsidio, ante la ausencia de capacidad, interés o iniciativa privada. En el caso de la salud chilena, el Estado era predominante en la administración del financiamiento, y mayoritario en el otorgamiento de las prestaciones de salud. La aplicación de principios de subsidiariedad comprendió acciones en ambas fuentes.

En 1985, la Ley de Salud (Ley 18.469) cristaliza el nuevo régimen de salud chileno, estableciendo las características propias del Estado subsidiario, por medio de la Libertad de Elección y el subsidio a la demanda, la focalización de los subsidios, la descentralización de los Servicios de Salud, la aplicación del sistema de facturación de Fonasa por atenciones prestadas, y la municipalización de los Consultorios de Atención Primaria.

- Libertad de elección y Subsidio a la demanda

La Ley de Salud define en su primer artículo el derecho a la salud como el derecho a la libre elección: “El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquéllas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse”.

Milton Friedman y Rose D. Friedman explican en “*Free to choose*”, el rol de la libertad de elección de los consumidores como parte fundamental para alcanzar la libertad económica. Aquella libertad “es un requisito esencial de la libertad política. Permitiendo a las personas cooperar unas con otras sin que medie la coerción o la dirección central, se reduce el área sobre la que se ejerce el poder político. Además, al dispersar el poder, el libre mercado supone una compensación a cualquier concentración del poder político que pueda surgir. La combinación de los poderes político y económico en las mismas manos es una receta segura para la tiranía”, explican los autores que influenciaron las reformas del gobierno militar chileno.

La consignación de la libertad de elección en salud es una pieza fundamental para introducir el dinamismo de mercado que el nuevo régimen de salud supone, ya que existe la creencia de “que competencia que se generaría entre proveedores resultaría en mejoras en la calidad de los servicios y haría sus precios más convenientes. La existencia de sustitutos para cada servicio haría al paciente menos dependiente, lo cual reduciría la capacidad del proveedor para discriminar precios y extraerle sus excedentes de consumidor”, según explica el economista Ernesto Miranda.

Con la introducción de la Modalidad de Libre Elección de Fonasa (MLE) en 1985, se instala también el concepto de “subsidio a la demanda”, donde un cotizante de la aseguradora pública puede elegir el establecimiento donde atenderse, lo que supone un mejor servicio ya que dichas instituciones deben competir para atraer la demanda. Este hito compone parte importante de la privatización de la salud pública, ya que Fonasa puede pagar tanto al servicio público como al privado, haciéndolos competir entre ellos. Este mecanismo, además, traspasa grandes cantidades de recursos públicos al sistema privado. La MLE se justifica también en el hecho de que el sistema de hospitales públicos no tiene capacidad para absorber toda la demanda.

Fonasa paga distinto al hospital público que a la clínica privada cuando sus usuarios los eligen. Según la investigación de Matías Goyenechea y Danae Sinclair, “La privatización de la salud en Chile”, en la consulta médica de especialidades, por ejemplo, según estimaciones para el año 2014, a los privados se les paga \$11.730 de los cuales \$6.770 lo paga Fonasa y \$4.960 es copago del paciente. La misma consulta en un hospital público se paga a \$4.950, monto que paga Fonasa al hospital y donde no existe copago a excepción de los afiliados de los tramos C y D, que tiene un copago de \$500 y \$990 pesos respectivamente. Para los autores, “esto muestra que el Estado termina discriminando a sus propios hospitales y favoreciendo al sector privado que recibe mejores precios por la misma actividad.

- Focalización de subsidios

Una de los principales efectos de la reforma planteada en dictadura es la de focalizar los subsidios entregados por el Estado en los grupos de inferiores recursos. Concentrando la gratuidad total en los indigentes y grupos de ingreso bajo se conseguía focalizar en los más vulnerables. Algunas prestaciones se mantuvieron gratuitas para todos los afiliados, considerándose el examen de salud de medicina preventiva; protección y control de la

mujer embarazada (durante el embarazo y puerperio); control del niño (hasta los 6 años de edad) y Programa Nacional de Alimentación Complementaria. La focalización de los recursos del Estado expresa la entrega de la responsabilidad de la cobertura del resto de la sociedad en manos de un financiamiento privado, ya sea vía Fonasa (copago) o vía Isapre.

- Expansión de la salud privada

La introducción de la libertad de elección, como eje fundante del nuevo régimen de salud, significó la expansión de la red de prestadores privados de salud, ya sean clínicas, centros médicos, laboratorios, etc. A esto, se sumó en 1981 la privatización del financiamiento de la salud con la creación de las Isapres.

Según Goyenechea y Sinclair, uno de los elementos clave para la expansión de las Isapres “fue el hecho de que entre 1986 y 2002, estas instituciones recibieron un subsidio equivalente al 2% de los ingresos de los afiliados que tenían rentas inferiores al valor de las primas”.

Los autores explican que gracias a dicha política, las Isapres percibieron un 9% adicional por cuenta del Estado, además de las cotizaciones obligatorias. La expansión de la red privada de prestadores ha sido -en parte- gracias al mencionado subsidio a la demanda establecido en la Modalidad de Libre Elección de Fonasa. Esta modalidad ha implicado el traspaso de una gran cantidad de fondos públicos a prestadores privados. A modo de ejemplo, los investigadores Goyenechea y Sinclair aseguran que entre 2005 y 2012 la suma fue de 6.809 millones de dólares.

- La descentralización de los Servicios de Salud

En 1979 cuando comenzó la reforma de la salud existían 54 áreas de salud del Servicio Nacional de Salud (SNS), que fueron transformadas en 26 servicios resultantes de una fragmentación del ex SNS y el ex SERMENA, con autonomía administrativa, planta de personal propio, y manejo presupuestario y patrimonial relativamente independiente. Su principal función será recaudar y distribuir los recursos a los Servicios de Salud y consultorios municipalizados.

Obtiene también recursos de parte del Ministerio, distribuyendo alrededor del 80% del presupuesto en forma directa, y el resto a través del mecanismo de Facturación de

atenciones prestadas (FAP) y Facturaciones por atención prestada en municipalidades (FAPEM).

Este mecanismo vincula los recursos financieros a volumen de actividad, lo que significa un incentivo para cumplimiento de metas, estableciendo así una lógica de competencia entre los servicios, y financiamiento condicionado al desempeño.

- Sistema de Facturación por Atenciones Prestadas

Al diferenciarse el ente que cumple la función de financiamiento de la salud pública (Fonasa) y el ente que provee la salud (hospital, consultorio, etc.), se creó un sistema de pago por atención prestada. Así, el financiamiento basal a la prestación se sustituye por acto realizado. A la prestación de salud se le asigna un arancel que debe contener el valor del costo del servicio. Mensualmente, cada unidad operativa del respectivo Servicio remiten al nivel central del Ministerio de Salud. Este las recibe y las presenta en FONASA para su cobro.

Sin embargo este mecanismo ha demostrado su ineficiencia en tanto no cubre los costos reales de las prestaciones dadas por los servicios de salud. La investigación de Camilo Cid y Gabriel Bastías, solicitada por Fonasa en 2014, revela que los montos pagados por prestación cubren en promedio un 56,3% del total de recursos que los centros de salud invierten en sus operaciones.

Un ejemplo es el caso del Hospital del Salvador, servicio que destina 38 mil millones de pesos por año a la entrega de prestaciones, mientras que su facturación -monto que le otorga Fonasa por este concepto- llega a 17 mil millones de pesos. Es decir, el arancel que el hospital recibe por atender a los pacientes es menor del necesario, de hecho sólo alcanza al 47% del total.

- Municipalización de los Consultorios de Atención Primaria

La idea detrás de la municipalización de la atención primaria es la de descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas al nivel comunal para ajustar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población.

Con esta medida, los centros de salud pueden canalizar fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura, sin embargo, este hecho

ha generado una alta brecha entre las comunas con más o menos recursos, aumentando así la segregación y la desigualdad en el acceso a una salud de calidad.

Tal como señala la Infografía 1, las funciones que de la salud que han sido privatizadas en Chile conforman un sistema mixto de salud. Esto significa que por un lado se mantiene el desempeño de la salud pública y por otro lado, se incorpora la salud privada a la cobertura de un sector del país. A pesar de que Chile tenga un sistema mixto, la preponderancia de los factores que privatizan la salud ha ajustado la distancia que separa las aguas entre dichos sectores. Los mecanismos implementados para financiar la salud a través de financiamiento a la persona y no por financiación directa a los servicios de salud pública, permite que los fondos públicos transiten entre la provisión pública y la privada. Junto con esto se incorpora la lógica de competencia entre ambos sectores y la segregación de las poblaciones. Las reformas realizadas en dictadura transformaron casi por completo el sistema de salud, disminuyendo el gasto público en salud pero asumiendo casi la misma carga de antes.

La profundización de la privatización de la salud

La autoritaria transformación del Estado durante los años ochenta y sus consecuencias en la provisión de derechos sociales como la educación y la salud fueron constituyendo un nuevo paradigma político y social en Chile.

Tras diecisiete años de dictadura regresó la democracia gracias a un acuerdo pactado entre el gobierno de Pinochet y la oposición en 1988, para realizar un plebiscito vinculante que determinara la continuidad del dictador. A pesar de los amplios cuestionamientos sobre su legitimidad, trece organizaciones opositoras al régimen acordaron llamar a votar “No” en el sufragio, creando la Concertación de Partidos por el No, antecedente de la coalición política que posteriormente se llamaría Concertación de Partidos por la Democracia.

Del total de votos escrutados, la opción “Sí” obtuvo el 43,01 % y el “No” triunfó con el 54,71 % del sufragio. El resultado del plebiscito implicó la realización de elecciones democráticas en 1989 para presidencia y parlamentario.

La mayoría del país votó por la promesa democrática, en donde por primera vez se vislumbraba la esperanza para un Chile distinto. Augusto Pinochet ya no estaría más al mando del país aunque antes de dejar la presidencia, dejó amarrada tanto su participación en el poder como su proyecto político. Por un lado, fue comandante en jefe del Ejército hasta el año 1998 y senador vitalicio hasta el año 2002. Pero su verdadero legado fue la carta magna del año 1980, que imprime, hasta el día de hoy, las transformaciones políticas y económicas realizadas bajo su mandato.

En palabras de su ideólogo principal, Jaime Guzmán, la finalidad de dicha Constitución era que “si llegan a gobernar los adversarios, se vean constreñidos a seguir una acción no tan distinta a la que uno mismo anhela, porque –valga la metáfora– el margen de alternativas posibles, que la cancha imponga de hecho a quienes juegan en ella, sea lo suficientemente reducido para hacer extremadamente difícil lo contrario”, recuerda el abogado Fernando Atria en el libro “Plebiscito para una nueva Constitución”. De este modo, el proceso social y político que estaría por venir, la transición democrática, estaría marcada por la fuerte presencia del dictador en la vida política y por las amarras del libro fundamental.

La política de los acuerdos

El elegido para ser el candidato de oposición en las nuevas elecciones democráticas de 1989, fue el presidente Patricio Aylwin (1990-1994), militante demócratacristiano, miembro de la Concertación de partidos para la democracia. Su tarea no fue fácil, debía liderar el inicio de la transición democrática y cumplir con la promesa de una nueva forma de entender el Estado y su relación con las personas.

Ante una herida que aún no sanaba y el hecho de que la situación nacional aún era inestable políticamente debido a las asperezas que se mantenían de parte del ejército con los nuevos líderes políticos. Un ejemplo de esto, fue el llamado “Ejercicio de Enlace”, cuando en 1990 se realizó una investigación realizada por el Consejo de Defensa del Estado al hijo mayor de Augusto Pinochet. Por dicha razón, el Ejército se acuarteló y empezó a realizar en las afueras de varias ciudades distintas maniobras, aludiendo a que se realizaban ejercicios rutinarios. Sin embargo, la situación fue tensa y mantuvo en alerta a las nuevas dirigencias. Tras tres días de acuartelamiento, las maniobras fueron finalizadas gracias negociaciones realizadas entre el general Jorge Ballerino y el Ministro Secretario General de Gobierno de Aylwin, Enrique Correa Ríos. A otro caso similar se le llamó el “Boinazo”, hecho que aún perdura en la memoria de los chilenos.

Con estos factores entrelazados que amenazaban la estabilidad democrática, Patricio Aylwin fue acuñando la frase de los cambios “en la medida de lo posible”, concepto que sostuvo gran parte de la conducción política del primer gobierno de la Concertación.

El sociólogo Manuel Antonio Garretón en su libro “Neoliberalismo corregido y progresismo limitado”, afirma que los partidos en el inicio de los gobiernos de la Concertación se

caracterizaron por una indefinición en materia de orden económico, “generando una multiplicidad de opiniones y posturas individuales muchas veces contradictorias entre sí”. El académico explica que las experiencias del exilio y represión fueron de gran impacto en las decisiones políticas de quienes entraron a la nueva gobernabilidad, incorporando la “necesidad de acuerdos y compromisos no solo para salir de la dictadura, sino para sostener la democracia”, agrega Garretón.

A juicio del sociólogo, los gobiernos de la Concertación se movilaron hacia visiones más conservadoras respecto de las transformaciones socioeconómicas, “desplazando posiciones más críticas y radicales que sostenían la posibilidad de avanzar no solo en la democratización política sino en las transformaciones estructurales para la superación del modelo socioeconómico heredado”, destaca el académico.

Esto significó que la institucionalidad económica se mantuvo orientada por los criterios de mercado bajo el paraguas neoliberal heredado del régimen anterior. Los sociólogos Giorgio Boccardo y Carlos Ruiz, en su libro “Chilenos bajo el neoliberalismo”, enfatizan que siguiendo la línea estadounidense de integración latinoamericana, el gobierno de Patricio Aylwin continuó las reformas de liberalización que buscaban convertir a Chile en plataforma regional para la inversión extranjera.

Para los sociólogos, el gobierno de Aylwin “traza lo que, con matices, será la línea de acción futura de la Concertación: la continuidad de los fundamentos de la institucionalidad política alcanzada en la transición; un enfoque de economía abierta basado en un estímulo a exportaciones, en detrimento del sector orientado al mercado interno, y un gasto fiscal restringido; así como la privatización de los servicios sociales y la reducción de la protección estatal a políticas sociales focalizadas, con la excepción de ciertas concesiones corporativas a grupos sociales con capacidad de presión”.

En el terreno económico y también en el orden institucional se impuso un consenso tácito en relación con las orientaciones económicas. El mercado libre y la economía abierta; el manejo macroeconómico estricto; la responsabilidad fiscal; el gasto social controlado y la aceptación de todas las transformaciones relativas a la propiedad llevadas a cabo durante el régimen militar fueron mantenidas en transición, según Manuel Antonio Garretón.

En salud, el gobierno de Patricio Aylwin debió hacer frente al pequeño gasto público que existía y al enorme déficit hospitalario. El ex ministro de Salud de la época (1990-1992),

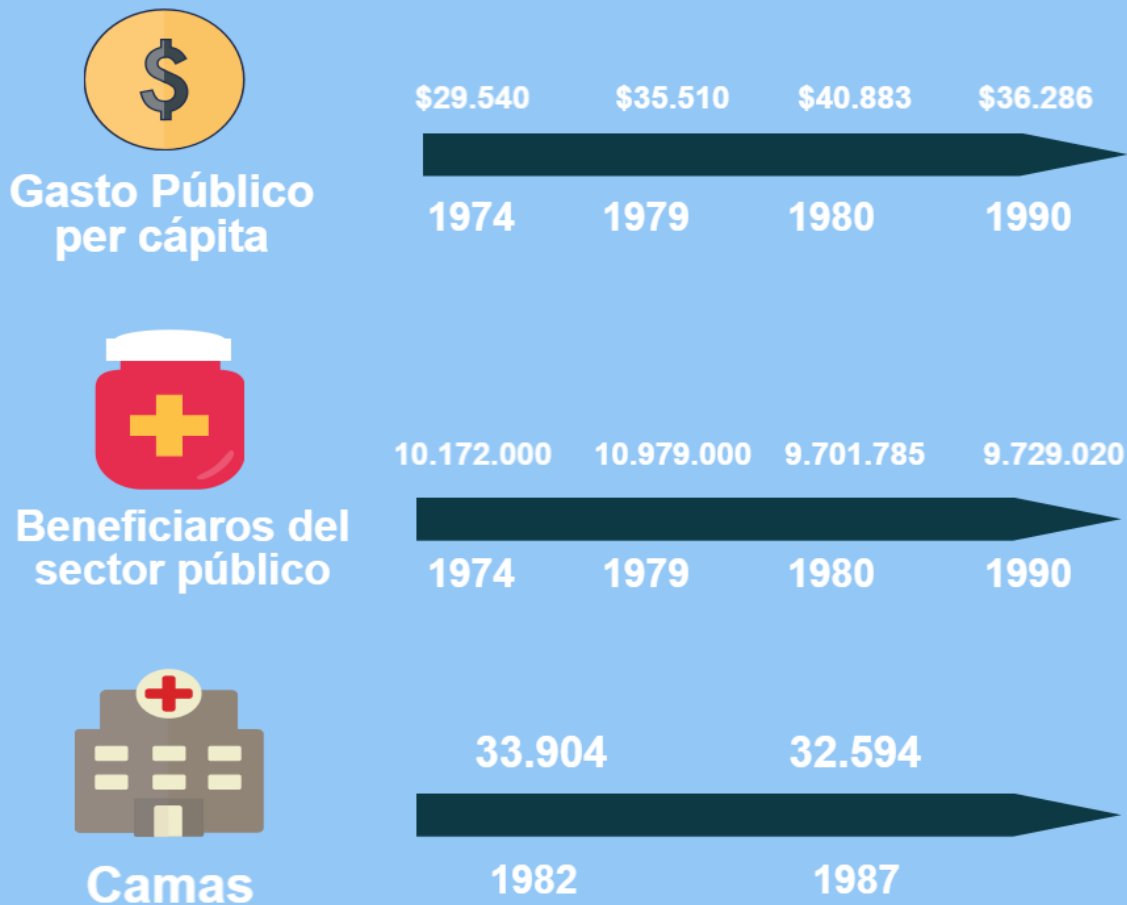
Jorge Jiménez de la Jara, explicó que, cuando recibieron el gobierno, diagnosticaron que existían problemas graves. Por ejemplo, a nivel mundial había cuatro camas de hospitalización por cada mil habitantes y en Chile había sólo dos por cada mil habitantes.

En el libro “La Salud dividida” del doctor Carlos Montoya, se destaca que en agosto de 1991 el ex ministro Jiménez evaluaba que los problemas generales de salud de la época eran el cambio epidemiológico, la insuficiente capacidad de gestión y la prolongada restricción financiera del sector público. “Si comparas Chile con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), seguimos abajo en las mediciones”, agregó el ex ministro Jiménez.

Así, ya entrados los años noventa, la Concertación se vio enfrentada a la gestión del modelo mixto en la salud, en donde cada vez se ampliaba más el desarrollo de la salud privada y se reducía la intervención del Estado. En la Memoria Ministerio-Banco Mundial se reconoce que “entre 1974 y 1990, el insuficiente desarrollo de instrumentos de complementación para que el sistema mixto funcionara como tal, produjo un desarrollo inorgánico de los sectores público y privado, funcionando bajo lógicas distintas en los ámbitos del seguro, del financiamiento y de la provisión de atenciones en salud”.

Mientras el sistema público concentraba a la gran mayoría de los ancianos, enfermos crónicos y personas de escasos recursos, el sistema privado de Isapres acogía a los grupos de ingresos altos y de bajo riesgo. El monto de financiamiento per cápita del sector privado era más del doble que el del sector público. En la siguiente infografía se describe la evolución de la salud pública en dictadura la cual tuvo que enfrentar el primer gobierno de la Concertación.

Evolución de la salud pública en dictadura



Infografía 2. Evolución de la salud pública en dictadura.
Fuente: "La Salud Dividida" C. Montoya

Como indica la Infografía 2, al año que arribó al gobierno el presidente Patricio Aylwin (1990), el gasto público en salud per cápita sólo se había aumentado en 22,84% respecto al segundo año de gobierno de la dictadura militar (1974). Incluso, ese año el gasto había disminuido un 11,24% con respecto a 1980. En tanto, los beneficiarios del sector público al año 1990, disminuyeron en un 4,35% con respecto al año 1974, y un 11,63% con respecto a 1980, explicable por la creación de la red de proveedores de aseguramiento de

salud privada (ISAPRES) y establecimientos de atención de salud privada (clínicas y centros médicos).

Para reponer el déficit existente, los gobiernos de la Concertación decidieron aumentar la inversión pública pero no centrada en los hospitales, sino en la atención primaria, continuando con la idea de descentralización de la salud iniciada en el periodo anterior. Jiménez de la Jara explicó que “el hospital se aísla y se encierra sobre sí mismo. Los números señalaban que faltaban como dos mil camas, pero dijimos pongamos camas donde no hay, repongamos los hospitales que se están derrumbando, que están en condiciones insalubres y construyamos hospitales en zonas nuevas porque Santiago había crecido”.

En otra presentación de 1991 rescatada por el Dr. Montoya, el ministro Jiménez destacaba “la gran brecha (déficit) de calidad y cobertura”, debida a que el subsector privado ha crecido con rapidez y el público ha sufrido de significativas restricciones.

Las privatizaciones y el Banco Mundial

desafío que planteó el Presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-2000) fue modernizar la gestión pública, sin embargo tuvo que sortear los efectos de la crisis asiática (1997), también conocida como crisis del Fondo Monetario Internacional, influenciando a casi todo el mundo.

Más de un tercio de las exportaciones chilenas eran compradas por Asia, es por eso que la crisis influyó para que el precio internacional de las exportaciones se redujera y los términos de intercambio hayan empeorado. Esto significó que el país recibió menores ingresos, por lo que se buscó un nuevo equilibrio macroeconómico y las autoridades impulsaron un proceso de ajuste para restringir el gasto, lo que significó una reducción del 3% en el presupuesto. Por otro lado, se han tomado distintas medidas para fortalecer la presencia chilena en el mercado internacional, lo que significó una apertura externa.

Frei tuvo un rol activo en la misión de llevar a Chile a la integración económica en el mundo, mediante acuerdos de cooperación económica en la región y tratados de libre comercio (TLC). Manuel Antonio Garretón describe que “el discurso del gobierno acerca del Estado osciló, al comienzo, entre el énfasis en la idea de reducir su tamaño (según la cual toda reducción en el gasto público era considerada como un éxito) y, después de

algunos años, en la defensa de un Estado fuerte, que incluía una revisión de las posturas iniciales que abogaban por la reducción de su tamaño”.

Sobre el proceso de modernización del Estado en salud, el ex ministro de salud durante el periodo del gobierno de Frei Ruiz Tagle (1994-1996), Carlos Massad, explicaba al Congreso que deseaba tener un ministerio mucho más pequeño, pero con funciones normativas y regulatorias. .

El doctor Carlos Montoya asegura en su libro “La salud dividida” que no existe lugar a dudas de que la política gubernamental, a comienzo de los noventa, correspondió a la ideología y práctica neoliberal.

“La dualidad de este sistema mixto de salud repercutía a su vez en la inequidad de la atención y su financiamiento en la desigualdad del estado de salud de las poblaciones beneficiarias de uno y otro sector. Se aprecia cómo el gobierno evaluó la dualidad público privada del sector de salud como un problema mayor y cómo al mismo tiempo consideró esta situación como inevitable”, aseveró Montoya.

El proceso de modernización del sector salud había sido promovido incansablemente por los organismos internacionales desde la década de 1980, como el Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, y la Organización Panamericana de la Salud, en el contexto del “ajuste estructural” de los Estados.

Entre 1990 y 1995, el Banco Mundial, gracias al proyecto Convenio Minsal-Banco Mundial, tuvo un papel determinante en la salud en Chile a través del financiamiento para su restauración apoyando el rediseño de las políticas públicas del sector. En la memoria Ministerio-Banco Mundial, el ex ministro de Salud Álex Figueroa (1996-2000) asevera que “sin duda los proyectos Minsal-Banco Mundial han sido una de las iniciativas más importantes de la década, mientras su componente de inversiones ha permitido recuperar la red hospitalaria”.

En el acompañamiento técnico, político y financiero del Banco Mundial al gobierno de Chile, se promovieron prácticas para la modernización del sector, como la atención ambulatoria y ahorro en internación hospitalaria, junto con fomentar la construcción y equipamiento de nuevos centros de especialidades ambulatorias. El convenio llevó a los asesores y técnicos del Ministerio de Salud a buscar en el extranjero nuevas referencias

para la reposición de infraestructura hospitalaria en Chile, mirando modelos como los de España e Inglaterra.

GES: La reforma de Ricardo Lagos

La situación sanitaria que recibió el ex Presidente Ricardo Lagos Escobar (2000-2006) no era prometedora. Existía una alta deuda hospitalaria, el gasto público en salud no superaba el 3,5% del PIB y se reconocía un Ministerio de Salud debilitado y sin atribuciones. En su Mensaje a la Cámara (25/06/2002), el mandatario Ricardo Lagos evaluaba que “los hospitales tienen poca cobertura, poca prevención, limitaciones del manejo ambulatorio: bajo control ético y de calidad; baja capacidad de gestión directa de recursos; presupuestos históricos que son excesivos o deficitarios respecto a la producción; respuesta insuficiente a la demanda de APS y de Urgencia; retienen a los pacientes; mal trato y poca información a los pacientes respecto a su diagnóstico y tratamiento; listas de espera; segmentación entre los servicios clínicos; baja participación”.

La llegada del nuevo gobierno prometía también una reforma a la salud que no sólo permitiría mayor financiamiento, sino avanzar hacia una mayor equidad en el sistema. Ya en la campaña presidencial de Ricardo Lagos se comenzaba a configurar una reforma, que en un principio proponía un Fondo Único Solidario como una forma más justa de financiar la salud. Sin embargo, aquel proyecto no llegó a puerto, enfrentando una gran oposición por parte de los sectores más conservadores del país, incluso dentro de la Concertación.

Finalmente, el fruto de aquel proceso de reforma se resume en ajustes realizados en términos de gestión ministerial con la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria (2004) y el plan de Garantías Explícitas en Salud (GES), consignado en la Ley AUGE 19.966 (2005).

La Ley de Autoridad Sanitaria promovió la autogestión y descentralización, entregando nuevas atribuciones a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremi), todos bajo la tutela del Minsal.

El doctor Carlos Montoya critica duramente esta reforma debido a que “en consonancia con la fragmentación organizacional, con la separación de funciones, con las nuevas

subsecretarías, las dos intendencias, la autonomía creciente de Fonasa, la acumulación de funciones de las Seremi en superposición con las de los SS, se acentuó la fragmentación del financiamiento”.

El salubrista añade que, a pesar de que se señaló el problema de la municipalización, “no se resolvió” y que la solidaridad en el financiamiento -propuesta en un inicio- fue “apenas marginal”.

El AUGE³ o GES es un régimen de garantías explícitas estatales para la salud. Esto quiere decir que consiste en un listado intervenciones clínicas que deben ser resueltas por cualquier sistema de salud, ya sea público o privado. Esta “canasta” es costeadada por el Estado bajo la modalidad del Pago Asociado a Diagnóstico, similar a la idea de pago por acto, donde su cumplimiento tiene una garantía legal. Montoya describe al GES como similar a un “seguro privado, su manejo y control se realiza a nivel de los individuos (enfermos) y no a nivel poblacional: todo lo contrario de la lógica de la Salud Pública”.

El hecho de que las enfermedades del listado del plan GES tengan garantía legal, obliga a los sistemas de salud a priorizar la atención de dichas patologías. En otras palabras, si un centro de salud no resuelve una enfermedad GES arriesga sanciones legales. Una de sus principales consecuencias en los servicios de salud es la postergación de la atención de otras patologías que no están cubiertas por el GES.

En enero de 2003, el Colegio Médico de Chile publicó una inserción en el diario El Mercurio asegurando que “el AUGE será un plan básico de salud orientado por criterios económicos y no por objetivos sanitarios”.

Otra de sus implicancias ha sido el traspaso de dineros públicos a entidades privadas, ya que el establecimiento público puede comprar el servicio de prestación a privados.

El 6 de junio de 2005, el diario Estrategia titulaba: “El AUGE nuevas oportunidades de negocio al sector privado”. El periódico agregaba que “a la luz de las últimas cifras conocidas, no cabe duda de que el negocio de la salud está muy saludable y por ello no extraña que sea uno de los sectores en los cuales se estén desarrollando más proyectos. Ejemplo de ello es que las Isapres en 2004 arrojaron un incremento de 121% en las

³ El GES fue conocido en primera instancia como AUGE.

utilidades (...) Las diez principales clínicas arrojaron utilidades por 18.038 millones de pesos durante 2004”.

En “La salud dividida” se incluye la visión del gerente de clínica Indisa, Manuel Serra. Respecto de los beneficios privados del plan GES, éste asegura que permitiría que “las clínicas sean accesibles a un público Fonasa y por eso se abre a un nuevo nicho de mercado”.

Los investigadores Danae Sinclair y Matías Goyenechea destacan que “gracias a la compra de servicios -que desde la implementación del GES se ha incrementado exponencialmente-; y desde el 2011, el bono AUGE, ha implicado el traspaso de \$6.809 millones de dólares entre 2005 y 2012, a la red privada de prestadores”. Los autores atribuyen a estos incentivos el crecimiento de la red de prestadores privados en un 20% de su capacidad.

Así mismo, Sinclair y Goyenechea analizan que el traspaso de fondos públicos “alentaron a los grandes grupos económicos a organizar su negocio a través de holdings de salud, iniciando lo que se llama ‘la integración vertical’, modelo a través del cual los prestadores (clínicas) y los aseguradores (Isapres) pertenecen al mismo dueño”.

Este es el caso, por ejemplo, del *holding* Banmédica, integrado por el grupo Fernández-León y empresas del Grupo Penta, donde sus controladores, Carlos Alberto Délano y Carlos Eugenio Lavín, fueron involucrados en el Caso Penta que hasta el momento⁴ sigue abierta u investigación, por fraude al Fisco de Chile con el uso de facturas y boletas de honorarios ideológicamente falsas que, supuestamente, fueron dirigidas para financiar irregularmente campañas electorales de varios políticos, la mayoría pertenecientes al partido Unión Demócrata Independiente (UDI).

A través de los mecanismos mencionados, la implementación del GES permite la fuga de fondos públicos a prestadores privados, con lo cual se profundiza la privatización de la salud comenzada en dictadura. A su vez, desfinanció en parte la inversión de mejoramiento de la infraestructura pública. El periódico El Mercurio publicaba el 10 de septiembre de 2004 que en la Sexta Región, “Denuncian fuga de fondos al AUGE (...) de

⁴ Julio 2015

\$1,3 MMM (miles de millones de pesos) destinados para ampliar y rehabilitar postas, hospitales, consultorio y ambulancias, sólo se gastarán \$300 MM”.

Al final del gobierno de Ricardo Lagos se había concretado una reforma que prometía equidad en la atención al menos en dichas patologías más comunes y urgentes de la nación; sin embargo la deuda hospitalaria se mantenía y la necesidad de invertir en nuevos hospitales también. De esa manera, aún quedaba una tarea pendiente.

Influencia extranjera: La Nueva Gestión Pública

En Europa, tras la Segunda Guerra Mundial, tanto países desarrollados como en vías a lograrlo han tenido que enfrentar la ampliación de infraestructura y servicios tradicionales del Estado, tales como la salud, educación, justicia y defensa. Así comenzó una fuerte revisión sobre quién debía hacerse cargo de la entrega de aquellos servicios, que usualmente estaban en manos de organizaciones del sector público. Según Anneloes Blanken, estos cambios, impulsados por un consenso ideológico, se basan en los principios de la Nueva Gestión Pública (NGP).

“A lo largo del siglo veinte, los gobiernos han estado limitando sus tareas en favor del mercado. Estas décadas han sido testigo de una predominancia del pensamiento neoliberal. El traslado de estas ideas a la práctica ha guiado a una adopción de los principios del neoliberalismo en un amplio espectro de reformas que envuelven directamente el sector público”, explica Blanken. En varios países de Latinoamérica se vio con buenos ojos la influencia de la Nueva Gestión Pública en los procesos de modernización de los estados. En el caso de Chile, si bien sus cimientos ideológicos fueron construidos en dictadura, en democracia se mantuvo una mirada complaciente con los nuevos modelos de gestión.

La NGP se caracteriza por ser un modelo de administración que intenta adaptar herramientas de la gestión empresarial a la gestión pública, donde la prestación de servicios está más relacionada con la demanda de los ciudadanos, introduciendo los conceptos de eficiencia, competencia y efectividad.

Eduardo Araya y Andrés Cerpa, autores de “La nueva gestión pública y las reformas en la Administración Pública Chilena”, concuerdan en que existe una influencia de administración empresarial en las organizaciones públicas: “Los principios sobre los que

yacían las antiguas formas de administrar las organizaciones públicas, tales como la preeminencia de la idea de lo público, el rol de la política, la ética del bienestar, el modelo burocrático de organización, entre los más relevantes, cedieron lugar a formas notoriamente diferentes, para algunos más flexibles y dinámicas, similares a las técnicas empleadas por el mercado y la empresa privada en la búsqueda de eficiencia, eficacia y efectividad”.

