



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FISICAS Y MATEMATICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA INDUSTRIAL**

***ASOCIACIÓN PÚBLICA PRIVADA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA.
EL CASO DE CHILE: HOSPITAL DE MAIPÚ Y LA FLORIDA***

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGISTER EN GESTION Y POLITICAS PÚBLICAS**

**VALERIA BASTÍAS SEPÚLVEDA
PROFESOR GUIA
EDUARDO CONTRERAS VILLABLANCA**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
DR. LUIS ANTONIO INFANTE BARROS
MARÍA FRANCISCA VIDAL RUIZ**

**SANTIAGO DE CHILE
2016**

**RESUMEN DE LA TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS.**

POR: Valeria Bastías Sepúlveda.

FECHA: Diciembre 2016

PROFESOR GUÍA: Eduardo Contreras Villablanca.

***ASOCIACIÓN PÚBLICA PRIVADA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA.
EL CASO DE CHILE: HOSPITAL DE MAIPÚ Y LA FLORIDA.***

El presente trabajo recoge la experiencia en Chile de los dos primeros hospitales construidos y operados bajo el modelo de asociación público privada o concesiones. Hace más de veinte años que en Chile se ha utilizado la asociación público privada para infraestructura pública, especialmente en carreteras, aeropuertos y cárceles, pero sólo desde el año 2009 se decidió implementar el modelo concesionado para infraestructura hospitalaria, con un primer proyecto construido y en operación, los Hospitales de Maipú y La Florida. La pregunta que surge entonces es ¿qué beneficios o valor agrega la APP frente a la MT?”, para determinar las ventajas y desventajas y comparar ambos modelos se utilizó una metodología sugerida por el Banco Interamericano de Desarrollo que considera variables cuantitativas y cualitativas como costos de construcción, variación de precio y plazos de construcción, costo de financiamiento, niveles de servicio, resultados de gestión clínica, satisfacción de usuarios y directivos.

Los resultados obtenidos muestran que respecto al costo de construcción, este es inferior a la mayoría de los hospitales construidos por MT si consideramos el costo final de construcción de estos y no el costo inicial de adjudicación, ya que los construidos por APP no experimentaron variación en los precios durante el periodo de ejecución de las obras, en cambio, en la mayoría de los ejecutados por MT sufrieron incremento en sus precios de construcción. Por otra parte, los plazos de construcción de los hospitales construidos bajo el modelo tradicional tuvieron una variación de plazo que en promedio supera el 84% de sobre plazo en las obras. Quizás la mayor ventaja de la APP es el bajo costo de financiamiento que mostró este proyecto, con una tasa de interés bajo la tasa de descuento social, así resultó en un forma conveniente de financiar infraestructura hospitalaria pública.

Respecto a las variables cualitativas, los hospitales construidos por modalidad APP presentan una mayor satisfacción de los usuarios que los proyectos gestionados a través de MT. En cuanto a la satisfacción del personal de salud, estos se muestran satisfechos con el modelo concesionado respecto a la infraestructura que recibieron y a los servicios de mantención de infraestructura y mobiliario no clínico, no así con los servicios no clínicos como alimentación, vigilancia, aseo y ropería provistos por la concesionaria.

Gracias Dios por tu fidelidad.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS:.....	5
METODOLOGÍA.....	6
2. ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP) EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA.....	7
3. MODELOS DE GESTIÓN DE HOSPITALES CONCESIONADOS.....	13
3.1. EL MODELO INGLÉS.....	14
3.2 EL MODELO ESPAÑOL.....	16
3.2.1 EL CASO DE ALZIRA.....	18
3.2.1.1 RÉGIMEN ECONÓMICO – FINANCIERO DE LA CONCESIÓN.....	21
3.2.1.2 MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE GESTIÓN.....	22
3.2.1.3. GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO.....	23
3.2.1.4 GESTIÓN DE CALIDAD.....	24
III.2.1.5. EFICIENCIA HOSPITALARIA Y RESULTADOS CLÍNICOS.....	26
4. EL CASO DE CHILE: HOSPITALES CONCESIONADOS MAIPÚ Y LA FLORIDA.....	29
4.1 DESCRIPCION DEL PROYECTO.....	29
4.2 MARCO JURÍDICO.....	31
4.3 PUESTA EN SERVICIO PROVISORIA.....	33
4.4 CONTROL DE LOS SERVICIOS.....	34
4.5 FINANCIAMIENTO.....	37
IV.5 GESTION DE CALIDAD.....	42
5. ANALISIS DE RESULTADOS.....	43
5.1 COMPARACIÓN DE PRECIO DE CONSTRUCCIÓN.....	43
5.2 VARIACIÓN EN LOS PRECIOS DE CONSTRUCCIÓN.....	46
5.3 COMPARACIÓN DE PLAZOS DE CONSTRUCCIÓN.....	47
5.4 COSTO DE FINANCIAMIENTO:.....	50
5.5 NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS.....	51
5.6 CONTROL DE SERVICIOS Y GESTIÓN DE CALIDAD.....	54
5.7. SATISFACCIÓN USUARIA.....	57
5.8. SATISFACCION DE LOS DIRECTIVOS.....	61
5.9. INDICADORES CLÍNICOS DE RESULTADOS.....	62

6. CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXO 1: ENTREVISTAS	71
Entrevista Vivian Modak	71
Entrevista Adolfo Nobre Godoy	80
Entrevista Mauricio Márquez	90
Entrevista Ricardo Urbina Koning	95
Entrevista Inés Gajardo	101
ANEXO 2: ACTA DE APERTURA OFERTAS ECONOMICAS.	105

INDICE DE TABLAS.

Tabla 1: Proyectos APP en infraestructura Hospitalaria adjudicados por país a Mayo 2014.	8
Tabla 2: Cartera de Hospitales Concesionados en Chile.	12
Tabla 3: Resultados de la actividad Ribera Salud frente a otros hospitales en la comunidad valenciana.	28
Tabla 4: Principales Características de Hospitales Maipú y la Florida.	30
Tabla 5: Nivel de Servicio Parcial.	35
Tabla 6: Nivel de Servicio Global	36
Tabla 7: Servicios Provistos por la concesionaria con nivel de relevancia.	37
Tabla 8: Costos de Construcción de Hospitales Concesionados.	44
Tabla 9: Diferencias en Cálculo de Costo de Construcción Hospitales Maipú y La Florida según tasa de descuento utilizada.	45
Tabla 10: Costo de Construcción Inicial y Efectivo de Hospitales por Modalidad Tradicional.	45
Tabla 11: Variación de Precio de Construcción de Principales Hospitales por Modalidad Tradicional.	47
Tabla 12: Fecha de Inicio y Estado de avance de los principales Hospitales construidos por Modalidad Tradicional.	48
Tabla 13: Estado de Avance de Hospitales Concesionados a Mayo 2016	49
Tabla 14: Inversión de Capital de Sociedad Concesionaria San José Tecnocontrol S.A. al 31 de Diciembre de 2013.	50
Tabla 15: Tasa de Interés Calculada.	51
Tabla 16: Servicios Operacionales y Nivel de cumplimiento alcanzado.	53
Tabla 17: Indicadores Clínicos Hospitales Maipú y La Florida, Luis Tisne y Sotero del Río.	63
Tabla 18: Comparación de Indicadores Clínicos de Producción entre Hospitales concesionados y tradicionales.	64

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente Chile enfrenta una millonaria carencia en infraestructura hospitalaria y aún no se ha podido establecer cuál es la fórmula más apropiada para resolverla. Según estimaciones del Instituto de Administración de Salud (IAS) de la U. de Chile, el déficit en esta área bordeaba el año 2006 los US\$ 1.000 millones (Derosas & Varas, 2006). Este déficit se vio incrementado por el terremoto de 2010, con el que 17 Hospitales quedaron fuera de servicio, otros 8 requerían reparaciones estructurales mayores y 54 más diversas reparaciones en sus instalaciones. En total la red asistencial perdió más de 4.700 camas y un número no detallado de pabellones, servicios de apoyo y otras infraestructuras vitales para su operación. Esta situación sin duda se debe a la magnitud del terremoto que afectó al país, pero también a la antigüedad, obsolescencia de la infraestructura y bajos niveles de mantenimiento en el tiempo (R., 2010). Surge entonces, la necesidad de modernizar y ampliar la cobertura en establecimientos de salud pública, especialmente hospitales regionales y de más alta complejidad a lo largo del país, a objeto de proveer a la población atención en salud con mejores niveles de servicio, que aporten a su calidad de vida.

Se suma a la brecha de infraestructura, un déficit de camas hospitalarias respecto de las que disponen los países desarrollados. En 2010, la tasa de camas en hospital para cuidados curativos era 1,8 por cada 1000 habitantes, lo cual equivale un poco más de la mitad del promedio de la OCDE, de 3,4.¹ y aún insuficiente respecto a lo que la Organización Mundial de la Salud define como piso satisfactorio para dar abasto a las necesidades de la población, 2,5 camas por mil habitantes. Según esto, tendríamos un déficit de al menos 45.000 camas hospitalarias (Caviedes, 2013).

A pesar que la disponibilidad de camas aumentó desde el año 2010 y el promedio actual es de 2,1 por cada mil habitantes según lo señala el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), con un total de 37.253 camas hospitalarias existentes en el país al año 2014 (Estadísticas, 2015) aún faltan para satisfacer las demandas de salud del país. Además del déficit de camas hospitalarias se observa que dado el elevado costo del material diagnóstico y terapéutico de alta tecnología, no es sorprendente que Chile tenga también un menor número de estos equipos en comparación con otros países de la OCDE que gastan mucho más en la salud. De hecho, conforme los datos manejados por la OCDE, la tasa de equipos de resonancia magnética, por cada millón de habitantes, fue de 4,1 en Chile en 2011, lo cual equivale a la tercera parte del promedio para los países de la OCDE (OCDE, 2012).

¹ OCDE. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012: Chile en comparación. 2012 <http://www.oecd.org/chile/BriefingNoteCHILE2012inSpanish.pdf>. (agosto, 2012).

Todo esto ha significado retrasos en las atenciones de salud y aumentos en las listas de espera por una especialidad que en diciembre de 2015 ascendían a 1.504.418 personas y 234.050 aguardaban por una cirugía. El 18% de las personas que esperaban una consulta, lo hacía por más de dos años, mientras la cifra de la espera para una cirugía por más de dos años, alcanzaba un 24%. Con todos los esfuerzos, hoy la mediana de espera para consultas es de 96 días y de 51 días para las cirugías².

Por otra parte, la Mantención de infraestructura y equipamiento es un ítem no contemplado en los presupuestos en salud. Entre los años 1995 y 2007, la inversión anual en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, incluyendo la atención primaria municipal, nunca alcanzó razones por sobre el 12% respecto de su gasto operacional, excluidos de éste el gasto en remuneraciones de los médicos diurnos. Es decir, si las razones estimadas para cubrir depreciación en las clínicas reflejaran el verdadero “desgaste” de la infraestructura y los equipos, el sector público viviría una permanente descapitalización. Hubo años, como en el 2002, donde esta razón inversiones/gasto operacional alcanzó apenas a un 4,4%, cifra casi tan baja como las observadas durante la década de los 80 (Marcos, Inversión en sector de la salud, 2011).

La brecha hospitalaria contrasta con el crecimiento de la inversión en salud en Chile, desde 1,9% del PIB en 1987 hasta 6,7% en 2012. El informe emitido por la OCDE el año 2015 (OCDE, 2015), cuyo periodo de análisis es 2009-2013, refleja que el gasto total per cápita en salud promedio de los países miembros asciende a USD\$3.453, siendo el más alto el de Estados Unidos con USD\$8.713 y el menor el de Turquía con USD\$941, mientras en Chile –entre el sector público y privado—asciende a USD\$1.606. Señala, entre otras cosas que en Chile existe una carencia de un 145% de camas respecto de lo que disponen los países desarrollados, y en el área de cuidados críticos el gasto en salud aumentó desde \$717.795 millones hasta \$4.016.977 millones, o sea cinco veces más, creando con ello un aumento efectivo de camas críticas (UCI y UTI) desde 773 camas hasta 1.270 camas en los últimos 10 años, aún insuficiente para el aumento de la población y su complejidad³. La disponibilidad de camas debiera seguir incrementando para lograr un estándar de 6 camas críticas x 100.000 habitantes, considerado un estándar razonable para la realidad del país. (DIPRES, 2014)

² Compendio Estadístico, Instituto Nacional de Estadísticas (INE) ISBN:978-956-323-169-4; Cuenta Pública 2015, Ministerio de Salud.

³ Panorama de Salud 2015, Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros. Ministerio de Salud.