El concepto de NGP nace después del destierro de las antiguas formas de gestión pública, ancladas en el Estado de Bienestar, que concedía a éste la provisión de servicios y garantías sociales a la totalidad de la población. Con fuertes transformaciones se fue fomentando la desregulación del mercado, sobre todo desde las políticas públicas como las llevadas a cabo en la Gran Bretaña de la primera ministra conservadora Margaret Thatcher (1979-1990).

Según Christopher Hood en “A public management for all seasons?”, los principales aspectos que distinguían estas transformaciones correspondían a:

- Esfuerzos por disminuir o reversar el crecimiento del gobierno en lo referente a la provisión de personal y gasto público.
- El cambio hacia la privatización o cuasi privatización con renovado énfasis en la subsidiariedad de la provisión de servicios.
- El desarrollo de la automatización, particularmente en tecnologías de la información, producción y distribución de servicios públicos, y
- El desarrollo de una amplia agenda internacional, enfocada e incrementada en los grandes temas de Administración Pública, diseño de políticas, estilos de decisión y cooperación internacional.

Para Hood, la NGP es un matrimonio teórico entre dos movimientos. El primero es el Nuevo Movimiento de Economía Institucional, desarrollado tras la Segunda Guerra Mundial junto a teorías como la de *public choice* o elección pública (teoría que da cuenta de las fallas en el proceso de asignación de recursos que realiza el sector público, en contraposición al mercado). Esta corriente introdujo a la administración pública conceptos como la impugnabilidad sobre las decisiones, elección del usuario, transparencia y estructuras de incentivos. La segunda parte del matrimonio se compone de una oleada de

gerencialismo en el sector público, siguiendo la tradición del Movimiento de la Administración Científica Internacional. Este movimiento se basa en la administración profesional donde existe la supremacía de los conocimientos técnicos, con un alto poder discrecional para alcanzar las metas, es decir, una libertad en la administración como elemento central para mejorar la capacidad organizacional. Estos elementos son indispensables para un mejor rendimiento, a través del desarrollo de la apropiación de culturas, junto a una medición activa y ajustada de los resultados organizacionales.

Según el Informe de Política de la OCDE en 2005, la aparición de la NGP data desde los años ochenta, donde “el público comenzó a preocuparse cada vez más en la calidad de los servicios que recibían y en las opciones de elección que existían para ellos. Estaba claro que algunas de las exigencias impulsaron compromisos con el modelo tradicional en áreas como la salud, donde los países líderes caían en crisis financieras. La necesidad de responder a los cambios tecnológicos, notablemente en las comunicaciones, también impuso más costos sobre los gobiernos”. Sumado a estos y otros factores, la OCDE asegura que los gobiernos decidieron reducir el tamaño del sector público o alteraron radicalmente su estructura.

La NGP consistió en una corriente, que vino a dominar la agenda pública durante los años ochenta en Estados Unidos, Gran Bretaña, Australia, Nueva Zelanda, Canadá, y Japón, para luego expandirse por el resto del mundo, aseguran Araya y Cerpa.

Blanken argumenta que la NGP ha resultado en un cambio de roles en los proyectos de infraestructura, como por ejemplo el hecho de que las responsabilidades ahora tienen que ser compartidas entre organizaciones públicas y privadas.

Las formas de participación privada son comúnmente llamadas Asociaciones Público Privadas (APP). Estas son una respuesta global a una nueva forma de entender la administración pública, “que deriva en no solo suministrar técnicas del gerencialismo empresarial a la administración del Estado, sino asociar de facto administración de servicios públicos a manos de privados, para que exista no una apropiación del gerencialismo, sino una participación real de una organización privada, suponiendo así, un traspaso de las cualidades de eficiencia adscritas a éstas organizaciones”, define Blanken.

El Banco Mundial define a las APP según la legislación en cada país, aunque en términos generales las concibe como una asociación público-privada, que se refiere a un acuerdo entre el sector público y el sector privado, en el que parte de los servicios o labores que son responsabilidad del sector público son suministrados por el sector privado

La participación del privado puede ir desde la contratación de un servicio hasta la privatización del servicio público. De acuerdo a lo que establece el Banco Mundial existen diversos niveles que dan cuenta de la intromisión de los privados y del carácter que asume la relación con el Estado, según se indica en la figura Infografía 3.⁵

- **Reestructuración de empresas de servicios públicos, mercantilización y descentralización:**

Los gobiernos pueden acudir a la participación del sector privado para mejorar el rendimiento de sus servicios.

- **Obras civiles y contratos de servicios:**

Las organizaciones públicas pueden adquirir bienes o servicios de terceros para el funcionamiento tanto de administración como de obras, y pueden ser adquiridos en la oferta del sector privado. En Chile, este tipo de bienes o servicios son adjudicados a través de un sistema de información pública con términos y condiciones estándar, donde privados pueden ofertar productos y las organizaciones del Estado pueden comprar.

- **Acuerdos de gestión y operación:**

Es bastante complejo generalizar estos acuerdos ya que pueden tratarse de contratos de asistencia técnica hasta contratos completos de gestión y operación. A grandes rasgos, en estos acuerdos, las autoridades acuerdan con el contratista el manejo de una serie de actividades por un período de tiempo corto (de 2 a 5 años).

⁵ Para profundizar más revisar <<http://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/agreements>>

Se le paga una cuota fija al privado por la realización de tareas específicas y no depende de los resultados. En este caso el privado no pone en riesgo sus capitales. También existen contratos donde existe una retribución por metas, donde el privado arriesga más.

Este tipo de acuerdos han sido medidas transitorias para la introducción del sector privado en la gestión de infraestructuras y casi siempre son empleados en los sectores de agua y energía, donde un contrato de mayor duración, como la concesión o licitación es políticamente sensible o impracticable.

- ***Leasing / Affermage:***

Los arrendamientos son acuerdos público-privadas en las que el operador privado es el responsable de la operación y el mantenimiento de la herramienta, pero no para la financiación de la inversión. Estos contratos se dan generalmente cuando las autoridades quieren combinar un financiamiento público con la eficiencia privada. Un mayor riesgo comercial es pasado al operador privado, en comparación con los contratos de gestión, ya que existen incentivos.

- **Concesiones:**

Este acuerdo entrega al operador un derecho de larga duración para el uso de todo el capital del servicio público conferido al operador, incluyendo la responsabilidad por la inversión y la operación. Sin embargo, la propiedad del capital sigue permaneciendo en manos del Estado. Los activos se revierten a las autoridades al final del periodo de la concesión, incluyendo los capitales comprados por el operador. Generalmente, el operador obtiene sus ingresos desde los consumidores, entonces tiene una relación directa con el consumidor. Una concesión cubre un sistema de infraestructura completo.

Existen diferentes tipos de contratos en los acuerdos de concesiones, uno de ellos son los BOT (Build Operate Transfer Proyecto) que son comúnmente usados para desarrollar un capital discreto en lugar de una red completa y pueden ser nuevos.

En general, la compañía del proyecto o el operador obtiene los ingresos a través de una cuota cobrada al Estado en vez de tarifas cargadas al consumidor.

En un proyecto de Diseño-Construcción-Operación, el sector público posee y financia la construcción de nuevos activos. El sector privado diseña, construye y opera los activos para cumplir con ciertos productos acordados. La documentación de este tipo de proyectos es normalmente más sencilla que un BOT ya que no hay documentos de financiamiento y normalmente consisten en un contrato de obra civil, más un contrato de operación, o una sección añadida al contrato que abarque las operaciones. El operador no toma riesgos de financiación y normalmente se paga una suma para el diseño y construcción de la planta y luego una cuota de explotación para el período de funcionamiento.

- **Empresas Mixtas**

Esto ocurre cuando acciones de una empresa de servicios públicos se traspasan al sector privado. En el caso de un nuevo proyecto de construcción, la empresa del proyecto establecerá una estructura de propiedad de las acciones conjuntas.

El nivel de participación accionaria será diferenciada dependiendo de si el gobierno está tratando de conseguir que el proyecto quede fuera de balance, o si el gobierno quiere mantener el control de gestión de la empresa. Sin embargo, siempre hay maneras de dar control al gobierno o poder de veto, incluso negativo, sobre ciertas cuestiones de gestión, a pesar de que se transfiere la mayoría de las acciones de la entidad para el sector privado.

- **Privatización**

La desinversión completa, también conocida como la privatización, se produce cuando todos o sustancialmente todos los intereses de un Estado en un bien de utilidad o un sector se transfieren al sector privado.

Una empresa o servicio público privatizado es distinguible de una empresa comercial privada en que el gobierno en general conserva alguna forma indirecta

de control o mecanismo de regulación sobre el servicio privatizado, en la forma de una licencia concedida a la entidad para prestar el servicio del público.



La infografía 3 da cuenta de la gradualidad de participación privada en los distintos tipos de Asociaciones Públicas en donde la privatización significa la venta total de la propiedad pública. Esto significa la transferencia completa del servicio y la infraestructura al sector privado sin limitaciones de tiempo.

Blanken argumenta que existen muchas razones para señalar que la privatización de la provisión de infraestructura es indeseable para los gobiernos: “Primero, para la mayoría de los gobiernos, es esencial que sean capaces de practicar cierto derecho de propiedad y control sobre el precio de la infraestructura y servicios públicos relacionados. Segundo, la infraestructura trae consigo un número considerable de externalización negativa, como la congestión vehicular, ruido ambiental, polución e inseguridades. Los gobiernos consideran que es una de sus tareas restringir esto, o al menos tomar en consideración la externalización negativa y positiva de la infraestructura. Tercero, se argumenta

comúnmente que todas las personas debiesen tener acceso a la infraestructura. Esto no viene solamente desde una perspectiva de consideración social, sino también porque la infraestructura es vital para la economía de una nación”.

Sin embargo, Chile ha optado tanto por la privatización de empresas del Estado⁶ y en los últimos años se ha explorado la concesión de infraestructura pública como son las carreteras, autopistas, aeropuertos, cárceles y hospitales.

“Todo es concesionable”: Breve historia de las concesiones en Chile

Teniendo en consideración el esquema propuesto por el Banco Mundial, las autoridades chilenas han decidido concesionar diversa infraestructura pública desde el año 1996, sumando carreteras, aeropuertos, cárceles y hospitales.

“Todo aquello que es concesionable se debe concesionar y liberar así recursos para otras necesidades sociales”, dijo con firmeza el ex presidente de la República, Ricardo Lagos, el 27 de agosto de 2014, frente a un salón lleno de altos dirigentes del mundo productivo privado. Las palabras de Lagos resonaron en el congreso realizado por el Instituto Chileno de Administración Racional de Empresas (Icare) sobre las perspectivas de las asociaciones público privadas.

Las sentencias del ex mandatario se dieron dos días después de que el gobierno firmara un acuerdo con los y las trabajadoras del hospital Salvador Geriátrico para limitar los alcances de la concesión de aquel hospital. Ricardo Lagos decidió dar un golpe de timón y enviar señales fuertes: la concesión de servicios públicos sigue estando vigente, ya que detrás de la concesión del Hospital Salvador estaba en juego la validez del modelo de concesiones para los hospitales. Quienes se opusieron a las concesiones en la salud pública aseveraron que fue una señal clara para frenar la privatización de la salud. Los trabajadores ganaron la batalla, pero el debate permaneció abierto.

Sentado en su despacho ubicado en el barrio santiaguino de El Golf, Herman Chadwick, una de las figuras más trascendentales del gremio de los concesionarios, recuerda con entusiasmo los hechos de la historia: “Cuando Carlos Hurtado, ministro de Obras Públicas y joven doctor en Harvard, le dice a Don Patricio Aylwin que va a hacer carreteras, entonces, Don Patricio Aylwin, un hombre de derecho le dice ‘no hay plata’ y le responde:

⁶ Para profundizar, revisar “El Saqueo de los Grupos Económicos al Estado chileno” de la periodista María Olivia Monckeberg.

no se necesita plata para hacer carreteras”. Impresionado, le pregunta ¿Y cómo las va a hacer?, las voy a concesionar, respondió. Así, sale Carlos Hurtado de vuelta por el mundo y se da cuenta de que las concesiones abarcaban los caminos, pero también abarcaban edificios, plazas, lugares de entretenimiento, puertos, escuelas, hospitales, etc.”.

Existen diferentes versiones del momento exacto en que las concesiones arribaron a Chile como idea o de quién fue su impulsor. Pero más allá del detalle, los gobiernos de la transición acarrearono consigo un arduo debate sobre el rol del Estado, sus funciones y deberes. El exilio y la desarticulación de los partidos que componían el gobierno de la Unidad Popular se concentraron en un sólo objetivo: recuperar la democracia. En ese marco, las convicciones cambiaron y mientras no podían vivir en su patria, los políticos que conformaron la Concertación aprendieron de su estadía en el extranjero, donde observaron con buenos ojos el desarrollo de la social democracia europea y la posibilidad de un Estado abierto a la administración mixta: pública y privada.

“Esta parte de una idea más general que la hospitalaria, nace a comienzos de los gobiernos democráticos en los años noventa con el Presidente Aylwin. Se constata que hay una necesidad de inversión enorme en infraestructura, ya que en dictadura la inversión había caído enormemente. El país se encontraba con un gran déficit de infraestructura en todos los planos, entonces se concibe un sistema de concesiones”, recuerda Sergio Bitar, ex ministro de Minería en el gobierno de Salvador Allende (1973), de Educación en el gobierno de Ricardo Lagos (2003-2005) y de Obras Públicas en el primer gobierno de Michelle Bachelet (2008-2010)

El ex ministro de Salud, Jorge Jiménez de la Jara, también repasó el comienzo de las concesiones en el país. “Las concesiones comenzaron el año ‘91. En esa época recién se hablaba de la primera concesión que fue el túnel del Melón, que es mucho más sencillo de operar, te cobran *luca* o dos *lucas* según sea moto, auto o camión. Después en el gobierno de Frei se privatizó la sanitaria que es parte del sistema de salud, el agua potable y el alcantarillado. Esa fue una batalla bastante ardua del Presidente Frei con los distintos partidos de la Concertación de esa época para lograr imponer la idea y conseguir que se la aprobaran en el Parlamento”, señaló.

La ex ministra de salud en el primer gobierno de Michelle Bachelet (2006-2008), María Soledad Barría, agrega que las concesiones se habían echado andar con bastante fuerza en el gobierno del Presidente Lagos, “yo diría de manera bastante exitosa a nivel de obras

públicas”, y agregó que “nadie puede negar que eso significó un importante avance desde el punto de vista de las obras públicas”. La Dra. Barría argumenta que luego de la crisis asiática, “aparecía atractiva” la posibilidad de que privados pudieran hacer inversiones.

Bitar comentó que en el marco de concesiones se comenzó a buscar proyectos que pudieran tener interés de los privados, partiendo por las carreteras cuyo principal proyecto fue el eje norte sur, hasta después hacer extensivo esto a los aeropuertos. “En los siete u ocho años de aplicación, se observa que ha tenido muy buenos resultados, han llegado muchas inversiones, los procedimientos funcionan relativamente bien y se plantea también su extensión a otras áreas, de las cuales la más importante en ese momento es el plan de cárceles”, agregó el ex ministro. Es en este punto de la historia, con la primera concesión de cárceles, que comienza a aplicarse la concesión no sólo a infraestructura como carretera o aeropuerto, sino que se introduce el concepto de infraestructura social o blanda, que incluye todo aquel proyecto con sensibilidad para la población, como cárceles, educación o salud.

La normativa legal con la cual el Ministerio de Obras Públicas (MOP) licitaba las obras de infraestructura fue modificada en 1991 (con la aprobación de la Ley de Concesiones de Obras Públicas DFL N° 164 y el DS N° 240). De esta forma una empresa privada podría construir, operar y financiar un proyecto de infraestructura y luego cobrar por el uso del servicio por un plazo determinado, no más allá de los treinta años en general.

Luego, mediante la aprobación de la Ley 19.542 de 1997 se introdujeron las concesiones portuarias en puertos públicos. Además, mediante la reforma de 1997 de la ley de regulación de servicios sanitarios se establecieron las subconcesiones de estos servicios, que comenzaron a implementarse el año 2000.

El ex ministro de Obras Públicas del primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, Eduardo Bitrán junto a Marcelo Villena en su investigación “El Nuevo Desafío de las Concesiones de Obras Públicas”, destacan que entre los años 1997 y 2000, y de acuerdo a la base de datos del World Bank Private Participation, “Chile es el país que más proyectos realizó en ese período en Latinoamérica, sólo siendo superado por Brasil y México, países de mucho mayor tamaño y población. De igual forma, al analizar la tasa de fracaso de los proyectos licitados, Chile, con un porcentaje menor al 3% en ese período, exhibe el mejor desempeño de la región”.

El país ya había decidido el uso de concesiones, inspirados en la tendencia internacional y sus recomendaciones por parte del Banco Mundial, pero éstas traerían diversos cuestionamientos y evaluaciones en tanto su eficiencia económica para el Estado como en su desempeño para el bienestar social.

¿Qué son las concesiones?

El Banco Mundial define las concesiones como la entrega a un operador privado del derecho de larga duración para el uso de todo el capital del servicio público conferido al operador junto con la responsabilidad por la inversión y la operación. Sin embargo, la propiedad del capital sigue permaneciendo en manos del Estado. Los activos se devuelven a las autoridades al final del periodo de la concesión, incluyendo los capitales comprados por el operador.

Italia, Francia, España han usado las concesiones para construir autopistas por muchos años, y Australia, Nueva Zelanda y Estados Unidos han usado el sector privado en la provisión de cárceles, caminos y hospitales. En los tempranos años noventa, el gobierno de Gran Bretaña trabajó el *Private Finance Initiative* (PFI), una variante británica de la concesión, en un intento de atraer al sector privado para un amplio rango de proyectos de gobierno, en sectores como la salud, prisiones, transporte y defensa. Los PFI fueron introducidos en 1992 y han sido tan fuertes en Gran Bretaña que ya no se considera como una iniciativa, sino como parte de la política pública. Si bien las concesiones comenzaron bajo los gobierno de conservadores, posteriormente fueron adoptadas con gran entusiasmo por la administración laborista.

“Cuando el gobierno Laborista asumió el cargo en 1997, el PFI fue favorecido desde el principio. El Laborismo podría haber detenido la iniciativa, pero optó por dar al PFI un tratamiento especial bajo el paraguas que hoy se conoce como la “tercera vía”, describe el experto en concesiones hospitalarias, Anneloes Blanken.

El PFI británico fue fuertemente ideológico, impulsado por una creencia en la primacía del sector privado y la necesidad de que el sector público debe ser sometido cada vez más a las influencias del sector privado. Según Blanken, la decisión de mantener y propiciar las concesiones por parte del Laborismo fue pragmática. Cuando entró el partido laborista al gobierno británico, los procesos de licitación fueron reacondicionados y se introdujo una

legislación para clarificar el estatus de los órganos de contratación. Como resultado, los PFI fueron extendidos a otros sectores, donde no se consideraba aplicable anteriormente, como en la salud.

En Chile se adoptaron las concesiones desde el año 1996, primeramente en carreteras, luego en aeropuertos, autopistas, cárceles y finalmente, en hospitales. En éstos últimos, el concesionario tiene la responsabilidad de diseñar, construir, mantener y operar el hospital por 15 años, como es el caso de los dos primeros hospitales concesionados en las comunas capitalinas, Maipú y La Florida.

Los problemas en las concesiones en Chile

El auge de las concesiones entusiasmaba a un amplio sector del mundo político y económico, pero, con las cuentas en mano, se evidenciaron varios problemas que develaban un alto grado de ineficiencia. “Ya a las alturas del 2005, 2006, la concesión de cárceles tiene un serio traspié considerando que se tienen que coordinar dos ministerios distintos, a diferencia de un aeropuerto o de una carretera que la hace el MOP, acá se requería una concordancia con gendarmería y justicia”, aseveró Sergio Bitar.

La ex ministra de Salud, María Soledad Barría explicó que “había un modelo bastante consolidado desde las obras públicas que en principio no tenían prácticamente servicios, habían muy pocos servicios implicados”. A los ojos de la ex titular de salud, el avance de las concesiones en recintos carcelarios no fue una “buena experiencia” por la complejidad que presenta este tipo de proyectos. Barría asegura que “las capacidades de contraparte del Estado, para hacer esos convenios y contratos, no fueron fáciles de manejar”, es por eso que concluyó que era prematuro aplicar las concesiones a hospitales públicos.

En base a la experiencia pedregosa para el Estado en materia de manejo de contratos de concesión en las cárceles, el primer gobierno de Michelle Bachelet, junto al ex ministro de Obras Públicas, Eduardo Bitrán, decidieron reformar la ley de concesiones, dotando de mejor capacidades al Estado para negociar con los empresarios. Sergio Bitar (ex ministro de Obras Públicas en 2008-2010) comenta que la reforma a la Ley de concesiones publicada en 2010, se pensó para reforzar la capacidad del Estado, de manera que el Estado no fuera objeto de demandas desproporcionadas, dando también las garantías

necesarias “para que los privados no dejaran de interesarse en esto”, aseguró el ex ministro.

Así mismo, según la investigación de Eduardo Bitrán y Marcelo Villena, “El Nuevo Desafío de las *Concesiones* de Obras Públicas en Chile”, la necesidad de la reforma surge tras constatar que el programa de concesiones en infraestructura del MOP “adoleció de deficiencias que afectaron la transparencia, las cuentas fiscales y la eficiencia en la implementación de los proyectos”.

Un síntoma de estos problemas –explica la investigación- lo constituyen las continuas renegociaciones y excesivos litigios, lo que implica en la mayoría de los casos, aumentos en el presupuesto que el Estado había calculado inicialmente para financiar los proyectos. En promedio, cada concesión fue renegociada tres veces, muy por encima del promedio internacional.

Los contratos de concesiones contemplan una larga duración lo que dificulta especificar cada detalle en los escritos. Es por eso que, ante ciertos acontecimientos o cambios, el Estado a través del MOP y la empresa concesionaria deben renegociar algunos puntos del contrato. Según indica el artículo de Bitrán y Villena, se estudiaron todos los contratos de concesiones licitados hasta el año 2005 y encontraron que adicionalmente a la inversión licitada en 49 contratos por US\$ 8.400 millones, se incurrió en gastos extras a lo licitado por US\$ 2.820 millones. De éstos, más de US\$2.300 millones se negociaron de común acuerdo entre el concesionario y el MOP, sin licitación y sin que se publicaran las modificaciones de los contratos hasta varios años después de realizados. “Es importante destacar que todas las modificaciones de los contratos se publicaron recién a mediados del año 2006”, añaden los economistas.

Los autores tomaron los datos de Engel, Fisher y Galetovic, quienes analizaron los resultados del programa de concesiones. Su objetivo era evaluar qué significación tenían las inversiones adicionales realizadas sin licitación o como fruto de una compensación establecida por arbitraje. “Los resultados indicaron que la inversión definida por licitación alcanzó a 8.600 millones de dólares en 50 proyectos adjudicados entre 1993 y 2005, y que el gasto adicional al monto licitado originalmente fue de 2.800 millones de dólares (un 33% más que el monto licitado), pagados en general por el fisco. De este monto, más del 50% correspondía al aumento de costos pagados por el Estado de las obras originalmente comprometidas en licitaciones a suma alzada. Casi el 85% del gasto

adicional fue establecido por negociación de mutuo acuerdo con un proveedor monopólico”, sostienen Bitrán y Villena.

Los análisis que existen hasta antes de la modificación a la ley de concesiones del año 2010, dan cuenta de que la resolución de controversias entre el Estado y el concesionario demostró ser favorable para el sector privado.

Ante la luz de estas evidencias, la investigación valora que “la renegociación de concesiones es un mecanismo del que se ha abusado, y ha permitido comprometer significativos recursos a futuro evitando que ello se refleje en el presupuesto”. Además, advierte que la autoridad no tiene incentivos para invertir en fiscalización ya que privilegia la creación de nuevas obras públicas por sobre la mantención de las ya existentes. Hasta el año 2006 había muy pocos casos de sanciones a concesiones en operación por incumplimiento de los niveles de servicio.

Estos resultados ponen en cuestión la afirmación de que la eficiencia económica de las concesiones superaría a la construcción de infraestructura pública tradicional, ya que el alza en los presupuestos afecta directamente a las arcas fiscales. Esto significaría que finalmente, los proyectos de concesiones resultan en ganancia privada y pérdida pública.

Debilitamiento del MOP

El año 2000 se destapó uno de los casos de corrupción más grandes que ha vivido el Ministerio de Obras Públicas. Sara Oliva, secretaria y persona de confianza de Héctor Peña Véliz (dueño de la empresa GATE), destapó el vínculo comercial entre el Ministerio de Obras Públicas (MOP) y la empresa Gestión Ambiental y Territorial (GATE S.A.). En tribunales, Oliva declaró que su ex jefe, Héctor Peña, obtenía licitaciones del MOP para financiar campañas políticas. Contraloría comenzó a investigar dos contratos por 1.440 millones de pesos que el MOP le adjudicó a GATE en 1999 y 2000, lo que correspondería a sobresueldos para cerca de 79 funcionarios.

El proceso de investigación fue asumido por la jueza Gloria Ana Chevesich el 21 de enero de 2003, quien trabajó en conjunto con el Laboratorio de Criminalística de la PDI. El ex ministro del MOP, Carlos Cruz, fue procesado por fraude al fisco junto a Sergio Cortés (ex jefe de Finanzas de Vialidad del MOP, comisionado por el Partido Socialista para recolectar fondos al interior de Obras Públicas para las elecciones municipales de

diciembre 2000), y Roberto Salinas (ingeniero de la Coordinación General de Concesiones), porque en representación de la Dirección General de Obras Públicas firmó con consultoras contratos cuyos precios eran superior a la norma. Ante el escándalo se develaron otras empresas que pagaban sobresueldos a funcionarios del MOP. Entre estas figuran Auditorías Ambientales Ltda. de Gustavo Alfaro y de Héctor General; y Asyr Contadores, propiedad de los dos anteriores más Yerko General. Además de Belfi, M.I.S. y C.C.P. Ingenierías. En abril de 2003, Carlos Cruz y otros 3 ex funcionarios de la cartera fueron encausados por fraude y estafa al fisco.

En julio de 2007, tras incautar correos electrónicos de la Coordinadora General de Concesiones, se condenó al ex funcionario del MOP, Julio Toro, a 541 días de cárcel remitidos por exacción ilegal. En agosto de 2008, se vuelve a procesar al ex ministro Cruz por fraude al fisco por \$30 millones de pesos. Una pericia contable concluyó que el perjuicio fiscal defraudado alcanzó un total de \$1.253.352.295 de pesos, sólo en la causa principal.

Al año 2002, el MOP comenzó a sostener un sobreendeudamiento a través de obras públicas lo que, según Bitran y Villena, llevó a la remoción del ministro de Obras Públicas por insistencia del ministro de Hacienda. “Este evento y el affaire MOP-GATE condujeron a un debilitamiento de la capacidad del MOP para preparar proyectos en forma eficiente y efectiva”, consideran Bitrán y Villena.

El Dr. Roberto Tapia, jefe del departamento de concesiones del Ministerio de Salud en el primer gobierno de Michelle Bachelet aseguró que “en la década de los noventa efectivamente hubo problemas de sobre costo en cárceles y en otros proyectos y eso fue real”. En 2010 se reformó la ley de concesiones principalmente por la evidencia señalada en la investigación de Bitrán y Villena. Las bajas facultades que sostenía el Estado al momento de renegociar. El cambio en la ley de concesiones introdujo una serie de cambios en la estimación en el desarrollo de las negociaciones y en los arbitrajes, dotando al Estado de mayor capacidad de defensa ante los problemas contractuales.

Pero antes del cambio a la ley, ya en el gobierno de Ricardo Lagos y ante la tarea pendiente de aumentar los presupuestos de inversión en infraestructura hospitalaria, la idea de aplicar las concesiones en la salud comenzó a sonar como una buena alternativa para resolver el problema. El ex ministro de Salud de la época, Pedro García (2003-2006), fue uno de los principales interesados en implementar el modelo en Chile para su

aplicación en el Hospital Salvador Geriátrico. Lo que comenzó como una idea a comienzo de los años 2000, llevó a Chile a tener cinco hospitales concesionados, con el cuestionamiento de trabajadores de estos servicios, parlamentarios y académicos. A pesar de que su continuidad está puesta en duda, el camino a la privatización de los hospitales públicos ya tomaba forma.

Concesiones Hospitalarias

Los primeros hospitales concesionados chilenos son los hospitales capitalinos de Maipú y La Florida, licitados en 2008 y adjudicados a la empresa española San José Tecnocontrol en 2009 para su construcción y operación por 15 años. Pero la historia de cómo Chile llegó a optar por concesionar la salud pública se fue cocinando desde mucho antes.

“Me acuerdo perfecto porque yo estaba en el Ministerio de Salud trabajando, y estas ideas empezaron por el año 2001, cuando Obras Públicas empezó a proponer el tema en base al éxito, ‘entre comillas’, que estaban obteniendo las concesiones en carreteras y cárceles”, recordó Camilo Cid, ex asesor del Ministerio de Salud, economista y académico del Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica.

“Recuerdo que llegó la idea al Ministerio de Salud y así empezó a circular, pero básicamente hubo primero una razón ideológica, que hay que tener en cuenta, que viene de mucho antes, la idea de que la gestión privada es mejor que la pública”, aseveró Camilo Cid. “Esto es una razón ideológica”, subrayó, “ya que hay muchas personas que están a favor de todo lo que aparezca como una cosa novedosa desde el sector privado”.

El ex ministro de Salud del ex Presidente Patricio Aylwin (1990-1994), primer mandatario de la postdictadura o de la transición democrática, Jorge Jiménez de la Jara, recuerda que es en el gobierno de Lagos cuando se empezó a conversar de manera más concreta la idea de concesionar hospitales: “se empezó a discutir la teoría sobre qué concesionar, si el edificio y los servicios no médicos”, argumentó Jorge Jiménez, quien recordó que, mientras ejerció su cargo de ministro, había un claro diagnóstico sobre la falta de inversión pública que había legado la política del régimen militar.

Antes de que las concesiones hospitalarias se posicionaran como alternativa para financiar infraestructura en salud, en los años '90 hasta comienzos del 2000 la inversión fue posible por la cooperación internacional del Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y alemana, los que, a través de préstamos al Estado, permitieron aumentar el gasto público en Salud para financiar la construcción de nuevos hospitales. “Esos proyectos ayudaron a rehabilitar la red que estaba muy alicaída durante la dictadura. Se construyeron algunos hospitales que venían anteriormente como el de Valdivia o San Felipe; hospitales con estándares bien tradicionales y el último que se construyó fue el Tisné, el San José y nada más”, rememora el ex asesor del Minsal, Roberto Tapia.

El financiamiento a la construcción por esta modalidad fue fructífera, pero insuficiente debido a la gran brecha que dejó el gobierno anterior, ya que no construyó hospitales y se disminuyó el gasto público de salud, por ejemplo en 1987 era equivalente al 2% del PIB cuando un país del tamaño del nuestro debería tener un gasto de al menos un 6% del PIB, según recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este contexto, surge la idea de concesionar para financiar los hospitales. La ex ministra de Salud, María Soledad Barría, explicó que “durante la crisis asiática en los años 2008 y 2009, se asomaba una crisis en la cual no contábamos con los recursos inmediatos. Esto tiene que ver también con los equilibrios macroeconómicos, a pesar de que se venía aumentando la inversión en salud”.

Al final del gobierno del Presidente Lagos (2000-2006) quedó comprometido un presupuesto de inversión de cincuenta mil millones de pesos aproximadamente para el 2006. Cuando llega la Presidenta Bachelet se construyeron centros comunitarios en salud y al final del gobierno se estaban invirtiendo aproximadamente cincuenta mil millones de pesos. Sin embargo, las brechas de recintos hospitalarios son bastante grandes en Chile, lo que se puede explicar por el envejecimiento de la población, por las bajas coberturas históricas, por mayor demanda de calidad de la población. Por ejemplo, los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) al cual Chile pertenece, tiene una media de camas por mil habitantes de 4,9, en los países más desarrollados llegan a 6 camas y en Chile hay 2 camas por mil habitantes.

Roberto Tapia también teorizó sobre las razones que movieron al gobierno de Ricardo Lagos y luego al de Michelle Bachelet para avanzar en la línea de las concesiones. El

experto en concesiones explica que las tasas de inversión estuvieron, normalmente, en torno al 10% del presupuesto histórico desde la vuelta a la democracia. “Con esas tasas se logró reponer, construir nuevos hospitales”, añade el Dr. Tapia, quien aseveró que es común el freno al gasto público en salud por parte de los ministerios de Hacienda, ya que, a su juicio, “en cualquier revisión de literatura de economía de la salud se indica que mientras más compleja es la inversión, mayor es el gasto”.