Para abordar el desafío de reducir la brecha de infraestructura hospitalaria, se decidió incorporar a partir del año 2007, la utilización del sistema de concesiones para financiar y acelerar la construcción de hospitales, generándose los Convenios de Mandato, mediante los cuales el Ministerio de Salud encarga al MOP la concesión de las obras, Bases de Licitación Tipo y Anexos Específicos asociados a cada recinto hospitalario, así como una cartera de proyectos de nuevos hospitales a ser implementados bajo este marco. En opinión de Vivian Modak, especialista en APP, dentro de las razones que llevaron a implementar la Asociación Pública Privada (APP) en salud es que permite al Estado construir infraestructura hospitalaria de manera rápida y eficiente, es decir, permite construir de manera simultánea varios hospitales a la vez, que además quedan bien ejecutados porque las empresas que se adjudican estos contratos tienen toda la *expertise* en materia de diseño y construcción de infraestructura hospitalaria y, finalmente, se obtienen hospitales públicos porque son propiedad del estado y no del privado, que de otro modo no se podrían ejecutar porque el Estado no cuenta con los recursos financieros ni humanos para ejecutar la cantidad de proyectos hospitalarios que el país requiere actualmente.

Los primeros en llevarse a cabo a través del sistema de concesiones fueron los Hospitales Maipú y La Florida, los cuales están operativos desde febrero del 2014. El Hospital de Antofagasta está adjudicado y gran parte de su obra gruesa completada. El Salvador-Geriátrico, el Sotero del Río y el Santiago Occidente, que corresponde al Hospital Félix Bulnes, quedaron licitados al final del gobierno anterior en proceso de toma de razón por parte de la Contraloría General de la República. El Hospital Salvador Geriátrico y Félix Bulnes estaban adjudicados al inicio del Gobierno de la Presidenta Bachellet, en cambio, para el Hospital Sotero de Río fue solicitada su postergación para revisión de antecedentes. Los Hospitales de Red V región (Biprovincial Quillota- Petorca y Provincial Marga-Marga) fueron licitados, dando como ganador del proceso a la empresa OHL Concesiones, sin embargo, el decreto de adjudicación no fue firmado por el ex Presidente Piñera antes de terminar su gobierno y el Ministerio de Salud retiró el convenio mandato para que fueran gestionados desde concesiones, por lo que ahora están en etapa de redacción de bases de licitación en la dirección de Arquitectura del MOP.

La razón para sacar de la cartera de concesiones estos hospitales y construirlos por la Modalidad Tradicional, a través de procesos dirigidos por el Ministerio de Salud como mandante, se debió a estudios que afirmaban que el costo de construcción por vía concesionada era mucho mayor que por la vía sectorial y se expandió en la opinión pública que la idea que la APP para infraestructura Hospitalaria es más costosa para el país. Sin embargo, no existen estudios comparativos serios que así lo demuestren.

El uso de las APP en el área de infraestructura pública como carreteras o aeropuertos es común en Chile y el mundo, y no ha presentado mayor resistencia pues se entiende que quien hace uso debe pagar por ello y los usuarios participan del financiamiento a través de la modalidad de peajes. Sin embargo, en el área social, donde el Estado paga por el contrato y debe decidir si utiliza APP o MT, la pregunta es “¿qué beneficios o valor agrega la APP frente al MT?”, de este modo, surgen muchas dudas respecto a la metodología para estimar los costos y beneficios de la APP para infraestructura hospitalaria y compararlo con la Modalidad tradicional (MT). El método habitual utilizado en otros países como Reino Unido, es el cálculo del Valor por Dinero (VpD). No obstante, por tratarse de un cálculo que combina variables cualitativas y cuantitativas, su construcción e interpretación pueden estar sujetas al criterio del formulador y evaluador, es por ello que intentar comparar ambos modelos utilizando el VpD en diversos proyectos, tendrá la limitación del peso otorgado a cada tipo de variable, así como del valor otorgado a las de tipo cualitativo. Ello explica que a pesar de existir abundante literatura que analiza y evalúa el modelo de APP, los estudios que han buscado establecer recomendaciones globales sobre las APP no han sido exitosos, ya que les ha sido imposible establecer de manera cierta que las APP generan mayor VpD que el MT. Dentro de los estudios más relevantes que buscan establecer este tipo de recomendaciones, destacan el realizado por la NAO (Oficina Nacional de Auditoría-National Audit Office) del Reino Unido donde se afirma: *"Todavía no hemos llegado a través de la evaluación a un conocimiento verdaderamente sólido y sistemático de la utilización de la financiación privada incorporada en las APP"*. Esta afirmación tenía como base que estos proyectos son relativamente nuevos, porque el número de APP que han concluido su periodo contractual resulta muy escaso. (National Audit Office, 2010)

Dado las diferencias entre ambos tipos de contrato (APP v/s MT, se limita la comparación entre ellos y para evitar generalizaciones, el Banco Interamericano de desarrollo (BID) decidió utilizar una aproximación que diferencie las variables que componen el Valor por Dinero (VpD), aislando las de tipo cuantitativo y cualitativo e identificando los resultados de las evaluaciones disponibles en la materia. Las variables cuantitativas a considerar son: Costos de Construcción, Plazos de construcción, Variación en costos y plazos de construcción, Costo de financiamiento, Precio de servicios concesionados, variación de precio de servicios concesionados, Eficiencia hospitalaria y resultados clínicos. Por otra parte, las variables cualitativas a evaluar son: Calidad de diseño, calidad de servicios, innovación, Satisfacción de los usuarios y satisfacción de los directivos.

Esto es lo que motiva este estudio, evaluar objetivamente la experiencia de los primeros hospitales concesionados en operación en Chile (Maipú y La Florida) a fin de ofrecer una respuesta a la pregunta si es más costoso para el país el modelo de construcción por el Modelo APP o Concesionado que la Modalidad Tradicional (MT) o por vía presupuesto sectorial, no sólo considerando el costo de construcción, sino también la variación en los precios, los plazos de construcción, el Costo de Financiamiento y evaluar la experiencia también a través de variables cualitativas a fin de conocer la opinión de los usuarios y directivos. A partir de la información obtenida se podría sugerir si debiera retomarse la Modalidad APP para construcción de infraestructura hospitalaria, y si podrían surgir a partir de esta experiencia mejoras en los contratos; continuar solo con la provisión de infraestructura y mobiliario no clínico o incluir la adquisición y renovación de equipamiento médico; circunscribirse por ahora sólo a la construcción y mantención de la infraestructura, no incluyendo ni la provisión de los servicios no clínicos o incluir algunos de ellos solamente.

OBJETIVOS.

Objetivo General. Evaluar la experiencia los primeros hospitales concesionados en funcionamiento en Chile: Hospital el Carmen de Maipú y el Hospital Dra. Eloísa Díaz de La Florida.

Objetivos Específicos:

1. Conocer los costos de construcción de los Hospitales Maipú y La Florida.
2. Comparar los costos y plazos de construcción entre hospitales construidos bajo Modalidad APP y Modalidad Tradicional.
3. Estimar el Costo de Financiamiento bajo la Modalidad APP.
4. Conocer la opinión de expertos respecto a las ventajas y desventajas de la Modalidad APP.
5. Conocer la opinión de actores relevantes sobre la experiencia de los Hospitales de Maipú y La Florida.
6. Realizar análisis de indicadores clínicos de los hospitales Maipú y La Florida (indicadores de logros alcanzados).

METODOLOGÍA.

Un análisis descriptivo de los costos de construcción de los hospitales ejecutados por vía concesionada, específicamente los Hospitales de Maipú y La Florida, lo que complementado con entrevistas permite describir ventajas y desventajas del modelo de concesión hospitalaria. Para determinar los costos, variación de precios y los plazos de construcción de los hospitales ejecutados por presupuesto sectorial se usaron los datos de la Ficha IDI, del Banco Integrado de Proyectos (datos disponibles en MDS).

Para conocer las ventajas y desventajas de ambos modelos, se realizaron entrevistas a profundidad de expertos como Vivian Modak, especialista en APP a cargo de estudios de la CCHC, y Mauricio Marquez, ex jefe de División de Desarrollo y Licitación de Proyectos, de la Coordinación de Concesiones de Obras Públicas (CCOP) del Ministerio de Obras Públicas, responsable del diseño y licitación de estos hospitales, actualmente asesor del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) de concesiones hospitalarias para Latinoamérica. Además, se realizaron entrevistas al subdirector administrativo del Hospital de La Florida, don Ricardo Urbina Koning y a la enfermera encargada de operaciones de aseo y roperia del Hospital de La Florida, Doña Ines Gajardo, se solicitó entrevistas a los directores de los hospitales concesionados de Maipú (Dr. Ramiro Zepeda) y La Florida (Midori Sawada Tsukame) para evaluar la satisfacción de los directivos y conocer las fortalezas y debilidades del sistema de concesión pero no accedieron a las entrevistas. Además, se realizó una entrevista a don Adolfo Nobre Godoy, Gerente General de San José -Tecnocontrol S.A., empresa que se adjudicó el proyecto de construcción y operación de los hospitales de La Florida y Maipú, a fin de conocer su opinión sobre la experiencia de trabajar en Chile.

Para realizar análisis de resultado de gestión clínica se solicitaron datos por ley de transparencia a los Servicios de Salud correspondientes respecto a indicadores clínicos como: promedio de camas disponibles, tasa de ocupación, Días de estadia, Egresos hospitalarios, Rotación, Letalidad, número de cirugías realizadas, número de partos atendidos, reducción de listas de espera, cumplimiento de PPV, etc.

2. ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP) EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA.

Los contratos de APP en salud comenzaron a ser utilizados desde fines de la década de los 90. Su uso se ha ido extendiendo de manera paulatina, y a inicios del 2014 los proyectos de APP en salud sumaban poco más de 290 en el mundo, comprometiendo un capital de más de US\$75.000 millones, como se puede ver en la Tabla 1. De este universo de proyectos, el 67% de las adjudicaciones se concentra en el Reino Unido, Canadá, Australia y España, países en los cuales se han llevado a cabo la mayor parte de las evaluaciones y estudios disponibles. (BID, 2015).

Una razón frecuentemente aducida para proceder con concesiones hospitalarias es la brecha en la infraestructura y la necesidad de reposición y mantenimiento de los establecimientos. Tradicionalmente, los gobiernos no incorporan líneas en los presupuestos para la operación y mantención de aquellas obras físicas que construyen, especialmente en materia de hospitales y escuelas, por lo que se va produciendo un deterioro de estos establecimientos que, según la visión basada en New Public Management (NPM), se previene al privatizar la gestión de estos activos.

La justificación principal para introducir la inversión privada en Infraestructura hospitalaria no ha sido la búsqueda de una nueva forma de gestión, sino la obtención de un sistema de financiación que permita acometer la dotación de nuevas infraestructuras, sin rebasar los límites de endeudamiento admitidos por los criterios de convergencia en la Unión Europea. Según Vivian Modak, esta es una de las principales ventajas de la APP porque permite disminuir la brecha de infraestructura hospitalaria sin descuidar las otras necesidades que tiene el país, la APP permite postergar los pagos hasta la entrega de la infraestructura y además pagar al privado en cuotas, por lo que permite aumentar la inversión en hospitales sin aumentar el endeudamiento y como el privado se endeuda bajo garantía soberana, dada por los subsidios comprometidos por el estado, la tasa de interés del privado es similar a la que se endeudaría el país si quisiera construir por cuenta propia todos los hospitales.

El **Banco Mundial** en 1987 planteaba en su *Informe sobre la Financiación de los Servicios Sanitarios* la necesidad de trasladar a los usuarios los gastos por asistencia; ofrecer esquemas de aseguramiento para las principales causas de riesgo; utilizar de forma eficaz los recursos privados; y descentralizar los Servicios Sanitarios Públicos. Posteriormente, en 1993, en su *Informe sobre el Desarrollo en el Mundo*, propuso dos estrategias para disminuir la Carga Global de Morbilidad: introducir las fuerzas del mercado en el ámbito sanitario y mejorar la asignación de recursos

públicos con criterios de eficiencia técnica e instrumental, por medio de intervenciones de alta efectividad y bajo coste.

Tabla 1: Proyectos APP en infraestructura Hospitalaria adjudicados por país a Mayo 2014.

	Nº Proyectos	CAPEX Mill USD
Reino Unido	113	23.248
Canadá	56	18.038
Australia	16	8.681
Italia	13	2.472
India	11	253
España	10	2.498
Turquía	10	1.158
Brasil	8	2.799
Francia	7	2.191
Chile	6	1.682
Estados Unidos	6	3.821
Irlanda	5	273
Malasia	3	313
África del Sur	3	887
Dinamarca	2	321
Japón	2	1.983
Nigeria	2	-
Pakistán	2	1500
México	5	297
Perú	3	100
Portugal	2	422
Bermuda	1	248
Egipto	1	-
Estonia	1	-
Alemania	1	696
Kenya	1	176
Lesotho	1	100
Nueva Zelanda	1	542
Filipinas	1	140
Polonia	1	100
Puerto Rico	1	-
Suecia	1	1366
TOTAL	296	76305

Fuente: IJOnline; Infrastructure UK 2014.

El Tratado de Maastricht, argumentando la necesidad de crear las condiciones para la moneda única, estableció que el gasto público de cada país de la Unión Europea no debería superar el 3% del PIB ni su endeudamiento público el 60% del mismo. Al mismo tiempo estableció un sistema de contabilidad que no contemplaba como endeudamiento público el contraído por *empresas públicas acogidas a gestión privada* (aunque toda su financiación sea con el presupuesto público, como es el caso de las Fundaciones Sanitarias en España) o por *servicios contratados por el sistema público con empresas privadas*. Medidas que supusieron un apoyo inestimable para el sector sanitario privado.

Gobiernos como el del Reino Unido utilizaron las iniciativas como el PFI (*Private Finance Initiative*) como una manera de traspasar la deuda que representan las inversiones de gran envergadura como reposición hospitalaria, construcción de nuevos establecimientos o colegios, y operación de los mismos, de las cuentas fiscales a deuda de privados. Los esquemas de contabilidad fiscal de países que recurrieron a este método permitían ocultar la inversión privada que debe ser pagada por el Estado como si en efecto no fuera deuda fiscal⁴. Otra motivación de índole fiscal está dada por el hecho que los pagos que el Estado debe efectuar al concesionario recién se materializan tras al menos 4 años desde que se toma la decisión de la inversión, por lo que el impacto en las asignaciones presupuestarias no es inmediato, si no que dilatado.

Las concesiones hospitalarias se enmarcan dentro del esquema de APP para desarrollo de infraestructura pública y/o servicios públicos, y siguiendo el planteamiento establecido por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), se pueden explicitar tres características que deben cumplir las APP para que sean consideradas como tales: 1) Participación privada en la financiación y/o gestión de la infraestructura o servicio público en cuestión; 2) transferencia desde el Estado de los riesgos más significativos a la contraparte privada⁵; y 3) relación contractual de largo plazo que, en relación al punto 2, implica que las desviaciones en gastos e ingresos respecto a los presupuestados por el concesionario deberían ser asumidas por éste.⁶

⁴ Sólo en Canadá se ha resuelto en problema del crédito en la financiación de infraestructura, su economía grande y bien dotada de recursos y los fondos de pensiones competentes han reemplazado el papel de los bancos.

⁵ Este punto, al menos para el caso europeo, está relacionado estrechamente relacionado con el Tratado de Maastricht y el Sistema Europeo de Cuentas.

⁶ Rebollo, A. Experiencia española en concesiones... *op. Cit.*, p. 8-10.

Las concesiones de servicios e infraestructura pública pueden ser “generadoras de ingresos” o “no generadoras de ingresos”. En el primer caso, el concesionario sí puede cubrir sus costos y obtener un beneficio sobre el capital invertido por medio del cobro directo a los usuarios, como por ejemplo en el caso de una autopista concesionada con peajes⁷. En el segundo caso, el concesionario no puede recuperar sus costos de operación y obtener un beneficio cobrando directamente a los usuarios, sino que recibe sus ingresos por medio de transferencias del Estado. Las concesiones hospitalarias se enmarcan dentro del segundo tipo, ya que al tratarse de hospitales públicos los usuarios no realizan pagos directos al concesionario, sino que es el Estado el que transfiere recursos a la empresa privada en base a lo establecido en el contrato de concesión a través de los subsidios.

De forma sucinta, el funcionamiento de una concesión hospitalaria es la siguiente: una empresa o un consorcio de empresas presentan un anteproyecto que cumpla con los criterios establecidos en los pliegos de la licitación pública; en el caso de Chile se usó el modelo canadiense, en el que todas las empresas interesadas en participar presentaron anteproyectos que fueron precalificados permitiéndoles pasar a la siguiente etapa del diseño final del proyecto, luego el adjudicatario⁸ del concurso diseña, financia, construye y opera la infraestructura hospitalaria durante un tiempo determinado (habitualmente por un plazo largo, 15-20 años). Una vez el hospital está en operación, el Estado transfiere recursos al concesionario según lo establecido en el contrato y que sirven para cubrir los costos de inversión y ofrecer una rentabilidad al concesionario. Este proceso duró seis años, para los hospitales de Maipú y La Florida, con un costo alto para las empresas que participaron de la licitación, siendo poco eficiente para la realidad de país.

Los primeros hospitales concesionados en Chile incluyeron en la etapa de precalificación y posterior licitación la propuesta de diseño de ambos establecimientos, pasando a ser de alguna manera contratos D.B.O.T (Desing, Build, Operate and Transfer). Los restantes hospitales fueron concesionados bajo la modalidad B.O.T (Build, Operate and Transfer), de modo que todos los anteproyectos, y en especial el de Arquitectura y Estructural, fueron preparados conjuntamente por el MINSAL y la CCOP y entregados al concesionario como antecedente referencial. Esto permitió un ahorro significativo de recursos financieros y tiempo, según lo referido por Mauricio Marquez, quien trabajó en la creación de las bases de licitación de estos hospitales, se decidió no usar el mismo modelo anterior y hacer bases de licitación

⁷ En este último caso también pueden existir pagos directos del Estado por tratarse de un proyecto debido a cuyas características no es rentable *financieramente* sólo por medio de cobros a los usuarios.

⁸ Los concursos se resuelven bajo los criterios típicos de licitaciones públicas: cumplimiento de los pliegos de la licitación, coste, capacidad financiera, etc.

tipo para los nuevos hospitales, de modo que fueran como un vestido que podía ajustarse a distintas tallas, ya que permitía establecer el mismo estándar para todos los hospitales con un ahorro significativo de tiempo y esfuerzo.

Un Proyecto Build Operate Transfer (BOT) se suele utilizar para desarrollar un activo específico en lugar de toda una red y en general para proyectos completamente nuevos (aunque proyectos de remodelación también pueden incluirse). En un proyecto BOT la sociedad del proyecto o el operador generalmente obtienen sus ingresos a través de un canon impuesto a la utilidad / gobierno en lugar de las tarifas cobradas a los consumidores.

En un Diseño-Construcción-Operación (DBO) el sector privado diseña, construye y opera los activos para cumplir con ciertos productos acordados. La documentación para la DBO suele consistir en un contrato de construcción llave en mano además de un contrato de operación, o una sección agregadas al contrato llave en mano que cubre las operaciones. Se pacta una suma para el diseño y construcción a pagar en cuotas a la finalización de los hitos de la construcción, y luego una cuota de operación para el periodo de explotación. El operador es responsable del diseño y la construcción, así como las operaciones y si algo falla durante el período de explotación el operador es responsable de la sustitución de piezas.

Actualmente, en Chile la Coordinación de Concesiones (CCOP) cuenta con tres hospitales con modalidad APP en proceso constructivo: Hospital de Antofagasta, Salvador e Instituto Nacional de Geriátría, Santiago Occidente (Félix Bulnes), ver Tabla2. El Hospital Antofagasta comprende: Proyecto definitivo, construcción de obras definidas en dicho proyecto definitivo, provisión de mobiliario clínico y no clínico, equipamiento médico, equipamiento industrial y mobiliario asociado a la infraestructura. A marzo de 2016 los frentes de trabajo de la SC eran los tres edificios principales, Torre de Hospitalización (TH), Unidad de Pacientes Críticos (UPC), Centro de Diagnósticos Terapéuticos (CDT).

Tabla 2: Cartera de Hospitales Concesionados en Chile.

Hospitales	Presupuesto Oficial UF	N° Camas	Fecha de Adjudicación
H. Maipú -La Florida	6.568.000	766	11.08.2009
H. de Antofagasta	5.300.000	671	21.06.2013
H. del Salvador	6.714.000	642	14.06.2014
H. Santiago Occidente	5.300.000	523	20.05.2014
H. Sótero del Río	8.800.000	710	*27.02.2014
Red V Región	5.850.000	528	*07.02.2014
Red Sur	10.830.000	1245	** 29.12.2012

* Fecha de apertura de ofertas técnicas. ** Fecha de llamado a licitación

Fuente: CCOP.

El Hospital Salvador e Instituto Nacional de Geriátría, ambos considerados de alta complejidad, destinados principalmente a la población adulta del área oriente de la Región Metropolitana. Comprende proyecto definitivo, construcción de obras definidas en dicho proyecto definitivo, provisión de mobiliario clínico y no clínico, equipamiento médico, equipamiento industrial y mobiliario asociado a la infraestructura. A la fecha, este proyecto aún no cuenta con la disponibilidad de los terrenos necesarios para el inicio de construcción, sin embargo se ha avanzado en el desarrollo del proyecto definitivo incorporando las mejoras requeridas por el mandante.

Hospital Santiago Occidente (Hospital Félix Bulnes), es un establecimiento de alta complejidad que comprende: proyecto definitivo, construcción de obras definidas en dicho proyecto definitivo, provisión de mobiliario clínico y no clínico, equipamiento médico, equipamiento industrial y mobiliario asociado a la infraestructura.

3. MODELOS DE GESTIÓN DE HOSPITALES CONCESIONADOS.

Si bien existen bastantes modelos de gestión de hospitales concesionados⁹, se puede realizar una agregación en base a si el concesionario gestiona o no los servicios clínicos; sin gestión clínica, es decir, llegando hasta los servicios industriales; y con gestión clínica, que incluye tanto los servicios clínicos de apoyo y la gestión asistencial propiamente tal (gestión clínica de médicos y gestión del cuidado de enfermería).

A continuación, se pasan a describir estas dos modalidades de gestión:

- *Gestión de servicios no clínicos o Bata Gris.*

La gestión del hospital puede cubrir sólo los aspectos administrativos y operacionales del hospital exceptuando los servicios clínicos. Así, el concesionario se ocupa de la gestión, la operación y el mantenimiento de todo aquello necesario para el funcionamiento del hospital que no corresponda estrictamente a la atención clínica: servicios de limpieza, seguridad o vigilancia, residuos urbanos y sanitarios, mantención de la infraestructura, conservación de viales y jardines, lavandería, gestión del archivo de documentación clínica y administrativa, servicio integral de esterilización, gestión de almacenes y distribución, gestión de personal administrativo, operación de sistemas informáticos y comunicación.¹⁰

- *Gestión integral del hospital o Bata Blanca.*

En este segundo caso, la empresa privada gestiona por completo todos los aspectos del funcionamiento habitual del hospital, incluyendo la atención clínica. De este modo se asigna al concesionario la gestión de los servicios de salud para la población de un territorio determinado. En su lógica fundamental, McKee *et al.* definen este modelo como un hospital “*que es gestionado por un consorcio privado que acepta la responsabilidad por el cuidado de salud de una población definida a cambio de un pago per cápita anual*”.¹¹

El modelo que **no incluye gestión clínica** se ha dado con mucha profundidad en el Reino Unido, país en el cual se han construido con esta modalidad 101 hospitales desde 1997⁷. Lo interesante de este caso es que Inglaterra tiene un seguimiento publicado de 11 años, por lo que se constituye en el único caso del mundo en que se puede llegar a conclusiones acerca del desempeño operacional de los hospitales

⁹ Acerete, B. *et al.*, Spanish healthcare public private partnerships: The ‘Alzira model’ en *Critical perspectives on accounting*, Vol. 22, Issue 6, 2011, p. 534-549.

¹⁰ Rebollo, A. La experiencia española en concesiones y APPs: hospitales, infraestructura social y otros equipamientos de uso público y municipal. BID. Madrid, 2009, p. 21-22. Disponible en: <http://bcn.cl/1b4g4> (Abril, 2013).

¹¹ McKee, M. *et al.*, Public-private... *Op. Cit.*, p. 891. [Traducción propia].

asignados a PFI. Todos los demás países tienen pocos establecimientos concesionados, por lo que básicamente se reduce a casuística; más aún, su seguimiento operacional no supera, en el mejor de los casos, los dos años y no existen estudios al respecto.

El modelo de concesión *con gestión clínica se* ha aplicado en países como Australia^{1,6} y España^{8,9}. Durante la administración Kennett en Australia se impulsó con decisión el paradigma NPM en salud recurriendo a concesiones y alianzas público-privadas para reducir las listas de espera. Sin embargo, en 2001, con el advenimiento de la administración Bracks se introdujeron límites claros para la concesión de hospitales, obligando a demostrar el VFM (*Value for Money*) de los proyectos, así como a efectuar comparación de costos con construcción sectorial (PSC, *Public Sector Comparator*), además de establecer restricción a la externalización de la gestión clínica, permitiendo que el concesionario sólo llegara hasta la provisión de servicios industriales de apoyo, en línea con el modelo del Reino Unido. El *Value for Money* (VFM, o "valor por dinero VpD") es una forma empíricamente aplicada en varios países que compara el costo de construcción y operación de un establecimiento hospitalario llevado a cabo por presupuesto sectorial versus otras modalidades, como la concesión. El VFM es obligatorio en varios países. En Inglaterra desde que comenzó el PFI a fines de los noventa, todos los proyectos deben ser sometidos a este análisis. En España fue poco usado, pero más recientemente ha pasado a ser obligatorio. En Canadá incluso se ha publicado una metodología específica de cálculo de VFM y de comparación con el costeo sectorial y que a su vez debe ser auditado por entidades externas e independientes.

3.1. EL MODELO INGLÉS.

La política de utilizar la financiación privada en la inversión del sector público fue introducida por el gobierno conservador del Reino Unido en 1992.