El ex ministro de Obras Públicas, Sergio Bitar, asegura que la decisión de concesionar fue del gobierno de Ricardo Lagos y no específicamente de un ministerio en particular. “La inversión pública creció mucho y se vio la posibilidad de hacer inversiones desde ministerios como el de Obras Públicas y, naturalmente, el Ministerio de Hacienda hace una revisión final, porque cuando se realiza una concesión se tiene que tener claro cuáles va a ser el gasto fiscal. Pero fue una decisión de gobierno, yo no diría que solamente de Hacienda”, aclaró.

Ante las necesidades, la idea de aplicar las concesiones comenzó a difundirse, principalmente entre los ministerios de Hacienda y de Obras Públicas. Desde Salud, comenzaron a instruirse en el tema, mirando con muy buenos ojos la experiencia en el extranjero. El entonces ministro de Salud del gobierno de Ricardo Lagos, Pedro García, fue uno de los principales interesados en implementar el modelo en Chile para su aplicación en el Hospital Salvador Geriátrico.

Durante el gobierno del ex Presidente Lagos, el Dr. Roberto Tapia, quien estuvo a cargo de la oficina de cooperación y asuntos internacionales, explicó que a raíz de la experiencia en Inglaterra se empezó a hablar de concesiones precisamente con la idea de reponer el Hospital Salvador Geriátrico. “Esto consistía en la reposición del hospital, con la ambición de incorporar también ahí el Hospital de Neurocirugía y el Hospital del Tórax. O sea, tener un gran complejo hospitalario para el área oriente de la capital”. Según el asesor, cuando el proyecto del Hospital Salvador Geriátrico se empezó a desarrollar había un equipo interno del servicio de salud. Luego al asumir el Dr. Pedro García como ministro, le da máxima prioridad. “Él conocía bien el proyecto, era un hombre formado en el área oriente, con lazos históricos ahí”, destacó Tapia, para quien desde la oficina de cooperación y asuntos internacionales movilizaron cooperación técnica para que el proyecto tuviera los mejores estándares de diseño y formas de operar. “Apoyamos de varias maneras, trayendo consultores, llevando gente a Estados Unidos, a Europa a recorrer hospitales, a conocer los modelos”, relató.

Lo que comenzó como una idea empezaba a convertirse en una convicción liderada principalmente por el ex ministro García. La experiencia internacional existía y entusiasmaba a los asesores del gobierno de Ricardo Lagos. Al término de su gobierno, el proyecto estaba listo para licitarse, pero se decide dejar su ejecución en manos del próximo gobierno

Sin embargo el proyecto enfrentó cuestionamientos y no lograba convencer a la administración de Michelle Bachelet. La ex ministra Barría evaluó que el Hospital Salvador era un proyecto “impensable” ya que en aquella época había una gran necesidad de inversiones y “no podíamos darnos el lujo de gastar esa cantidad impensable de recursos en reponer hospitales que estaban buenos”.

Sergio Bitar, recuerda que cuando asumió el Ministerio de Obras Públicas durante el primer gobierno de Michelle Bachelet, no existía voluntad desde el Ministerio de Salud para llevar a cabo los hospitales concesionados, aun cuando se comenzó a estudiar la necesidad de construir muchos hospitales. “Se vio que no alcanzaban los recursos públicos, entonces, se tuvo que analizar otras fórmulas y otra manera de aumentar la construcción era atraer inversión privada”. La jefa de la cartera de Salud en ese tiempo, María Soledad Barría, agrega que no hubo un consenso homogéneo respecto de la implementación de concesiones en salud. “Había una amplia discusión porque no existían certezas, no se había probado, había mucho entusiasmo en España, desde un gobierno derechista de llevar adelante estas concesiones y, bueno, uno miraba con reticencia, pero veníamos haciendo un esfuerzo público muy fuerte en inversión y nos dábamos cuenta de que no daba abasto, porque la necesidad de la inversión era tremenda”.

Las autoridades evaluaron que el Hospital Salvador es un complejo bastante grande, lo que significaba una gran dificultad para ser el primer modelo de concesiones. Sin embargo, el gobierno de Ricardo Lagos había puesto en práctica un nuevo modelo hospitalario experimental, que sería la antesala para una concesión.

Un experimento previo

Los Establecimientos Experimentales fueron creados en 2002 e incluyen el Hospital Padre Hurtado, el Centro de Referencia de Salud (CRS) Cordillera, de Peñalolén, y el CRS de Maipú. Estos recintos de la capital chilena tienen carácter experimental, ya que son administrados de forma diferente a la red de salud habitual. Pertenecen a los Servicios de

Salud Suroriente, Central y Oriente, respectivamente, pero son descentralizados y su director ejecutivo es nombrado directamente por el o la Presidenta de la República.

Al ser un establecimiento descentralizado significa que administrativamente es autónomo del servicio de salud al cual pertenece por domicilio. Su director tiene la misma jerarquía que un director de servicio y el presupuesto es propio. Estos tres recintos también se guían bajo la lógica de la gestión por resultados. Esto corresponde a que lo fundamental es el resultado de acuerdo a la oferta entregada. No considera necesariamente la demanda, ni menos los necesarios ajustes por riesgo o tipo de población, además considera incentivos económicos para asegurar el aumento en la producción de prestaciones.

Los establecimientos están organizados en Gerencias y Departamentos, donde gracias a la gestión autónoma, sólo el Jefe Superior puede determinar la estructura y organización interna del establecimiento, así como las funciones y atribuciones específicas de sus dependencias y jefaturas. Además, es esa persona quien contrata a los trabajadores y pone término a sus servicios.

En cuanto a su forma de financiamiento utilizan los siguientes recursos: a) Con los ingresos que resulten, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes. b) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469.⁷ c) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. d) Con los bienes que adquiera por donación, herencia o legado. e) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, multas y otros recursos que le corresponda percibir. f) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios. g) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras, y los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

Así mismo, tiene la facultad de celebrar convenios para otorgar prestaciones y acciones de salud, pactando precios y modalidades de pago así como contratos de servicios externos con personas naturales o jurídicas para el desempeño de tareas o funciones,

⁷ Por concepto de prestaciones que se otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469.

aun cuando sean propias y/o habituales del establecimiento. Esto sugiere una lógica de autofinanciamiento, donde puede tanto comprar como vender servicios para mantenerse.

Este nuevo modelo puso en alerta a varias agrupaciones de salud ya que modificaba en gran medida la red tradicional de salud e incorporaba lógicas tendientes a la mercantilización de la salud, por sobre la responsabilidad del Estado en ella. En el año 2014, el académico y doctor, director de la Escuela de Medicina de la universidad de Santiago, Mauricio Osorio realizó en un exhaustivo diagnóstico publicado en la revista científica Medwave sobre los establecimientos experimentales. Entre sus resultados, visualizó la falta de trabajo en red, donde por ejemplo, “la unidad de emergencia adultos del Hospital Padre Hurtado, la cual era una necesidad de la red que se construyó y demoró casi dos años en iniciar su funcionamiento. Sin embargo, el colapso en adultos era del Hospital Sótero del Río, que era el otro establecimiento a cargo de la atención de dicha población”, según describe Osorio. “Todas las instrucciones, recomendaciones, sugerencias y coordinaciones hechas por el director de servicio dependen absolutamente para su implementación de la voluntad del director ejecutivo del establecimiento experimental”, explica el experto.

Otro problema diagnosticado fue la inseguridad laboral de los trabajadores. La modalidad que establecen los Decretos con Fuerza de Ley, que crean los establecimientos experimentales para contratar al respectivo recurso humano, es el Código del Trabajo, por tanto, los trabajadores no pertenecen a la carrera funcionaria del Servicio de Salud, no teniendo la condición de funcionarios públicos.

Osorio detectó que “una vez contratado en un establecimiento experimental, de acuerdo teóricamente a competencias, se queda encasillado en una letra; y para modificar esto depende completamente de la decisión del director ejecutivo. En resumen, podría darse el caso de que una vez contratado, nunca más se asigne una letra diferente. O lo que es peor, que un recién llegado con menos experiencia, quede clasificado mejor que alguien de mayor antigüedad y con mayores competencias reales. No hay posibilidad de ascensos por mérito o antigüedad. Este punto ha sido causante de migración de estos establecimientos de diversos especialistas médicos”.

El Hospital Padre Hurtado pasa por serias complicaciones de recurso humano, especialmente en urgencia pediátrica. El 90% de los 30 pediatras que han migrado desde esta urgencia, lo han hecho a otros hospitales públicos, en la búsqueda de los beneficios

de la Ley Médica de Urgencia (15.076). Sólo un 10% lo han hecho al sector privado, señala el documento. La consultora Gerencia Salud también realizó un diagnóstico para la Dirección de Presupuestos del Estado de Chile (Dipres), señalando sobre este punto que “la gestión de RRHH en los Establecimientos Experimentales se ve dificultada y representa una amenaza por cuanto los niveles de remuneración están por debajo de aquella ofrecida en otros establecimientos públicos, principalmente en las Asignaciones de Estímulo y de Responsabilidad”.

Este último informe destaca que la hipótesis de que el modelo experimental permite una gestión más eficiente y un mejor uso de los recursos, a través de la aplicación de modelos de gestión flexibles y eficaces, “no puede ser comprobada con el análisis comparativo realizado. Los principales motivos son metodológicos, los que en su conjunto imposibilitan concluir sobre las ventajas comparativas del modelo experimental”.

Este sistema, creado solo seis años antes de la primera licitación de concesiones, fue la antesala para la aplicación de la teoría de la Nueva Gestión Pública en la salud, priorizando la descentralización y la administración gerencial en los hospitales. A pesar de la falta de diagnóstico de sus resultados, se tomó como un modelo a seguir para las concesiones hospitalarias venideras.

¿Qué son las concesiones hospitalarias?

Las concesiones más comunes en Chile son las carreteras. Explicar su funcionamiento no es tan complejo ya que básicamente es el permiso que le entrega el Estado a una empresa privada para que construya carreteras y pueda cobrar por el uso de ellas, comprendido en términos técnicos como la “explotación” de ellas. La mayor parte de los chilenos está familiarizado con este sistema de pago de peajes. A este tipo de concesiones, como carreteras, electricidad, alcantarillados, se le llama comúnmente “concesiones duras” o de “infraestructura económica”. Sin embargo, las concesiones de hospitales, cárceles o escuelas son llamadas “concesiones blandas” o “infraestructura social”, ya que reúnen una serie de características, tanto de su funcionamiento interno como de financiamiento

Los contratos del sistema chileno de concesiones son del tipo *D.B.O.T. (Design, Build, Operate and Transfer)*, que esencialmente consisten en incorporar la participación del sector privado en el diseño, construcción y explotación del hospital para que una vez

finalizado el plazo de concesión, el concesionario entregue dicha obra al Estado, que puede volver a licitar la concesión. La Ley de Concesiones faculta al Ministerio de Obras Públicas a otorgar en concesión toda obra pública, salvo en el caso que tales obras estén entregadas a la competencia de otro ministerio, servicio público u otro organismo integrante de la administración del Estado. Este es el caso de los hospitales que se encuentran bajo el mandato del Minsal que puede delegar el proyecto al MOP, mediante convenio de mandato.

Si en las concesiones duras, la empresa adjudicada adquiere sus dividendos mediante el cobro del servicio como, por ejemplo, el peaje o el TAG en el caso de las autopistas, las concesiones blandas son generalmente subsidiadas por el Estado a cambio de la construcción de la infraestructura. Pero el Estado no solo subsidia la construcción, sino que además realiza un pago por la mantención del recinto y servicios auxiliares como el servicio de limpieza, alimentación, seguridad y hasta estacionamientos. En Chile se adoptó este modelo similar al modelo británico llamado *PFI (Public Finance Initiative)* donde lo único que no está en manos del privado es la “bata blanca” o gestión clínica, es decir, la atención de salud.

En Chile se utiliza el contrato de concesión *DBOT* en el cual el concesionario es responsable del diseño, la construcción de la infraestructura y su mantención, la provisión del equipamiento industrial, la provisión del mobiliario no clínico y la prestación de servicios no clínicos de apoyo durante el periodo de concesión.

Dentro del servicio de mantenimiento se contempla satisfacer las condiciones, físicas y técnicas, de algunas instalaciones y equipamiento, entre las cuales se indican las siguientes:

- Infraestructura general

- Sistema de aguas

- Sistema de energía e iluminación artificial

- Sistema de corrientes débiles

- Sistema de distribución de gases clínicos medicinales
- Sistema de climatización
- Transporte Vertical
- Áreas verdes y paisajismo

Los servicios de apoyo al funcionamiento del hospital que el concesionario puede prestar son los siguientes:

- Servicio de aseo y limpieza general, gestión integral de residuos hospitalarios y control de vectores sanitarios
- Servicio de gestión de ropería y vestidores
- Servicio de alimentación de pacientes y funcionarios
- Servicio de cafeterías
- Servicio de seguridad y vigilancia
- Servicio de estacionamientos de personal y visitas
- Servicio de sala cuna y jardín infantil

Además el Concesionario podrá operar y explotar algunos servicios complementarios no obligatorios asociados al funcionamiento y atención al público, entre los cuales se indican los siguientes:

- Alimentación a visitas y público en general
- Estacionamientos adicionales para visitas de pacientes
- Servicios de publicidad

- Máquinas Dispensadoras
- Áreas Multiservicios (fotocopias, cajeros automáticos, florerías, etc.)
- Otros que las Bases de Licitación determinen como compatibles con la concesión.

Las principales diferencias entre un hospital concesionado y uno tradicional son las siguientes:

- 1) **Financiamiento:** El hospital tradicional es financiado para su construcción con presupuesto del sector y se mantiene principalmente a través de ingresos de pagos por los seguros de salud (Fonasa e Isapre) y en menor medida por asignaciones desde el Minsal. En tanto, los hospitales concesionados mayoritariamente se financian gracias a una inversión inicial de parte del privado para la construcción, donde principalmente el capital proviene desde préstamos de entidades financieras internacionales. Luego, el Estado establece un subsidio fijo para pagar a la concesionaria la construcción, más otro subsidio por mantención.
- 2) **Gestión:** Las concesiones hospitalarias se rigen por un contrato entre el Ministerio de Obras Públicas y la empresa privada. En las primeras etapas, la coordinación entre el Minsal, el MOP y la empresa sugiere un mayor nivel de atención a diferencia de la construcción tradicional. En la etapa de mantención, la concesión permite que parte de la administración hospitalaria pase a manos de la empresa concesionaria, en mayor o menor medida según los servicios que incluya el contrato de concesión. De esta manera se genera una diferenciación entre la administración de mantención y la administración clínica.

Motivos para concesionar

Existen dos motivos básicos por los cuales algunos gobiernos han impulsado las concesiones hospitalarias. Por un lado existen los motivos pragmáticos que dicen relación con la necesidad de inversión en infraestructura hospitalaria y la facilidad que otorgan en tanto el gobierno paga en cuotas los costos y no desembolsa una gran cifra en un principio.

En segundo lugar, existen motivos ideológicos que obedecen principalmente a la teoría de gestión llamada *New Public Management*, que incorpora al sector público, los beneficios en gestión y eficiencia de las estructuras organizacionales del sector privado.

El investigador holandés Anneloes Blanken describe que existen tres principales motivos para concesionar hospitales, siendo el primero de ellos, el motivo político “movido por los principios del *New Public Management (NPM)*”. Dentro de la doctrina del NPM se pueden identificar dos grandes motivos:

- 1) **Eficiencia:** La eficiencia que generaría la concesión es la razón medular que defiende la política de la NPM. Blanken señala que ésta doctrina de gestión establece que existe mayor eficiencia a través de la competencia. “La competencia es vista como el principal motor para asegurar mejoras continuas en la prestación de servicios públicos, y la evaluación comparativa de los servicios genera una medida de la eficiencia relativa. Dado que las empresas privadas tienen que competir entre sí con el fin de ganar una concesión, esta demanda produce un conductor claro para la rentabilidad en comparación con la contratación del sector público convencional. La participación del sector privado se ofrece como un medio más responsable de mejorar el desempeño exitoso porque se basa en una sana competencia en la forma de hacer una oferta del sector privado para el derecho de ofrecer el servicio en cuestión”, explica Blanken.
- 2) **Transferencia de Riesgos:** Otra gran característica a la que apunta la defensa de la política pública es la transferencia de riesgos. Esto básicamente significa que al ser un proyecto mixto entre Estado y una empresa privada, los tradicionales riesgos asociados a la construcción como los sobrecostos o demoras, van a ser compartidos entre ambas institucionalidades y no solamente el Estado, como ocurre en la construcción tradicional, quien termina siendo el único responsable.
- 3) **Macroeconomía:** El tercer gran motivo para concesionar es la necesidad de estabilizar la macroeconomía. “Las economías nacionales se enfrentan cada vez más una capacidad reducida para financiar la prestación de servicios públicos a finales del siglo veinte y hay una presión a la baja sobre los presupuestos de capital público durante ese tiempo”, argumenta el autor. En conjunto con esto se identifica también una amplia necesidad de reponer edificios de hace décadas, ya

que Blanken confirma que “la infraestructura tampoco ha podido seguir el paso al crecimiento de la población”. Como último motivo, Blanken destaca que existen motivos del sector privado, ya que las concesiones “pueden atraer al sector privado porque es una operación en un largo periodo de tiempo y los contratos pueden ser bien lucrativos, ya que existe un alto valor por otras corrientes de ingreso en la parte de operación de la concesión”.

De manera más particular, la Dra. Vivienne Bachelet resume en diez las razones específicas por las cuales los gobiernos chilenos han implementado las concesiones:

- 1) Se podría cerrar la brecha de infraestructura sanitaria más rápidamente.
- 2) No habría deuda fiscal.
- 3) El riesgo se traspasaría a los privados.
- 4) Se introduce el conocimiento experto de los privados en gestión.
- 5) Se aprovecha una supuesta mayor eficiencia de los privados en el uso y administración de recursos.
- 6) Se posterga el pago de la infraestructura obtenida a administraciones futuras.
- 7) Se libera al mercado para que opere con sus plenas potencialidades de creación de valor.
- 8) Se liberan recursos para que el Estado invierta en política social.
- 9) Se puede evitar el sistema de compras públicas (el régimen público) que hace larga y engorrosa la dotación de equipamiento para los hospitales.
- 10) Se mantiene intacto el principio de subsidiariedad del Estado.

Concesiones: ¿Mejor o peor?

En cuanto empezó a tomar forma la idea de concesionar hospitales en Chile, varios actores analizaron las implicancias políticas con lo cual se cuestionó la idoneidad de su aplicación. Ante las dudas, el principal debate –que aún permanece abierto- gira en torno a la pregunta sobre si la concesión privatiza o no la salud pública y si es o no beneficiosa para el Estado como política pública. El debate es extenso y en él existen dos principales aristas: la dimensión pragmática y la ideológica.

En la dimensión pragmática se puede esclarecer el debate de mejor manera debido a la evidencia que ha existido a nivel internacional y su aplicación en Chile. Existen al menos seis aristas pragmáticas que intentan evaluar la pertinencia de las concesiones en la salud:

Falta de antecedentes para evaluar

Camilo Cid es Ingeniero Comercial, mención Economía; licenciado en Ciencias Económicas; Master of Arts en Economía por la Georgetown University y Ph.D. en Economía de la Salud por la Universität Duisburg-Essen de Alemania. Cuenta con 20 años de experiencia en diseño y desarrollo de estudios y proyectos sobre financiamiento, aseguramiento y desarrollo de sistemas de salud. Actualmente se desempeña como profesor asistente en el Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile, donde enseña e investiga sobre Economía de la Salud y Economía de las Políticas Públicas. El académico asegura que en Chile “efectivamente no hay una evaluación previa seria, una evaluación social de los proyectos que sea robusta”.

Si bien Chile desde 1996 ha recorrido un largo camino en concesiones, la experiencia en hospitales es bastante reducida incluso a nivel mundial. Inglaterra, a través de sus PFI, implementa dos herramientas para evaluar un proyecto de salud antes de aplicarlo, o como se usa llamar en el sector, una evaluación “*ex ante*”. El primero lleva por nombre “*value for money*” (VFM), que básicamente analiza si la iniciativa realmente entrega los beneficios que promete producir.

Anneloes Blanken define el VFM como “una examinación para determinar si la organización está manejando los recursos de manera efectiva, eficiente en las operaciones y procedimientos y si persigue los objetivos delineados”. Sin embargo, el autor previene incluso sobre este método evaluativo ya que “si bien los aspectos económicos del VFM son fácil de contabilizar, es más difícil evaluar la efectividad y eficiencia de la política ya que es difícil evaluar los resultados”.

Algunos autores, entre ellos Blanken, identifican que el VFM solo abarca la dimensión económica de una evaluación, y además se realiza antes de que la concesión entre en operación. No hay definición clara de los resultados a conseguir en esta metodología, sólo hay mediciones sobre el posible rendimiento económico, lo que genera un problema para evaluar la calidad que entrega un proyecto concesionado.

El Dr. Roberto Tapia analiza que el uso del *value for money* es muy importante “y tiene que hacerlo el que financia el proyecto, el Ministerio de Hacienda” pero asegura que “nunca lo he visto acá”. Tapia relata que la única vez que se intentó aplicar el VFM, fue cuando existió la idea de concesionar el Hospital Salvador Geriátrico, sin embargo “quedó como librito y nadie les dio pelota porque en la práctica, en Chile, los temas presupuestarios los ve Hacienda y nunca le cuenta a nadie”, agregó molesto el experto en concesiones hospitalarias.

El otro método, comúnmente también utilizado en Gran Bretaña y Australia, es el “*public sector comparator*” (PSC), conocido en el habla hispana como el comparador del sector público. El PSC funciona como un proyecto ficticio de referencia, basado en la alternativa más eficiente y estándar del sector público y describe en detalle todo el costo para el sector público desarrollado de la forma tradicional. Luego, se realiza una comparación entre la concesión y la mejor alternativa que puede proveer el sector público de manera convencional. Para obtener la aprobación de la concesión, se debe demostrar que considera costos más bajos que el PSC.

El PSC está basado en un estimado de costos futuros y costos operacionales. Blanken sostiene que no es un comparador justo, pues, por la realidad de los costos futuros, muchos cambios se hacen a los contratos originales, entonces es difícil juzgar el comparador de una manera holística: “El PSC no prevé ninguna posibilidad de estimaciones precisas de los costos en las etapas ex ante (...) Resumiendo, se puede decir que la evaluación de VFM mediante un PSC no es un proceso objetivo y que los métodos utilizados abarcan diferentes inexactitudes: en general, se reduce sistemáticamente la ventaja comparativa de PSC y disfraza la base de las ofertas del sector privado”.

A pesar de los problemas en sus mediciones, tanto el *value for money* como el comparador del sector público son las herramientas más utilizadas al momento de evaluar de manera técnica la pertinencia de una concesión. “En Chile nadie hace un *value for money* público, lo hace la división de pasivos contingentes de Hacienda, nadie lo ha publicado, yo he tratado de conseguirlo 20 veces” asegura el ex asesor del Ministerio de Salud y consultor sobre concesiones hospitalarias, Dr. Roberto Tapia.

La Dra. Vivienne Bachelet, quien publicó sobre las concesiones hospitalarias en Chile en la revista médica Medwave, complementa la evaluación de Tapia advierte que la falta

de antecedentes para la evaluación de las concesiones hospitalarias no solo se expresa en la no aplicación de las herramientas mundialmente conocidas, - como puede ser el *value for money*- sino que el debate tanto ciudadano como experto es bastante estrecho. Un ejemplo de esto es que ni el Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica ni el Instituto de Salud Pública (ISP), ambas entidades reconocidas en la investigación en torno a políticas públicas en salud, y los principales centros de formación de los profesionales de la salud en Chile no han publicado investigaciones sobre el uso de concesiones en salud, ni tienen programas formativos en sus planes de estudio y formación de post grado.

Al respecto el académico Camilo Cid hace una autocrítica ya que es muy poco lo que se ha investigado: “en tanto universidades debiéramos estar metidos en el tema, en el sentido que debiera haber más estudios y no está dentro de los temas de investigación más directos. Es una ausencia total, como país, de investigación en el tema”.

Quien tuvo responsabilidad directa con la implementación de las primeras concesiones hospitalarias en Chile, es María Soledad Barría, ex ministra de Salud en el primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet. La Dra. Barría explica que en el proceso de investigación previo a la apertura de la licitación de los hospitales de Maipú y La Florida, se hicieron evaluaciones técnicas, investigación de salud pública y visitas al extranjero tanto en el gobierno del ex Presidente Lagos como en el de la Presidenta Bachelet. Según Barría, el ex ministro Eduardo Bitrán y asesores del gabinete del Minsal estuvieron en el extranjero investigando sobre los usos del modelo de concesiones en salud.

Financiamiento

Uno de los supuestos tras la defensa de las concesiones hospitalarias ha sido la falta de capacidad de inversión que el Estado tiene en una etapa inicial. Como es el concesionario privado quien invierte el capital, y luego el Estado paga vía subsidios, permite una mayor flexibilidad para la construcción de inmobiliario público, ya que Chile no posee la cantidad de dinero que hace falta para construir los hospitales que se necesitan. En parte, esto se explica en el bajo gasto público en salud en Chile que es cerca del 4% del PIB a pesar de que la Organización Mundial de la Salud recomienda que el gasto público debe estar cerca del 6% del PIB.

Existen dos financiamientos para el hospital concesionado. El primero es el pago de la construcción, y el segundo de la operación, que significa la mantención del edificio más los servicios auxiliares que el concesionario vaya a prestar.

Sobre el financiamiento a la construcción, las concesiones implican un gasto inmediato pequeño, a diferencia de la vía tradicional, en la cual se debe desembolsar de una vez el pago por la construcción.

Los principales costos que son de exclusiva responsabilidad del Concesionario son los siguientes:

- Costos de inversión en infraestructura y equipamiento industrial
- Costos de mantención de la infraestructura y equipamiento industrial
- Costos de provisión y mantenimiento del mobiliario no clínico
- Costos de provisión de los servicios que se decida incorporar al contrato
- Costos de administración y operación de la Sociedad Concesionaria

Los pagos que deberá realizar el Estado al concesionario se dividen en tres:

- **Subsidios Fijos a la Construcción (SFC):** Corresponde al pago de 8 cuotas anuales, de un subsidio por parte del MINSAL. Estos pagos comienzan una vez terminada la construcción y aprobada la Puesta en Servicio Definitiva (PSD) de las obras. El monto máximo estimado por ambos hospitales, que podrá ofertar el licitante para este subsidio, será de 1.071.800 Unidades de Fomento (UF) para cada cuota anual, lo que equivale a 41.425.779 de dólares.⁸

⁸ Precio calculado al valor de la UF para Julio de 2015

- **Subsidios Fijos a la Operación (SFO):** Corresponde al pago semestral por los servicios básicos obligatorios prestados por el Concesionario. Estos subsidios serán pagados por el Ministerio de Salud, a semestre anticipado, durante todo el plazo de operación de la concesión y podrán ser reajustados según lo establecido en las Bases de Licitación. Su pago comienza una vez obtenida la Puesta en Servicio Definitiva (PSD) de las obras de la concesión y se encuentra supeditado al cumplimiento del nivel de servicios establecido en las Bases de Licitación. El monto máximo estimado por ambos hospitales, que podrá ofertar el licitante para este subsidio, será de UF 219.300, para cada cuota semestral.
- **Pago variable (PV):** Corresponde a un pago variable, diferenciado por cada hospital, que se activará si la demanda sobrepasa los niveles que serán establecidos en las Bases de Licitación.

La principal ventaja de este tipo de financiamiento es que se puede manejar tener un presupuesto menor en un principio. “Tiene que ver también con las restricciones macroeconómica, el gasto público no puede crecer demasiado y ese tipo de cosas son importantes a la hora de tomar estas decisiones. Porque si el Estado quisiera invertir ahora, el presupuesto de inversiones tendría que cuadruplicarse. Tiene que ver mucho con decisiones políticas, si se quieren o no se quieren hacer, más que por la eficiencia misma de la ejecución de los hospitales concesionados”, interpreta el economista Camilo Cid.

Si bien es ventajosa la inversión a largo plazo para el Estado, dicha inversión deberá ser pagada tal cual como una persona paga un crédito a largo plazo. Camilo Cid hace el parangón del financiamiento de la concesión con el comportamiento de una familia: “saben que se van a endeudar caro, pero están obligados porque el sistema bancario les impone esas condiciones”.

Esto significa que si bien es el concesionario privado quien invierte inicialmente el monto para hacer la construcción, el Estado debe pagarlo como si fuera un préstamo, pero no es reconocido como tal. En su investigación, la Dra. Bachelet identifica que para el caso de Inglaterra, “a fin de no superar los límites de endeudamiento público permitido por las reglas fiscales tanto del Reino Unido (40% PIB) o de la Eurozona (60%), el gobierno

(inglés) optó por este modelo aun cuando el costo para el erario público resultaba ser mayor que si los mismos hospitales se hubiesen construido por métodos tradicionales”.

En julio de 2011, el 17 Informe Sobre Iniciativa de Financiación Privada realizado por el *Treasury* (ministerio de Hacienda inglés) concluyó que, la introducción en 2009-2010 de las IFRS (Normas Internacionales de Información Financiera) se ha traducido en que casi toda la deuda PFI (proyectos de concesiones en general) y se incluyó en las cuentas financieras de los departamentos gubernamentales para propósitos de información financiera. Sin embargo, siempre y cuando se consideren ciertos riesgos que se pasan al sector privado en un proyecto PFI entonces el proyecto es, por el contrario, registrado fuera de balance con fines estadísticos de las cuentas nacionales. Como resultado, la mayor parte de la deuda de las concesiones “son invisibles para el cálculo de la Deuda Neta del Sector Público (PSND) y por lo tanto no se incluye en las estadísticas título de deuda y déficit”. Si se incluyeran todos los pasivos de los proyectos concesionados en las Cuentas Nacionales entonces se estima que la deuda nacional aumentaría en 35 mil millones de euros (2,5% del PIB).

Sobre la invisibilidad de la deuda, el informe del *Treasury* concluyó que las reglas diseñadas para promover la sostenibilidad fiscal han tenido el efecto paradójico de incentivar el uso de deudas por fuera de balance financiero, que es probable que sea menos sostenible. Dada la relevancia de las estadísticas de la deuda pública, “el atractivo del método PFI para cualquier gobierno ha sido evidente si se proporciona un *value for money* (eficiencia del dinero) o no”, sentenció el documento.

Para el experto en concesiones hospitalarias y ex asesor del Minsal, Roberto Tapia, la diferencia entre la concesión y un préstamo común es que las concesionarias tienen mucha experiencia internacional y traen expertos a trabajar en el proyecto a Chile. En la inversión tradicional esto no ocurriría. “El préstamo es dinero, que puede tener una tasa menor y el Estado de Chile la paga igual. La operación normal de un hospital es *re mala*, si la externalizamos, contratamos *re mal*, en cambio el contrato de concesión se empaqueta en un solo contrato y es el concesionario el que responde”, explica el Dr. Tapia.

Sobre la invisibilidad de la deuda, el informe del *Treasury* concluyó que las reglas diseñadas para promover la sostenibilidad fiscal han tenido el efecto paradójico de

incentivar el uso de deudas por fuera de balance financiero, que es probable que sea menos sostenible. Dada la relevancia de las estadísticas de la deuda pública, “el atractivo del método PFI para cualquier gobierno ha sido evidente si se proporciona un *value for money* (eficiencia del dinero) o no”, sentenció el documento.

Otro aspecto sobre el financiamiento de la construcción del hospital es el origen del dinero que invierte el privado. Para invertir, el privado solicita un crédito a un banco, esto significa que la institución financiera pedirá tasas de interés más altas que cuando es el Estado quien emite la deuda, ya que los Estados obtienen mejores tasas de interés al solicitar préstamos internacionales. Luego, la entidad pública debe pagar la inversión del privado más la utilidad de la empresa concesionara, elevando así el costo total.

La Dra. Bachelet, en su análisis comparativo con el Reino Unido, destaca que el caso británico sirve de ejemplo ya que con más de 100 hospitales concesionados operando, “el efecto fiscal ha sido devastador”. Antes, los servicios de salud pertenecientes al *National Health Service* (servicio de salud inglés) gastaban alrededor de 6% de su presupuesto anual en infraestructura, “con los hospitales concesionados este monto aumentó en más del doble en la mayoría de los casos, y en algunos incluso llegó al 18,6% de su presupuesto anual. Ello ha significado una pesada carga de endeudamiento que se ha traducido en una externalidad negativa para la población en virtud de que los servicios de salud han debido efectuar recortes de servicios para poder pagar las cuotas correspondientes a los concesionarios”, concluyó Bachelet.

A largo plazo, las concesiones acumulan grandes compromisos para los presupuestos actuales de años futuros que aún no han sido asignadas o incluso acordados. “Nos preocupa que esto puede haber alentado, y podemos seguir alentando, malas decisiones de inversión”, afirma el informe y asevera que las concesiones siguen permitiendo que el gobierno adquiera bienes de capital sin la debida consideración de sus obligaciones presupuestarias a largo plazo.

Finalmente, el Treasury argumenta que “Si los PFI son utilizados sólo si se proporciona un *value for money* favorable, es esencial que se eliminan los incentivos ajenos a relación calidad-precio”.

La profesora de investigación y política de salud pública en la Universidad Queen Mary de Londres, Allyson Pollock, también asegura que para el año 2012, los PFI fueron

ampliamente reconocidos como una fuente de déficit hospitalario y el departamento de salud de Gran Bretaña identificó siete hospitales en la necesidad de un mayor apoyo económico. Así mismo, otros 37 hospitales evitan los déficits por más recortes en los servicios.

La autora señala que el gobierno ha atribuido dichos déficits en varios hospitales “gracias un legado de deudas PFI”. Además, las deudas también se han profundizado como resultado del incremento en los pagos anuales al concesionario ya que las subvenciones se pagan en UF, lo que contempla las tasas de inflación del país, de manera que se elevan año a año.

En Chile, las dudas sobre los costos reales de las concesiones y su implicancias para el Estado eran bastante altas, es por eso que tras la solicitud de gremios de la salud y por iniciativa del Cámara de Diputados de Chile, se realizó una comisión investigadora sobre eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria en 2014.

El representante de la Cámara Chilena de la Construcción, Carlos Fuenzalida explicó en la comisión investigadora que, según sus análisis, las obras concesionadas son más baratas “si se construyen en plazos menores y se permite diferir los pagos por la construcción, los que se inician solo una vez que opera el hospital. Eso se genera en cuotas semestrales o anuales y en plazos de 8 a 10 años, lo que permite ejecutar simultáneamente un número importante de establecimientos, liberando recursos para invertirlos en salud pública y garantizando reposición de la infraestructura -el equipamiento y el inmobiliario- en caso de catástrofe, sin costo para el Estado”.

Si bien en Chile la experiencia relacionada al financiamiento de la construcción de hospitales concesionados es poca, tras casi dos años de inaugurados los primeros dos hospitales existen algunas evidencias sobre los verdaderos costos de las concesiones.

Costos reales en los casos chilenos

El año 2014 la comisión investigadora de la Cámara de Diputados despachó su informe donde tanto gremios de la salud como los ministerios de Salud y Obras Públicas entregaron antecedentes sobre los costos que hasta ahora el Estado ha invertido en concesiones. En su presentación ante dicha comisión, la ex ministra de Salud, Helia

Molina, argumentó –según señala el informe- que “el costo de los proyectos por concesión presenta un aumento sustantivo respecto del modelo sectorial: 77,9%; en el área sectorial se calcula un promedio de 35,4 UF por metro cuadrado; en la concesión, un promedio de 63 UF, y la variación es de 27,6 UF por metro cuadrado”.

Así mismo, el ministro de Obras Públicas, Alberto Undurraga, entregó un análisis claro: “No ha habido una voz distinta en el Gobierno en el sentido de que los hospitales concesionados, en términos de costo, son más caros que los construidos por la inversión directa del Estado”. El ministro aclaró que hasta el momento de dicha investigación solo hay dos hospitales concesionados en funcionamiento, el de Maipú y La Florida, ambos en la capital. Sin embargo, señaló que la muestra “da cuenta de que en el último tiempo ha sido levemente más rápida la ejecución respecto a la fecha de los contratos, es decir, han tenido retrasos menores que los hospitales construidos por la vía del gasto directo. Por lo tanto, no hay voces distintas en el Gobierno respecto a que han sido más caros, pero más rápidos”. Helia Molina explicó que la puesta en marcha del servicio provisorio, al término de las obras y operación de los hospitales de Maipú y La Florida, se produjo trece meses después, lo que significó un tiempo adicional de 33% respecto de lo establecido en las bases.

Una de las conclusiones a la cual llegó la comisión es que “se pudo verificar que los ministerios de Salud y de Obras Públicas consideran bases distintas para determinar los costos que implica la construcción y operación de esta infraestructura”.

El asesor del Ministerio de Salud, Sergio Teke, señaló que “ninguno de los dos sistemas de financiamiento fue más rápido en los plazos. Están en una situación más o menos pareja”.

Hospital	Maipú - La Florida	Salvador Geriátrico	Félix Bulnes	Antofagasta
Subsidio a la construcción UF/M2	56	57	63	64
% de incremento con respecto a hospital tradicional*	58,19	61,02	77,97	80,79

Tabla 1. Valores de construcción de hospitales concesionados

La Tabla 1 entrega el valor de construcción por metro cuadrado de los cinco hospitales concesionados en Chile. El grupo de hospitales más baratos bajo contrato de concesión son los hospitales de Maipú y La Florida, a un valor promedio de 56 UF el metro cuadrado; el segundo es el Hospital Salvador Geriátrico, a un valor promedio de 57 UF el metro cuadrado. Sin embargo, Sergio Teke destacó que “si uno separa el estacionamiento del hospital propiamente tal, el valor del Hospital Salvador se acerca a las 70 UF metro cuadrado”.

También se calcularon los costos de construcción del metro cuadrado para una serie de establecimientos financiados con fondos sectoriales, es decir, aporte fiscal directo, para centros de similar nivel de complejidad y de tamaño, iguales a los establecimientos concesionados señalados en el cuadro anterior. El resultado es, en promedio, 35,4 UF⁹, según explicó Teke. Tomando en cuenta estos resultados y a modo de comparación, se calculó el porcentaje de incremento del valor de construcción por metro cuadrado de los hospitales concesionados en relación al valor de un hospital financiado por la vía tradicional. El porcentaje de incremento más alto resultó ser el del Hospital de Antofagasta, alcanzando casi un 90% más que un hospital no concesionado.

⁹ Valor calculado para junio de 2014

Por otro lado, los costos por prestación de los hospitales (calculados en día cama), fueron descritos por el ministro Alberto Undurraga donde el precio unitario del día cama en el hospital de Maipú es de 0.5 UF; en La Florida, 0.5; en Antofagasta, 0.488; en El Salvador Geriátrico, 0.49. El costo del hospital Sótero del Río, que también estaba en agenda, era de 0.98, absolutamente fuera del valor cama. Tanto el Sótero del Río, como Quillota y Marga Marga fueron retirados de la agenda por el segundo gobierno de Michelle Bachelet.

La comparación de dichos valores con el costo de día cama en un hospital tradicional es difícil ya que existe una alta complejidad en el cálculo real de las prestaciones que realizan los recintos. Incluso, según la investigación del economista Camilo Cid realizada en 2012 para Fonasa, el 62% de las prestaciones que se realizan en los centros de salud pública, cuestan más que el arancel que paga Fonasa a los establecimientos públicos.

Pero más allá del valor de los días cama en los hospitales concesionados, lo que realmente preocupaba a la comisión investigadora es el pago de incentivos o premios a las concesionarias por cumplimiento de ciertas metas. Una de aquellas metas se mide bajo el concepto de “ocupación de camas”, es decir, el porcentaje de uso de camas que el hospital logre en un determinado periodo de tiempo.

La ex ministra Molina explicó frente a la comisión que toda la cartera que hoy está pendiente para construirse en forma concesionada, incorporada por el gobierno de Sebastián Piñera, aumentó “el límite para el subsidio variable del gasto operacional versus el fijo, que era un índice ocupacional de camas de un 80%; en cambio, hoy este índice de ocupación es del 60%”. Esto significa que para entregar incentivos a la empresa concesionaria, el hospital debe tener al menos, un 60% de ocupación de sus camas disponibles.

El problema con este premio, según la misma ex ministra, es que “en Chile prácticamente ningún hospital tiene un índice ocupacional inferior al 80%”. Esto significa que siempre se deberá pagar el incentivo o premio al privado ya que orgánicamente los hospitales siempre estarán ocupados incluso por sobre el 60%. Este punto preocupa a las autoridades ya que la idea de incentivo no funciona, y abre la duda a la existencia de alguna irregularidad en los contratos, ya que favorecen de sobremanera la utilidad de la concesionaria, en desmedro del beneficio del Estado.

A la baja del porcentaje se suma que en los nuevos contratos aumenta el premio de 5.000 a 43.000 UF semestrales como máximo, disminuyendo el mínimo de cumplimiento exigido de 94 a 85%.

Aclaró que desde la licitación del Hospital de Antofagasta (2013), en el norte del país, se paga el subsidio fijo al equipamiento médico y al mobiliario clínico, el que fue incorporado como modelo de negocio en este nuevo grupo de establecimientos concesionados.

Sergio Teke también advierte que el porcentaje del 60% de ocupación de cama “es poco real si se mira establecimientos como el Hospital Santiago Occidente, ex Félix Bulnes, o Sótero del Río, que funcionan en la Región Metropolitana. Ninguno de estos establecimientos funciona a menos del 80% de índice ocupacional”.

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

Sobre este punto, la comisión investigadora de la Cámara de Diputados recomendó “entregar todos los antecedentes recabados por esta Comisión a la Fiscalía y al Consejo de Defensa del Estado, para efectos de investigar e iniciar todas las acciones que sean pertinentes contra quienes hayan participado en una serie de actos que a juicio de esta Comisión Investigadora revisten caracteres de delito. En cuya condición se encuentran las actuaciones del ex subsecretario de Redes Asistenciales Luis Castillo y eventualmente del ex ministro de Salud, Sr. Jaime Mañalich”. La diputada miembro de la comisión, Alejandra Sepúlveda, aseguró que efectivamente una de las recomendaciones del Informe consiste en la entrega de éste y sus antecedentes a la Fiscalía y al Consejo de Defensa del Estado. “Esta entrega se hizo materialmente efectiva el mismo día en que fue aprobado el informe, esto es, el 2 de abril de este año. En efecto, consta en los oficios que la Cámara de Diputados envió copia de los informes al Fiscal Nacional, y al Presidente del Consejo

de Defensa del Estado. También se envió copia a la Presidencia de la República”. Hasta el momento de ésta publicación, el Consejo de Defensa del Estado no ha publicitado la intención de querrela, y la Fiscalía Nacional tampoco ha dado cuenta de una posible formalización.

Transferencia de riesgos

Una de las principales justificaciones para aplicar los contratos de concesiones es que mediante el financiamiento privado, a pesar de que se reconoce más caro que el financiamiento público convencional, es que existe una mejor relación ente precio y calidad ya que transfieren los riesgos a la empresa privada.

La gestión del riesgo es un concepto complejo utilizado comúnmente en la gestión de proyectos y se refiere a la incertidumbre sobre algunos eventos que puedan amenazarlo. Por ejemplo, el riesgo más común en la construcción de alguna infraestructura es el cambio drástico de los costos de los materiales de construcción. Pueden ser provocados por diversas razones, pero no son previsibles de manera tan fácil.

Como todo proyecto, está expuesto a riesgos y en términos de gestión, se utiliza el concepto de transferencia de riesgos como un mecanismo para deshacerse del riesgo o transferirlo a otro lugar, reducir los efectos negativos y aceptar algunas o todas las consecuencias de un riesgo en particular.

Algunas veces, el manejo de riesgos se centra en la contención de riesgo por causas físicas o legales (por ejemplo, desastres naturales o incendios, accidentes, muerte o demandas). Por otra parte, la gestión de riesgo financiero se enfoca en los riesgos que pueden ser manejados usando instrumentos financieros y comerciales.

Gran parte de la aceptación de los gobiernos para avalar los Acuerdos Público Privados, se basa en que se pueden transferir muchos riesgos a los privados, y así el Estado deja de ser el responsable del problema.

Este fue uno de los principales argumentos del representante de la Cámara Chilena de la Construcción, Carlos Fuenzalida, para defender el modelo de concesiones hospitalarias frente a la comisión investigadora de la Cámara de Diputados. En la instancia, Fuenzalida señaló que es el concesionario, “a través de sus pólizas de seguros, el que asume la reposición de la infraestructura o el equipamiento dañado ante alguna catástrofe.

Según el informe final de la comisión, Carlos Fuenzalida recalcó que hay “elementos que están presentes en la construcción bajo el modelo de concesiones, que no incluye el modelo de construcción con fondos sectoriales, por ejemplo: los seguros. El Estado no asegura sus obras, sino que se auto asegura, por lo que no hay un presupuesto en el costo de construcción del establecimiento que revele ese gasto. La empresa concesionaria, en el establecimiento concesionado, incorpora una póliza de seguro que cubre catástrofes que ocurran durante la construcción. Por lo tanto, aparece un sobre costo incorporado al proyecto”, acotó.

Lo que señala el representante de la Cámara Chilena de la Construcción es representativo de la defensa a las concesiones y es parte también de una amplia discusión técnica en cuanto a la valoración de los costos finales de una concesión. Sin embargo, hay quienes ponen en duda la real transferencia de riesgos a privados y dan cuenta de evidencia relacionada a ellos.¹⁰

Allyson Pollock se ha dedicado a analizar a fondo la eficiencia y pertinencia de las PFI (proyectos de concesiones hospitalarias en Gran Bretaña). Gran parte de su investigación está dedicada a evaluar si realmente la transferencia de riesgos existe y si resulta beneficioso para el Estado. En primera instancia, la especialista destaca la extrema complejidad que existe al momento de evaluar la transferencia de riesgo en estos proyectos.

Pollock señala que el principal factor para realizar la transferencia de riesgo es que debe asumirla el actor que mejor pueda controlarlo. Sobre este punto, señala que “el Estado está mejor capacitado para asumir los riesgos que el sector privado”.

En segundo lugar, añade que “la transferencia del riesgo requiere la capacidad de cuantificar la probabilidad de que las cosas salgan mal. No hay método estándar para identificar y medir los valores de riesgo, y el gobierno (inglés) no ha publicado los métodos que utiliza”.

¹⁰ Para mayor profundización, revisar evidencia sobre evaluación de transferencia de riesgos en NAO Report y Pollock 2002.

En tercer lugar, los riesgos pueden transferirse sólo a través de un contrato que los identifique, sin embargo, Pollock asegura que los contratos pocas veces identifican la transferencia de riesgos.

“Cuando la autoridad desea terminar un contrato, ya sea debido a los malos resultados o insolvencia del consorcio privado, todavía tiene que pagar los costos de financiamiento del consorcio privado, a pesar de que esté en mora. De lo contrario tendría que hacerse cargo de deudas y obligaciones del consorcio, dado que las instituciones de crédito hacen sus préstamos a los consorcios condicionales. En estos casos, la idea de trasladar la responsabilidad financiera por parte del público al sector privado, falla”.

Eduardo Bitrán y Marcelo Villena, autores de “El nuevo desafío de las concesiones de obras públicas en Chile” explican que “los riesgos sistemáticos, tales como el riesgo de demanda, en la medida que la concesión implica transferir dicho riesgo del Estado al privado, se justifica el mayor costo de financiamiento que paga la sociedad, ya que ha reducido un riesgo no diversificable” y agregan que “con todo, si el marco legal es ambiguo respecto a quién es responsable por factores sobrevinientes que afectan el equilibrio económico de la concesión, la supuesta transferencia de riesgos sistemáticos sería sólo aparente. Por último, el mayor costo de financiamiento por riesgos político-contractuales derivados de la incertidumbre sobre el futuro y los riesgos de oportunismo ex post son ineficientes desde un punto de vista social, y obedecen más bien a lo incompleto de los contratos y a las dificultades de los Estados para establecer compromisos vinculantes”.

La Dra. Vivianne Bachelet señala en su investigación que las concesiones sociales son comúnmente denominadas como “*too big to fail*” (demasiado grandes o importantes para dejarlas caer), esto quiere decir que “si un modelo de negocio no funciona o no genera las rentabilidades deseadas o necesarias, la empresa puede quebrar o cerrar operaciones”. Esto quiere decir que el Estado no puede permitir que una concesión fracase ya que es un servicio público, por tanto, la académica argumenta que la transferencia de riesgo al privado no existiría ya que el Estado “termina siendo el pagador del último recurso”.

Los proyectos en salud son en general riesgosos y Vivianne Bachelet destaca que existe una mayor concentración de riesgo en los proyectos concesionados, principalmente

porque estos son de larga duración: “mientras más largo el período de concesión, mayor es el riesgo de que el proyecto quede obsoleto respecto de las necesidades cambiantes del entorno”.

Contratos

Los contratos son quizás el elemento más relevante a la hora de implementar la concesión, ya que ahí se establecen las principales reglas del juego. Es en el contrato donde se describen las funciones de la empresa que se adjudica la concesión, y se dan cuenta de sus responsabilidades y cumplimientos mínimos.

El contrato de concesiones establece multas y mecanismos de resolución de conflictos que puedan emerger. Este punto es delicado ya que el manejo del contrato es crucial para el éxito de una concesión, y también para establecer la relación justa entre el Estado y el privado. Tal como se describió anteriormente¹¹, el historial del manejo de conflictos en concesiones anteriores ha resultado en desmedro del beneficio público.

Según la Dra. Vivienne Bachelet “los estudios y las auditorías ingleses demuestran que ha existido una rentabilidad excesiva por parte de las empresas encargadas de gestionar los establecimientos concesionados”. Esta rentabilidad excesiva se debe a que las empresas concesionarias renegocian su deuda bajando el costo financiero, a la vez que el Estado sigue pagando el prima inicial pactada en función de un escenario financiero más adverso para el concesionario. Para el caso de Inglaterra, el profesor Jean Shaoul, de la Escuela de Negocios de Manchester, dijo en 2007 al canal *BBC de Londres* que las empresas de construcción estaban teniendo un retorno del 58% en algunos de los esquemas de concesiones hospitalarias, un mejor retorno que en su negocio principal.

Para abril de 2011, más de 700 contratos PFI se habían firmado en el Reino Unido con un valor de capital estimado en casi 50 billones de libras en Inglaterra, y según la

¹¹ Revisar subtítulo “Los problemas en las concesiones en Chile”, página 49

investigadora Allyson Pollock se estiman 8 billones de libras de 30 a 60 años por concepto de reembolsos a privados.

En Chile, tal como se señaló anteriormente, los investigadores Bitrán y Villena retrataron los sobrecostos por concepto de renegociación para el plan de concesiones en transporte y cárceles, donde se evaluó el monto que significaron las inversiones adicionales realizadas sin licitación o como resultado de una compensación establecida por arbitraje. Los resultados indicaron que la inversión definida por licitación alcanzó a 8.600 millones de dólares en 50 proyectos adjudicados entre 1993 y 2005, y que el gasto adicional al monto licitado originalmente fue de 2.800 millones de dólares (un 33% más que el monto licitado), pagados en general por el fisco. “De este monto más del 50% correspondía al aumento de costos, pagados por el Estado, de las obras originalmente comprometidas en licitaciones a suma alzada. Casi el 85% del gasto adicional fue establecido por negociación de mutuo acuerdo con un proveedor monopólico” aseguran los autores.

Vivienne Bachelet explica que en el caso de las concesiones en salud, los contratos son más complejos y también carecen de flexibilidad para introducir modificaciones “que respondan a los cambios dinámicos en demanda por salud o cambios epidemiológicos que hacen que la provisión de servicios de salud se tenga que ajustar de la manera correspondiente y agrega que “las rigideces asociadas a los contratos aumentan el riesgo en vez de disminuirlo”. A esto se suma la experiencia de sobre costos tanto en Chile como en Inglaterra debido a las renegociaciones de los contratos donde el Estado ha terminado pagando más de lo estipulado en un comienzo.

Por otro lado, la breve experiencia chilena en realización y licitación de contratos para concesiones hospitalarias ha dado luces de irregularidades. Las autoridades del segundo gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet reconocieron una diferencia entre los contratos diseñados para Maipú y La Florida, con los contratos desarrollados de la cartera de concesiones del gobierno del ex Presidente Sebastián Piñera. Uno de esos cambios tiene que ver con el aumento de incentivos para los concesionarios por concepto de ocupación de camas. El otro cambio respecta al aumento de la cantidad de servicios que presta el concesionario.

Helia Molina describió que en los primeros dos hospitales, la licitación incluía alrededor de diez servicios: aseo, limpieza, residuos, ropería, alimentación, mantenimiento e infraestructura, cafetería, seguridad y vigilancia, estacionamientos, sala y jardín infantil. Para los hospitales de Antofagasta, Salvador Geriátrico, y Félix Bulnes, el promedio de servicios aumenta a quince. Se agregan a los ya mencionados: administración y mantenimiento de mobiliario no clínico; adquisición de mobiliario no clínico; administración y mantenimiento de equipos médicos y mobiliario clínico; adquisición de equipamiento médico y mobiliario clínico; servicio de adquisición e implementación, mantenimiento y soporte del sistema de información e infraestructura tecnológica.

Servicios incluidos en el contrato de concesión

Servicios	Hospitales Maipú-La Florida	Hospital Antofagasta	Hospitales Salvador Geriátrico- Félix Bulnes
Gestión Clínica	✗	✗	✗
Mantenimiento de Infraestructura	✓	✓	✓
Inversión, Mantenimiento y Reposición de equipamiento industrial	✓	✓	✓
Inversión, Mantenimiento y Reposición de equipamiento médico y mobiliario	✗	✓	✓
Servicios de alimentación, aseo, lavandería, ropería	✓	✓	✓
Servicios de información tecnológica	✗	✓	✓
Servicios de esterilización	✗	✗	✗
Servicios logísticos	✗	✗	✓
Servicios de transporte	✗	✗	✓
Otros: Cafetería, estacionamiento...	✓	✓	✓

Tabla 2. Servicios Incluidos en el contrato de concesión.
Fuente: Coordinación de Concesiones de Obras Públicas.

La Tabla 2 da cuenta del aumento de servicios que se entregan al concesionario para que éste los administre, incluyendo algunos de alta sensibilidad clínica, como por ejemplo el equipamiento médico. Sobre este incremento, la ex ministra de Salud, Helia Molina, admitió estar impresionada por la diversidad de servicios que se concesionan: “servicios críticos, como el TIC, todo el sistema de información y la infraestructura tecnológica, además de equipamientos médicos que no estaban incluidos en ningún piloto de concesiones previo en los años 2006-2010. Esto marca una gran diferencia en términos de los 15 años en que se compromete el Estado a conceder a la concesionaria el giro del negocio de todos estos elementos”.

Si bien no se entregaron las actividades y servicios clínicos al sector privado, sí se otorgó la explotación del servicio de infraestructura y equipamiento industrial. El ministro Undurraga explicó que en “el primer esquema de concesión, de ocho ítems se concesionaban tres; en el segundo esquema de concesión, de ocho ítems se concesionaban cinco y, en el tercer esquema de concesión, de ocho ítems se concesionan siete”.

El punto más crítico fue el proceso previo a la aprobación de las licitaciones. El investigador de la Fundación Creando Salud, Matías Goyenechea, cuestionó la licitación del Hospital Salvador ya que se realizó el estudio de dicho proceso en solo ocho días, “lo que nos parece insólito”, sentenció. Además, el investigador cuestionó que dentro de las cosas en que se fijan las evaluaciones de licitación, no estaban los antecedentes de las empresas en los países donde ya han realizado trabajos similares. “A mí me parece que hubo una desprolijidad por parte de las autoridades anteriores a la hora de licitar y de forzar este proceso lo más posible”, concluyó Goyenechea.

El experto asegura que, a diferencia de los ocho días de estudio de licitación del Salvador, el proceso demora, al menos, un mes en general. A esto, Helia Molina agregó que “la aprobación la efectuó el MOP, dejando pendientes las actas de observaciones elaboradas por los servicios de Salud. Hubo un aumento significativo de las superficies de los proyectos, que no fueron justificadas ni visadas, lo que impactó en los costos totales involucrados. Las revisiones de las ofertas técnicas y económicas fueron realizadas en menos de dos días para hospitales como el Salvador Geriátrico, Sótero del Río y otros establecimientos que son de los más grandes del país. En el caso de la licitación Marga-

Marga-Quillota, el acta de adjudicación se elaboró el mismo día de la apertura económica”. Estas posibles irregularidades en los procesos de licitación y adjudicación fueron analizadas por la comisión investigadora de la Cámara de Diputados, instancia que no encontró fundamentos que expliquen dichas anomalías. En su informe, la comisión recomendó “Estudiar e implementar modificaciones a los contratos de concesión que se encuentren vigentes. Modificar los actuales contratos de concesión con el objeto de permitir la más eficiente gestión sanitaria y asistencial” y “Ordenar las investigaciones tendientes a determinar las responsabilidades que correspondan para ponerlas en conocimiento de los organismos competentes”.

Calidad

Los problemas relacionados a las concesiones tienen como efecto final el impacto en la calidad de la salud y es precisamente el sentido último por el cual debe velar el Estado. Más allá de los problemas financieros en los que puede incurrir un mal proyecto de concesiones, este tipo de proyectos acarrea una gran sensibilidad social a diferencia de las llamadas concesiones duras (carreteras aeropuertos) ya que pueden afectar directamente el derecho a la salud de las personas.

En mayo del año 2015, la Comisión de Calidad de la Atención de Gran Bretaña (CQC), ente regulador de la salud independiente, y la Asistencia Social para Adultos de Inglaterra, informó que el servicio de salud de Barts (norte de Londres), que consta de seis hospitales y otros centros de salud regionales, están entregando malos resultados en una serie de niveles. La entidad reguladora entregó un reporte, donde destaca que el servicio "carece de estrategia y visión" y que los "sistemas y procesos son pobres y requieren fortalecimiento". El servicio de salud de Barts es el más grande en Inglaterra, está concesionado por 43 años por el valor de 1.500 millones de dólares y, desde su fundación, el contrato ha mantenido deudas por 141 millones de dólares.

El informe del CQC encontró muchos funcionarios están fallando en cumplir con las guías clínicas impartidas por dicho país. También se encontraron hospitales que constantemente sobrepasaban el objetivo de tiempo de cuatro horas de espera para accidentes y emergencias, sumando listas de espera de hasta 18 semanas para la derivación a algún tratamiento. La Comisión de Calidad de la Atención de Gran Bretaña consigna en su página web que "los estudios muestran invariablemente que la calidad de

la prestación y el servicio disminuye con la privatización y la extracción de ganancias. En términos del servicio de salud, esto significa más muertes”.

El caso del servicio de salud de Barts es un botón de muestra de los problemas relacionados a la concesiones de salud en Gran Bretaña. Uno de los principales problemas encontrados en las concesiones hospitalarias inglesas es la relación directa entre la ganancia del privado y la calidad de la atención.

En Chile, los contratos de concesiones también entregan incentivo económico al concesionario cada vez que se supera el porcentaje de uso de camas establecido. Para lograr una mayor rentabilidad, el concesionario puede incurrir en lógicas de aumento de productividad y reducción de costos, favoreciendo la ocupación y rotación de camas por sobre el interés de resolución del problema médico del paciente. Así, para que el hospital obtenga más financiamiento, los médicos son incentivados a dar de alta de manera temprana a los pacientes, para así aumentar la rotación de uso de las camas. Esta lógica de premiación contrapone de manera directa la relación entre la calidad del servicio y la utilidad (lucro) del concesionario.

Pero los problemas de calidad del servicio y de integridad de los pacientes ya estaban puestos en dudas desde hace varios años, incluso antes de que Chile aplicara el modelo en la salud pública.

En el año 2005, el periódico inglés *The Guardian* realizó una fuerte acusación respecto a un hospital concesionado especialista en salud mental. Según el informativo, tuvieron acceso a un informe confidencial del gobierno inglés donde condena al Newsam Centre en el hospital Seacroft en Leeds (West Yorkshire, Inglaterra), recinto hospitalario concesionado para enfermos y personas con dificultades mentales y que según el informe, ponía en riesgo la vida de 300 pacientes y del personal ya que ha “violado todas las secciones del código de seguridad contra incendios, afirma el documento”, asegura *The Guardian*.

El informe reveló que el diseño y la construcción del edificio no estuvieron a la altura de los requisitos de un centro de internación para enfermos mentales. El edificio tiene corredores que hacen tanto la observación paciente y su evacuación, rápida difícil, y fue

construido sin los materiales adecuados de protección contra incendios en las juntas de paredes y suelos.

El caso anterior asociaba la mala calidad a deficiencias de construcción inicial, donde cuya responsabilidad recae en las autoridades gubernamentales, ya sea por mala fiscalización o por no establecer en los contratos los requerimientos necesarios. Pero los problemas respecto a la calidad y la integridad de los pacientes y del personal contratado también se dieron por otras razones, principalmente por déficit presupuestarios y mal cálculo de costes.

En Chile la puesta en marcha de los hospitales concesionados es muy reciente, sin embargo ya han sido identificados problemas asociados al aseguramiento de la calidad e integridad de los pacientes debido a deficiencias de construcción en los hospitales de Maipú y La Florida.

Por otro lado, en Inglaterra, el año 2007, el Dr. Jonathan Fielden, presidente del comité de asesores de la Asociación Médica Británica (BMA) declaró al medio de comunicación inglés, la *BBC*, que las deudas de las concesiones hospitalarias estaban "distorsionando las prioridades clínicas".

El Dr. Fielden aseguraba que le preocupaba la calidad de los servicios de salud ya que deben millones de libras a los contratistas por concepto de concesión y luchan constantemente para financiar estos acuerdos a largo plazo. Uno de estos casos es el del Hospital Universitario de Coventry donde el Servicio de Salud inglés tuvo que pedir dinero prestado para pagar el primer pago de 54 millones de libras (84 millones de dólares¹²) que le debía al contratista privado. "No podemos tener estas deudas a largo plazo, están distorsionando las prioridades clínicas ahora, ellos están distorsionando nuestra capacidad para tratar a los pacientes", sentenció el Dr. Fielden. Hasta el momento en Chile no es posible evaluar la gestión financiera de las concesiones ni posibles problemas de calidad asociado a deudas hospitalarias.

¹² Cambio realizado en julio de 2015, donde 1 libra esterlina 1,55 dólares americanos.

En el Reino Unido, el alto costo de los servicios del PFI (sistema de concesiones hospitalarias inglés) y el pago de la deuda, junto con un financiamiento insuficiente ha tenido un grave impacto en los servicios de salud, asegura la académica de la Universidad de Londres, Allyson Pollock. Los gastos de las concesiones hospitalarias crean una brecha de costos que las organizaciones del Servicio de Salud han tratado de minimizar en la fase de planificación del proyecto al reducir tanto el número de camas, servicios de agudos y el personal. Estos recortes, explica la autora, sirven para reorientar el gasto clínico para poder pagar el capital comprometido a la concesionaria donde “también se consigue dinero extra para cerrar la brecha a través de la venta de terrenos o mediante la reducción de los servicios en otras áreas”, añade Pollock.

Según la investigación de la académica de la Queen Mary University of London, esto significó para la calidad de la salud inglesa que “reducciones promedio del número de camas de alrededor de un 30%”. En 1999, el gobierno británico puso en marcha una investigación sobre la escasez de camas como consecuencia de estas medidas y pidió un alto temporal y un aumento previsto en el número de camas, pero esta política no fue promulgada.

A pesar de existir poca experiencia de resultados en Chile que permitan describir en profundidad la calidad del servicio de los hospitales concesionados, la comisión investigadora de la Cámara de Diputados sobre eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria se refirió al tema. Uno de los puntos de las conclusiones del informe emanado por la comisión destaca que la explotación privada de servicios no clínicos relacionados directamente con la función de prestación de servicios de salud (aseo de pabellones, mantención de maquinarias, etc.) “ha significado un deterioro significativo en la calidad de las atenciones y servicios médicos que se entregan por parte de los hospitales” y agregó que el mecanismo de incentivos opera de manera perversa por cuanto ha inducido a la entrega anticipada de las obras y puesta en funcionamiento de los hospitales sin contar con las autorizaciones y recepciones correspondientes, como es el caso del Hospital el Carmen de Maipú.

El informe también establece que la operación de los establecimientos concesionados, por no contar con los mecanismos contractuales adecuados, resulta extremadamente

rígida y no permite ajustarse de manera ágil a las necesidades asistenciales y sanitarias, perjudicando de manera directa la calidad de la atención.

Queda abierta la duda si los incentivos y/o las condiciones que exige el Estado son suficientes o efectivas para hacer que el concesionario tome las decisiones correctas para ofrecer el mejor servicio de salud posible y cuidar así de la integridad del paciente. De todos modos, es posible deducir que la incorporación del sector privado en la gestión operativa de las instalaciones le entrega un rol privilegiado en la toma de decisiones de las políticas de prestación de servicios, restringiendo el accionar de la entidad pública (como se demuestra con las concesiones más recientes al filo del término del gobierno de Sebastián Piñera) que finalmente es la responsable de garantizar la calidad de la salud a los y las ciudadanas.

Concesión como privatización

Las evaluaciones pragmáticas del desempeño de las concesiones en hospitales públicos entregan algunas luces sobre la eficiencia obtenida. Sin embargo, la valoración de la de ella aún se encuentra en debate respecto de los reales beneficios que otorgan las concesiones a la comunidad.

Cuando la discusión sobre la dimensión pragmática se acaba, comienzan las valoraciones políticas e ideológicas respecto al uso de esta modalidad por parte de los gobiernos. En esta línea, el principal nudo de conflicto se refiere a la discusión sobre si la concesión hospitalaria privatiza o no la salud pública y si, en caso de hacerlo, es más o menos provechoso para la sociedad.

Técnicamente, el debate sobre si las concesiones privatizan o no la salud pública es espurio, ya que desde su definición, en el marco de las Asociaciones Público Privadas, se estipula que es un mecanismo de participación privada en la propiedad estatal. Si bien el mecanismo de concesiones no privatiza por completo el servicio estatal, sí incorpora al privado en la explotación de la propiedad estatal.