Las Iniciativas de Financiación Privadas [PFI, del inglés original *Private Finance Initiative*] forman parte de un sistema en el que la Administración se inhibe en proyectos de gran importancia para el sector público, tales como hospitales o escuelas, invitando a las empresas privadas a concursar no sólo para la construcción de los edificios, sino también para su mantenimiento y la provisión de servicios auxiliares durante el periodo que dure el contrato, que normalmente se extiende 30 años o en algunos casos incluso más tiempo. Los propietarios durante este periodo son un consorcio de empresas financieras, de la construcción, servicios, etc. Su papel se describe como diseño, construcción, finanzas y funcionamiento. El diseño lo decide la empresa en términos generales, con la sencilla condición de una inspección de puesta en funcionamiento, en este caso por parte del Sistema Nacional de Salud [NHS,

National Health System, en el inglés original] que necesita un nuevo hospital. La construcción se asemeja más a lo habitual, pues este trabajo siempre lo ha venido realizando el sector privado. La financiación está en auge, siendo el consorcio quien toma prestado el dinero del mercado financiero. El funcionamiento implica ser responsable del mantenimiento y también de los servicios auxiliares, tales como limpieza, vigilancia, lavandería y catering. A cambio de esto, el NHS paga un Cargo Unitario [*Unitary Charge*, en el inglés original], salido de una «Tarifa de Disponibilidad», por los edificios actuales, y una «Tarifa de Facilidades de Gestión» por los servicios.

Mediante esta fórmula, empresas privadas (principalmente constructoras y empresas de multinacionales de servicios), promueven y financian (mediante fondos propios y sobre todo recurriendo al endeudamiento externo) la construcción de hospitales (y muchos otros servicios o infraestructuras) para el sistema público. Los consorcios privados redactan los proyectos técnicos, dirigen las obras, construyen y ponen en marcha las infraestructuras y edificios, suministran e instalan el equipamiento de los mismos, ponen en marcha y mantienen los inmuebles.

La Administración pública se reserva la gestión de los servicios asistenciales (aunque en algunos casos también la traslada a las PFI) y paga un canon anual a las empresas durante el tiempo acordado, que oscila entre los 30 y los 60 años.

En resumen, el Servicio Nacional de Salud controla los servicios asistenciales y subcontrata con las empresas privadas la construcción, mantenimiento, limpieza, seguridad, catering, hostelería, servicios auxiliares, logística, gestión de la documentación y administración de los centros. Estas empresas reciben además los terrenos de titularidad pública que rodean a los hospitales, lo que les permite ampliar su área de negocio creando y gestionando aparcamientos, centros comerciales, centros de ocio (García, 2007).

En el Reino Unido se han construido más de 150 proyectos de hospitales PFI, con un costo de 1,5 billones de libras. Están en proceso de construcción diez más con un presupuesto de 1,9 billones, y está prevista una nueva fase de proyectos PFI por un total de 1,7 billones de libras. El gobierno aspiraba a tener finalizados antes del año 2010 nuevos hospitales por un total de 7 billones de libras, lo que supondrá el 85% de toda la nueva inversión de capital del Sistema Nacional de Salud y el 94% de todos los nuevos hospitales del Reino Unido.

Un tema controversial es el costo real de los hospitales financiados por esta vía. La Comisión Parlamentaria de Cuentas Públicas investigó los costos del hospital de

Norfolk & Norwich, uno de los primeros construidos según el modelo PFI, y encontraron que había generado más de 73 millones de libras [112,80 millones de euros] en beneficios mediante refinanciación. En respuesta a la pregunta parlamentaria de un miembro del Partido Conservador, el costo total se estimó en 53.000 millones de libras [81.891 millones de euros) (Fisher, 2007)

Evaluaciones realizadas en el Reino Unido demuestran un aumento medio en el gasto entre el 72% y el 85% desde la aplicación de este modelo, hipotecando su futuro (los pagos por PFI acaparan el 40% del presupuesto sanitario), durante un período muy dilatado (30-60 años). El déficit anual acumulado por estas empresas es tan elevado en el Reino Unido que puede poner en riesgo la solvencia económica del sistema (García, 2007).

El año 2010 se realizó un estudio para evaluar *El Rendimiento y la Gestión de los Contratos PFI de Hospitales*. El informe analiza la relación precio-calidad alcanzado por los contratos PFI de hospitales una vez que están operativos, encontrando que la mayoría de los contratos de hospitales PFI estaban bien gestionados.

Los altos niveles de satisfacción indican que logran la relación precio-calidad esperada al momento de la firma de los contratos. Ahora bien, como el costo y rendimiento de los servicios hotelaría son similares a los de los hospitales no PFI no hay evidencia de que la inclusión de estos servicios en un contrato PFI sea mejor o peor respecto a administrar por separado (National Audit Office, 2010).

3.2 EL MODELO ESPAÑOL.

En 2005 se introduce con fuerza en el sistema sanitario público español una nueva forma de financiación que lleva incorporada la gestión indirecta de parte de los servicios necesarios para el funcionamiento, bajo la fórmula contractual de concesión de explotación a las empresas que hayan efectuado la totalidad de inversiones necesarias (construcción y equipamiento con arreglo a un programa funcional definido por el correspondiente Servicio de Salud) para la puesta en marcha de un nuevo hospital público (Chinchilla, 2006).

En España, el sistema equivalente al PFI de Reino Unido recibe la denominación de "concesión de obra", siendo también justificada su introducción en el sector sanitario por los límites de endeudamiento público. La concesión comprende la construcción y mobiliario básico (dotación inicial y reposición) y no incluye en general la tecnología informática ni médica. Incluye también la prestación por

contrato global a 30 años de servicios no sanitarios, que en líneas generales coinciden con los que habitualmente se externalizan en centros gestionados por sistema tradicional.

Las anualidades correspondientes, que se aplican a partir del momento de entrada en funcionamiento del hospital, incluyen tanto el pago por los servicios prestados como, lógicamente, el correspondiente a la inversión efectuada por las empresas concesionarias para la construcción y equipamiento. Pasado el período de concesión, inmuebles y equipamientos quedan en propiedad del servicio sanitario público.

El régimen jurídico aplicable es el del contrato de gestión de servicio público con ejecución de obra, a tenor del artículo 8 de la LCSP. “Las obras públicas objeto de concesión serán financiadas, total o parcialmente, por el concesionario, que, en todo caso, asumirá el riesgo en función de la inversión realizada” (artículo 236.1 LCSP). “La construcción y explotación de las obras públicas se efectuarán a riesgo y ventura del concesionario, quien asumirá los riesgos económicos derivados de su ejecución y explotación, en los términos y con el alcance establecidos en esta Ley, lo que será en todo caso compatible con los distintos sistemas de financiación de las obras y con las aportaciones a que pudiera obligarse la Administración”. (artículo 225 LCSP). “El concesionario deberá mantener la obra pública de conformidad con lo que, en cada momento y según el progreso de la ciencia, disponga la normativa técnica, medioambiental, de accesibilidad y de eliminación de barreras y de seguridad de los usuarios, que resulte de aplicación (artículo 230.4 LCSP).

En otras palabras, el contratista asume el riesgo de sus decisiones empresariales: del cálculo de costos realizado al presentar la oferta, de las incidencias ordinarias de la ejecución del contrato (más o menos bajas laborales, rechazo de unidades de obras por mala ejecución, mayor consumo de combustibles, reparaciones de maquinarias defectuosas) y, paralelamente, asume la ventaja de una mayor ganancia si sus cálculos fueron acertados y si las incidencias tienen un impacto mínimo en sus costos (Sentencia del Tribunal Supremo (STS) de 25 de abril de 1986).

Por otro lado, se identifican un conjunto de servicios “residenciales” que serán de aprovechamiento, gestión y provisión privada. Estos servicios residenciales serán responsabilidad de un concesionario privado y coinciden con un entramado de actividades auxiliares fundamentales para el funcionamiento de un hospital como una entidad sanitaria integrada e integral, tales como la gestión de residuos urbanos sanitarios, la lavandería, el apoyo administrativo, desinfección y desratización, conservación del entorno, servicios de limpieza y servicios de cafetería y restaurante.

Se les denomina "servicios residenciales no sanitarios", y se les transfiere para su explotación a la sociedad concesionaria que obtenga los méritos en concurso público.

Los referentes más inmediatos de esta modalidad de gestión son en España la experiencia de Alzira (en la que la concesión incluye en la actualidad a la totalidad de los servicios sanitarios y no sanitarios) y las convocatorias para nuevos hospitales en Denia y Valdemoro, también según el mismo esquema. Hay que añadir los concursos para la construcción y equipamiento de siete hospitales más en la Comunidad de Madrid y, con esquema similar, Castilla y León y Baleares tienen en marcha sendos proyectos: el Hospital General Yagüe y Son Dureta.

3.2.1 EL CASO DE ALZIRA.

El caso del hospital de Alzira, Valencia, cambió radicalmente el tipo de gestión cuando su financiamiento público pasó del pago por prestaciones hospitalarias (clásico *fee for service*, al estilo privado, inicialmente considerado en la concesión) al pago per-cápita, luego de concesionar al gestor toda la red asistencial y no sólo el hospital, transfiriéndole el riesgo y, especialmente, logrando estimular la gestión de red o de demanda (Marcos, Competencias esenciales para la Gestión en Red, 2012)

Efectivamente, a finales de 1996, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana decidió que la construcción y explotación del Hospital de La Ribera, en Alzira, se realizara como una concesión administrativa, pero con una importante salvedad: en la concesión, el concesionario cobra a los particulares a cambio de la prestación del servicio (el peaje de la autopista); en este caso, este supuesto era imposible, ya que una de las limitaciones legales en la prestación de servicios sanitarios por entidades privadas era el mantenimiento del servicio público asistencial gratuito. Por lo tanto, será la Generalitat Valenciana la que pagará a la empresa adjudicataria una cantidad fija y preestablecida por cada usuario.

La construcción del Hospital de La Ribera se adjudicó por concurso público el 1 de enero de 1999 a una Unión Temporal de Empresas (UTE), que es una Asociación de Empresas de diferente rubro: presenta la siguiente estructura: Adeslas es el socio mayoritario, con el 51%, Bancaja y la Caja de Ahorros del Mediterráneo (CAM), poseen el 45% y las dos constructoras responsables de la construcción del hospital el 4% restante: Dragados, 2% y Lubasa, 2%. Esta concesión obligaba a la construcción del Hospital de La Ribera como elemento imprescindible para la gestión del servicio sanitario de toda el área, es decir, del hospital recién construido, pero también gestionaría la de los centros periféricos de especialidades existentes en sus dos cabeceras de comarca (Alzira, de la Ribera Alta y Sueca, de la Ribera baja).

Todos los socios aportaron elementos esenciales para garantizar el buen funcionamiento de la organización, no sólo desde el punto de vista de su capacidad de gestión, sino también de su solidez financiera. Adeslas es el socio tecnológico y contribuye con su experiencia como empresa líder en el sector del aseguramiento privado de salud en España, además de pertenecer al grupo Agbar, que lleva más de un siglo colaborando con la Administración en la prestación de servicios públicos. Bancaja y la CAM aportan la seguridad financiera y la identificación con la comunidad.

Las dificultades en el camino fueron las inherentes a ser los primeros, lo que los obligó a construir desde cero una relación de complementariedad entre la UTE y la Consellería de Sanitat y en paralelo ganarse la aceptación por parte del sistema público de un hospital atípico que se integraba a la red de prestación pública. Además de avanzar en medio de la presión política, mediática y sindical, por cuanto el Hospital de La Ribera fue rápidamente identificado por los grupos contrarios como privatización de la sanidad, un argumento con gran impacto social.

A ello se agregaban desafíos de gestión que implicaban operar sólo una parte del proceso asistencial (la atención especializada), con altas exigencias de calidad, sujeto a un presupuesto ajustado (prima per cápita). De hecho, la prima per cápita que se estableció fue sustancialmente inferior al costo medio por cada ciudadano de la Comunidad Valenciana en virtud de los presupuestos de la propia “Conselleria de Sanitat”); y un plazo de concesión muy corto, de sólo diez años.

En el área de las relaciones laborales el modelo Alzira aportaba grandes novedades y fue necesario desarrollar una política estratégica basada en la búsqueda permanente del consenso ya que, la localidad contaba con un centro de especialidades que fue absorbido por el hospital, incluido su personal. La mayoría de los médicos decidieron integrarse en la estructura de la empresa y firmar un contrato laboral. Por el contrario, un elevado porcentaje de los profesionales de enfermería decidieron mantener su condición de funcionarios públicos, aunque incorporados funcionalmente a la plantilla del hospital. Esta situación, que a *priori* podría despertar un cierto temor ante eventuales conflictos laborales, se asumió rápidamente y sin grandes problemas.

El modelo está sustentado en la Financiación Pública, Control Público, Propiedad Pública y Prestación Privada.

- a. Financiación pública:** La provisión está separada de la financiación. El modelo se basa en un pago per cápita, la misma filosofía que tendría una prima de aseguramiento. La Generalitat Valenciana paga al concesionario una cantidad anual por cada uno de los habitantes del departamento de salud incluidos en el

sistema de información poblacional para que sean atendidos. Sin embargo, los ciudadanos tienen la posibilidad de elegir su centro de atención. En esta situación, la empresa concesionaria está obligada a pagar las asistencias realizadas a cualquiera de los ciudadanos del departamento en otros centros al 100% del costo medio del GDR¹² (establecido previamente por la Conselleria de Sanitat). Por el contrario, si algún ciudadano de otros departamentos decide acudir al hospital concesionado, la Administración sólo pagará a dicho hospital el 80% del costo medio del GDR. De esta manera, el ciudadano tiene la llave de la viabilidad del modelo, con la aplicación real del concepto de libertad de elección de hospital.

- b. Control público:** El hospital está sujeto al cumplimiento total de condiciones de la concesión administrativa, las cuales quedan detalladas en el contrato que tiene firmado con la Generalitat Valenciana. La Administración tiene un control permanente del concesionario a través de la figura, única en España, del “Comisionado de la Conselleria de Sanitat” con capacidad de control, inspección, facultad normativa y sancionadora.
- c. Propiedad pública:** El hospital objeto de concesión es un hospital público, construido sobre suelo público y perteneciente a la red de hospitales públicos de la Conselleria de Sanitat. Aunque la inversión inicial para su construcción y dotación de recursos materiales y humanos parte íntegramente de las empresas que forman la empresa concesionaria, dicho hospital será de propiedad total de la Generalitat cuando expire la concesión. La entrega debe garantizar activos en perfecto nivel de operación, lo que implica que el concesionario deberá hacer todas las inversiones necesarias para mantener la infraestructura y el equipamiento.
- d. Prestación privada:** La prestación sanitaria es gestionada por la empresa adjudicataria durante el período de la concesión. Al estar gestionado por medios privados, se genera una descarga importante de los presupuestos públicos. El precio per cápita está pactado, por lo que la Administración transfiere el riesgo financiero a la empresa.

¹²Los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR) utilizan variables demográficas y de diagnóstico para clasificar a los pacientes en grupos que se puedan comparar clínicamente, con duraciones de estancia en el hospital y con consumos de recursos similares. Los GDR clasifican los ingresos de los pacientes en grupos homogéneos, la agrupación de los GDR está diseñada tanto para que sea significativa clínicamente para los médicos (que tenga lógica clínica) como para esperar que los casos que pertenecen a una misma categoría tengan costes y duraciones de estancia similares. La homogeneidad de recursos de los GDR significa que es útil computar el coste medio del tratamiento de los pacientes que pertenecen a un determinado GDR, En Chile, también se usan, pero sólo para clasificar el nivel de complejidad del Hospital.

3.2.1.1 RÉGIMEN ECONÓMICO – FINANCIERO DE LA CONCESIÓN.

De acuerdo con el contrato de concesión, el administrador de la concesión se compromete a prestar asistencia sanitaria completa, tanto primaria como especializada, a los ciudadanos del área asignada.

El concesionario tiene tres fuentes de financiamiento: per cápita, facturación por diferencias respecto al censo y otros ingresos obtenidos por prestación de servicios a personas que no pertenecen al área geográfica que debe atender el Hospital de la Ribera.

La cápita es un importe o prima por ciudadano censado en el departamento. Se revisa anualmente, de acuerdo al incremento presupuestario de la Conselleria de Sanitat, con un tope máximo que no podrá superar la media del incremento presupuestario de todas las comunidades, y como mínimo deberá ser el IPC. Esta cápita se factura de forma mensual en base a un censo anual. Las eventuales diferencias entre el número de personas facturado y las reales se liquidan al finalizar el ejercicio junto con el resto de partidas a compensar.

En cuanto a las otras fuentes de ingresos, como existe libre elección de prestador en la comunidad, el concesionario puede atender a pacientes que no pertenecen a su área de atención, en prestaciones especializadas (los servicios prestados a pacientes no censados, cubiertos por la Conselleria De Sanitat en el ámbito de atención primaria, no devengan facturación cruzada). La tarifa a aplicar en esos casos es el 80% de un arancel establecido por la Generalitat Valenciana. También existe la alternativa de atender pacientes pertenecientes a compañías de aseguramiento, bien por accidentes de tráfico, laborales y otros. La tarifa en esos casos se negocia directamente entre el concesionario y la aseguradora.

Como un incentivo al ahorro de costos, el concesionario también podrá facturar como otro ingreso adicional, el 30% de los ahorros formados por la diferencia entre el presupuesto asignado a su departamento para prestaciones farmacéuticas ambulatorias y el gasto real. Este incentivo está alineado con la estrategia de la Conselleria de contener el gasto farmacéutico ambulatorio.

En todo caso, el acuerdo de concesión establece que el concesionario no podrá obtener una rentabilidad superior al 7.5%. Si este porcentaje fuese superado, la cantidad que excediese se debería retornar a la Conselleria con una mayor inversión en el área (Blasco C. R., 2007).

3.2.1.2 MEDIDAS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE GESTIÓN

El modelo de concesión administrativa, nunca antes aplicado a los servicios de salud, requirió la adopción de medidas necesarias por parte del gobierno valenciano para el correcto control y supervisión del servicio público con gestión privada primero en el hospital universitario de la ribera y luego en el departamento de salud de la ribera. La supervisión y control del modelo radica en una comisión mixta, formada por representantes de la UTE y de La Conselleria que se reúnen con una periodicidad trimestral. Entre sus funciones está la de vigilar el cumplimiento de las cláusulas de explotación, aportando soluciones a problemas operativos y de facturación, así como el seguimiento de los indicadores asistenciales y económicos, el control de las plantillas de personal y la definición de los controles de calidad.

La Conselleria De Sanitat nombra a un comisionado en el hospital, que tiene amplias funciones y actúa como enlace entre la Conselleria y La UTE y vela por la correcta aplicación de las cláusulas de la concesión, que dicen relación con:

- Controlar, aceptar y denegar las propuestas de ingreso programado de los enfermos no pertenecientes a la población de referencia;
- Ordenar el traslado de pacientes en casos de ingresos de otras demarcaciones que considere deben ser remitidos al hospital de referencia de su zona de residencia;
- Supervisar la realización de las encuestas o sondeos de opinión que proponga la comisión mixta de seguimiento;
- Recibir las sugerencias, quejas y reclamaciones de los usuarios del hospital, informando a éste;
- Solicitar y recibir las estadísticas de actividad que considere necesarias, con enumeración de los pacientes pendientes de atención de cada una de las especialidades;
- Controlar y expresar alternativas a la programación pendiente en los nuevos servicios de consultas de especialidades, diagnósticos e ingresos;
- Vigilar la conservación de las obras del equipamiento sanitario de cualquier naturaleza y restantes instalaciones e informar a la comisión mixta sobre las reparaciones necesarias para mantenerlos en las condiciones previstas;
- Ejercer la jefatura orgánica del personal dependiente de La Conselleria en los centros gestionados por el concesionario;
- Verificar y, en su caso, devolver la facturación del concesionario de actos médicos realizados a pacientes no correspondientes a la población protegida por el contrato y comprobar la veracidad de la facturación de pacientes ajenos a la población protegida por el contrato, dando conformidad a la misma.

Existe, además, unidades dependientes orientadas a hacer eficiente la relación, como son la dirección de control y evaluación de la calidad, la unidad de coordinación económica, el servicio de atención e información al paciente (SAIP) la unidad de coordinación de servicios integrados para la salud y la unidad de coordinación de recursos humanos.

3.2.1.3. GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO

Teniendo la filosofía de considerar al recurso humano como un «capital intelectual», la estructura organizativa del hospital de la ribera se ha configurado en torno a tres direcciones médicas y una dirección de enfermería; a las que se añade una dirección adjunta a gerencia que se encarga de la atención primaria.

Según esta distribución, el área de gestión médica asume la actividad de hospitalización y urgencias, estructurándola en función de los procesos clave; el área de gestión quirúrgica se responsabiliza de la coordinación y supervisión de las diferentes especialidades y servicios quirúrgicos; y el titular del área de gestión de servicios centrales se encarga de los departamentos ligados a pruebas diagnósticas y hospital de día.

El personal de enfermería se estructura sobre la base de áreas funcionales del hospital con dependencia directa de la dirección de enfermería. A través del modelo de evaluación de competencias se definen los puestos de trabajo existentes, cada uno de ellos con sus misiones y responsabilidades, sus competencias y los perfiles de competencias de cada puesto. Al mismo tiempo se establece el sistema de ascenso jerárquico en los mismos.

Para llevar a cabo una correcta planificación del desarrollo de la carrera, se cuenta con un sistema de evaluación del personal realizada anualmente por los responsables directos, con base en el modelo de competencias establecido que considera el grado de cumplimiento de objetivos definidos explícitamente cada año. El objetivo del modelo de evaluación por competencias es dotar a la política de organización y desarrollo de recursos humanos de una estructura de rigor y eficacia, introduciendo a los profesionales en ciclos de mejora continua, imprescindibles para garantizar la eficiencia en el desempeño de sus misiones y responsabilidades.

El modelo considera el establecimiento de mecanismos de promoción interna mediante la obtención de créditos o puntos que valoren los méritos individuales de los profesionales. Cada profesional puede obtener un máximo de créditos o puntos, repartidos en tres áreas de influencia: objetivos de compromiso con la organización, objetivos de calidad asistenciales y objetivos científicos (las tareas de investigación,

docencia, calidad, etc.). Para subir un nivel en la carrera es necesario haber estado en el nivel inferior al menos cinco años y alcanzar el mínimo de créditos requeridos en cada grado. Los grados son cuatro y tienen la siguiente denominación: dirección médica (adjunto, experto, referente y consultor). Lo mismo para la dirección de enfermería.

Los profesionales se organizan en torno a los siguientes comités de trabajo: dirección, empresa, seguridad y salud, clínicos (farmacia, docencia, ética y praxis, historias clínicas, etc.), calidad, formación y desarrollo, investigación y docencia. A través del modelo de evaluación de competencias se definen los puestos de trabajo existentes, cada uno de ellos con sus misiones y responsabilidades, sus competencias y los perfiles de competencias de cada puesto. Al mismo tiempo se establece el sistema de ascenso jerárquico en los mismos.

Para llevar a cabo una correcta planificación del desarrollo de la carrera, se cuenta con un sistema de evaluación del personal realizada anualmente por los responsables directos, con base en el modelo de competencias establecido que considera el grado de cumplimiento de objetivos definidos explícitamente cada año. El objetivo del modelo de evaluación por competencias es dotar a la política de organización y desarrollo de recursos humanos de una estructura de rigor y eficacia, introduciendo a los profesionales en ciclos de mejora continua, imprescindibles para garantizar la eficiencia en el desempeño de sus misiones y responsabilidades.

3.2.1.4 GESTIÓN DE CALIDAD

El Hospital De La Ribera definió una política de calidad con el objetivo final de prestar la atención sanitaria que responda a las necesidades y expectativas de la población. Este plan se desarrolló con la participación de los profesionales, como parte esencial, y cuyas principales líneas estratégicas son la mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios (calidad de demanda), la satisfacción de los ciudadanos y el análisis de la calidad asistencial.

Para entender la gestión de la calidad en el Hospital De La Ribera hay que revisar gráficamente el proceso asistencial del paciente, identificando las diferentes áreas de la organización con las que contacta, desde su origen en atención primaria hasta su resolución en hospitalización y su remisión al médico de cabecera. El mapa de procesos del hospital de la ribera diferencia 6 áreas o procesos claves:

- Admisión y gestión de pacientes,
- Urgencias
- Consultas externas,

- Pruebas diagnósticas,
- Hospitalización y
- Bloque quirúrgico.

Tradicionalmente, la medida del producto sanitario ha ido enfocada a la cuantificación de los *inputs* o recursos estructurales consumidos durante la asistencia o bien de los productos intermedios generados en la misma (número de egresos, número de exámenes etc.) Sin tener en cuenta ni las características de los pacientes ni los resultados finales del proceso de atención. Hoy en día, gracias a la implantación del conjunto mínimo básico de datos de hospitalización (sistema de registro de altas implantado en la totalidad de los hospitales de la red pública del sistema nacional de salud de España), se dispone de información acerca del proceso asistencial o producto final.

A la hora de medir el producto sanitario podemos identificar para cada producto final o GRD individualmente los productos estructurales o *inputs* consumidos, y los productos intermedios generados (pruebas diagnósticas, estancias, consultas, analíticas, etc.), así como los diferentes tiempos de proceso, de manera que para un episodio de hospitalización concreto (por ejemplo, histerectomía), podemos relacionar el número de estancias consumidas, pruebas diagnósticas o interconsultas generadas.

La forma de protocolizar la adecuación de recursos necesarios, así como el momento adecuado de intervención (demora) es la guía clínica, de la cual existen 40 implantadas en hospitalización con indicadores y responsables definidos.

Pero, además, la gestión de la calidad asistencial requiere control y seguimiento de la gestión de los recursos. Para ello se analizan de forma individualizada diversos parámetros de funcionamiento de la organización, como estancia media o actividad, para cada uno de los GRD identificados, siempre desde una visión evolutiva en series temporales. De la misma manera, es una fuente de información básica para monitorizar eventos adversos básicos en calidad asistencial, como reingresos, todo ello disponible a nivel de proceso asistencial o GRD, siendo fuente de información básica para las diferentes comisiones clínicas de la organización.

La institución participa regularmente en el programa de *benchmarking* asistencial “hospitales top 20 para la excelencia”, estando clasificada dentro de la categoría grandes hospitales generales. En el mismo se analizan los resultados del hospital frente a los mejores hospitales de España de su categoría, en 6 parámetros de

costos y calidad asistencial (estancia media, ambulatorización, mortalidad, complicaciones, costos y reingresos), habiendo sido distinguido como el mejor gran hospital general de España varias veces, con la estancia media más baja del sistema (4,7 días), habiendo atendido una complejidad un 14% superior.