Chile ha recorrido un camino hacia la disminución del rol del Estado en la provisión de la salud. Desde la dictadura hasta la actualidad, los servicios de salud, en específico, la gestión hospitalaria han integrado diferentes mecanismos que han permitido que la

provisión estatal y pública de salud abra puertas de entrada a la mercantilización de los servicios, profundizando la lógica de competencia del sistema de salud chileno. La llamada “privatización por dentro” no es más que el ingreso del sector privado en funciones que anteriormente realizaba el Estado. Estos mecanismos son principalmente los siguientes:

- 1) En primer lugar, la compra y venta de prestaciones. En 1994 se ratifica que el sector privado podrá comprar y vender atenciones al sector público.
- 2) Aseguramiento por prestación (Plan Auge, Isapres) versus financiamiento a la población
- 3) Incorporación de la gestión empresarial a directivos, desplazando el conocimiento médico.
- 4) Externalización de servicios

Comparativamente, las concesiones de alguna manera formalizan estos mecanismos privatizadores en un solo proyecto en donde un solo concesionario se hace cargo de responsabilidades que anteriormente realizaba el aparato público:

- 1) En las concesiones no sólo se mantiene el sistema de compra y venta de prestaciones, sino que también se paga adicionalmente un subsidio variable por demanda del servicio, es decir, por ocupación de camas, lo que significa un traspaso adicional de fondos públicos a privados.
- 2) La novedad en las concesiones es que efectivamente el Estado invierte mucho más dinero en los nuevos hospitales. El Estado realiza diferentes pagos al concesionario: subvención a la construcción, a la mantención y además un subsidio variable por ocupación de camas. Este mecanismo de presupuesto hospitalario dista del concepto de presupuestos por planificación bajo los métodos de Salud Pública. Es una inyección de recursos limitados por actos, donde el concesionario extrae utilidad de aquellos recursos públicos.

3) Se separa la gestión clínica de la gestión administrativa como entidades completamente distintas que deben coordinarse. Esto cristaliza la mirada de pagos por acción, con presupuestos diferidos para una misma actividad. Se diferencia la gestión técnica, que puede incluir desde tecnología clínica hasta prestación de servicios de alimentación, que en el caso de establecimientos de salud debe estar estrictamente relacionado con la morbilidad del paciente. Sin embargo, tanto la administración como el financiamiento de dichas actividades están diversificadas.

4) Todo servicio anexo, con mayor o menor implicancia clínica, es manejado por el concesionario, lo que es similar a la externalización de servicios, con la diferencia de que los servicios ya han sido licitados a modo de paquete a una sola empresa concesionaria. Sin embargo, la misma empresa concesionaria puede externalizar algunos de sus servicios, subcontratando, a su vez, a empresas que presten algunos de los servicios que deben cumplir por contrato. Esto no solo profundiza la precarización de aquellos trabajadores externalizados, sino que dificulta la coordinación en materia médica con lo que pareciera ser meramente técnico.

5) Un punto adicional a esta comparación, es que la concesión incorpora al privado a la gestión del hospital público, abriendo las puertas de entrada a la acción privada en la gestión hospitalaria estatal.

Con esto, se puede entender que las concesiones hospitalarias profundizan el modelo privatizador de la salud que ha mantenido nuestro país en la lógica de un Estado subsidiario.

Tomando en cuenta la introducción de las concesiones, se pueden identificar tres procesos de privatización que se han desarrollado en la historia reciente de la salud chilena. La primera, se puede identificar con las reformas originadas en dictadura, donde se disminuyó el espacio de la salud pública con una baja inversión en infraestructura hospitalaria, fortaleciendo un sistema mixto donde, por un lado, existe la provisión de salud pública y, por otro lado, la privada.

En segundo lugar, los gobiernos de la Concertación decidieron no cambiar este sistema, se mantiene la diferenciación entre el ente asegurador (Fonasa e Isapre) y el prestador del servicio (hospitales y clínicas), se profundiza la compra de servicios a privados gracias

a la Modalidad de Libre Elección de Fonasa, traspasando una importante cantidad de dinero a fondos privados, profundizado por el sistema AUGE. Además se incrementa la externalización de servicios anexos en los hospitales.

Una tercera privatización sería entonces la concesión de parte de los servicios de la entrega de salud pública ya que formaliza la participación del privado, profundizando el lucro con fondos públicos. Parte de la propiedad estatal, es decir pública, es entregada a un privado por un periodo de tiempo para que la explote y obtenga recursos de aquella propiedad. En caso de las concesiones hospitalarias, no sólo se concesiona una propiedad inmueble, sino que también se entrega el derecho de explotar un servicio, un derecho.

El privado comienza a ocupar el rol que hasta ahora correspondía al Estado y esa es la decisión política que los gobiernos deben tomar al momento de evaluar los beneficios y pertinencia de un proyecto de esta envergadura.

Cinco elefantes: Los casos de concesiones hospitalarias en Chile

Con el llamado a precalificación de los centros hospitalarios de Maipú y La Florida, en el Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet en mayo de 2007, se dio el vamos a los dos primeros hospitales concesionados en Chile.

Estos recintos servirían de prueba para evaluar la concesión de establecimientos de salud, mientras se construirían otros hospitales por la vía tradicional. Dado que en Chile los gobiernos duran un periodo de cuatro años, la construcción de los hospitales de Maipú y La Florida no alcanzaron a ser inaugurados por el gobierno de Bachelet, por ende la administración siguiente debía continuar su gestión.

El candidato de la Concertación, coalición que había gobernado desde el retorno a la democracia, era nuevamente Eduardo Frei Ruiz Tagle. Sin embargo, después de 46 años, la derecha política chilena llega nuevamente a La Moneda. El 17 de enero de 2010, en la segunda vuelta electoral de la elección presidencial, Sebastián Piñera, candidato de la Coalición por el Cambio, fue electo presidente con un 51,61% de los votos válidamente emitidos, superando a Eduardo Frei que obtuvo un 48,38%.

El nuevo mandato es asumido en marzo de 2010, a solo 12 días de ocurrido el terremoto del 27 de febrero. La necesidad de reponer centros de salud dañados por el sismo se tomó la agenda del Minsal al inicio de la administración. En este contexto, el presupuesto sectorial se redistribuyó a la reparación de hospitales damnificados y se decidió incorporar a la cartera de concesiones 13 hospitales nuevos, que habrían sido construidos, de lo contrario, por la vía tradicional. La señal del gobierno fue clara al expresar su confianza política y técnica en la modalidad de concesión. Lo que en un principio fue una puesta en marcha experimental terminó siendo la principal vía de construcción de hospitales.

Mientras se edificaban los hospitales de Maipú y La Florida, esta modalidad no gozaba de la mejor aceptación. Comenzaron los retrasos en la construcción, hubo manifestaciones de trabajadores hospitalarios y se empezó a gestar un alto nivel de rechazo por parte de académicos, políticos, salubristas y usuarios. Poco a poco, la aplicación de la caprichosa agenda de concesiones del ministro de Salud, Jorge Mañalich, no llegaba a buen puerto por varios motivos: tardanzas en los procesos, rechazo ciudadano y graves denuncias sobre la puesta en marcha de los primeros hospitales.

La Batalla de Maipú y La Florida

“La historia se repite, porque en 1818 en estas mismas tierras se dio la batalla de Maipú y después el abrazo de Maipú, y lo cierto que en las últimas semanas se repitió la historia, primero la batalla y después el abrazo de Maipú”, fueron las palabras del entonces presidente de la República, Sebastián Piñera, el día de la inauguración del Hospital El Carmen de Maipú el 7 de diciembre de 2013.

Sus dichos aludían a los conflictos entre el Ejecutivo y el alcalde de Maipú, Cristián Vittori (Partido Demócrata Cristiano, de oposición al gobierno), por la recepción de obras de la Municipalidad. El edil se negaba aprobarla inauguración del hospital, ya que, según el Departamento de Obras del municipio en el interior del recinto existían una serie de fallas en el funcionamiento del agua potable, entre otras deficiencias, lo que no permitiría otorgar la recepción sanitaria de las obras.

La discusión entre el ex ministro Jaime Mañalich y el edil llegó a altos decibeles, pues el jefe de la cartera de Salud aseguraba que el hospital sería inaugurado sí o sí, y acusaba motivos políticos de parte del municipio para no recibir la obra. La presión que sentía el gobierno por inaugurar el hospital tenía su razón en la necesidad de iniciar con éxito su agenda de concesiones hospitalarias, antes de que se terminara el periodo de gobierno.

El Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza, ubicado en La Florida ya había sido inaugurado el 28 de noviembre de 2013 y la necesidad por abrir Maipú se hacía aún más urgente. Sin embargo, la apertura de La Florida no fue precisamente miel sobre hojuelas. En medio de la ceremonia oficial llegaron dirigentes sindicales de la salud, usuarios y parlamentarios argumentando que el sistema de concesiones hospitalarias encarecía el costo, otorgaba una peor calidad sanitaria y privatizaba el sistema de salud. El hecho enojó al Primer Mandatario, quien respondió a las críticas en el mismo acto señalando que las

concesiones hospitalarias “no significan privatizar la salud, como sostienen algunos majaderos”, argumentando que “lo que importa no es quién construye los hospitales, sino que tengamos hospitales”.

La diputada comunista por la comuna de La Florida, Camila Vallejo, se hizo parte de la protesta y expresó su rechazo a los proyectos concesionarios: “aquí los que nos estamos manifestando no nos oponemos a que tengamos hospitales, queremos más hospitales pero públicos, el problema es que este hospital está regido por otra modalidad que es la concesión (...) no han sido ni más rápidas ni más baratas, han significado un gran costo para el Estado. Este gobierno no solo se conforma con la concesión de la infraestructura sino que quiere privatizar todo el aspecto clínico y eso es un gran problema porque lo que necesitamos hoy día es que la salud pública se fortalezca”.

Sumándose a las palabras de la parlamentaria, la presidenta de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (*FENPRUSS*), Gabriela Farías, agregó que “para ganar, el concesionario tiene que vender más caro, esto es un negocio, no se hace por bolitas de dulce, todos los servicios anexos a la atención clínica van a ser cobrados. Ya se ha visto en las concesiones de las cárceles en que si no hay un número determinado de personas, el Estado tiene que pagar por las personas que no están. En el hospital va a pasar lo mismo, van a dar altas apresuradas de manera que el negocio siga siendo bueno”, sentenció.

Más allá de las quejas, las discusiones y las protestas, el gobierno de Sebastián Piñera tenía como objetivo cortar la cinta de ambos hospitales antes de dejar el sillón presidencial el 11 de marzo de 2014. Así, entre medio de los dimes y diretes, Piñera inauguró el Hospital El Carmen de Maipú el 7 de diciembre de 2013, asegurando que “próximamente estará la autorización municipal que dejará de lado esos temores de que este hospital pueda ser clausurado”.

Grupo San José: Un Gallego que sabe de negocios

El responsable de la construcción y mantención de los hospitales de Maipú y La Florida es el Consorcio San José, Tecnocontrol, grupo que se adjudicó la primera concesión hospitalaria del país. Tanto el primer paquete de concesiones hospitalarias, como las licitadas en el gobierno de Sebastián Piñera, fueron adjudicadas por empresas concesionarias controladas por extranjeros, casi en su mayoría de origen español.

Sin embargo, al momento de evaluar a las empresas, ni el Ministerio de Obras Públicas ni el Ministerio de Salud incorporaron los antecedentes de inversión y ejecución de las empresas postulantes en otros países, omitiendo el hecho de que casi la mayoría de los consorcios ganadores han sido acusados por no cumplimiento de contratos o tráfico de influencias.

En una primera etapa, ninguna empresa chilena se interesó por ser parte de las concesiones hospitalarias. Herman Chadwick, ex presidente de la Asociación de Concesionarios de Obras de Infraestructura Pública (Copsa), explica que en Chile las empresas, que se podrían ver interesadas en participar de las licitaciones, vieron la concesión como una construcción y no como una gestión de salud: “yo creo que ese grupo de gente que no quiso entrar en la primera etapa, como por ejemplo la Clínica Santa María, Clínica Las Condes o la Clínica Dávila, no participaron en Maipú y La Florida, porque vieron que era un negocio de construcción y no un negocio de administración de hospitales. Ahora están esperando el paso para ser operador de hospitales, aunque sea parcial, aunque sea la cafetería, y ahí van a entrar, y por dios que operan bien los hospitales”, agregó.

En este contexto, el Grupo San José se coronó como el primer consorcio en adjudicarse los primeros dos hospitales concesionados en Chile. Jacinto Rey, presidente de San José, es uno de los hombres con mayor fortuna en España. El reconocido gallego convirtió una pequeña empresa de construcciones en un consorcio internacional que abarca ganaderías, supermercados, energía eólica, ropa deportiva, moda y, cómo no, concesiones.

Antes de llegar al país, Rey ya tenía los ojos -y el dinero- puesto en Latinoamérica. La fuerte contracción económica del sector inmobiliario español obligó a la migración de cientos de hispanos en busca de nuevas oportunidades en el continente americano. Así mismo, los capitales financieros ibéricos aceptaron invertir en construcciones y adquisiciones del magnate gallego en América, cuyo aterrizaje en Argentina se da en 1996 y en Estados Unidos y Uruguay en 1997.

Jacinto Rey González también es dueño del 50,5% de la inmobiliaria argentina Parquesol y adquirió la cadena de supermercados Auchan en el mismo país. El Grupo San José contempla también una división comercial llamada Udra S.A., que maneja diversas

marcas de ropa deportiva y moda, tanto en España como en otros países, y desde 2011 está presidida por uno de los hijos de Jacinto Rey, Javier Rey Laredo.

Sin embargo, el fuerte del Grupo San José sigue siendo la construcción y la adjudicación de concesiones alrededor del mundo. El modelo de hospitales concesionados ha tenido un gran auge en España y San José ha adquirido su experiencia en el ámbito sanitario desde su cuna.

Durante 2014 y comienzos de 2015, el holding de Rey no ha pasado por su mejor momento, ya que sostenía una deuda con los bancos de 280 millones de euros. La solución fue capitalizar la deuda con los bancos Popular y BBVA, que son dueños ahora del 70% del San José Inmobiliario.

Según el informativo electrónico *Expansión.com*, el origen de los problemas financieros de San José fue el precio pagado en la adquisición de la inmobiliaria Parquesol en 2007. Además, la constructora ha sufrido la caída del negocio de obra civil y residencial en España, fenómeno que también ha afectado a todas las constructoras en este país. Los problemas financieros del grupo se extendieron también a la explotación de los hospitales de Maipú y La Florida, según el periódico online *El Confidencial* que asegura que los “subcontratistas han amenazado con instar a la quiebra ante los problemas de impagos derivados del retraso de las obras”.

Jacinto Rey y la política

Como varios empresarios alrededor del mundo, Jacinto Rey ha incorporado a sus filas importantes nombres relacionados a la política española. Dentro de ellos se encuentra Josep Piqué, ex ministro de Industria y de Asuntos Exteriores del Partido Popular (PP), representante de la derecha conservadora española. El rol de Piqué es estratégico para la expansión de negocios internacionales desde el punto de vista político, gracias a su experiencia como diplomático. Sin embargo, el Grupo San José también ha incorporado políticos de diversas posturas en sus Consejos de Administración, como por ejemplo Guillermo de la Dehesa, miembro del Partido Socialista Obrero Español (PSOE).

La exploración de nuevas inversiones también ha decantado en nuevas relaciones con los países demandantes de obras públicas y su entramado político. “El primer punto de destino en la hoja de ruta de Jacinto Rey se sitúa en Chile, donde San José ha

intensificado sus relaciones con el Gobierno de Michelle Bachelet de cara a un acuerdo que garantice el desarrollo de los programas de infraestructuras sanitarias que la empresa española opera en el país bajo régimen de concesión”, aseguró el periódico español, *El Confidencial*.

500 reclamos y 740 fallas

Reprimida con un carro lanza aguas se vio interrumpida la protesta de los obreros de la construcción del Hospital El Carmen de Maipú a comienzos del año 2013. Con barricadas y corte de calles, los trabajadores de la Constructora San José Tecnocontrol, junto a los empleados de las empresas subcontratistas demandaban una mejora de las condiciones laborales. Ricardo Moreno, dirigente del sindicato interempresa, cuenta que “la constructora siempre ha tenido una actitud muy arrogante. Hemos tenido una cantidad de problemas legales sindicales y de confrontación con ellos en ese aspecto. Tuvimos que movilizar, paralizar, aplicar una presión legítima, según nosotros, para que la empresa reaccionara frente a los requerimientos de los trabajadores”

Según Moreno esto significó bastantes costos, como despido de trabajadores y conflictos con la Inspección del Trabajo: “Lo que desató nuestra movilización, fue cuando se accidentó el último trabajador, ya que fue gravísimo, es un hombre que no va a poder volver a trabajar, que está inválido, por negligencia. Esto no es sólo un fenómeno que se dio aquí en el hospital de Maipú, sino que también se dio en la Florida, que es la misma constructora”, aseguró el dirigente del sindicato, quien logró una mesa de negociación junto a los gerentes de la constructora y la Dirección del Trabajo.

Los trabajadores también denunciaron que los estanques de acumulación de agua están a un mismo nivel. Según Ricardo Moreno, esto quiere decir que cuando se produzca una descarga lo más probable es que los servicios públicos de baño van a rebalsar porque no va a tener la pendiente suficiente para evacuar todas las aguas. A su juicio, la falla es técnicamente corregible, pero considera que es difícil que la reparen ya que los gastos ya han sido muy altos, tomando en cuenta que desde el 21 de julio se aplicaron multas de 8 millones diarios a la empresa concesionaria San José-Tecnocontrol, por el nuevo retraso en la entrega de los hospitales de Maipú y La Florida. “Lo único que quieren es cortar la cinta y mandarse a cambiar(...) “el gobierno ha hecho oídos sordos a nuestros alegatos,

este hospital adolece de innumerables fallas técnicas”, remató Ricardo Moreno. Lamentablemente, sus advertencias estaban en lo cierto.

"Tenemos cerca de 500 reclamos en el mes de febrero de 2014", aseguraba en una entrevista al canal de noticias CNN Chile el jefe del Servicio de Salud Metropolitano Central, Jorge Martínez, aludiendo al Hospital El Carmen de Maipú. A solo dos meses de la apertura del recinto, las críticas y temores previos comenzaron a crecer.

Según el Dr. Martínez, los principales reclamos se enfocaban principalmente en los tiempos de atención en urgencias, las cuales tiene un promedio de cuatro horas aproximadamente. "Este hospital está funcionando al público en un 20%, por lo que no da abasto con la atención para una comuna que está en constante crecimiento", agregaba la autoridad. Lo cierto es que, con el cambio de gobierno, llegaron nuevos mandos al Ministerio de Salud, como a la dirección del hospital, quienes de a poco comenzaron a percatarse de las reales condiciones de los recintos recién inaugurados. Falta de especialistas, cuatro de once pabellones habilitados, deficientes registros clínicos digitales, junto con que el 70% del personal del establecimiento pertenece a áreas que no son de atención clínica.

El Dr. Ricardo Saavedra llegó entusiasmado a Maipú para convertirse en el nuevo director del Hospital El Carmen (2013-2014), sin claro conocimiento de los problemas con lo que se encontraría en el recinto hospitalario. "Había un anhelo histórico para contar con un hospital en Maipú", relata el director, quien recuerda con "mucho cariño" haber movilizad y haber conseguido, en plena dictadura, reunir 120 mil firmas para construir un hospital en la comuna. Luego, al doctor Saavedra le tocó participar alrededor del año 1993, en el primer estudio de prefactibilidad que se hizo para la construcción de un hospital en Maipú con la colaboración de la Universidad de Santiago. Su relación con la salud de Maipú contaba con conocimiento de causa, razón por la cual el segundo gobierno de Michelle Bachelet lo nombró director del recinto. "Me alegré mucho cuando me llamaron y acepté un poco irreflexivamente porque me parecía una oportunidad interesante para completar un proyecto. Pero, me encontré con un hospital con muchos problemas, muchísimos problemas", sentenció Saavedra. Efectivamente, al asumir el cargo, comenzaron a develarse lo que, a juicio del Dr. Saavedra, sería una serie de corrupciones al interior del hospital.

A 10 meses de su inauguración, el Servicio de Salud Sur Oriente reveló un informe donde se consignaron 740 fallas en el Hospital de La Florida. Se encontraron 174 enchufes con problemas en distintas áreas del establecimiento, incluidas las camas de Neo UCI (neonatal), que impiden el uso por completo de la unidad, ausencia de tomas de oxígeno en la sala de pacientes agudos, puertas transparentes que no cumplen la norma y carencia de tinas en salas de pre parto. Según informó el periódico *La Tercera*, de 17 pabellones quirúrgicos, habían 10 que no están habilitados por falta de tableros eléctricos que si bien no estaban incluidos en la licitación, el servicio debería tenerlos operativos la primera quincena de octubre de 2013.

Mario Toledo, presidente de los enfermeros de dicho recinto asistencial, junto a varios trabajadores se movilizaron a comienzos de 2014 para denunciar estos problemas. En entrevista en *radio Bío Bío*, Toledo aseguraba que “se ve bonito por fuera, pero por dentro tiene muchas deficiencias”, y agregaba que muchas veces trabajan con salas que están a 40 grados de temperatura. Esto, porque uno de los principales problemas del hospital es la climatización. Sin embargo, “esta situación no está afectando sólo a los enfermos que atienden en el hospital, sino que también a los profesionales que allí se desempeñan, quienes principalmente sufren de cefaleas recurrentes”, denunciaba el dirigente. Para Mario Toledo, lo que más llama la atención es que vienen advirtiendo la situación de principios de 2014, además de que “concordamos en que el hospital tuvo una apertura precipitada, y a pesar de que se han tenido informes, no vemos mayor énfasis en mejorar estas cosas por parte del Ministerio”.

Ante los diversos problemas, la subsecretaria de Redes Asistenciales, Angélica Verdugo declaró a *radio Cooperativa* que “el hospital continúa en fase provisoria mientras se resuelven las observaciones”. A las declaraciones de Verdugo se sumó Antonio Infante, director del Servicio de Salud Sur Oriente, quien reflexionaba que "si usted me dice, ¿cuándo se debería haber abierto? Creo que marzo, abril hubieran sido meses más tranquilos, en que ya las cosas hubieran estado más formateadas".

Estaba previsto que la marcha blanca del recinto finalizara en enero de 2014, pero de las 391 camas disponibles, sólo 233 estaban operativas, por lo que el hospital funcionaba al 60% de su capacidad.

Contratos irregulares: Premios por cumplir

Los hospitales concesionados empezaron a meter ruido en la opinión pública en 2014, pero no solo por las denuncias de fallas en su construcción, habilitación o demoras. La misma ministra de Salud, Helia Molina, presentó una denuncia ante la Contraloría General de la República por irregularidades en los contratos. La jefa de cartera explicó a *La Segunda*, que, en muchos casos, los montos originales de los contratos de Maipú, La Florida y Antofagasta subieron en los meses de diseño y ejecución de las obras, “sin razón aparente”, aseveró.

Sin embargo, lo que más llamó la atención de las nuevas autoridades fue el pago de incentivos a la empresa concesionaria por cumplir con el contrato. Así, por contrato el Estado debe pagar 2.825 UF semestrales, es decir, 70.969.650 pesos chilenos¹³, si el contrato en los hospitales de Maipú y La Florida fluctúa entre 94% y 96% del cumplimiento. Si el porcentaje supera el 97% el premio es de 5.825 U.F. por semestre, es decir, alrededor de 146 millones de pesos.

En el Hospital de Antofagasta el umbral de exigencia es aún más bajo: 11 mil UF semestrales para un cumplimiento entre 85% y 91%, 25 mil UF entre 92% y 96%, y 43 mil UF si supera el 97%.

"Esta situación es por lo menos curiosa, porque si se firma un contrato entre una empresa privada y el Estado, debe ser cumplido en un 100%. Aquí establecen que pueden no cumplir a cabalidad lo pactado e igual son premiados", advirtió a *La Segunda* el jefe de división de presupuesto e inversiones de Salud, Sergio Teke.

Además, en los hospitales de Maipú y La Florida se definió el pago de un subsidio variable a las empresas concesionarias si los recintos tenían una ocupación de camas del 80%, porcentaje que se redujo a un 60% en el de Antofagasta, Hospital Salvador y Félix Bulnes. Al momento de la denuncia, Sergio Teke cuestionó la lógica de pagos, aludiendo a que no estaban en el proyecto original: “cuando se dimensionó en el gobierno anterior de la Presidenta Bachelet el modelo de concesiones como plan piloto en los Hospitales de Maipú y La Florida, la idea era probar el sistema. Pero llama la atención que a esos

¹³ UF calculada para julio de 2015

hospitales ahora se les cancele por ocupación de camas 932 UF al año", destacó Teke. La preocupación por dichas irregularidades fueron abriendo cada vez más las dudas y acusaciones en contra de la gestión del primer proyecto hospitalario bajo la modalidad de concesión.

Hospital de Maipú: La crisis

Los problemas relacionados a la apertura del recinto hospitalario marcaron una primera señal de alerta sobre las condiciones de infraestructura del Hospital El Carmen de Maipú, pero tras el acuerdo de puesta en marcha por parte del Minsal con la alcaldía de la comuna de Maipú, los conflictos parecieron ir solucionándose poco a poco. Pero, al término de la gestión de Sebastián Piñera, se incorporaron nuevas autoridades que desde un comienzo, identificaron mayores problemas de gestión e infraestructura que ponían en riesgo a la población.

El ex director del Hospital El Carmen, el Dr. Ricardo Saavedra (2014), quien asumió la dirección del recinto tras la el recambio de gobierno interpreta que “el gobierno de Sebastián Piñera quiso a toda costa hacer una inauguración antes de dejar el gobierno y eso significó graves problemas desde el primer día que funcionó”.

Saavedra reveló que el hospital que abrió el mismo día de su inauguración, enfrentó la llegada de pacientes graves con falta de preparación en el servicio de urgencias, situaciones que no fueron denunciadas por la prensa, pero que demostraban las complejidades de atención del nuevo hospital. Uno de los casos graves, fue cuando llegó una persona con un paro cardiaco pero el hospital no contaba con laringoscopio, que es un instrumento que se utiliza para poder entubar. “Con un palo de helado tuvieron que ponerle un tubo en la tráquea; esa persona estuvo a punto de morir”, afirmó Saavedra.

“Otro caso también que me impactó muchísimo, relata el doctor, es el de una chica muy jovencita de 14 años, que consultó y terminó muriendo en la sala de espera, donde pasó, cuatro, cinco horas con un shock séptico por una infección urinaria y murió”.

Poco a poco, las nuevas autoridades designadas por el gobierno de Michelle Bachelet empezaron a percatarse de éstas y otras irregularidades.

Ricardo Saavedra destaca que una de las grandes impresiones que tuvo, al asumir el cargo, fue la alta cantidad de dinero que tuvo que pagar a la concesionaria. “Tuve que

firmar el primer cheque de traspaso de fondos de cuatro mil millones de pesos. Era una cuota cuatrimestral y había que pagar por la concesión, además de otros 600 millones que se pagaban mensualmente por la operación. Sacamos las cuentas en ese momento, y aproximadamente se podía construir en el periodo de la concesión entre tres y cuatro hospitales con ese costo por la infraestructura. No había ningún hospital en el país que tuviera 600 millones de pesos mensuales para financiar subvención. Nos quedó muy claro el mito de que eran hospitales menos costosos que la construcción pública”, aseguró el Dr. Saavedra.

En junio de 2014, el director del Servicio de Salud Metropolitano Central, Jorge Martínez, reveló ante la Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados una escandalosa noticia: el Hospital El Carmen ya estaba endeudado en más de 5 mil millones de pesos.

En esa misma sesión, el Dr. Martínez indicó que la anterior dirección permitió que se generaran contratos directos con empresas de anestesistas a quienes se les pagó sueldos excesivos. "Estos profesionales ganaban \$14 millones mensuales, problema que subsanamos a través de contratos, vía institucional, directos con cada profesional. Por 22 horas semanales, un médico hoy percibe un sueldo promedio de \$3 millones 500 mil", explicó.

El Dr. Saavedra reafirmó la situación y aclaró que en general existía un problema grave con los recursos humanos, ya que al inaugurar el hospital de manera tan acelerada, tuvieron que pagar sueldos muy altos para contar con los especialistas, en específico, anestesistas y médicos en la urgencia. Los honorarios de los anestesistas llegaron en algunos casos a ser de 12 a 14 millones de pesos mensuales, según ratificó Saavedra. Se contrató gente para la urgencia, entre médicos y enfermeras, que no tenían validados sus títulos, pues eran extranjeros pero no habían dado el examen médico nacional, cosa que contraviene con las determinaciones del servicio público. "Detectamos también un par de enfermeros, enfermeras que no tenían título; eran estudiantes en realidad", agregó Saavedra. En tanto el Dr. Martínez declaraba que "un porcentaje menor del personal aún no tiene ocupación, es decir, concurren a trabajar pero no tienen función que desempeñar".

Si ya los problemas de recursos humanos eran complejos, la situación se complicaba aún más al momento de auditar los gastos, compras y boletas. Martínez explicó frente a la cámara de diputados que "en los primeros 14 días de gobierno se detectaron gastos por

más de mil millones, pero sin respaldo de facturas ni contabilizados en el sistema financiero. No tenemos claridad ni certeza de a dónde fueron destinados estos recursos. Sólo tenemos algunas luces, que una parte de estos dineros pudo ser invertido en compras directas a farmacias particulares, porque cómo no disponían de insumos, cuando les faltaba algo para el Servicio de Urgencia o para una cirugía, corrían a comprar a la esquina".

El principal problema que presentaba el establecimiento era que el Ministerio de Salud y el Servicio Metropolitano Central no tenían injerencia alguna en la toma de decisiones al interior del recinto en relación al contrato, dejando todo en manos de un inspector fiscal (designado por el MOP) y la concesionaria, según explicó el director del Servicio.

Así, descubrieron que 1.700 millones de pesos no fueron facturados entre enero y marzo. De ese total, "680 millones corresponden a compra directa de medicamentos e insumos médicos realizados desde el hospital a varios laboratorios, en esos meses", aseguró el Dr. Jorge Martínez.

Se había realizado una compra directa de los insumos, lo que significa que no se planificó su suministro a través de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Salud (Cenabast), entidad a través de la se licitan públicamente todos los fármacos e insumos médicos. Situación claramente anómala ya que los procedimientos de gasto y consumo de medicamentos están regidos bajo pautas que responden a las necesidades de la población.

Ante las evidentes fallas y denuncias, una comisión de senadores visitó las instalaciones del hospital de Maipú en mayo de 2014. "Hay irracionalidad acá y hay irracionalidad en La Florida. En La Florida, por ejemplo, hay 12 pabellones, sólo funcionan ocho, porque no tienen motores los otros", evidenció el senador socialista Carlos Montes en aquel momento.

Mientras el senador de Renovación Nacional, Andrés Allamand, dijo estar a favor de "ponerle el cascabel al gato en el sistema público de salud" y subrayó que "la mecánica de estos contratos de concesión tiene aspectos que son simplemente incomprensibles". Por su parte, el senador del mismo partido, Manuel José Ossandón, afirmó que el

problema "partió en el gobierno pasado de la Presidenta Bachelet", pero "quien terminó de embarrarlo fue el gobierno del Presidente Piñera".

Para coronar la seguidilla de escándalos asociados al Hospital de Maipú, el gobierno de Michelle Bachelet decidió cesar las funciones del director del Hospital Ricardo Saavedra, ya que en septiembre de 2014 se filtró al sitio de investigación periodística, *CIPER*, uno de los problemas más graves del hospital.

Los 9 informes

En junio de 2014 se constituyó la Comisión de Puesta en Servicio Definitiva (CPSD), instancia que debía analizar la posibilidad de terminar la marcha blanca y concretar la ejecución total del servicio del hospital El Carmen. Según informó *CIPER*, el inspector fiscal del contrato de concesión del hospital y asesor del CPSD, Jorge Muñoz, aseguró a Ministerio de Obras Públicas y al Servicio de Salud Metropolitano Central que se habían logrado verificar todas las observaciones de la comisión anterior. Ante aquellas conclusiones, se debía dar luz verde al hospital.

Sin embargo, el Dr. Saavedra había solicitado una investigación paralela del estado del hospital al ingeniero biomédico Cristián Alarcón, el cual desarrolló 9 informes cuyas conclusiones diferían ampliamente de los resultados del CPSD. Alarcón representaba al Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC) en la comisión, y ahí expuso los resultados preliminares de su investigación. Se identificaron problemas con el aire acondicionado y con la calefacción, pero era mucho más que eso. Los pabellones y las salas de aislamiento tienen que tener sistemas que permitan manejar las presiones, la temperatura, la polución, "son cosas que tienen que ver con la posibilidad de infecciones y en el funcionamiento no solo del confort de los profesionales que están ahí, sino en las condiciones en las que se trabaja, y ahí nos encontramos con un informe muy responsablemente hecho, que demostraba deficiencias graves" explicó el Dr. Saavedra.