Todo esto se realiza sin perder de vista la satisfacción percibida por los usuarios. Según investigaciones hechas por terceros, el Hospital de la Ribera cuenta con altos índices de satisfacción. El 91% de los encuestados se declara satisfecho o muy satisfecho y posee un índice global de fidelidad del 92%.

Comunicación y marketing

Otra novedad del Hospital de la Ribera es la introducción del manejo profesional de la comunicación y el marketing como herramienta estratégica de gestión. Este hospital tenía varios desafíos a nivel comunicacional: ser el primer establecimiento que opera bajo este tipo de concesión; resistir la oposición política y sindical y conseguir lentamente un posicionamiento global que dejara a la institución con una fuerte marca diferenciadora y de ventaja competitiva respecto de otros recintos.

Algunos de los aspectos diferenciales explotados comunicacionalmente fueron la excelencia asistencial y factores diferenciadores tales como: la amplia cartera de servicios, habitación individual, tecnología, amplitud de horarios, sin listas de espera, facilidad para conseguir cita, entre otros.

III.2.1.5. EFICIENCIA HOSPITALARIA Y RESULTADOS CLÍNICOS

De manera consistente con otros proyectos de “bata blanca”, este hospital presenta mejores indicadores tanto en términos de eficiencia hospitalaria como de resultados clínicos:

El estudio del NHS de 2011 (NHS European Office 2011) sobre el modelo Alzira, considera que los mayores logros de las APP de “bata blanca” han sido:

- ✓ la integración de los cuidados entre la atención primaria y la especializada;
- ✓ el impulso a las actividades preventivas y de promoción de la salud;
- ✓ la gestión de las enfermedades crónicas;
- ✓ el estímulo al autocuidado;
- ✓ el incremento de las alternativas a la hospitalización convencional (el 80% de las hospitalizaciones quirúrgicas para patologías y procedimientos susceptibles de ser efectuados por cirugía mayor ambulatoria se realizó sin ingreso).

Destaca la importancia que para el éxito del proyecto ha tenido la integración de la atención primaria en los modelos de APP de “bata blanca” con financiación per cápita. Menciona como mejoras en la historia clínica electrónica única por paciente, común a todos los niveles de atención incluidos en el APP el de Alzira fue el primer caso español de historia clínica electrónica única por paciente, los incentivos y los buenos indicadores de gestión alcanzados (costo per cápita más bajo, incentivación de los profesionales, menores listas de espera, entre otros) y el mayor grado de satisfacción de los pacientes, si bien los indicadores de proceso y resultado analizados fueron un número limitado, como se muestra en la Tabla 3.

Los resultados asistenciales del Hospital Universitario De La Ribera, con unos elevados índices de actividad y calidad, y elevada satisfacción con el servicio mostrada por los pacientes sirvieron para demostrar que El Modelo Alzira era una realidad consolidada y que cumplía perfectamente con su cometido como hospital público. Ante estos hechos, la Generalitat Valenciana decidió ampliar y consolidar definitivamente el nuevo modelo de gestión uniendo a la atención especializada la atención primaria del área de salud a la que pertenece el hospital. De esta forma el 1 de marzo de 2003, la Conselleria, mediante concurso público abierto y a través de una concesión administrativa, adjudicó la gestión de la asistencia primaria y especializada del área de La Ribera de a la UTE. Con esta integración de niveles asistenciales, el hospital deja de ser el eje fundamental y la organización pasa, de gestionar servicios especializados a gestionar el conjunto de servicios de salud del área.

Tabla 3: Resultados de la actividad Ribera Salud frente a otros hospitales en la comunidad valenciana.

Indicadores	Hospital Ribera Salud	Hospitales Región Valencia
Espera consulta externa	25 días	51 días
Espera cirugía - media	34 días	60-90 días
Espera CAT	12 días	90-120 días
Espera MRI	15 días	90-120 días
Readmisión en los tres días (por 1000 egresos)	4,05	6,1
Satisfacción del paciente	9,1	7,2
Uso historia clínica electrónica hospital	100%	20%
Cirugía mayor de día	56%	43%
% Cirugía ambulatoria	79%	52%
% Cesárea	22%	25%
Estancia media hospitalaria	4,5 días	5,8 días
Emergencia menor (no pertinente)	9%	20%
Tiempo espera en emergencia	menor a 60 min.	131 min
Tiempo de respuesta en emergencia	4 horas	sin medida

Fuente: NHS Europea Office 2011

4. EL CASO DE CHILE: HOSPITALES CONCESIONADOS MAIPÚ Y LA FLORIDA.

4.1 DESCRIPCION DEL PROYECTO.

El contrato contempla la materialización de dos proyectos correspondientes al Hospital de Maipú y al Hospital de La Florida, incluyendo en cada caso, el desarrollo de los proyectos definitivos, la construcción de las obras, la provisión de mobiliario no clínico y la explotación de servicios básicos y especiales obligatorios de acuerdo a las Bases de Licitación. Además, incluye la construcción del Centro de Referencia de Salud (CRS) Transitorio La Florida, producto que el CRS San Rafael de La Florida se localizaba en el terreno de emplazamiento del Hospital de La Florida. Ambos establecimientos fueron definidos inicialmente por el Ministerio de Salud como de mediana complejidad, en los que se entregaría Atención Hospitalaria (Cerrada) y Atención Ambulatoria (Abierta)¹³.

La construcción de los nuevos establecimientos, tuvo por objetivo, mejorar la cobertura de la Infraestructura Hospitalaria de la Red Asistencial, en las comunas de mayor población de la Región Metropolitana y en particular, Maipú con la mayor tasa de crecimiento demográfico de las últimas décadas.

El Hospital de Maipú, corresponde a un establecimiento hospitalario de Mediana Alta Complejidad, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC). El nuevo establecimiento Hospitalario cuenta con una dotación de 375 camas y una superficie edificada de aproximadamente 70.000 m².

El Hospital de La Florida consiste en un Hospital de Mediana Alta complejidad, orientado especialmente a las necesidades asistenciales de la comuna de La Florida. El Hospital está conformado por un área de atención abierta y otra de atención cerrada, complementadas por servicios de apoyo clínico y de servicios generales, dirigidos por una administración centralizada y única dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO). El proyecto también incluyó la construcción del Centro de Referencia de Salud (CRS) Transitorio La Florida que reemplazó al CRS San Rafael, fue construido y entregado al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente en Septiembre de 2010. Sin embargo, según lo referido por el Gerente de la Sociedad concesionaria, Adolfo Nombre Godoy en la entrevista otorgada, corresponden a obras menores que no fueron consideradas al estimar los costos de construcción del

¹³ Durante la ejecución fue cambiado el PMA (Programa Medico Arquitectónico) y el Programa Funcional de estos hospitales y pasaron de ser de Mediana a Mediana Alta complejidad, esto significó que se incluyeron servicios como escáneres, que no estaban considerados inicialmente y se aumentaron las UPC, esto implicó cambiar 10 veces la proporción de personal, por lo tanto todos los gastos se incrementaron considerablemente.

Hospital de La Florida porque no se aumentó el valor de subsidio fijo a la construcción por este concepto.

Tabla 4: Principales Características de Hospitales Maipú y la Florida.

Principales Características por Establecimiento Hospitalario:		
CARACTERISTICAS	MAIPÚ	LA FLORIDA
Pisos totales-subterráneos	7-2	6-2
Superficie m2 aproximada	70000	72.000
Número de Camas	375	391
Número de Pabellones y Salas de Parto	17	17
Estacionamientos	523	555
Número de Aisladores Sísmicos	347	224

Fuente: CCOP

Estos Hospitales corresponden al modelo *sin gestión clínica* o conocidos como de “Bata Gris”, por lo que la empresa San José Tecnocontrol S.A., a cargo de la concesión, es la responsable de proveer mantención, renovación y posición de infraestructura y los servicios no clínicos mientras dure el plazo de la concesión.¹⁴

Los servicios no clínicos incluyen Servicios Básicos: Mantención de infraestructura, instalaciones, equipamiento industrial y mobiliario no clínico y Servicios de Apoyo No Clínicos: Aseo y Limpieza General, Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Control Sanitario de Vectores, Gestión de Ropería y Vestidores, Alimentación de Pacientes y Funcionarios y SERVICIOS ESPECIALES OBLIGATORIOS: Cafetería, Seguridad y Vigilancia, Estacionamiento de Funcionarios y Visitas, Sala Cuna y Jardín Infantil.

La gestión Clínica es responsabilidad del Servicio de Salud e incluye tanto el Recurso Humano como el equipamiento clínico, el cual es adquirido, gestionado y mantenido por el Servicio de Salud respectivo. Ambos Hospitales cuentan con: Scanner, Ecógrafos, Autoclaves, Mamógrafos, Centrales de Monitoreo, Máquinas de Anestesia, Equipos de Diálisis, Equipos de cirugía laparoscópica, Equipos de endoscopia, entre otros.

¹⁴ El plazo de la concesión dura 15 años y finaliza 30 (treinta) semestres corridos, contado desde la fecha de Puesta en Servicio Definitiva de la Concesión.

4.2 MARCO JURÍDICO

El organismo encargado de llevar a cabo el proceso de concesión en Chile es La Coordinación de Concesiones de Obras Públicas (CCOP) quien recibió del Ministerio de Obras Públicas (MOP) la responsabilidad de proveer, preservar y mejorar obras y servicios de infraestructura pública en el marco de la Asociación Público Privada (APP) que favorezca el desarrollo nacional y la calidad de vida de los chilenos.

El 22 de enero de 2007 se firmó el Convenio Mandato del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Servicio de Salud Metropolitano Central, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente al Ministerio de Obras Públicas para llevar a cabo el “Programa de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria” que comprendía el Hospital Maipú y Hospital de la Florida (Convenio de Mandato, 2007).

Considerando lo dispuesto en el artículo 39° del DS MOP N°900 de 1996, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DFL MOP N°164, de 1991, Ley de Concesiones de Obras Públicas, en relación a lo establecido en el artículo 96° del DS MOP N°956 de 1997, Reglamento de la Ley de Concesiones de Obras Públicas, el Mandante (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Servicio de Salud Metropolitano Central y Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente) delega la entrega en concesión de las obras mencionadas al Ministerio de Obras Públicas, con el fin de entregar en concesión dichos proyectos, en forma conjunta o separadamente, a través del sistema establecido en la Ley de Concesiones de Obras Públicas.

El Ministerio de Obras Públicas (MOP) licitará la ejecución, conservación y explotación de las obras por el sistema de concesiones establecido en el artículo 87° del DFL N° 850 de 1997, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°1840 de 1964, Orgánica del Ministerio de Obras Públicas y del DFL N°206 de 1960, Ley de Caminos.

El Mandante, por su parte, se compromete a entregar todos los antecedentes necesarios para llevar adelante la precalificación y licitación de cada proyecto de concesión y realizar las gestiones pertinentes durante el periodo de evaluación de ofertas y prestar apoyo a la Inspección Fiscal en las materias definidas en las Bases de Licitación.

El Mandante entregará los terrenos e infraestructura preexistente necesarios para la ejecución del convenio al licitante adjudicatario o concesionario, y deberá asumir los eventuales perjuicios que se ocasionen al concesionario el no cumplimiento de sus obligaciones.

Se establece además la creación de un Comité compuesto por dos representantes del Mandante y dos representantes del Mandatario cuya función sería llevar a cabo coordinadamente la elaboración de las Bases de Precalificación, Licitación y documentación anexa o complementaria, el proceso de adjudicación del contrato, así como la participación en las etapas de construcción y explotación según las Bases.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 96 N°3 del Reglamento de la Ley de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, los gastos derivados de la licitación y adjudicación serían de cargo del Mandatario y las obligaciones económicas del contrato de concesión sufragadas por el Mandante.

El 26 de Enero de 2007 se firmó un protocolo de acuerdo entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Obras Públicas en lo referido al Comité compuesto por dos representantes del Mandante y dos representantes del Mandatario se establece que sesionaría a lo menos cada 15 días, y que participarían en representación del MOP, el Jefe de Proyectos, Arquitecto Sr. Ignacio Gysling Vidal y el jefe de la Unidad de Desarrollo de Nuevos Proyectos, Ingeniero Civil Industrial Sr. Roberto Salinas Briones y, en representación del MINSAL, el Jefe de la Unidad de Concesiones, Arquitecto Sr. José Enrique Cerda Mena y el Jefe de la División de Inversiones, Ingeniero comercial Sr. Sergio Teke Sandoval, estos representantes podrían ser además asesorados por equipos técnicos y legales. De las sesiones se levantaría un acta, en la que se debía registrar las materias tratadas y los acuerdos adoptados.

El 09 de marzo de 2007 se aprueba el Convenio de Mandato del Ministerio de Salud, Subsecretaria de Redes Asistenciales, Servicio de Salud Metropolitano Central, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente al Ministerio de Obras Públicas.