Por motivos sanitarios, la sala de aislamiento de infecciosos de cualquier hospital tiene que tener una presión negativa, así la infección no se dispersa por el resto del hospital ya que las persona aislada puede tener una enfermedad muy infecciosa. Pero en el caso del Hospital de Maipú, descubrieron que no existía esa presión negativa en la sala de

aislamiento. El ex director del Hospital El Carmen evaluó esta situación como “extremadamente grave”, porque se comprobó que salía el aire desde esas salas donde incluso había un paciente con varicela, y se diseminaba el aire por el resto del hospital.

Frente a los nuevos antecedentes, el ex director del establecimiento llamó a un comité de riesgo clínico y decidió no cursar las operaciones de cadera que estaban agendadas. “Yo decidí esto, justamente en el momento en que se hablaba a nivel nacional sobre un gran éxito por haber cerrado un contrato con una clínica privada y con otros hospitales para resolver listas de espera. Cuando convoqué al comité de riesgo clínico y les muestro este informe todos dijimos que no se podía operar. Les planteé que manejáramos este tema con la mayor discreción”, recuerda Ricardo Saavedra.

Según su relato, uno de los participantes del comité de riesgo clínico le pareció tan escandalosa la situación que decidió conversarlo con el equipo de *CIPER*, quienes llamaron al director del hospital para confirmar la situación. El médico les respondió afirmativamente, lo que desencadenó la aparición pública del problema, y el cese de funciones del Dr. Ricardo Saavedra. Desde ese momento el Hospital El Carmen ha mantenido un perfil bajo, y no se ha informado de ninguna sanción que responsabilice o confirme los sucesos denunciado por el doctor Saavedra.

A modo de análisis, el ex director del hospital considera que existía una lucha entre los que estaban en contra y a favor de las concesiones, incluso dentro de autoridades de gobierno. La controversia que generó el resultado de su informe a los del CPSD radica, a juicio de Saavedra, en que corregir lo que se encontró era de un altísimo costo, lo que ponía en riesgo las finanzas de la sociedad concesionaria, “incluso en algún momento llegaron a mencionar que eso los llevaría a la quiebra”, aseguró. En tal caso, el interés del privado por mantener una utilidad favorable, se sobrepondría a la calidad de la atención médica, incluso, poniendo en riesgo la vida de la población que allí se atiende.

A pesar del conflicto con los informes y las evaluaciones técnicas, Saavedra aún tiene serias dudas sobre las irregularidades en el hospital y afirma que existió claramente corrupción. “Eso efectivamente lo pudimos comprobar. Las compras, que se hicieron en todo el periodo de la construcción y del equipamiento, se pagaron con unos sobrepuestos increíbles. Los equipos de diálisis, por ejemplo, costaron el doble de lo que normalmente cuestan en el mercado y además las personas encargadas de recibir esos equipos fueron invitadas a Alemania, y era *vox populi* entre gente del hospital, los porcentajes que se

pagaron por compras de equipo. Se encomendaron compras inusuales de algunos equipos costosos. Había equipos de dosificación de medicamentos farmacológicos, que no se pudieron utilizar porque eran marcas incompatibles”, aseguró.

Saavedra confiesa que las autoridades previas tenían responsabilidad en las irregularidades, pero que en la nueva gestión no hubo voluntad de investigar. “No se hizo ningún procedimiento administrativo a pesar de que yo lo pedí”, concluyó. Cabe reiterar que la investigación realizada por el Congreso aún no ha generado alguna causa que investigue la Justicia.

MOP versus Minsal

Los constantes problemas en los hospitales de Maipú y La Florida generaron evidentes roces entre los ministerios de Salud y Obras Públicas. Una serie de declaraciones entre ambos ministerios daban a entender que las concesiones hospitalarias no sólo tenían defensores y detractores en la comunidad, sino también al interior del gobierno.

En diario *La Tercera*, la ministra de Salud del momento, Helia Molina (militante del Partido por la Democracia), aseguraba que la responsabilidad, en términos de garantías de entrega de los hospitales en óptimas condiciones, es del Ministerio de Obras Públicas.

A modo de respuesta, Alberto Undurraga ministro de Obras Públicas, aseguró que el rol de su cartera en las concesiones es más limitado y que consiste en fiscalizar a través de los inspectores. “Esa información se le entrega al Ministerio de Salud para que ellos tomen las decisiones en función de las implicancias que pueda tener en algo tan específico como el área de salud. Así que nuestro rol se limita a eso, hacemos la inspección y le entregamos la información”.

Según el portal web de la *radio Bío Bío*, la ministra Molina declaró que esta situación fue prevista por su cartera e incluso informada al MOP, inculpándolo por no haber tomado las medidas pertinentes. La seguidilla de dichos en la prensa representan la difícil coordinación entre los dos ministerios, problema que sin dudas complicaba a ambas partes.

Esta dificultad la pudo identificar el ex director del Hospital El Carmen, Ricardo Saavedra, quién recordó que, en general, el sistema de salud no tenía un contrapeso en relación a

Obras Públicas: “bastaba que los dos representantes del Ministerio de Obras Públicas en la organización de las concesiones estuvieran de acuerdo, para que se aprobaran cosas”.

Para el Dr. Roberto Tapia, jefe del departamento de concesiones del Ministerio de Salud en el primer gobierno de Michelle Bachelet, la experiencia de trabajar en la concesión entre el Minsal y MOP fue como “juntar dos transatlánticos”, es decir, una tarea muy grande y lenta.

“Una de mis pegas fue juntar esos dos mundos. Los tipos no se querían ni ver, porque eran arquitectos e ingenieros de dos mundos diferentes, pero los logramos juntar”, afirmó el Dr. Tapia. A su juicio, el Ministerio de Salud no tiene la competencia para manejar un contrato de concesiones, “No entiende todavía lo que es un contrato de concesión. El contrato de concesión, no la construcción, y la relación con el concesionario es compleja (...) Pastelero a tus pasteles”, recalcó.

la ex ministra de Salud (2006-2008), María Soledad Barría, a quien le tocó comenzar con el proyecto, postula una visión distinta. Para ella, las concesiones hospitalarias son socialmente más delicadas que una carretera, y es por eso que defiende el rol del Minsal en los proyectos. “¿Por qué Obras Públicas va a hacer el intermediario entre la empresa y el Servicio de Salud que es el dueño del establecimiento? Yo creo que la ley efectivamente no se ajusta a lo que son los requerimientos sanitarios”, sentenció la Dra. Barría. Pero más allá de las responsabilidades interministeriales, la implementación de concesiones hospitalarias es una decisión política de los gobiernos. Es en ese contexto que Michelle Bachelet, después de haber decidido aprobar las concesiones en su primer gobierno, resuelve frenarlas en su segundo periodo, a pesar de que al interior de su coalición aún existen fuertes defensores de la medida. Se puede entrever entonces, una disputa entre ministerios que, por primera vez, deben coordinarse para ejecutar una política pública que su misma jefa de gobierno calificó como “más cara y menos eficiente”.

El Hospital Prometido

Tal como se señaló, la gestión del presidente Sebastián Piñera se interesó por las concesiones hospitalarias tras los resultados del terremoto del año 2010, y a pesar de la dificultosa experiencia de apertura de los hospitales de Maipú y La Florida, decidió comenzar una nueva agenda de concesiones, entre ellos, el Complejo Asistencial Red

Sur (CARS), que incluye un consultorio en San Miguel, el hospital pediátrico Exequiel González Cortés, el Hospital Barros Luco

Un bus atiborrado de santiaguinos se dirigía a Valparaíso. Era el año 2009 y los usuarios, los funcionarios y dirigentes del Hospital Barros Luco llegaron hasta el Congreso Nacional para exigir un nuevo complejo asistencial que reemplazara el desgastado hospital.

“Hacienda vetó el ítem de presupuesto para la construcción del CARS. La gente, los consejos consultivos, los funcionarios, en fin, hicieron una marcha y fueron a Valparaíso. Arrendaron buses y fueron para allá a protestar durante la discusión del presupuesto del 2009 que se ejecutaría en 2010. Aparentemente Angélica Verdugo, que era directora del servicio en esa época, habló quizás con Michelle (Bachelet). Ellos trabajaron mucho en los proyectos de arquitectura, estaba la maqueta, se la estaban mostrando a la comunidad e iban a votar el presupuesto. Entonces ellos se movilizaron y la Presidenta instruye que se reponga ese ítem y ahí están los 500 millones de dólares para empezar toda la construcción del CARS y esa es la base para una construcción sectorial”, comentó la Dra. Vivienne Bachelet, quien se sumó en asesoría a los funcionarios del CARS ante el rechazo a las concesiones.

Así mismo lo explicó el dirigente de la Confenats, Oscar Riveros: “antes de que terminara el primer gobierno de la Presidenta Bachelet, nosotros logramos que se pusieran los recursos para el complejo hospitalario CARS. Ahí se dio una gran pelea de los trabajadores en conjunto con los usuarios, quienes venían tratando por distintos canales que se renovaran esos dos hospitales porque son de muy larga data. El Hospital Barros Luco tiene más de cien años y el Exequiel González funciona en distintas casas que se han ido comprando en todo un barrio prácticamente. Era una necesidad vital para más de un millón de personas de las 11 comunas que atiende el Servicio de Salud Metropolitano Sur. Esto se logró antes de que Bachelet terminara su gobierno y se pusieron a disposición 500 millones de dólares para la construcción”, declaró Riveros.

El compromiso estaba hecho, pero en febrero de 2010 el terremoto y maremoto generaron grandes pérdidas y el nuevo gobierno de Sebastián Piñera (2010-2014) cambió el rumbo del hospital. “La decisión generó una molestia muy grande entre la comunidad, los trabajadores, las autoridades, me refiero a alcaldes de las respectivas comunas, concejales y diputados”, aseguró Oscar Riveros.

Así, poco a poco se fue gestando un amplio rechazo a la concesión del complejo CARS que movilizó nuevamente a los usuarios y funcionarios en 2010. En esa ocasión, Oscar Riveros explicó que realizaron un trabajo no solo de consignas, sino que se dedicaron a explicarle a la comunidad qué significaría realizar el hospital vía concesión. Dirigentes y expertos hicieron escuelas de invierno y de verano para explicarles a los usuarios lo que significaba una concesión hospitalaria, basados fundamentalmente en la experiencia de Gran Bretaña.

De esta manera, las dudas y cuestionamientos al modelo comenzaron a surgir de parte de los diversos actores relacionados al complejo hospitalario CARS. El presidente del Consejo de Salud que reúne a los usuarios de la zona sur, Enrique Molina, señaló que “nosotros ya teníamos este documento ordinario número 1102, donde el ministro de Salud plantea la licitación, vía concesiones, de la construcción y operación de los establecimientos hospitalarios, pero al señor ministro, y al auditorio lleno del Barros Luco, le consta, que no dio respuesta de ello cuando se le preguntó por las condiciones que tendrían las concesiones”, afirmó a *Radio Universidad de Chile*.

Mientras, Germán Araya, presidente de los funcionarios del Hospital Exequiel González Cortés, evaluó que “con la construcción en concesión se pierden aproximadamente 3.500 millones de pesos invertidos en la realización del proyecto, el cual está en condiciones de empezar de inmediato ya que está aprobado su permiso de construcción en la Municipalidad de San Miguel con un costo de 400 millones invertidos y obras complementarias en ejecución”, según explicó a *Radio Bío Bío*.

Según el dirigente, la concesión retrasaría dos a tres años la construcción ya que se necesitaba un nuevo proyecto. Araya criticó que “no es posible que bajo el pretexto del terremoto se derrochen los recursos tanto humanos como económicos invertidos hasta el momento”. Esto debido a que el Estado había costeado consultorías, equipamiento y obras complementarias referentes al nuevo centro asistencial, a lo cual se suma el trabajo que durante 3 años realizó un equipo multidisciplinario de profesionales del propio Servicio de Salud Sur quienes diseñaron el actual proyecto.

A juicio del dirigente, esto provocaría un grave daño a 1.100.000 habitantes que serán beneficiados con el nuevo complejo, los cuales están necesitando prontamente de un centro hospitalario que disponga de 1.132 camas (132 críticas, 29 pabellones y 354 box de consultas y procedimientos), según informó *Radio Bío Bío*.

Otra arista que preocupaba a los trabajadores con la modalidad de concesión era la permanencia de los puestos laborales. El secretario general de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (Fenats) del Hospital Barros Luco, Raúl Muñoz, afirmó al sitio web *La Nación* que "la gran alerta que nosotros tenemos es que se perderían puestos de trabajo, porque el proyecto tiene considerado, en una primera etapa, entregar a los privados la concesión de todos los servicios de apoyo: alimentación, movilización, imagenología, esterilización, laboratorio, servicios generales, mantención".

El dirigente aclaró que "desde el punto de vista legal si tu puesto de trabajo desaparece, los servicios son innecesarios y la Seremi está facultada para terminar el contrato, aunque sea planta o contrata". Muñoz detalló que actualmente son cerca de cuatro mil 500 funcionarios en ambos centros asistenciales, y calculó que "nosotros podríamos perder entre 800 a mil puestos de trabajo". En tanto, la presidenta de los médicos del Hospital Exequiel González Cortés, Dra. Rebeca Paiva, pidió que se asegure que los servicios del cuidado de los pacientes sigan siendo públicos. Su par del Hospital Barros Luco, Dr. Ricardo García, llamó al Ministerio a respetar los recursos destinados para este recinto en el último presupuesto de la cartera: "no vamos aceptar el chantaje que, si nosotros no aceptamos que esto sea vía concesión, no vamos a tener hospital", sostuvo García.

Por su parte, el alcalde de Lo Prado y presidente de la comisión de salud de la Asociación Chilena de Municipalidades, Gonzalo Navarrete, manifestó que el argumento de la reconstrucción por el terremoto no es aceptable.

"No estamos de acuerdo con que se privatice la atención primaria. La reconstrucción es responsabilidad del Estado. Los municipios somos los que tenemos la posibilidad de gestión y hoy no estamos disponibles para entrar en un sistema de concesiones y un sistema de privatización de la administración primaria", aseguró Navarrete al periódico *La Tercera*.

El rechazo era amplio, y también lo fue en el Hospital Gustavo Fricke en Viña del Mar, Quinta Región de Valparaíso. El director de la Fundación Creando Salud, Matías Goyenechea, relató que hasta "los mismos senadores del oficialismo viajaron a ver a Mañalich para que se bajara este proyecto". Tanto los trabajadores como los usuarios se unieron para lograr que no curse la concesión.

A pesar de la amplia negativa a los proyectos de concesión, el Ministerio de Jaime Mañalich no estaba dispuesto a liberar los recursos destinados para la reconstrucción del Hospital Barros Luco. Entonces surgió lo que muchos llamaron “la amenaza”. “Mañalich dijo: si ustedes se oponen a las concesiones, entonces se quedan sin hospital”, afirmó con severidad la Dra. Vivienne Bachelet.

Oscar Riveros recuerda que “Mañalich nos hizo un chantaje”, pero que respondieron al Ministerio de Salud que no iban a aceptar un modelo que rompiera con el paradigma de la salud pública, ya que, a su juicio, es una responsabilidad del Estado: “aquí no trabajamos envasando cosas, no trabajamos con maquinaria, no estamos exportando frutas, no, es la vida de la población de Chile y Chile necesita una salud pública oportuna, de calidad y gratuita”. En una reunión, al verse envuelto entre tanto rechazo al proyecto, Jaime Mañalich hizo una drástica propuesta: “hospital concesionado o no hay hospital”. Los dirigentes de la salud respondieron: “preferimos eso”. Fue entonces que el ex ministro de Salud se volteó a ver el *power point* que tenía en la reunión y le hizo una raya al complejo CARS, y así es como se frenó su concesión, según el relato de Riveros.

En retrospectiva, el dirigente considera como un logro haber eliminado del complejo CARS del listado de 20 hospitales ya que según la evaluación de los gremios de trabajadores de la Salud, como la Fenats y la Fenpruss, la concesión hospitalaria sería un tremendo retroceso de la salud pública.

Hospital de Antofagasta: un negocio lucrativo

Tras el fallido intento de concesionar el complejo CARS y el hospital viñamarino, Gustavo Fricke, finalmente el Minsal conducido por el ex ministro Jaime Mañalich, logró adjudicar su primera concesión.

Antofagasta esperaba desde 1998 la construcción de un nuevo hospital, el cual fue licitado y adjudicado en junio de 2013 por el Consorcio Siglo XXI, liderado por la empresa española Sacyr Concesiones, junto a SNC-LAVALIN Infraestructuras.

El proyecto, que debería entrar en operaciones el segundo semestre del año 2017, implica una inversión de 250 millones de dólares aproximadamente y, una vez concluida la obra, será gestionada por la compañía durante un período de 15 años, en donde atenderá a una población superior a las 260.000 personas.

El gerente general de Sacyr Concesiones Chile, Javier Martínez-Cañavate, declaró al *Diario Financiero* que “Sacyr Concesiones tiene una amplia experiencia en la gestión de hospitales, de hecho hemos construido y puesto en operación 6 hospitales en España y Portugal, en régimen de concesión, en los que prestamos servicios similares a los que proveeremos en Antofagasta”.

La adjudicación del Hospital de Antofagasta fue sin duda un buen negocio para el Consorcio Siglo XXI, ya que, a diferencia de los hospitales de Maipú y La Florida, el contrato de concesión elaborado por el gobierno de Sebastián Piñera ahora incluía más servicios, como sistema informático y ofrecía mejores condiciones para obtener los subsidios variables. Los beneficios entregados a la concesionaria fueron tan buenos que hasta la publicación *World Finance* premió en 2013 al Hospital de Antofagasta como el mejor contrato de infraestructura hospitalaria del año (*Deal of the year*). Sin embargo, dichas condiciones favorables no parecieron tener sustento, o al menos así fue consignado por la comisión investigadora de la Cámara de Diputados sobre eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria.

El Hospital de Antofagasta forma parte de la cartera de proyectos que se ha adjudicado la empresa en el país, que desde 1996 ha gestionado 12 proyectos de concesiones del MOP, superando los 3.200 millones de dólares de obras civiles e infraestructura en Chile. A comienzos de 2015 y mediante un hecho esencial informado a la SVS, la firma española Sacyr Concesiones vendió 4.500 acciones, que representan 30% del capital social de Salud Siglo XXI a la firma Global Dominion Access, empresa que provee servicios tecnológicos.

Sacyr y los sobrecostos

Sacyr ha construido 18 hospitales a lo largo del mundo. Para financiar su primer hospital en Chile, el Hospital de Antofagasta, solicitó un préstamo de 290 millones de dólares con vencimiento en 2030, con las entidades financieras Corpbanca y Banco Santander Chile.

Sin embargo, una suma de problemas de gestión a nivel nacional e internacional han puesto en duda la capacidad de la mega empresa para hacerse cargo del deseado hospital. La diputada y ex alcaldesa de Antofagasta, Marcela Hernando, dijo en julio de 2014 al diario regional *El Nortero* que “este es un proyecto urgente no sólo para

Antofagasta, sino que para todas las regiones del norte. Mi consulta es simple: saber qué medidas se tomarán para evitar que a mitad del proyecto se estén solicitando mayores recursos o que la empresa deje paralizadas las obras. Nadie quiere obras a medio terminar como lo que ocurre en Calama”, señaló la parlamentaria antofagastina.

Su preocupación radica en dos casos específicos. El primero tiene que ver con el fin del contrato de Codelco con Sacyr por la construcción del camino Maitenes–Confluencia, denominado “Nuevo Nivel Mina El Teniente”, cuyas obras se iniciaron en diciembre de 2012.

Según un comunicado de la empresa estatal, se finalizó la relación con Sacyr por “incumplimiento de contrato fundado en importantes atrasos y sobrecostos en la ejecución de la obra que facilitará el acceso al nuevo nivel subterráneo de la mina El Teniente”. El comunicado de Codelco detalla además que si no se tomaba esta determinación, “el costo final del camino habría sido más del doble del licitado originalmente. Codelco no puede aceptar estos rendimientos, como tampoco pagará sobrepagos no razonables”.

Canal de Panamá

El otro caso que preocupaba a la diputada antofagastina y a dirigentes de la salud es el rol de Sacyr en Panamá. La española es una de las empresas del consorcio ganador en 2009 de la licitación para ampliar el canal de Panamá, junto a la constructora italiana Impregilo, la belga Jan de Nul y la panameña Constructora Urbana (CUSA).

El canal de Panamá es, sin lugar a dudas, una de las obras más grande en su agenda de construcciones. La empresa española tiene presencia en 20 países, en los cinco continentes, coronándose como una de las constructoras más importantes de origen español. La puesta en marcha del canal panameño ha sido un gran desafío para la multinacional, ya que hay muchos ojos puestos sobre el desempeño de tamaño infraestructura que prácticamente triplica la capacidad actual.

Ante la notoriedad del mega proyecto, los países que mantienen contratos con Sacyr siguen el proceso de construcción del canal, el cual ha pasado por una crisis desde fines de 2013 hasta el 2014. El consorcio alegó que se quedó sin flujo de caja por sobrecostes de la obra como consecuencia de problemas geológicos no detectados. La cifra que

consigna Sacyr es de 1.600 millones de dólares mientras que la Autoridad Canal de Panamá no acepta por "desproporcionados y no sustentados". La tensa relación entre la Autoridad panameña y el consorcio puso en riesgo la continuación del contrato, incluso se rumoreó que podía asumir el término de la obra una firma norteamericana.

En febrero de 2014, las partes aún no concitaban acuerdo y las obras se paralizaron por falta de fondos, atrasando la fecha de entrega acordada para octubre de 2014. Desde comienzos de 2015, el canal permanece en construcción y el organismo de arbitraje obligó a la Autoridad Canal de Panamá a pagar 233 millones de dólares de los 463 millones solicitados por sobrecoste.

SNC-Lavalin: Familia Gadafi y los sobornos

La otra empresa que se suma al consorcio encargado de la construcción y mantención del Hospital de Antofagasta es la altamente cuestionada SNC-Lavalin. En 1991 se formó la que es una de las cinco empresas de ingeniería más grandes del mundo que cuenta con más de 28.000 empleados y tiene presencia en 100 países. La empresa canadiense es "un líder reconocido en el suministro de gestión", según señaló el gobierno federal para la casa televisiva *CBC* en Canadá, ya que SNC-Lavalin gestiona muchos de sus edificios además de las adjudicaciones de obras públicas.

Pero los problemas del gigante canadiense comenzaron en marzo de 2012, cuando se destaparon una serie de denuncias de corrupción en Bangladesh y Libia tras una investigación que arrojó 56 millones de dólares en pagos irregulares. La acusación involucra a SNC por pagos no autorizados a agentes relacionados con las operaciones de la compañía en Libia, donde realiza un proyecto increíblemente grande para construir un oleoducto de 4.000 kilómetros para transportar agua en medio del desierto a las ciudades del norte de Libia

La unidad anticorrupción del Banco Mundial proporcionó información a la Real Policía Montada Canadiense sobre una investigación de corrupción relacionada con el proyecto del puente de Padma en Bangladesh. Con los datos obtenidos, la policía canadiense decidió allanar las oficinas de SNC-Lavalin en Toronto y, un mes después, el Banco Mundial suspendió el préstamo de 1.2 mil millones de dólares para la construcción del

puente. La institución también prohibió temporalmente nuevos contratos bancarios con la filial de SNC en Bangladesh.

Libia

Cyndy Vanier es una consultora canadiense, quien fue acusada de ser la mente de un complot para contrabandear miembros de la familia de Gadafi (Libia) en México. Vanier estuvo detenida en el país azteca desde 2011 y estuvo más de 18 meses tras las rejas.

Vanier aseguró al medio canadiense *CBC News*, que fue contratada por el controlador de SNC-Lavalin, Stephane Roy, bajo la dirección del vicepresidente ejecutivo, Riadh Ben Aïssa, durante el verano de 2011 para una legítima investigación en Libia, y preparar aviones para la reintegración de los empleados en Libia.

Gary Peters, quien acompañó a Cyndy Vanier en ese viaje, fue deportado de Canadá por sus vínculos con Gadafi, pero antes de irse le proporcionó a *CBC News* una serie de correos electrónicos entre él y Vanier, que incluyen una discusión con Saadi Gadafi, hijo del dictador libio.

Stéphane Roy, entonces vicepresidente de finanzas de SNC-Lavalin, fue detenido y puesto en libertad por la policía mexicana.

A raíz del escándalo, el presidente ejecutivo de la multinacional, Pierre Duhaime, renunció. La compañía señaló a los medios que su firma en los pagos a agentes no revelados era una infracción del código de ética de la empresa.

Riadh Ben Aïssa es el ex vicepresidente mundial de la construcción de SNC-Lavalin, conocido por sus lazos íntimos con dos de los hijos de Gadafi. Según *CBC News*, mientras mantenía su cargo, supervisó un proyecto que contrató Edis Zagorac, el marido de la embajadora de Canadá en Libia, Sandra McCardell.

El proyecto consistía en una unidad de ingeniería civil y militar creada por SNC con el gobierno de Gadafi, donde la idea inicial era construir una prisión 271 mil millones de dólares en el país del norte de África.

Sin embargo, los problemas para SNC-Lavalin continuaron ya que Riadh Ben Aïssa fue detenido en Suiza y puesto bajo custodia por acusaciones de fraude y lavado de dinero

Al verse envuelto en un nuevo caso de corrupción, la empresa destacó que Riadh ya no era parte del consorcio, y declaró públicamente. en un comunicado en el sitio web de la compañía. que "SNC-Lavalin está haciendo todo lo posible y ha ofrecido su total cooperación a las autoridades con el fin de obtener las respuestas necesarias sobre situaciones relativas a los ex empleados de la manera más expedita posible".

Robert Card, el actual presidente ejecutivo de la cuestionada firma, está intentando levantar la compañía tras los escándalos de sobornos que ha destrozado su reputación a nivel global. Según sus dichos en el *Financial Post*, declaró que los proyectos ganados por la corrupción no los han beneficiado económicamente. "La sola observación de los aspectos del negocio y de todos los malos proyectos que heredamos, no creo que hemos hecho un centavo en todo esto", consignó el periódico.

A pesar de que en Chile, Sacyr y SNC-Lavalin no mantienen registros ni de sobornos, corrupción y/o multas por un mal desempeño en sus obras, su cometido en el exterior podría ser una señal de alerta a tomar en cuenta antes de inauguradas las obras del Hospital de Antofagasta que atenderá a más de 260.000 personas de la ciudad nortina y sectores aledaños. El "gran negocio" que implicó este contrato de concesión, premiado por la publicación internacional *World Finance*, aún deja dudas, que, abiertas por el parlamento chileno, hoy están en manos del sistema judicial para que indague los beneficios extremos que ésta empresa logrará a costa del Estado chileno.

Cien Años de Soledad

Tras la licitación del Hospital de Antofagasta, el gobierno de Sebastián Piñera revivió la idea de concesionar el Hospital Salvador, que había sido propuesto en un inicio por el gobierno de Ricardo Lagos, pero que luego el gobierno de Michelle Bachelet decidió desechar la iniciativa. Aparte del Hospital Salvador Geriátrico, la cartera de concesiones era larga, pero en su segundo periodo, la presidenta Bachelet decidió frenar la agenda de concesiones, con excepción del "Salvador" y el Hospital Félix Bulnes. Así, éstos dos serían los últimos hospitales por concesionar, dejando en suma cinco hospitales concesionados en vez de trece.

Silente y fríos son los pasillos del Hospital Salvador al anochecer. Grandes vitrales, puertas de madera y bancas de espera rodean pabellones y salas de atención. Una enorme entrada, de bella y antiquísima arquitectura que fue declarada monumento histórico en 1985, da la bienvenida a los pacientes del recinto hospitalario más antiguo de la zona. Más de cien años lleva funcionando el Hospital Salvador Geriátrico y quizás la mitad de ellos espera por una nueva construcción. Cuando recién se pensaba en instalar las concesiones hospitalarias en Chile, fue precisamente para aplicarlo en el Hospital Salvador, sin embargo se consideró que el proyecto era muy grande como para comenzar. Tras cientos de debates y proyectos, finalmente hospital ubicado en la comuna capitalina, Providencia, será concesionado a pesar de los conflictos que esto significaba.

Raúl Villanueva, presidente de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (Fenpruss) del Hospital Salvador Geriátrico recuerda que desde el año 2009 se oponen como organización a la concesión del histórico hospital.

En octubre de 2013, el Ministerio de Obras Públicas inició el proceso de venta de Bases para el proyecto de concesión del Hospital del Salvador e Instituto Nacional de Geriátria. A fines del gobierno del Sebastián Piñera, la agenda de concesiones de salud fue muy rápida y extensa. La primera concesión de su gobierno fue el Hospital de Antofagasta, que pretendía continuar con el experimento de los hospitales de La Florida y Maipú. Pero a fines del 2013, antes de dejar el cargo, el entonces ministro de Salud, Jaime Mañalich, logró amarrar una agenda de concesiones hospitalarias donde estaba el Hospital Salvador Geriátrico; la red Sur, donde está Curicó, Chillán, Linares; la red de Viña-Quillota, donde está Marga Marga y Quillota; y los de la Región Metropolitana, que contempla Félix Bulnes, Sótero del Río y Puente Alto.

Después de casi 20 años de gobiernos de la Concertación y medio siglo de historia, volvió al gobierno de Chile un presidente de derecha, Sebastián Piñera Echenique. Muchas expectativas y preocupaciones fueron puestas depositadas en su gestión, más aún cuando los efectos del terremoto y maremoto.....pusieron al gobierno y, en especial, al Ministerio de Obras Públicas como una de las carteras más demandadas y criticadas del momento. En el MOP abundaron los cambios de altos y medianos directivos, incluyendo la salida del ministro Hernán de Solminihac en el año 2011, reemplazado por Laurence Golborne, quien fue acusado de mantener dineros en el paraíso fiscal de Islas Vírgenes Británicas. Además, es uno de los involucrados en el Caso Penta, en el cual reconoció

ante la Fiscalía haber recibido 120 millones de pesos en aportes del grupo Penta a través de boletas falsas para financiar su campaña presidencial. Entendidos en el área de obras públicas explican que en general la cartera tuvo altas deficiencias.

Herman Chadwick, primo de Sebastián Piñera y ex presidente de la asociación gremial de concesionarios, Copsa, asegura que el ex mandatario no estaba tan interesado en la productividad de las obras públicas. “El Presidente Piñera nunca me ha hablado a mí de una obra pública, no es tema de conversación. En cambio, el Presidente Lagos dibujaba en las servilletas de La Moneda los puentes y las rutas, y decía por donde tenían que ir. Al Presidente Piñera le gusta hablar de economía, de La Haya”, relata Chadwick, mientras en su despacho observa sus fotografías junto a los presidentes Ricardo Lagos (2000-2006) y Frei Ruiz Tagle (1994-2000).

Según Chadwick, es muy poco lo que logró concesionar el Ministerio de Obras Públicas de Sebastián Piñera. “¿Por qué durante el gobierno de Piñera se concesionó poco? Yo creo que el Presidente Piñera se paró arriba de un helicóptero, lo miró y dijo ‘no estamos tan mal en infraestructura y pucha que estamos mal en otras cosas’, y se dedicó a darle empleo a la gente”, reflexionó el abogado.

El Dr. Roberto Tapia, jefe del departamento de concesiones del Ministerio de Salud en el primer gobierno de Michelle Bachelet, evaluó que el rendimiento de las concesiones en general del gobierno de Sebastián Piñera se demoró mucho; “están muy atrasados”, sostuvo.

Los dichos de Tapia se deben a que la apertura de las bases de licitación de la agenda de concesiones hospitalarias fue realizada a fines del periodo de gobierno de Piñera, en los meses finales de 2013. Así, se dejó una lista de proyectos al gobierno siguiente de Michelle Bachelet, que ya había señalado que no seguiría con las concesiones en hospitales públicos.

Para la ex ministra de Salud, María Soledad Barría, la premura con que se realizaron las licitaciones tuvo resultados “dramáticos”. “A mi juicio es una irresponsabilidad política, porque con el afán de dejar firmado, disminuyeron los tiempos hasta cuatro días para hacer la evaluación de un hospital como podría ser el Sótero del Río”, concluyó Barría.

Para el caso del Hospital Salvador Geriátrico, la evaluación de la propuesta técnica duró tan sólo diez días y terminó con la adjudicación al Consorcio Salud Santiago Oriente.

Sin embargo, esa adjudicación tomó solo ocho días para revisar la propuesta, proceso que dura al menos un mes. Ante la premura para evaluar el proyecto, el rechazo a la decisión no tardó en llegar. “Esto comienza con el ex ministro Mañalich, en su prepotencia da a conocer el listado de hospitales que vienen concesionados y dentro de ese listado viene el Barros Luco y el Salvador, y otros veintitantos hospitales más que después afortunadamente se cayeron.”, relató el dirigente sindical del Hospital Salvador, Raúl Villanueva.

“Como Fenpruss empezamos a hacer acciones en diferentes niveles y fue muy complejo con Mañalich y el Presidente Piñera, porque nos cerraban la puerta en todos lados, todo el mundo decía que las concesiones era el mejor sistema, que no había nada que hablar, por lo tanto, fue súper complejo”, agregó.

Quizás por el corto tiempo de evaluación, se omitió la información de que las tres empresas que componen el Consorcio de Salud Santiago Oriente: Assignia, Gia+A y Cosal, han sido acusadas por graves casos de corrupción y mal desempeño.

Consorcio de Salud Santiago Oriente: Corrupciones y abandono

La timidez con la que llegaron algunas empresas en la licitación de los hospitales de Maipú y La Florida fue dejada atrás por los pesos pesados del mundo de la construcción, quienes participaron en el proceso de adjudicación de uno de los hospitales más importantes de la capital chilena: el Hospital Salvador Geriátrico.

Sacyr, Abengoa y Assignia son tres gigantes transnacionales de la construcción de origen español, y todas postularon a la oferta pública del Hospital Salvador.

En total fueron cuatro los licitantes:

- Sacyr Concesiones Chile S.A. (origen español)
- Consorcio Abengoa Chile Inabensa Teyma (origen español)
- Consorcio Hospitales de Salud (origen español)
- Consorcio de Salud Santiago Oriente (origen español-mexicano-chileno)

Éste último ganó el concurso público para la construcción y operación del hospital y está compuesto por una alianza de tres empresas: Assignia, de origen español, Gia+A, de origen mexicano, y Cosal, de origen chileno.

Un Consorcio cuestionado

Una de las empresas del consorcio que ganó la licitación es Assignia, empresa del Grupo Essentium controlado por la española Susana Monje. La catalana es fiel adherente a las campañas de autonomía levantadas por Artur Mas, presidente de la Generalidad de Cataluña: "Creo en el derecho a decidir de los pueblos. Creo que los ciudadanos nos tenemos que expresar en las urnas, de eso estoy convencida", aseguró a varios medios locales. Parte de su identificación con Cataluña la expresa en una de sus actividades más importantes: es tesorera en el directorio del Futbol Club Barcelona.

Según el diario electrónico español *El Confidencial*, la Unidad de Delitos Económicos y Fiscales Español (UDEFE) investiga a la tesorera del Barça desde hace un par de años, principalmente por su relación con Oriol Pujol, economista y político del partido Convergencia Democrática de Cataluña (CDC), imputado por un delito de tráfico de influencias en un escándalo de corrupción conocido como el Caso ITV.

En 2012, la prensa española informó que la Agencia Tributaria de dicho país investigaba a Oriol Pujol como colaborador de una trama empresarial que intentó arreglar concursos de concesión de la Inspección Técnica de Vehículos (ITV). La Generalidad de Cataluña falsificó varias facturas para pagar 72.000 euros a Josep Tous, hombre de confianza que Oriol Pujol.

La Fiscalía de Barcelona pidió la imputación del entonces secretario general de CDC, Oriol Pujol, por su presunta vinculación con la supuesta trama de cargos públicos y empresarios del sector de las ITV en Cataluña para la adjudicación irregular de estas estaciones.

Pujol fue imputado el 19 de marzo de 2013 por el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña por el delito de tráfico de influencias. En 2014, Pujol renunció a su escaño en el Parlamento de Cataluña y abandonó la secretaría general de su partido.

Los expertos policiales en delitos fiscales y de blanqueo de dinero no les cuadraron algunas de las operaciones internacionales de Susana Monje a través de filiales de su compañía Essentium, de la que es presidenta desde 2006.

Según el portal *MundoDeportivo.com*, la empresaria negó cualquier relación con Oriol Pujol, tanto fuera de España como en Cataluña. “Aseguró que no lo conocía y que jamás había estado con él ni con ningún otro miembro de la familia Pujol. Añadió también que se sentía muy sorprendida por las investigaciones de la Policía”, agrega el portal.

Según informó en abril de 2015 el periódico electrónico *Elperiódico.com*, el Grupo Essentium, al cual pertenece Assignia, debe pagar a la empresa turca Akfel 10 millones de dólares por incumplimientos de contratos por un proyecto de construcción en aquel país. El año anterior, un tribunal de arbitraje suizo determinó que Essentium incurría en malas prácticas y condenó a la empresa a pagar por las faltas incurridas.

En Latinoamérica, el Grupo Essentium, también ha sido inculpado por cohecho y malas prácticas. El caso más destacado fue la acusación de la Policía Nacional española sobre pagos de comisiones millonarias al gobierno venezolano para la adjudicación de obras.

El periódico español *El Confidencial* asegura haber tenido acceso al informe de inteligencia de la Policía Nacional española fechado en junio de 2013.

Según el informe, Essentium llegó a Venezuela en los últimos meses del gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero, en el año 2011, gracias a los contactos de José Blanco, exministro de Fomento y eurodiputado del *Partido Socialista Obrero Español (PSOE)*, con el Presidente Hugo Chávez. La empresa abonó una comisión del 4,5% para, junto a CAF, Cobra y Dimetronic, ganar un contrato para remodelar la línea 1 del metro de Caracas.

Además del metro, el gobierno de Chávez dio mandato para la construcción de 3.264 viviendas sociales que fueron todas adjudicadas a MCH, filial de Essentium. Un informe de la Unidad Central de Delincuencia Económica y Fiscal (*UDEF*) detalla los movimientos bancarios en esta operación, que evidencia el uso de maniobras de blanqueo, según publicó el portal noticioso *Mundo24*.

La información señala al ex presidente Hugo Chávez y al presidente Nicolás Maduro como los responsables de avalar la concesión de los contratos a Essentium,

quienes habrían recibidos fondos opacos, es decir, no declarados, a través del Banco Madrid, lo que ha dado lugar a una acusación formal de la Fiscalía Anticorrupción¹⁴.

Essentium, como casi la mayoría de las empresas de construcción española, tiene un alto interés por las licitaciones públicas en América Latina. Pero la estrategia del consorcio de Susana Monje es la de asociación. Además de Venezuela tienen presencia en México y en Colombia, y en Chile desde el 2013.

En Colombia, Assignia utiliza el nombre de Consorcio Ribera de Este, empresa que se adjudicó la concesión de una vía de alta velocidad llamada Vía de la Prosperidad, aunque conocida más bien como el Transcaribe. En octubre de 2010 ganó el proceso para hacerse cargo de todo el sistema de transporte masivo en Cartagena.

El problema fue que Assignia abandonó Transcaribe un año y nueve meses de haber iniciado las obras. Según el periódico colombiano *El Informador*, la empresa además impuso demanda por 22 mil millones de dólares al Distrito de Cartagena. El mismo medio asegura que tras el abandono, Assignia quedó debiendo más de dos millones de pesos colombianos (700? dólares aproximados) a trabajadores y proveedores. Así mismo, la Cámara de Comercio de Cartagena realizó una encuesta que señaló que, tras la parálisis de las obras, se ocasionaron pérdidas cercanas a los 61 millones de pesos colombianos (21.253 dólares a julio de 2015) a los comerciantes que trababan en el sector de las obras. El proyecto comenzó en 2003 y hasta julio de 2015, aún no se ha inaugurado.

Así también en México, Assgnia junto a Gia+A se adjudicaron la construcción y gestión del Hospital Regional de Alta Resolución de Ixtapaluca, inaugurado en 2012 por el entonces Presidente Felipe Calderón.

“Solicitamos de la manera más amable, que el Hospital de Alta Especialidad que tenemos en Ixtapaluca no sea un edificio, no sea un elefante blanco. Tiene el uso en un menos del 10 por ciento y creemos que se puede habilitar, sin dejar de ser de alta especialización para que tenga una zona para la consulta general, pues es una gran contradicción y es inhumana, hospital super moderno y la gente sin servicio”, aseguraba Maricela Serrano Hernández, presidenta municipal de Ixtapaluca en la revista Imagen Médica.

¹⁴ Información evidenciada en el informe del Servicio de Prevención para el Blanqueo de Capitales español (Sepblac).

La solicitud de la dirigenta en 2014 se enmarca en el conflicto que actualmente vive el hospital operado por Assignia, ya que debía convertirse en una joya de atención para casos de tercer nivel o de mayor complejidad, pero debió sumarse el segundo nivel, que significa asumir enfermedades de menor complejidad, por la baja capacidad de acción que ha tenido.

El periodista Valentín Cardona advierte en la revista *Imagen Médica que el Hospital de Ixtapaluca* a dos años después de abrir “no se ocupa ni al 10% de su capacidad, carece de insumos, de medicamentos y de personal y mucho menos sirve para atender a la gente más pobre del país. Es un negocio para unos cuantos”, asegura. “Esto es el fracaso de la concepción del hospital y están buscando darle utilidad a ese elefante blanco que cuesta una fortuna mensual a los mexicanos”, comentó el periodista a CIPER Chile.

GIA+A y los mil millones

La empresa GIA+A, que trabajó junto a Assignia en la concesión del Hospital de Ixtapaluca, se sumó también al consorcio encargado de la concesión del Hospital Salvador en Chile. Su dueño es el mexicano Hipólito Gerard, conocido por haber perdido la concesión del Tren de vía rápida *México-Querétaro por irregularidades en la licitación*.

Gerard tiene una estrecha relación con la política del PRI; pues su hermana Ana Paula estuvo casada con el expresidente de México, Carlos Salinas de Gortari, y su hermana Gabriela está casada con el director del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gerard, junto al expresidente, postuló con su empresa GIA+A, dentro de un consorcio llamado China Railway Construction Corporation International.

Sin embargo, la Secretaría de Comunicaciones y Transporte de México emitió un comunicado para informar sobre la cancelación de la licitación. El periódico online *Noreste.com*, informó que el titular de la Secretaría, Gerardo Ruiz Esparza, explicó que la decisión fue tomada "por las dudas, las inquietudes, que han surgido en la opinión pública sobre el procedimiento de este tren de alta velocidad". Según *Noreste.com*, “parte de esas dudas las generó el cuñado del ex Presidente Salinas de Gortari”.

A pesar de la cancelación del contrato, Hipólito Gerard ha conseguido contratos millonarios en el ámbito de infraestructura y gestión de cárceles y hospitales. Una solicitud

de transparencia realizada el 5 de noviembre de 2014 por *Noreste.com*, para pedir los contratos de obra federal, arrojó que Constructora y Edificadora GIA + A tiene cinco obras en proceso, que en su conjunto superan los mil millones de pesos mexicanos (61.451.710 dólares¹⁵). Incluso, tras la cancelación de la mencionada licitación, Gerard y su empresa se adjudicaron la concesión del Hospital General de Mazatlán, Sinaloa, México.

El periodista Arturo Rodríguez analizó en la revista *Proceso* que Gerard no se abandera por algún partido en especial, más allá de sus relaciones familiares con el PRI. “En 2008 consiguió la administración de la Torre Chiapas, con un gobierno surgido de una coalición de izquierda; el sexenio panista de Felipe Calderón le entregó el Hospital de Alta Especialidad de Ixtapaluca, mientras que hoy, el gobernador sinaloense Mario López Valdez, postulado por el PAN, busca confiarle el Hospital General de Mazatlán”, agrega Rodríguez.

Más allá de llamar la atención por sus relaciones políticas, GIA+A se ha visto envuelta en una serie de malas evaluaciones por sus obras en su país. Uno de los casos es el Hospital de Ixtapaluca, pero también ha sido públicamente mal evaluado por la remodelación del Palacio de Bellas Artes y acusaciones de corrupción por la Torre de Chiapas, sin olvidar la cancelación del contrato por el tren rápido.

Otro caso es el del Parque Temático en Culiacán. En entrevista para la revista *Proceso*, la diputada local de Sinaloa, Imelda Castro, dijo que ese asunto refleja la mala calidad de las construcciones del cuñado de Salinas, “pues no sólo se excedieron los tiempos de entrega, sino que la baja calidad de los materiales ya provocó grietas y otras afectaciones, en un espacio que ni siquiera se ha inaugurado”.

Cosal y las adjudicaciones fraudulentas

La última empresa integrante del Consorcio de Salud Santiago Oriente, que se adjudicó la concesión del Hospital Salvador Geriátrico, es la chilena Cosal cuyo socio mayoritario y fundador es Samuel Levy. Al igual de Assignia y Gia+A, Cosal también ha sido investigada por cohecho. En efecto, se mantiene abierta una investigación de la Fiscalía

¹⁵ Cifra calculada en julio de 2015

Centro Norte por irregularidades en la adjudicación de contratos para la construcción de tribunales.

Tres inmobiliarias pertenecientes a Cosal, El Vergel, Juan XXIII y Centro Iquique ganaron entre 2005 y 2007 cinco de las seis licitaciones que estaban a cargo de la Corporación Administrativa del Poder Judicial (CAPJ). En 2013, el Consejo de Defensa del Estado (CDE) se querelló contra dos ex funcionarios del Poder Judicial chileno por un fraude al fisco que alcanza los 63.000 millones de pesos por la adjudicación fraudulenta.

Según publica el diario electrónico *The Clinic*, la demanda afecta al exjefe de la CAPJ, Miguel Sánchez y a Gonzalo Díaz, titular de infraestructura. “Ambos crearon una constructora y sociedades junto a Cosal, con las cuales se adjudicaron de forma irregular varios proyectos inmobiliarios y de arriendo para el organismo en todo Chile, lo que constituiría un fraude al Fisco”, asegura *The Clinic*.

El caso comenzó cuando el canal *CNN Chile* reveló una grabación del Consejo Superior de la Corporación Administrativa del Poder Judicial de Chile, donde se encontraban los ministros de la Corte Suprema Sergio Muñoz, Rubén Ballesteros, Patricio Valdés y Milton Juica

Según consta en la grabación, Muñoz le decía a Juica -en ese entonces presidente de la Suprema- que se podría estar frente a una colusión entre las empresas y que podría tener el carácter de delito. Tras hacerse pública la grabación, Juica entregó los antecedentes al fiscal nacional, Sabas Chahuán, y se designó a la fiscal especialista en delitos económicos, Ximena Chong.

Nuevamente, el desempeño previo no pareciera ser un antecedente determinante en los concursos públicos para la concesión hospitalaria, hecho que se repite en casi todas las adjudicaciones a hospitales concesionados en Chile. Sin embargo, la comunidad hospitalaria del Hospital Salvador Geriátrico sería la encargada de alzar las luces de alerta sobre este importante proyecto.

Un Hospital en Paro

El retorno de Michelle Bachelet a la presidencia comprometía una serie de reformas que, en palabras de cercanos al gobierno, serían de transformaciones. La reforma tributaria, la educacional y el rechazo a la central hidroeléctrica Hidroaysén marcaron la agenda en los primeros meses de su gobierno. En este contexto, los anuncios en salud pública fueron el aumento en el financiamiento a ciertos medicamentos, lo que fue un logro impulsado principalmente por la campaña liderada por el periodista fallecido, Ricarte Soto en los años 2012, 2013. Ya en periodo de campaña, los cercanos a la Presidenta y a la Nueva Mayoría aseguraban que no continuarían las concesiones hospitalarias. La Dra. Vivienne Bachelet, editora jefe de la revista médica Medwave y prima de Michelle Bachelet, aseguraba a fines de 2013 que no se seguiría con la política de concesiones en hospitales. “Ojalá el Salvador se caiga, que es lo más probable porque ya hay un consenso dentro de la Nueva Mayoría y dentro del comando de Bachelet, también hay una toma de conciencia de parte de la Democracia Cristiana de que ésta no es una buena política”, aseguró la Dra. Bachelet.

Efectivamente con la llegada del nuevo gobierno de Bachelet, el Ministerio de Salud frenó la agenda de concesiones de Mañalich antes de que entraran en razón a Contraloría. Sin embargo, tanto el Hospital Salvador como el Félix Bulnes ya habían pasado por el proceso de licitación. Esto motivó un fuerte movimiento al interior del Hospital Salvador Geriátrico. “Logramos entusiasmar a nuestros compañeros de gremio cuando aparece concretamente la posibilidad de concesión en el Diario Oficial. Escuchamos en mayo el discurso de la Presidenta Bachelet y aparecía el Hospital Salvador, entonces eso básicamente articuló por completo a todos los gremios del hospital en la multigremial y empezamos a luchar fuerte”, recordó Villanueva.

El dirigente recordó que todo comenzó “cuando se realizó Maipú y La Florida, después aparece el movimiento fuerte del Barros Luco, del cual aprendimos mucho”.

El rechazo a la concesión del hospital se da, explicó Villanueva, porque aparece el rol del privado ya que, en su opinión, la experiencia de externalización de servicios en el sistema público ha aumentado los costos excesivamente. “Básicamente, nosotros luchamos por un aumento per cápita al sector salud; para nosotros el rol del privado es encarecer el costo y debilitar el sistema público, y por eso nos oponemos”, aseguró el presidente de la Fenpruss del Hospital Salvador Geriátrico.

El asesor de los gremios del hospital, Matías Goyenechea, que ha analizado a fondo el costo de realizar la concesión, sus resultados entregan que existiría un sobreprecio en relación con la construcción y mantención de un hospital realizado por una vía tradicional. “Lo que hicimos fue tomar toda la construcción sectorial y calcular un valor mediano del valor metro cuadrado sectorial. Si lo comparo con el costo vía concesión por metro cuadrado, me da un sobreprecio de un 15%. Ese sobre precio para el tamaño de esta obra, son 40 millones de dólares, no deja de ser un factor importante”, consignó Goyenechea.

El experto explicó que el problema ocurre cuando se analiza la fase de operación y mantención del recinto ya que no existen valores comparables. El investigador realizó una metodología para comparar el costo de mantención, usando costos promedios de los aspectos que se financian a través del subsidio fijo a la operación de la concesión, como los gastos en ropería, alimentación, etc., entre otras variables.

Sus cálculos concluyen que puede producirse un sobreprecio de hasta un 50 % respecto a los costos de la concesión versus un modelo sectorial. Con estos antecedentes, el 7 de septiembre de 2014, la multigremial del Hospital Salvador, dirigida por Karen Palma, comenzó un paro generalizado en el hospital del sector oriente. Los trabajadores pedían que la Presidenta Michelle Bachelet cumpliera su compromiso de dar término a las autorizaciones para que privados se hagan cargo de obras públicas en la salud.

Se desarrollaron turnos éticos junto al sonido de los bocinazos, pitos y un enorme cartel que señalaba “Sra. Presidenta, cumpla su promesa”. Al cuarto día de movilización, Karen Palma expresaba al canal *CNN Chile* que “por hoy dimos terminadas las negociaciones, después de una mesa de trabajo que contuvo todos los elementos teóricos, políticos y de costos de por qué era necesario terminar el proceso de las concesiones. En ese sentido, si bien el gobierno nos ofreció un plan B, no estamos dispuestos a él y tal como lo declaró la ministra (de Salud, Helia Molina), ella es la que debe velar por los fondos públicos y está comprobado técnicamente que la construcción y administración vía concesión es el doble o triple más cara. Además, hoy día nosotros vamos a entregar los elementos jurídicos al proceso de concesión”.

En general, las movilizaciones en el sector público de la salud son desarrolladas por los funcionarios técnicos y profesionales no médicos, como fue en este caso. Pero al poco andar de la movilización, los doctores del hospital se sumaron al rechazo a la concesión.

Con una exposición de parte del Colegio Médico Regional Santiago y la Fundación Creando Salud, varios facultativos comenzaron a sensibilizarse con el tema. Matías Goyenechea explica que “a través de las exposiciones, se generó un desbalance entre aquellas personas que tenían una adherencia pragmática respecto al modelo y otras que se empezaron a dar cuenta de las consecuencias negativas”. Según relata Goyenechea, los médicos de los hospitales concesionados de La Florida y Maipú llegaron a hablar con sus colegas del Hospital Salvador y eso fue determinante, ya que quedaron impactados con las historias que contaban como, por ejemplo, las aguas contaminadas con fecas; guardias de la concesión no preocupados de resguardar el personal, sino de mantener la integridad física del equipamiento e inmobiliario de la concesión; y problemas con el servicio de alimentación en Maipú. A partir de esas jornadas se fueron formando nuevos liderazgos contra la concesión, donde destacó la Dra. Bárbara Puga.

De esa forma, la Asamblea Médica del hospital realizó el 14 de Julio de 2014 una votación concluyendo con una amplia mayoría, que un 67,7% no estaba de acuerdo con el modelo de concesión para construir el nuevo hospital.

"Hicimos toda una primera etapa de recopilación de información y efectivamente con una participación en todas las asambleas hicimos una votación para definir nuestra postura: si estar de acuerdo con la concesión o no, como forma de construir nuestro nuevo hospital. La votación fue ampliamente a favor de que se baje la concesión y que este hospital se construya con fondos públicos", consignó a *La Tercera* la representante de los facultativos, Bárbara Puga.

La posición de los médicos generó un punto de inflexión ya que permitió dar un segundo respiro para mantener la movilización que los funcionarios no médicos habían comenzado.

La presidenta del Colegio Médico Regional Santiago, Iskia Sichez, se sumó a los esfuerzos para agilizar el debate, que ya llevaba más de una semana entrampado. “Estamos hablando de muertes y esa responsabilidad, no es de los médicos locales, es responsabilidad de la Presidenta, del ministro del Interior, del ministro de Obras Públicas, porque han trabado la solución de este problema”, criticó Sichez.

Para el dirigente Raúl Villanueva, la actitud que tuvieron los médicos sigue siendo “enigmática” ya que no acostumbran sumarse a movilizaciones. “El rol que tuvo la

presidenta del Colegio Médico Regional Santiago, Iskia Siches, fue muy importante ya que rompe un poco la tradición del Colegio Médico, que es muy conservador”, aseveró Villanueva.

A pesar del apoyo médico, las autoridades de gobierno se mostraban reacias a cumplir la solicitud de los trabajadores. “En esta etapa es imposible que la Presidenta Michelle Bachelet cambie su determinación, porque estamos en un Estado de derecho que establece que el tema se va a concesionar” sentenció *La Tercera* el director del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Héctor Olguín.

A los 11 días de movilización, la ministra Helia Molina dijo que velarán por la atención de los pacientes, pero “la concesión de este recinto es un hecho”. A fines del año 2014, la ministra Molina renunció a su cargo tras expresar su opinión sobre el aborto, en donde aseguró que en clínicas privadas y de alto costo “familias conservadoras han hecho abortar a sus hijas”. Sin embargo, fue ampliamente cuestionada por la poca asertividad con la que manejó el conflicto del Salvador. Al respecto, el dirigente Raúl Villanueva dijo que “la Ministra manejó muy mal nuestro conflicto, porque era un gobierno que se venía instalando, que tenía diferencias importantes con el Ministerio de Obras públicas, donde el partido de la Democracia Cristiana continúa defendiendo las concesiones hospitalarias, representada por el ministro de Obras Públicas y, por el otro lado, el Minsal quería terminar con las concesión hospitalaria, pero tampoco tenían el peso político suficiente para llegar donde la Presidenta y decirle que hay que cortar con esto”.

En este contexto de movilización al interior del hospital y el diálogo improductivo con el Minsal, las diputadas comunistas Karol Cariola y Camila Vallejos aseguraron a *La Nación* que el proceso se puede detener con la sola “voluntad política” de la mandataria: “La Presidenta se comprometió a terminar las concesiones y es así como se retrocedió en la Red Quinta de salud, en la Red Sur, donde se retrocedió en concesiones hospitalarias. Lamentablemente quedan estas dos concesiones hospitalarias que fueron tomadas de razón y que hoy día dependen de una voluntad política, de una decisión política que efectivamente debe tomar la Presidenta”, dijo Cariola.

El argumento fundamental del gobierno para seguir con la concesión del Hospital Salvador y Félix Bulnes, era que ya estaban en toma de razón en la Contraloría General de República, trámite que no permite echar atrás la licitación. Sin embargo, Matías

Goyenechea asegura que, en entrevista con el contralor general de la República, Ramiro Mendoza, éste señaló que tal situación era falsa. “Aún no estaba en toma de razón y nos explicó que sólo hacía falta un oficio simple, que sea enviado por el mandante para pedir retiro de bases, de la adjudicación y que con eso se bajaba. Eso muestra que había una voluntad previa de la administración de Bachelet de concesionar estos proyectos”, aseguró Goyenechea.

Ya se cumplían 22 días de paro indefinido, cuando los funcionarios y médicos del Hospital del Salvador participaron de una mesa de diálogo conformada por los ministerios de Salud y Obras Públicas, para avanzar en un acuerdo sobre el contrato de concesión del hospital. Pero apenas comenzaron las discusiones se reanudaron los roces. A los 3 días de negociación, y a pocos minutos de iniciada la reunión que pretendía poner fin al paro, la subsecretaria de Redes Asistenciales, Angélica Verdugo sentenciaba: “El hospital se va a construir por concesión”.

La subsecretaria explicó en aquella reunión que frenar la concesión significaría más de 60 mil millones de pesos (2,5 millones de UF), por concepto de indemnización al Consorcio de Salud Santiago Oriente. “Esto implicaría costos que el Estado no está en condiciones de asumir”, puntualizó Verdugo, quien añadió que esto, además, pondría al gobierno “en una posición donde se judicialice la construcción del hospital. Este escenario implicaría la imposibilidad de construirlo”.

La lluvia de opiniones no paraba, y para contrastar la presión de los gremios, la Cámara Chilena de la Construcción, que observaba con preocupación el fin de los contratos con las concesionarias, entregó un análisis comparativo de costos de construcción de un hospital con fondos sectoriales y bajo sistema de concesiones.

El gerente de estudios inmobiliarios Carlos Piaggio señaló a *La Tercera* que “se pone en tela de juicio la certeza jurídica cuando el Estado deja nulo un contrato. Si esto se suspende habrá un retraso de dos años más en que no tendremos infraestructura y si queremos disminuir el déficit, esto no es una gran ayuda”, explicó en ese momento.

El acuerdo

28 días de paralización y 15 de negociaciones se necesitaron para alcanzar un acuerdo entre los trabajadores del Hospital Salvador Geriátrico y el gobierno. El 25 de agosto en el Hotel San Francisco de la capital las partes involucradas firmaron un protocolo de acuerdo.

Más allá de todos los intentos y la presión de trabajadores, médicos, parlamentarios y usuarios de la salud, la concesión se mantuvo y se estableció una mesa técnica permanente donde podrán revisar los protocolos de la concesión. En dicho acto, la dirigente de la multigremial, Karen Palma, dijo que “el triunfo es de la salud pública. Nosotros desde el inicio hemos señalado que necesitamos el fortalecimiento de la salud pública, de las condiciones laborales y de la dignidad de los pacientes y que sentíamos que la concesionaria era una amenaza. Creemos que hoy día se han atacado puntos que son para nosotros trascendentales que tiene que ver con cuál es la definición de interés público que se puede demandar en la concesión. También el cuidado del patrimonio del Estado, que no solo debe ser resguardado por el gobierno, sino también por sus trabajadores”.

Invocando el criterio de “interés público”, el gobierno hará cambios en el contrato con la empresa, para bajar los costos que pagaría el Estado a la firma Consorcio Santiago Oriente por administrar el recinto. La subsecretaria de Redes Asistenciales, Angélica Verdugo, enfatizó en que se abocarán a los artículos 19 y 20 de la Ley de Concesiones, que permite que el Ministerio de Obras Públicas “modifique las características de las obras y servicios contratados, a objeto de incrementar los niveles de servicio y estándares técnicos establecidos en las bases de licitación o por otras razones de interés público”.

Matías Goyenechea analiza que en el proceso de negociación hubo mucha honestidad, desde el comienzo, por parte del gobierno, ya que siempre “se nos dijo que aquí habían razones de Estado para mantener la concesiones, estabilidad de la inversión extranjera, razones macro económicas, reactivación de la economía”. Las relaciones con los inversionistas extranjeros han sido siempre una preocupación de los gobiernos de la Concertación y sobre todo en el segundo gobierno de Bachelet, ya que el programa de reformas tributaria, laboral, educativa y constituyente, estaban siendo cuestionadas principalmente por los sectores ligados a la construcción e inversión. Esta podría ser una de las razones que explique el por qué Michelle Bachelet no echó pie atrás con las concesiones de los hospitales Salvador y Félix Bulnes, a pesar de que existían las posibilidades técnicas de frenar la licitación en la Contraloría General de la República.

Nuevamente, la decisión estuvo más bien relacionada con un equilibrio político que con una evaluación pragmática sobre la eficiencia y los costos de llevar a cabo un proyecto de tal envergadura.

Hospital Félix Bulnes, del terremoto a la concesión

Tanto el Hospital Salvador Geriátrico como el Félix Bulnes fueron los únicos dos hospitales que no se frenaron de la cartera de concesiones comenzada por el gobierno de Sebastián Piñera.

Después del terremoto del año 2010, el Hospital Félix Bulnes quedó con graves problemas de infraestructura, por ello se dividió entre el sector de hospitalización que se instaló en el ex Hospital Militar en Providencia y la parte ambulatoria que quedó en Quinta Normal.

Mariana Dastres, actual presidenta de la Fenpruss del Hospital Félix Bulnes, cuenta que la división del hospital afectó en gran medida la calidad laboral ya que “el Hospital Félix Bulnes, a lo largo de su historia ha sido como un hospital de pueblo chico, donde todo es más ‘aclarado’, hay gente que lleva como 30, 40, 45 años siendo funcionarios, entonces el cariño y el arraigo que se tiene con el hospital es bastante grande”. Por dichas razones, el principal objetivo tanto de funcionarios como directivos, era el de recuperar la infraestructura del Hospital Félix Bulnes en un solo lugar.

Frente a esa necesidad y la posibilidad de que el hospital se concesionara, el director del recinto de salud, el Dr. Vladimir Pizarro, hizo una consulta en el año 2012 entre los funcionarios para saber si querían o no un hospital concesionado y así volver a estar todos en un solo establecimiento. Según Mariana Dastres, la respuesta fue un rotundo “sí”, ya que todos deseaban volver a ser parte de una misma comunidad.

La dirigente dijo con vergüenza que, en ese momento, la directiva gremial estaba recién asumida y no contaban con el conocimiento suficiente sobre las consecuencias de las concesiones. “En diciembre de 2013, cuando nosotras estábamos más empoderadas como dirigentes, comenzamos a hacer actividades en el hospital y también realizamos acciones legales; pusimos un recurso de protección que fue rechazado. Luego volvimos a colocar el recurso en la Corte Suprema, pero nuevamente fue rechazado”, explica Dastres

El recurso de protección expresaba varias preocupaciones que sostenían los funcionarios del recinto hospitalario. En primer lugar, comenta Dastres, es que gracias a la concesión

va a dejar de existir el estamento de los auxiliares, ya que ese servicio ahora sería externalizado. La segunda inquietud corresponde a las altas médicas tempranas. La experiencia internacional, principalmente la inglesa, ha dado cuenta en que en los contratos de concesión existe un incentivo implícito para dar de alta tempranamente a los pacientes, ya que el concesionario recibe subsidios por cama ocupada, entonces la rotación es favorable económicamente para ellos, según explicó la representante de la Fenpruss.

Así, poco a poco se comenzó a gestar una fuerte oposición de los funcionarios del Hospital Félix Bulnes a la concesión, sin embargo, su organización no logró ser tan fuerte e influyente como la del Hospital Salvador. Sobre esto, la presidenta de la multigremial del Hospital Salvador, Karen Palma, dijo en *Radio Universidad Chile* que “las diferencias entre el Félix Bulnes y el Salvador tienen que ver con la transversalidad que tuvo El Salvador, con que aquí distintas organizaciones sindicales incluyendo a los médicos, se pronunciaron respecto a un tema. Creo que el Félix Bulnes todavía no alcanza la transversalidad, pero obviamente todos los esfuerzos son necesarios”, reflexionó Palma.

Finalmente, ni el Hospital Salvador ni el Félix Bulnes lograron frenar la concesión de su recinto y sólo lograron el compromiso de las autoridades para revisar los contratos que, sin lugar a dudas, beneficiaban en exceso al concesionario en desmedro del Estado.

La capacidad del recinto hospitalario Félix Bulnes se estima en 586 camas y será construido por la empresa italiana, Astaldi Concessioni, empresa que ha tenido graves problemas financieros y que en 2015 ha optado por reducir su deuda mediante el traspaso a terceros de sus concesiones adjudicadas, según informó el periódico italiano, *La Repubblica*.

Las concesiones hospitalarias y el derecho a la salud

A primera vista la evaluación de las políticas de concesiones hospitalarias en Chile es compleja debido al corto tiempo de implementación en nuestro país. Solo dos hospitales concesionados están en marcha y otros tres aún no han sido inaugurados. Esta realidad dificulta una medición concreta sobre el desempeño de dichos hospitales y así lo aseguran quienes hasta el día de hoy mantienen su defensa a las concesiones.

De todos modos, existen puntos neurálgicos que permiten abrir el debate y que, de alguna u otra manera, entregan luces para sostener una primera conclusión preliminar: Chile decidió frenar las políticas de concesiones de parte de la misma persona que las puso en marcha, Michelle Bachelet.