Las Bases de Licitación para el Programa de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria establecen las condiciones para los dos proyectos mencionados tanto en la etapa de construcción como en la de Explotación.

El Ministerio de Obras Publicas Adjudicó mediante Decreto Supremo N°230, Publicado el 05 de noviembre de 2009, el contrato de Concesión para la ejecución, conservación y explotación de la obra pública fiscal denominada “Programa de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria” conformado por el Hospital de Maipú y el Hospital de La Florida a las Empresas Constructora San José S.A. y Tecnocontrol S.A. que conformaban el Grupo Licitante “Consorcio San José-Tecnocontrol S.A. El presupuesto estimado de adjudicación fue de UF 6.568.000 (seis mil quinientas sesenta y ocho mil Unidades de Fomento).

La Sociedad concesionaria San José -Tecnocontrol S.A. es un sociedad anónima que se constituyó con fecha 09 de Diciembre de 2009, de giro único, como lo exigen las bases de licitación, de origen español, con experiencia internacional en la construcción de infraestructura hospitalaria. Fue inscrita el 03 de noviembre de 2010 en el registro de Entidades Informantes, de la superintendencia de Valores y Seguros, en cumplimiento al Decreto N°230 del Ministerio de Obras Públicas (MOP) donde se adjudicó la ejecución, conservación y explotación de los hospitales de Maipú y La Florida.

La sociedad concesionaria realizó el diseño y construcción de ambos Hospitales y se encarga de la conservación y explotación de las obras públicas del “Programa de Concesiones de infraestructura Hospitalaria”, así como la prestación de servicios básicos, especiales obligatorios y complementarios convenidos en el contrato de concesión. La duración de la sociedad será de 246 meses contados desde la adjudicación del contrato.

En Septiembre de 2011, la Sociedad Constructora e Inversiones San José Andina Ltda., se transforma en la controladora de la Sociedad Concesionaria, luego que las sociedades Constructora San José S.A y San José Tecnologías S.A. España concurrieran a un aumento de capital de Constructoras e Inversiones San José Andina Ltda. mediante un aporte en acciones sobre Sociedad concesionaria San José Tecnocontrol S.A.

4.3 PUESTA EN SERVICIO PROVISORIA.

En octubre de 2013 las obras del Hospital de Maipú se encontraban terminadas y la Sociedad Concesionaria San José Tecnocontrol solicitó la inspección de las obras por parte de la Comisión de Puesta en Servicio Provisoria de acuerdo con lo señalado en el artículo 1.10.7 de las Bases de Licitación del Contrato de Concesión. Como resultado de la inspección de la Comisión de Puesta en Servicio Provisoria, se comprobó que la obra presentaba una serie de observaciones menores, que no afectaban la seguridad ni funcionamiento normal de Hospital y se recomendó a la DGOP aceptar condicionalmente las obras y otorgar la Puesta en Servicio Provisoria, la cual fue otorgada mediante Acta el 07 de Noviembre de 2013, dicha acta incluye la obligación de la Sociedad Concesionaria de ejecutar las tareas necesarias tendientes a corregir las observaciones, otorgándosele plazos para ello, que de no cumplirse obligaba el pago multas por cada día de atraso en la ejecución de las obras de corrección de las observaciones según lo estipulado las bases de Licitación.

El 13 de noviembre de 2013 fue otorgada la puesta en servicio provisoria del Hospital de La Florida. Las observaciones eran menores, en su mayoría, como imperfecciones en las terminaciones de muros y pisos, falta de señalética, puertas con manillas defectuosas, falta de enchufes y artefactos sanitarios no instalados, otras incluían filtración de aguas subterráneas en segundo subterráneo en muro perimetral, drenajes instalados en piso en cañerías de PVC, faltaban obras exteriores de paisajismo (cumplimiento del 80% de los árboles plantados), respecto a veredas y acceso faltaba la instalación de baldosas para no videntes, y las obras de mitigación como pavimentación de calles que fue recepcionado por el SERVIU de la Región Metropolitana, quedaban pendientes algunas medidas de mitigación correspondientes a obras de semaforización, pavimentación, señalización y demarcación. Adicionalmente se complementó con requerimientos de reprogramación de semáforos que debían ser ejecutadas con autorización de la UOCT, una vez que el proyecto estuviera en marcha.

4.4 CONTROL DE LOS SERVICIOS.

El control de los servicios lo realiza **la Inspección Fiscal de la Explotación** y para ello cuenta con una asesoría externa, esta tiene por objeto asesorar y apoyar al Inspector Fiscal en la inspección de la obra en lo que dice relación con el cumplimiento de las normas técnicas de la operación de cada Establecimiento Hospitalario, equipamientos y servicios, y en el cumplimiento del Reglamento de Servicio de la Obra.

La concesionaria tiene la obligación durante la etapa de explotación de proporcionar al Inspector Fiscal de explotación información respecto a los Estados Financieros de la concesionaria, Informes de Seguimiento de Desarrollo Sustentable y un informe de gestión y operación de cada Establecimiento Hospitalario semestralmente, que incluye la descripción de los servicios que se prestan en la concesión y sus modificaciones, identificando aquellos servicios que explota el Concesionario directamente y aquellos bajo la modalidad de subcontratación, indicando nombre, RUT y domicilio del subcontratista; debe incluir los **Ingresos** totales del Concesionario percibidos por los servicios y el detalle de los costos en que incurrió la Sociedad Concesionaria en la prestación de los servicios Básicos, Especiales Obligatorios y Complementarios, las tarifas de los servicios complementarios, Número y monto de las multas en el período, descripción de los problemas y medidas correctivas adoptadas, medidas preventivas y otras medidas adoptadas que mejoren la calidad de los servicios prestados por la Sociedad Concesionaria, Indicadores de gestión. El Concesionario queda obligado a informar oportunamente y solicitar la

correspondiente autorización ante cualquier cambio que se plantee en la propiedad de la Sociedad Concesionaria.

Para el control de servicios se deberá registrar la comunicación verbal y escrita de solicitudes, reclamos e inconformidades del personal de supervisión del hospital con el personal del concesionario, a través del Monitoreo del Nivel de Servicios. Esto permitirá el monitoreo permanente del cumplimiento de los tiempos de respuesta y de solución de los problemas y por tanto la fiscalización del cumplimiento de los niveles de servicio. La evaluación de los niveles de servicio se realizará a través de:

1. Informes mensuales al Comité Coordinador (Director hospital, gerente del concesionario e inspector fiscal)
2. Nivel de Servicio Parcial (NSP) por cada servicio en base a ponderaciones de cumplimiento de indicadores. La determinación del Nivel de Servicio Parcial (NSP) para cada Servicio, en cada Hospital, en el semestre correspondiente, se realizará de la siguiente manera:

$$NSP_i = 100\text{ptos} - \sum_{j=1}^m N_{ij} \times P_{ij}$$

Donde:

NSP_i: Corresponde al Nivel de Servicio Parcial del Servicio “i”, para el semestre correspondiente.

N_{ij}: Número de Incumplimientos en el semestre para el Indicador de Nivel de Servicio “j”, correspondiente al servicio “i”.

P_{ij}: Puntos de Relevancia para el Indicador de Nivel de Servicio “j”, correspondiente al servicio “i”,

m: Número total de Indicadores de Nivel de Servicio para el Servicio “i”.

El NSP obtenido para cada servicio se evaluará según la siguiente tabla 5 de nivel de excelencia:

Tabla 5: Nivel de Servicio Parcial.

Nivel de Excelencia	Rango de Nivel de Servicio (NSP)
Deficiente	NSP < 92 puntos
Regular	92 puntos ≤ NSP < 94 Puntos
Bueno	94 puntos ≤ NSP ≤ 97 puntos
Excelente	97 puntos ≤ NSP

Fuente: BALI, CCOP

En el caso que el NSP semestral sea deficiente, es decir, menor a 92 puntos para cualquiera de los servicios de la concesión, y para cualquier Hospital, se aplicarán las multas establecidas¹⁵

3. Nivel de Servicio Global (NSG), evalúa el desempeño de los servicios en su conjunto, considerando la ponderación (importancia clínica-costos) de cada uno de ellos. Se medirá en períodos semestrales.

$$NSG_k = \sum_{i=1}^{17} NSP_{ik} \times FA_i$$

Donde:

NSG_k : Es el Nivel de Servicio Global de la Concesión para el semestre “k”.

NSP_{ik} : Es el Nivel de Servicio Parcial del Servicio “i” para el semestre “k”.

FA_i : Corresponde al Factor de Relevancia del Servicio “i”.

El Nivel de Servicio Global (NSG) para cada Hospital, podrá estar entre 0 puntos y 100 puntos dependiendo del desempeño o nivel alcanzado en el semestre y se evaluará según la siguiente tabla de nivel de excelencia:

Tabla 6: Nivel de Servicio Global

Nivel de Excelencia	Rango de Nivel de Servicio (NSG)
Deficiente	NSG < 92 puntos
Regular	92 puntos ≤ NSG < 94 Puntos
Bueno	94 puntos ≤ NSG ≤ 97 puntos
Excelente	97 puntos ≤ NSG

Fuente: BALI, CCOP

¹⁵ Cuando el NSP semestral sea deficiente en conformidad con el artículo 1.10.17 para cualquier servicio de la concesión se pagará una multa correspondiente a 250UTM cada vez que esto ocurra.

Tabla 7: Servicios Provistos por la concesionaria con nivel de relevancia.

	Servicio	Tipo de servicio	Factor de Relevancia
1	Mantenimiento Infraestructura general y mobiliario no clínico	Básico	0,039
2	Mantenimiento Sistema de Aguas	Básico	0,088
3	Mantenimiento Sistema de Energía e Iluminación Artificial	Básico	0,098
4	Mantenimiento Sistema de Transporte Vertical	Básico	0,034
5	Mantenimiento Sistema de Corrientes Débiles	Básico	0,034
6	Mantenimiento Sistema de Correo Neumático	Básico	0,064
7	Mantenimiento Sistema de Climatización	Básico	0,074
8	Mantenimiento Sistema de Gases Clínicos	Básico	0,039
9	Mantenimiento y Operación de Sistema de Control Centralizado	Básico	0,010
10	Mantenimiento de Exteriores, Áreas Verdes y Paisajismo	Básico	0,020
11	Aseo y Limpieza General, Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Control Sanitario de Vectores	Básico	0,140
12	Gestión de Ropería y Vestidores	Básico	0,110
13	Alimentación Pacientes y Funcionarios	Básico	0,160
14	Cafetería	Especial Obligatorio	0,005
15	Seguridad y Vigilancia	Especial Obligatorio	0,035
16	Estacionamiento de Funcionarios y Visitas	Especial Obligatorio	0,010
17	Sala Cuna y Jardín Infantil	Especial Obligatorio	0,040

Fuente: CCOP

4.5 FINANCIAMIENTO.

El contrato aplicado para los hospitales Maipú y La Florida, involucran dos tipos de pagos: uno para el capital utilizado para las inversiones (CAPEX – Capital expenditures) que se efectúan a la concesionaria como retribución a la inversión en construcción, y otro para financiar los costos de operación (OPEX - Operational expenditures) que corresponden a los gastos recurrentes para la entrega de los servicios. Los pagos del CAPEX se pagan en un plazo de ocho años, mientras que el OPEX se paga durante la vigencia operacional del contrato. Esta propuesta surge a

partir del modelo inicial de pago de las cárceles, donde el mercado de inversiones identificaba un mayor riesgo de repago de la inversión al supeditarla o vincularla a los resultados de la operación. La separación de ambos tipos de pago aumentó el interés de los oferentes de los proyectos y el esquema ha sido utilizado en todos los proyectos posteriores

Para el financiamiento del Capital (CAPEX) se establece en las bases de licitación el pago de un Subsidio Fijo a la construcción y los costos de operación (OPEX) a través de subsidios fijos y variables a la operación.

4.5.1 Subsidio Fijo a la Construcción (SFC): El MINSAL pagará al Concesionario por cada uno de los hospitales 8 cuotas anuales correspondientes al pago por el diseño, construcción, equipamiento industrial y provisión de mobiliario y accesorios no clínicos. De acuerdo a la siguiente expresión.

$$SFCM_t = \begin{cases} 0 & \text{si } t \leq ASP_1 \\ SFC \times 0,48 & \text{si } ASP_1 < t \leq ASP_1 + 8 \\ 0 & \text{si } t > ASP_1 + 8 \end{cases}$$

$$SFCF_t = \begin{cases} 0 & \text{si } t \leq ASP_2 \\ SFC \times 0,52 & \text{si } ASP_2 < t \leq ASP_2 + 8 \\ 0 & \text{si } t > ASP_2 + 8 \end{cases}$$

Donde:

SFCMt : Subsidio Fijo a la Construcción Maipú para el año t, correspondiente al subsidio anual a la construcción del Hospital de Maipú.

SFCFt : Subsidio Fijo a la Construcción La Florida para el año t, correspondiente al subsidio anual a la construcción del Hospital de La Florida.

SFC: Subsidio Fijo a la Construcción, solicitado por el concesionario en su oferta Económica¹⁶.

ASP1: Año en que se obtiene la Autorización de Pagos de Subsidios del Establecimiento Hospitalario de Maipú, contado desde el inicio de la concesión¹⁷.