La presidenta de Chile hizo su campaña para su segundo periodo (2014-2018) dando una clara señal: no se seguirán concesionando hospitales. La entonces candidata aseguró que dicha política hospitalaria demostró ser menos eficiente y *más cara* para el Estado llegando a costar un poco más del doble de lo que cuesta hacerlo por la vía tradicional. La convicción de Bachelet se mantiene anidada en diversos actores de la sociedad y al interior de su gobierno. La ex ministra de Salud, Helia Molina, aseguraba que “no aumentaremos concesiones de hospitales en el gobierno de Bachelet”, mientras el ex vocero del segundo gobierno de Bachelet, Álvaro Elizalde, recalcó que la política que implementó el gobierno anterior (Sebastián Piñera) fue "errónea y equivocada".

En tanto, todas las gremiales de trabajadores de la salud que se opusieron a las concesiones argumentaban que esta modalidad atentaba contra la salud pública . “Yo creo que es un modelo fallido, y que se demoró mucho más que lo que estaba previsto”

aseguró la ex ministra de salud, María Soledad Barría. En tanto la comisión investigadora de la Cámara de Diputados sobre eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria concluyó que “el mecanismo de concesiones no resulta necesariamente más económico ni asegura mejores plazos en la construcción y puesta en marcha de la infraestructura hospitalaria requerida, la que puede ser construida por vía sectorial”.

Oscar Riveros, presidente de la Confenats enfatizó: “el concepto de concesión en su globalidad es un fracaso para la población usuaria”. Incluso, médicos y usuarios se sumaron a las manifestaciones en contra de la medida en los hospitales Salvador Geriátrico, Félix Bulnes, Gustavo Fricke y Barros Luco. Iskia Siches, presidenta desde 2014 del Colegio Médico Regional Santiago, aseguró que si bien el Colegio votó a favor de las concesión en 2010, “La evidencia del 2010 hasta la fecha ha cambiado, hay más informes, hay evidencia a nivel internacional que ya no sugieren construir en salud con el modelo de concesiones”, sentenció.

Los especialistas, en cambio, tienen posturas más moderadas a pesar de que tanto la investigadora en salud, Vivienne Bachelet, y el economista de la Universidad Católica de Chile, Camilo Cid, consideran que las concesiones, aplicadas al mundo de la salud, son ineficientes para el Estado.

Por su parte, los ex presidentes Sebastián Piñera y Ricardo Lagos, y el ex ministro de Obras Públicas, Sergio Bitar, consideran que es una política que Chile debe evaluar, pero mantener debido a que constantemente los presupuestos en salud no han alcanzado para cubrir la brecha hospitalaria.

Una política desprolija

Más allá de las evaluaciones posteriores, uno de los puntos críticos de la aplicación de concesiones en Chile fue la falta de antecedentes, el bajo nivel de estudio previo por parte de las autoridades responsables, y la escasa información pública. Tal como se señalara anteriormente, en el país no se aplicaron los métodos de uso internacional (*Value for Money, Public Sector Comparator*) que, a pesar de ser incluso cuestionados por su capacidad de prever la eficacia de un proyecto, son al menos las únicas herramientas que tienen los gobiernos para identificar el beneficio para el servicio público.

A pesar de eso, el modelo pareció ser más eficiente que otras opciones de inversión y mantención de infraestructura hospitalaria. Aun así, existen grandes dudas sobre los procesos de licitación y de evaluación de los proyectos, donde incluso la comisión investigadora de la Cámara de Diputados declaró que se deben “entregar todos los antecedentes recabados por esta Comisión a la Fiscalía y al Consejo de Defensa del Estado, para efectos de investigar e iniciar todas las acciones que sean pertinentes contra quienes hayan participado en una serie de actos que a juicio de esta Comisión Investigadora revisten caracteres de delito”. El ex ministro de Salud del gobierno de Sebastián Piñera, Jaime Mañalich, principal responsable de los hospitales x concesionados, no quiso referirse a estos hechos y, en general, a las concesiones hospitalarias: “Prefiero abstenerme. El modelo de hospitales concesionados está muerto en Chile por razones políticas y es un tema en el que no deseo perseverar”.

Si bien las concesiones hospitalarias no son nuevas en el mundo, tampoco fueron completamente populares entre la población, menos aún con los escándalos de corrupción que involucraron a algunas firmas y las licitaciones fallidas en las que incurrieron otros. La evidencia británica contaba con algunos años al momento de aplicarse esta política en Chile y, a esa altura, ya entregaba algunas evidencias sobre este proceso: creciente utilidad del privado en desmedro de la entidad pública, ineficiente transferencia de riesgos e incluso problemas de calidad fueron expresión de las deficiencias del modelo que, al menos en Chile, no se quisieron escuchar.

Por el contrario, la alta necesidad de inversión y la baja capacidad para realizarla por parte del Estado fueron argumentos centrales en favor de su implementación. Pero tal como explicaba el economista Camilo Cid, las concesiones se convirtieron en “pan para hoy, hambre para mañana” ya que funcionarían como un préstamo a largo plazo y más caro. Así lo confirmó la comisión investigadora en el Congreso Nacional que concluyó que se “debe analizar como alternativa de financiamiento de nueva infraestructura hospitalaria el crédito, pues en el evento de no existir fondos presupuestarios, resulta más económica esta fórmula que la de las concesiones”.

La perspectiva del derecho a la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Según la OMS, el derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria, mientras que para la Organización de Naciones Unidas (ONU), el derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna.

Las interpretaciones sobre qué implica efectivamente el derecho a la salud han dado como resultado visiones diversas en cómo garantizarlo en el marco de lo que establecen los tratados internacionales en la materia como son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979, y la Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.

La ONU declara que el derecho a la salud es un derecho inclusivo. Esto quiere decir que no significa solamente el acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales pues comprende también un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana, que son los "factores determinantes básicos de la salud", los que consideran condiciones sanitarias adecuadas, agua potable, alimentos aptos, nutrición vivienda, entre otros.

El derecho también estipula que deben facilitarse servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. "La no discriminación es un principio fundamental de los derechos humanos y es decisiva para el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud", puntualiza el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

Cada Estado debe tener disponible un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud y centros de atención de la salud públicos. Estos deben ser físicamente accesibles y sin discriminación alguna desde el punto de vista económico. La ONU destaca también que dichos establecimientos de salud pública deben "ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas".

Uno de los puntos cruciales señalados por las Naciones Unidas, y que a menudo termina siendo un elemento para el no cumplimiento de la garantía del derecho, son las dificultades económicas. La organización internacional aclara que la escasez de recursos no exime a un país de la obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud.

El caso chileno, en el resguardo del derecho a la salud, debe ser evaluado sobre su propia interpretación. El hecho de que la Constitución de la República de Chile fue escrita en el periodo autoritario de la dictadura militar implica consigo la visión ideológica sobre el rol del Estado y sus responsabilidades en la provisión y la garantía de los derechos fundamentales. La Constitución chilena consigna en su Artículo 19, N°9 el derecho a la protección de la salud, que contempla:

“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”.

Sin embargo, sólo el último inciso del Artículo 19 N°9, que dice relación con que el derecho a elegir el sistema de salud, ya sea estatal o privado, podría garantizarse por la vía judicial, a través del Recurso de Protección. Esto significa que la atención en salud es concebida como un derecho negativo, es decir, sólo garantiza la libertad para escoger la atención médica en el mercado de la protección a la salud. El gobierno de Ricardo Lagos intentó remediar la desprotección constitucional a la atención en salud con el plan GES, pero que sólo garantiza explícitas a un lista determinada de enfermedades, y no a la salud como derecho global.

La Constitución configura a Chile como un Estado con orientación subsidiaria¹⁶, en donde se entiende que su rol principal es el de la política social focalizada para garantizar la seguridad social mínima a los grupos más vulnerables del país. Su principal objetivo es el de la reducción de la pobreza, en tanto el resto de la ciudadanía puede acceder al derecho a través del mercado. El razonamiento neoliberal señala que, mientras se asegure crecimiento económico y la creación de empleo, emanará el bienestar individual.

Sin embargo, ésta visión ha tenido efectos comprobables en el empobrecimiento de la calidad de la salud. El Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales, en su Informe Anual de Derechos Humanos en Chile del año 2007, sostiene que “el modo en que el constituyente del año ochenta quiso concebir el derecho a la protección de la salud –no como un derecho de prestación, sino sólo como derecho negativo que contempla la libertad de adquirir asistencia en el mercado de la protección de la salud– ha colocado a Chile en los peores lugares del mundo en los ranking de desarrollo humano”.

Por otro lado, el Informe sobre la salud en el mundo del año 2000 de la OMS describe que Chile padece serios problemas de discriminación y equidad debido a sus altos índices de desigualdad en el acceso a los servicios básicos. El sistema mixto de salud, en donde tanto el financiamiento como la provisión de la salud ha sido privatizado en parte, ha generado lógicas de competencia entre el sistema de salud completo, en donde el Estado no logra competir en igualdad de condiciones. En esta línea, el informe “Panorama de la Salud 2013” de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ubica a Chile como uno de los países con mayor gasto de “bolsillo” en salud per cápita, significando un 4,6% del consumo final de lo que invierten “en el hogar”. Según Matías Goyenechea, el gasto en salud corresponde por una parte a las cotizaciones obligatorias de salud, que representa el 27% del total del gasto (7% queda en Fonasa y 20% en Isapres). En segundo término, está el aporte fiscal que corresponde a un 36%, y luego está el gasto de bolsillo que corresponde a un 37%, es decir, a la mayor parte del total del gasto. Además, el investigador de la Fundación Creando Salud destaca que el gasto en salud se distribuye de forma desigual “quedando un 42,7% en la red de salud pública, mientras que el restante 57,3% termina en los privados”.

¹⁶ Revisar Capítulo 2 “Chile: Laboratorio de la salud privatizada”.

A pesar de existir una amplia cobertura en salud, Chile se caracteriza por su distribución desigual amparada en políticas públicas que abren la competencia entre la salud pública y la privada. Pero no solo es la desigualdad en términos de acceso y calidad el resultado del modelo mixto de salud chileno, sino que también el gasto de bolsillo en salud ha afectado a familias quienes no son necesariamente los más desprotegidos del conjunto de la ciudadanía, pero sí viven empobrecimiento escondido debido al alto gasto en salud que deben realizar de su canasta familiar. El problema es que aún no existen estudios de parte de las autoridades que permitan cuantificar el fenómeno descrito.

Desde el retorno a la democracia, los gobiernos chilenos han mantenido y profundizado el modelo neoliberal en las principales áreas productivas como la salud, donde la base ha sido el enfoque de la Nueva Gestión Pública, cuya premisa es que es posible adquirir mayor eficiencia en la provisión del servicio público, a través de la ampliación del mercado al interior de la salud pública, como es el caso de las concesiones hospitalarias. Esto, en el entendido que la incorporación del privado y también la puesta en competencia entre los concesionarios, representaría una solución eficiente de provisión de salud, ya que permitiría realizar inversiones privadas y aun así cumplir con los requerimientos establecidos en los contratos emanados por el Ministerio de Obras Públicas y el Minsal.

Nuevamente los gobiernos democráticos han priorizado desde el año 1990, el carácter subsidiario del Estado para responder a su obligación de garantizar el derecho a la salud, pero, por sobre todo, es coherente con una constitución política que garantiza el derecho a elegir. A pesar del intento de corrección del modelo a través del Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES), la política de la Concertación no ha hecho más que profundizar la privatización de la salud, cuya demostración es el traspaso de fondos públicos a privados, a través de la compra de servicios gracias a la Modalidad de Libre Elección de Fonasa y el cumplimiento de las listas GES. A esto se suma la aplicación de concesiones, que termina materializando los procesos de “privatización por dentro” en los recintos hospitalarios.

Pero la eficiencia de este modelo está puesta en duda y descrito por varias voces como un “modelo fallido”, pues no solo no ha cumplido con lo que prometía entregar (mayor eficiencia) sino que también ha puesto en riesgo el cumplimiento del derecho fundamental a la salud al deteriorar la calidad de atención.

Los contratos de concesiones, como ya es sabido, entregan incentivos económicos al concesionario cada vez que se supera el porcentaje de uso de camas establecido. Para lograr una mayor rentabilidad, el concesionario puede incurrir en lógicas de aumento de productividad y reducción de costos, favoreciendo la ocupación y rotación de camas por sobre el interés de resolución del problema médico del paciente. .

Así, para que el hospital obtenga más financiamiento, los médicos pueden ser implícitamente incentivados a dar de alta de manera temprana a los pacientes, para así aumentar la rotación de uso de las camas. Esta lógica de premiación, contrapone de manera directa la relación entre la calidad del servicio y la utilidad del concesionario.

Larga discusión ha sostenido Chile sobre la legitimidad del lucro como mecanismo competitivo para el sector privado en la provisión de derechos sociales como la educación. Las movilizaciones estudiantiles desde 2006, y más intensamente desde 2011, han destacado entre sus problemas la presencia del lucro como un elemento clave en la baja calidad de las instituciones. En la discusión, el mismo ministro de Educación de Michelle Bachelet, Nicolás Eyzaguirre (2014-2015), encargado de llevar adelante la reforma educacional, declaró que "el lucro y la calidad se oponen en educación". De la misma manera, ¿La presencia de lucro en un servicio social, tan complejo y sensible como es la salud, se opone a la calidad?

El informe de la comisión investigadora de la Cámara de Diputados sobre eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria estableció que los problemas contractuales evidenciados en los contratos de concesiones hospitalarias tienen como consecuencia una alta rigidez, que no permite ajustar rápidamente las necesidades asistenciales y sanitarias, "perjudicando de manera directa la calidad de la atención".

Además, la entidad explicó que la explotación privada de servicios no clínicos relacionados directamente con la función de prestación de servicios de salud (aseo de pabellones, mantención de maquinarias, etc.) "ha significado un deterioro significativo en la calidad de las atenciones y servicios médicos que se entregan por parte de los hospitales" y agregó que el mecanismo de incentivos opera de manera perversa por cuanto ha inducido a la entrega anticipada de las obras y puesta en funcionamiento de los

hospitales sin contar con las autorizaciones y recepciones correspondientes, como es el caso del Hospital el Carmen de Maipú.

La brecha continúa

Amplias dudas quedan sobre la mesa para el futuro de la salud pública en Chile. Después del cambio de opinión de la Presidenta Michelle Bachelet respecto a las concesiones hospitalarias, se retomó la idea de mantener como prioridad la inversión sectorial para la construcción de nuevos hospitales. Así, la Presidenta anunció la meta de construcción de veinte hospitales terminados, entre ellos la red sur y el hospital Gustavo Fricke, que en un momento estuvo en la lista de hospitales a concesionar, y veinte a licitar antes del término de su gestión.

Sin embargo, en mayo de 2014, la mandataria admitió dificultades para poder construir la cartera de hospitales anunciados reconociendo "debilidades en la gestión estatal". Los casos de corrupción que vinculan a empresarios y políticos de varios sectores, entre ellos de la alianza gobernante y la derecha opositora, junto con la desaceleración del crecimiento económico, abren un panorama complejo respecto al cumplimiento del programa del actual gobierno. La aprobación ciudadana de la Presidenta ha llegado a su nivel más bajo, según la encuesta Adimarck publicada en julio de 2015, y las presiones empresariales para frenar las reformas y/o hacer ajustes a la reforma tributaria para no desincentivar la inversión, han sumado en contra para agilizar el plan de reformas estructurales del Ejecutivo. Ante este clima, Bachelet optó por la gradualidad en las reformas, aunque sin renunciar al programa pero haciéndolo con realismo.

Por otro lado, dentro de la coalición gobernante, incluso al interior del mismo gabinete existen aún diferencias respecto a la validez de las concesiones hospitalarias. El ex ministro Bitar no está tan seguro de que las concesiones hospitalarias hayan llegado a su fin: "Lo mismo dijo de la Presidenta Bachelet, que no se iba a construir el puente en el canal de Chacao y ahora se está construyendo. Hay que esperar, hay que ver (...)". El militante del Partido Socialista, y ex director del Hospital El Carmen, Ricardo Saavedra, aseguró que "claramente habían pugnas al interior del gobierno, no hay duda. Yo creo que es un tema que complica las distintas almas que tiene la Nueva Mayoría, tiene que ver con una penetración de un enfoque de mercado y que con esto llegaba a su máxima expresión".

En el empresariado nacional, específicamente el sector de la construcción, permanece un alto interés por continuar las concesiones y mantienen abierta la agenda de oposición a las reformas sociales (reforma tributaria, educativa y constitucional) que ha impulsado el segundo gobierno de Michelle Bachelet, incorporando también críticas a la conducción de la cartera de salud. A fines del año 2014, el gerente de la consultora Genesis Partners, Rodrigo Castro analizaba para el diario *El Financiero* que “no se ve capacidad del gobierno para impulsar una agenda tan ambiciosa en salud”. En esa línea, aconsejaba que “considerando las ventajas del desarrollo de infraestructura pública a través del sistema de concesiones, el Ministerio de Salud debería avanzar en la utilización de esta herramienta”. El abogado, ex dirigente de Copsa, Herman Chadwick analiza que “en materia hospitalaria la gente no pregunta si el hospital es concesionado, la gente no quiere cambios, quieren más...quieren poder viajar, quieren tener un posgrado, quiere una vivienda más digna que la que tenía antes, eso quiere la gente, la gente no quiere una revolución”.

Finalmente, Rafael Caviedes, presidente de la Asociación de Isapres, sostiene que al menos hasta el año 2013, la tasa de egresos hospitalarios en Chile es de 9.936 por mil habitantes donde la media de la OCDE es de 15.508. Los días de estadía en nuestros hospitales son un 26% más bajo que la media de la OCDE. Esto refleja una carencia de un 145% de camas respecto de las que disponen los países desarrollados. La media de la OCDE es de 4,9 camas por mil habitantes mientras en Chile hay 2, vale decir, tendríamos una falta de al menos 45.000 camas hospitalarias en todo el sistema de salud.

La brecha hospitalaria en Chile sigue siendo un gran desafío cuya solución no tiene un camino claro. Lo que sí es concluyente es que en el camino por disminuir esta brecha, Chile optó por tener hospitales concesionados, más caros y menos eficientes de lo que podrían haber sido. En contraposición a este modelo neoliberal en salud queda la visión de la medicina socializada basada en el enfoque de la Salud Pública, que entiende la garantía de salud como antagónica a su incorporación al mercado.

Las concesiones hospitalarias profundizan la privatización de la salud, sin embargo, se ha presentado como un modelo que pareciera ser evaluada solamente desde el ámbito económico en tanto es eficiente, pero disimula el hecho de que su aplicación significa efectivamente una reforma profunda al sistema de salud pública chilena. ¿La sociedad chilena estará dispuesta a discutirlo en esos términos?

Finalmente, más allá de las decisiones que tomen los gobiernos en el futuro cercano, la realidad es que Chile deberá mantener y subsidiar a grandes costos cinco hospitales concesionados por más de 15 años. El Hospital de Ochagavía, en la comuna de Pedro Aguirre Cerda seguirá siendo el estandarte de la salud alicaída, del eterno sueño de un Chile comprometido con una salud pública esplendorosa ¿Serán las concesiones, nuevamente, elefantes blancos, bellos y lujosos, pero tan costosos que terminen siendo un dolor de cabeza? ¿Las concesiones hospitalarias fracasaron en Chile o se convertirán en la puerta de entrada a la privatización total de la salud pública en nuestro país?

Anexos

Entrevistas Personales

1. **Camilo Cid**, Economista, Master of Arts in Economics, 2002, Georgetown Sergio Bitar, Ingeniero, ex ministro de Minería, Educación y Obras Públicas.
2. **Dr. Carlos Montoya-Aguilar** Médico. Estudios de Salud Pública, Pediatría, Psicología y Ciencias Sociales, en Chile y el Reino Unido. Organizador del Centro de Demostración de Medicina Integral de Quinta Normal (CDMI). Responsable de Planificación en Salud y de otras materias en la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra y Nueva Delhi, 1973-1990. Asesor del Ministerio de Salud de Chile, 1990-2010. Responsable del Programa de Equidad en Salud del Ministerio; miembro de la Unidad de Estudios del Ministerio. Ex Presidente de la Sociedad Chilena de Salubridad. Ex Director de Cuadernos Médico Sociales (Chile). Miembro del Comité Coordinador del Programa de Formación de Especialistas para la Atención Primaria de Salud, de Chile. Miembro del Consejo Editorial de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
3. **Dr. Jorge Adolfo Jiménez de la Jara**, Médico, ex ministro de Salud, presidente del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (2000) y consultor de la Comisión Nacional de Reforma de Salud de Chile (2000), actualmente profesor de Salud Pública en la Pontificia Universidad Católica de Chile.
4. **Dra. María Soledad Barría Iroumé**, Médico, ex ministra de Salud.
5. **Dr. Ricardo Saavedra**, Médico, Beca de la Organización Mundial de la Salud, trabajó en la Subsecretaría de Salud, como profesional de la Comisión Nacional de VIH/SIDA, Director del Centro de Referencia en Salud de Maipú, Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia Titular del Hospital de Iquique, Jefe de Programa de Salud de la Mujer en los Servicios Metropolitano Central y de Iquique, así como Director Regional de los Servicios de Salud Metropolitano Central, de Iquique y de Aysén así como miembro de múltiples comisiones de trabajo, capacitación y asesoría en España, Francia, Brasil, Colombia, Argentina, Uruguay y Venezuela.

6. **Dr. Roberto Tapia**, Médico, Consultor experto en el diseño, gestión y operación de Proyectos de Salud. Como consultor poseo amplia experiencia en diseño, gestión y liderazgo de Proyectos de Salud, con foco en desarrollo de Infraestructura, Asociaciones Público Privadas, Calidad y Acreditación en Salud, tanto en Chile como con diferentes agencias y compañías internacionales.
7. **Herman José Chadwick Piñera**, Abogado, ex alcalde de la comuna de Providencia, ex concejal por Santiago, ex presidente de la Asociación de Concesionarios de Obras de Infraestructura Pública (Copsa) de su país y del Consejo Nacional de Televisión de Chile.
8. **Mariana Dastres Quezada**, presidenta de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (Fenpruss), Hospital Félix Bulnes Cerda.
9. **Matías Goyenechea**, Cientista político, director de la Fundación Creando Salud.
10. **Oscar Riveros**, presidente de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (**Fenats**)
11. **Raúl Villanueva**, presidente de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (Fenpruss), Hospital Salvador Geriátrico.
12. **Ricardo Moreno**, presidente sindicato multiempresa Constructora San José Tecnocontrol.
13. **Sergio Bitar**, Ingeniero, ex ministro de Minería, Educación y Obras Públicas.
14. **Vivienne Bachelet**, Médico, fundadora y editora de Medwave, revista biomédica.

Referencias Bibliográficas

Libros

ALLENDE G., Salvador. La realidad médico social. Chile. 1939. 201p.

CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS. El Ladrillo, bases de la política económica del gobierno militar chileno. Santiago, Chile, 1992. 193p.

FRIEDMAN, Milton, FRIEDMAN, Rose. Free to Choose: A Personal Statement. Harcourt Brace Jovanovich, 1990.

GARRETÓN M., Manuel Antonio. Neoliberalismo corregido y progresismo limitado: Los gobiernos de la Concertación en Chile, 1990-2010. Santiago, Chile, Editorial ARCIS-CLACSO-PROSPAL, 2012. 217p.

MONTOYA A., Carlos. La salud dividida. Chile 1990-2010 Ideología, debates y decisiones acerca de la Salud: lo que dicen los documentos del período de los gobiernos de la Concertación. Santiago, Chile, 2014. Ceibo Ediciones.

Prieto Lindholm, Álvaro. Breve historia de los hospitales chilenos. En: MONTOYA C., ASTORGA I. El hospital público en Chile. Santiago, Chile, Publicación del Ministerio de Salud de Chile, 2002. Pg.53

Plebiscito para una nueva Constitución. Santiago, Chile, Ediciones El Desconcierto, 2013.

RUIZ, Carlos y BOCCARDO, Giorgio. Los chilenos bajo el neoliberalismo. Santiago, Chile, Ediciones El Desconcierto, 2014.

Tesis

BLANKEN, Anneloes. Flexibility Against Efficiency? An international study on value for money in hospital concessions. Deventer, Holanda. University of Twente, 2008.

Conferencias

MARDONES R., Jorge. Génesis del Servicio Nacional de Salud. En: Conferencia Magistral en Colegio Médico de Chile: agosto 1985, Santiago, Chile.

Revista

ARAYA M., Eduardo; CERPA, Andrés. La nueva gestión pública y las reformas en la Administración Pública Chilena. Revista de Estudios Politécnico, vol. 7, Nº 11, 2009.

BACHELET, Vivienne. Una revisión crítica de tres dimensiones de concesiones en salud: riesgo, calidad y efectos fiscales. Revista Biomédica Medwave. 2010.

BACHELET, Vivienne. Concesiones hospitalarias en Chile: dónde estamos y hacia dónde vamos. Revista Biomédica Medwave. 2014

BASTÍAS, Gabriel; CID, Camilo. Evaluando la situación financiera de los hospitales públicos a partir de los costos actualizados de sus prestaciones. Revista Médica Chile, p. 161-167, 2014.

BITRÁN, Eduardo y VILLENA, Marcelo. El nuevo desafío de las concesiones de obras públicas en Chile. Estudios Públicos, 117, 2010.

ESLAVA C., Juan Carlos. La historia de la historia de la medicina. Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia vol. 14, 147-173p, 2014.

GOYENECHEA, Matías y SINCLAIR, Danae. La privatización de la salud en Chile. En Políticas Públicas, vol 6 N°1, 2013.

HOMEDES, N. y UGALDE, A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. vol.16, N°1, 54-62p, 2002.

HOOD, C. A Public Management for All Seasons. Public Administration, vol. 69 N°1, 1991.

MIRANDA, R. Descentralización y privatización del Sistema de salud chileno. Revista Centro de Estudios Públicos. 66p.

POLLOCK, A. y PRICE, D. Has the NAO Audited Risk Transfer in Operational Private Finance Initiative Schemes? Public Money and Management. 2008.

Informes

Care Quality Ccomission inspection report. Inglaterra, 2015.

Memoria de los Proyectos Minsal- Banco Mundial 1991-1999. Coordinación General. Santiago, 1999.

17 Informe Sobre Iniciativa de Financiación Privada. Treasury. Inglaterra, 2011

Ley

Constitución Política de la República de Chile. Art. XIX, N°9.

Documento Legislativo

Cámara de Diputados de Chile. Informe de la comisión investigadora de las eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria. Valparaíso, Chile, 2014. 243p.

Cámara de Diputados de Chile. Mensaje del presidente de la República, Ricardo Lagos, a la Cámara de Diputados. Valparaíso, Chile. 2002.

Prensa

Artículo de diario · Título del artículo · Título del diario (subrayado) · Lugar de publicación · Fecha (día, mes y año) · Páginas · N° de columna Ejemplo: GOBIERNO inicia estudios de tercera refinería de petróleo. El Mercurio, Santiago, Chile, 28 febr., 1996. B-1, B-5.

Los médicos y la reforma de salud. El Mercurio, Santiago, Chile, enero, 2003.

Denuncian fuga de fondos al AUGE. El Mercurio, Santiago, Chile, 10 septiembre, 2004.

El AUGE nuevas oportunidades de negocio al sector privado. Estrategia. Santiago, Chile. 6 junio, 2005.

Prensa digital

Agencia EFE. CDE querrela contra dos funcionarios de Poder Judicial chileno por fraude. [en línea] Terra. 3 de diciembre, 2013. <<http://noticias.terra.cl/chile/cde-querrela-contra-dos-funcionarios-de-poder-judicial-chileno-por-fraude,d0a9334b659b2410VqnCLD2000000ec6eb0aRCRD.html>> [consulta: 10 de mayo 2015]

CERDÁN.M. La policía investiga a la tesorera del Barça por operaciones financieras con Oriol Pujol. [en línea] El Confidencial. 4 de marzo, 2014. <http://www.elconfidencial.com/espana/2014-03-04/la-policia-investiga-a-la-tesorera-del-barca-por-operaciones-financieras-con-oriol-pujol_96718/> [consulta: 15 de mayo 2015]

Funcionarios de la salud inquietos por concesión hospitalaria. [en línea] La Nación. 15 de abril, 2010. <<http://www.lanacion.cl/funcionarios-de-la-salud-inquietos-por-concesion-hospitalaria/noticias/2010-04-15/001955.html>> [consulta: 10 de mayo 2015]

GONZÁLEZ. J. Jacinto Rey encuentra 'El Dorado' en Suramérica de la mano de Quintana, Piqué y De la Dehesa. [en línea] Periodista Digital. 29 de mayo, 2012. <<http://www.periodistadigital.com/galicia/la-coruna/2012/05/29/jacinto-rey-encuentra-el-dorado-en-suramerica-de-la-mano-de-quintana-pique-y-de-la-dehesa-.shtml>> [consulta: 4 de mayo 2015]

GONZÁLEZ. J. Jacinto Rey: El millonario gallego que pone huevos en todas las cestas. [en línea] Periodista Digital. 15 de febrero, 2012. <<http://www.periodistadigital.com/galicia/la-coruna/2012/02/15/jacinto-rey-el-millonario-gallego-que-pone-huevos-en-todas-las-cestas.shtml>> [consulta: 4 de mayo 2015]

Gremios de la Salud rechazan la concesión del Hospital Barros Luco y Exequiel González Cortés. [en línea] Página web Radio Bio Bio. 8 de abril 2010. <<http://www.biobiochile.cl/2010/04/08/gremios-de-la-salud-rechazan-la-concesion-del-hospital-barros-luco-y-exequiel-gonzalez-cortes.shtml>> [consulta: 3 de mayo 2014]

LÓPEZ. A. PDI interroga a Samuel Levy en indagatoria por contratos del P. Judicial. [en línea] La Tercera. 23 de septiembre, 2012. <http://www.elconfidencial.com/espana/2015-03-22/la-tesorera-del-barca-pago-comisiones-por-contratos-con-los-venezolanos-de-banco-madrid_732597/> [consulta: 15 de mayo 2015]

NAVAS.J.A. Jacinto Rey se apoya en el popular para dejar la deuda de San José en 400 millones. [en línea] El Confidencial. 17 de noviembre, 2014. <http://www.elconfidencial.com/empresas/2014-11-17/jacinto-rey-se-apoya-en-el-popular-para-dejar-la-deuda-de-san-jose-en-400-millones_455356/> [consulta: 15 de mayo 2015]

OLMO, J.M. La policía atribuye a los Pujol la propiedad del 18% del imperio de la tesorera del Barça. [en línea] El Confidencial. 28 de marzo, 2015. <http://www.elconfidencial.com/espana/2015-03-29/la-policia-atribuye-a-los-pujol-la-propiedad-del-18-del-imperio-de-la-tesorera-del-barca_731882/> [consulta: 15 de mayo 2015]

OLMO, J.M. La tesorera del Barça pagó comisiones por contratos con venezolanos de Banco Madrid. [en línea] El Confidencial. 28 de marzo, 2015. <http://www.elconfidencial.com/espana/2015-03-22/la-tesorera-del-barca-pago-comisiones-por-contratos-con-los-venezolanos-de-banco-madrid_732597/> [consulta: 15 de mayo 2015]

PORRAS, D. Concesión de hospitales públicos concita amplio rechazo en sector salud. [en línea] Diario Electrónico Radio Universidad de Chile. 3 de mayo, 2010. <<http://radio.uchile.cl/2010/05/03/concesion-de-hospitales-publicos-concita-amplio-rechazo-en-el-sector-salud>> [consulta: 21 julio 2014]

Preocupación por incumplimientos de empresa que construirá el nuevo Hospital de Antofagasta. [en línea] El Nortero. 15 de julio 2014. ><http://www.elnortero.cl/noticia/politica/preocupacion-por-incumplimientos-de-empresa-que-construira-el-nuevo-hospital-de-ant>> [consulta: 23 julio 2015]

Sacyr se adjudicó concesión para construir Hospital de Antofagasta. [en línea] Diario Financiero. 21 de junio, 2013. <https://www.df.cl/noticias/empresas/actualidad/sacyr-se-adjudico-concesion-para-construir-hospital-de-antofagasta/2013-06-21/114227.html> [consulta: 3 de junio 2015]

URIELES, R. Firma española vinculada al consorcio Ribera Este dejó tiradas obras de Transcribe de Cartagena. [en línea] El Informador. 15 de agosto, 2013. <http://www.elinformador.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=60406:firma-espanola-vinculada-al-consorcio-ribera-este-dejo-tiradas-obras-del-transcribe-en-cartagena&catid=81:distrito&Itemid=458> [consulta: 4 de mayo 2015]

Artículos en Internet

A World Bank Resource for PPPs in Infrastructure. The Public-Private Partnership in Infrastructure Resource Center for Contracts, Laws and Regulation. [en línea] <<http://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/>> [consulta: 20 julio 2013]

OSORIO, Mauricio. Establecimientos experimentales: un experimento en desintegración de la red y disconformidad profesional. [en línea] Santiago, Chile. <<http://www.medwave.cl/medios/eventos/NuevaMayoría/23Experimentales.pdf>> [consulta: 20 julio 2013]

Gerencia Salud Consultores. Evaluación Comprehensiva del Gasto en los Establecimientos Experimentales. [en línea] Santiago, Chile. <http://www.dipres.gob.cl/595/articles-95315_doc_pdf.pdf> [consulta: 25 julio 2014]