¹⁶ En su Oferta económica, el Licitante o Grupo Licitante deberá establecer el valor de la Cuota de Subsidio Fijo a la Construcción (SFC), la cual deberá ser menor o igual a UF **1.425.000**, expresados en Unidades de Fomento sin IVA. Quedarán descalificadas todas las Ofertas que no cumplan con esta condición.

¹⁷ La Autorización de Pagos de Subsidios (APS) se otorga a través de Resolución del Director General de Obras Públicas una vez que el Inspector Fiscal certifica el término del período de Marcha Blanca, la que se obtiene después de la Puesta en Servicio Provisoria, en un plazo máximo de 5 días, contados desde el

ASP2: Año en que se obtiene la Autorización de Pagos de Subsidios del Establecimiento Hospitalario de La Florida, contado desde el inicio de la concesión.

t : Año “t” contado desde el inicio de la concesión, según lo establecido en el artículo 1.6.4 de las Bases de Licitación¹⁸.

Todo lo anterior se resume en la siguiente expresión general para el cálculo del pago anual del MINSAL al concesionario:

$$P_t = SFCM_t + SFCF_t$$

Donde:

P_t: Pago del MINSAL al concesionario en el Año t, contado desde el inicio de la concesión (El Año donde se inicia la concesión es t=1).

Por lo tanto, los pagos a la Sociedad Concesionaria se deberán efectuar luego de la autorización de pagos de subsidios, la que se otorga una vez que el Inspector Fiscal certifique. Esta es una de las razones para la incorporación de la APP a la infraestructura hospitalaria, es que los pagos que el Estado debe efectuar al concesionario recién se materializan varios años después de tomar la decisión de inversión, por lo que el impacto en las asignaciones presupuestarias no son inmediatos, si no que dilatados y permite liberar recursos fiscales para otras inversiones de interés social y además trasfiere a la concesionaria el riesgo asociado a retrasos en la construcción.

4.5.2 Subsidio Fijo a la Operación: El Servicio de Salud Metropolitano Central, para el caso del Hospital de Maipú, y el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, para el caso del Hospital de La Florida, pagarán al Concesionario el Subsidio Fijo a la operación correspondiente a 30 cuotas semestrales anticipadas por los servicios obligatorios¹⁹.

término del período de marcha blanca, y con el mérito de esta certificación nace la obligación para la Sociedad Concesionaria de prestar en forma permanente todos los servicios exigidos en las Bases de Licitación y el derecho a percibir los pagos establecidos como subsidio fijo a la construcción y los subsidios a la operación.

¹⁸ Según el artículo 1.6.4. El Año donde se inicia la concesión, se contará a partir de la fecha de Publicación en el Diario Oficial del Decreto Supremo de Adjudicación del Contrato de Concesión. A partir de esa fecha comenzará a regir el plazo de la concesión conjuntamente con el inicio de la etapa de construcción.

¹⁹ La primera cuota semestral para cada Hospital será cancelada en el plazo de 60 días contados desde la fecha de Autorización de Pagos de Subsidios del Establecimiento Hospitalario correspondiente, previa aprobación del Inspector Fiscal,

$$SFOM_s = \begin{cases} 0 & si & s < SASP_1 \\ SFO \times 0,24 & si & s = SASP_1 \\ SFO \times 0,48 & si & SASP_1 < s < SPSD + 29 \\ SFO \times 0,24 & si & s = SPSD + 29 \end{cases}$$

$$SFOF_s = \begin{cases} 0 & si & s < SASP_2 \\ SFO \times 0,26 & si & s = SASP_2 \\ SFO \times 0,52 & si & SASP_2 < s < SPSD + 29 \\ SFO \times 0,26 & si & s = SPSD + 29 \end{cases}$$

Donde:

SFOMs : Subsidio Fijo a la Operación Maipú para el semestre s, correspondiente al subsidio semestral del Hospital de Maipú.

SFOFs: Subsidio Fijo a la Operación La Florida para el semestre s, correspondiente al subsidio semestral del Hospital de la Florida.

SFO: Subsidio Fijo a la Operación, solicitado por el concesionario en su oferta económica, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 3.1.1 de Bases de Licitación²⁰.

SPSD : Semestre de Pago en que se obtiene la Puesta en Servicio Definitiva de la Concesión, contado desde el inicio de la concesión.

SASP1 : Semestre de Pago en que se obtiene la Autorización de Pagos de Subsidios del Establecimiento Hospitalario de Maipú, contado desde el inicio de la concesión.

SASP2 : Semestre de Pago en que se obtiene la Autorización de Pagos de Subsidios del Establecimiento Hospitalario de La Florida, contado desde el inicio de la concesión.

s : Semestre de Pago "s" contado desde el inicio de la concesión establecido en el artículo 1.6.4 de las presentes Bases de Licitación (el Semestre de Pago donde se inicia la concesión es s=1).

4.5.3. Pagos Variables a la Operación: Cada Servicio de Salud pagará al Concesionario una cuota anual en caso de: Sobre demandas de camas, nuevas inversiones, servicios adicionales y por resultado de servicio o incentivo.

A) Hospital de Maipú

El Subsidio Variable a la Operación del Hospital de Maipú, sólo será válido a partir del año 2 de explotación.

²⁰ En su oferta económica, el Licitante o Grupo Licitante establecerá el monto de la cuota anual a solicitar como Subsidio Fijo a la Construcción (SFC) a pagar durante la etapa de explotación, que se pagará desde la fecha de Autorización de Pagos de Subsidios del Hospital correspondiente. No obstante, el valor de la Cuota de Subsidio Fijo a la Operación (SFO) deberá ser menor o igual a UF 240.000. quedaran excluidas las ofertas que no cumplan con este requisito.

$$SVOM_v = PVC \times MAX[NCR_{v-1} - NC_{v-1}, 0] + PA_{v-1} + CP_{v-1} + RS_{v-1}$$

SVOM_v : Subsidio Variable a la Operación del Hospital de Maipú para el año v.

v : Año de explotación del Hospital de Maipú, desde v= 2 hasta 16.

PVC: Pago variable de día cama adicional equivalente a 0,5 UF.

NCR_{v-1}: Número de días cama de ocupación real entre el 1° Enero y el 31 de Diciembre del año v-1 registrado para el Hospital de Maipú.

NC_{v-1} : Número de días cama de ocupación para el año v-1 de explotación de la concesión para el Hospital de Maipú.

PA_{v-1} : Pago por Nuevas Inversiones solicitadas en el año v-1 y por Servicios Adicionales, de acuerdo al artículo 1.10.3.1.3 de las Bases de Licitación²¹.

RS_{v-1} : Resultado de Servicio para el año v-1 para el Hospital de Maipú, de acuerdo a lo establecido en el artículo 1.10.17 de las Bases de Licitación²².

CP_{v-1} : Compensación por Sobredemanda de Camas para el año v-1, según lo indicado en el artículo 1.12.4 de las Bases de Licitación²³.

²¹ En el artículo 1.10.3.1.3 se establece que El Inspector Fiscal solicitará al Concesionario la realización de actividades, tales como: Mantenciones o Reposiciones de Infraestructura, Equipamiento Industrial y Mobiliario No Clínico, para cubrir necesidades no previstas en el Plan o en los Programas Anuales necesarias para dar cumplimiento a los niveles de servicios exigidos, en los siguientes casos:

- 1) Daños producidos por razones imputables a la Sociedad Concesionaria.
- 2) De situaciones ajenas a la Sociedad Concesionaria.

Si el monto solicitado por el Inspector Fiscal, en algún Semestre de Pago, fuese menor a UF 3.500, el saldo pasará a formar parte de una cuenta denominada "Fondo de Reserva para Actividades no contempladas en el Plan y en los Programas Anuales", que deberá ser generada y administrada por la Sociedad Concesionaria, según instrucciones del Inspector Fiscal, cuyos fondos deberán ser invertidos en instrumentos de alta liquidez y libres de riesgo.

En caso que el monto total de actividades solicitadas por el Inspector Fiscal para algún Hospital, sea mayor al saldo del "Fondo de Reserva para Actividades no contempladas en el Plan y en los Programas Anuales", durante un determinado Semestre de Pago, el excedente correspondiente deberá ser reembolsado por el Servicio de Salud respectivo, como un "Pago por Nuevas Inversiones solicitadas en el año v y por Servicios Adicionales" (PA_v), conforme al procedimiento establecido en artículo 1.12.3, relativo a los Pagos Variables a la Operación.

Si es necesario realizar alguna actividad, para algún Hospital, cuyo presupuesto supere las UF 3.500, durante un determinado semestre de Pago, el Servicio de Salud correspondiente a dicho Hospital deberá pagar al Concesionario dicho monto conforme al procedimiento establecido en el artículo 1.12.3, considerándolo como un "Pago por Nuevas Inversiones solicitadas en el año v y por Servicios Adicionales" (PA_v), relativo a los Pagos Variables a la Operación.

²² En el artículo 1.10.17 se establece el mecanismo de determinación de los niveles de servicio que incluye: A) Monitoreo del nivel de servicios: En el monitoreo intervendrá el personal de supervisión del hospital como usuario de los servicios concesionados, registrando en el sistema su conformidad o no conformidad con el nivel de servicios recibido. B) Evaluación de los niveles de servicios que se hará por períodos semestrales. Para esto, en cada Hospital, y cada uno de los servicios concesionados tendrán sus respectivos indicadores que miden el Nivel de Servicio Parcial (NSP).

²³ En el evento que el Número diario de Días Cama sea mayor a un 110% de la capacidad de diseño de cada Establecimiento Hospitalario, quiere decir, superior a 413 camas, para el caso del Hospital del Maipú y superior a 430 camas, para el caso del Hospital de La Florida, el Servicio de Salud correspondiente compensará a la Sociedad Concesionaria con un pago de 30 UTM por día que se

B) Hospital de La Florida

El Subsidio Variable a la Operación del Hospital de La Florida, sólo será válido a partir del año 2 de explotación.

$$SVOF_v = PVC \times MAX[NCR_{v-1} - NC_{v-1}, 0] + PA_{v-1} + CP_{v-1} + RS_{v-1}$$

SVOF_v : Subsidio Variable a la Operación del Hospital de la Florida para el año v.

v : Año de explotación del Hospital de La Florida, desde v= 2 hasta 16.

PVC : Pago variable de día cama adicional equivalente a 0,5 UF.

NCR_{v-1}: Número de días cama de ocupación real entre el 1° Enero y el 31 de Diciembre del año v-1 registrado para el Hospital de La Florida.

NC_{v-1}: Número de días cama de ocupación para la etapa de explotación de la concesión para el Hospital de La Florida, que será de 114.172 día cama.

PA_{v-1}: Pago por Nuevas Inversiones solicitadas en el año v-1 y por Servicios Adicionales, de acuerdo al artículo 1.10.3.1.3 de las presentes Bases de Licitación²⁴.

RS_{v-1}: Resultado de Servicio para el año v-1 para el Hospital de La Florida, de acuerdo a lo establecido en el artículo 1.10.17 de las Bases de Licitación²⁵.

CP_{v-1}: Compensación por Sobredemanda de Camas para el Hospital de La Florida para el año v-1, según lo indicado en el artículo 1.12.4 de las presentes Bases de Licitación.

Una dificultad observada con los subsidios variables a la operación es que la sociedad concesionaria recibe este pago cuando la ocupación de camas supera el 80%. Los pacientes hospitalizados en urgencia no están contemplados en la estadística mensual (REM) por lo tanto, no aparece como sobredemanda, y la sociedad concesionaria no puede cobrarlos a pesar de significar un costo de alimentación y otros servicios. Esto sería fácil de corregir en las bases de licitación futuras incorporando el pago variable (en UF) por paciente hospitalizado de manera transitoria.

IV.5 GESTION DE CALIDAD.

La concesionaria tiene la obligación de Proporcionar al Inspector de Explotación información mensual de reclamos presentados por usuarios, identificando al usuario y el reclamo que haya formulado, la fecha del reclamo, la respuesta dada por el Concesionario y las medidas adoptadas si fuera el caso. Se entenderá por usuarios al personal del hospital y visitas que concurran al Establecimiento Hospitalario o hagan uso de los servicios complementarios prestados por el concesionario. Este informe deberá ser entregado dentro de los primeros 15 días del mes siguiente al período informado.

incurra en dicha situación. El pago por este concepto se realizará el año siguiente en que se incurrió en dicha situación.

²⁴ Ídem a nota al pie 14

²⁵ Ídem a nota al pie 15

5. ANALISIS DE RESULTADOS.

5.1 COMPARACIÓN DE PRECIO DE CONSTRUCCIÓN.

Existe gran controversia respecto a los costos reales de construcción de los hospitales concesionados. Se han realizado diversos estudios para estimar los costos de construcción por ambas vías (sectorial y concesionada) y compararlos; en el informe de la cámara de diputados, se presenta un análisis efectuado con la asesoría del señor Sergio Teke con el uso de valores actualizados para la comparación y con una tasa de descuento de 5,5%, valores con IVA y valores iniciales para ambos casos, en el que se aseveró que el costo de los proyectos por concesión presentaba un aumento sustantivo respecto del modelo sectorial, un sobre costo de 77,9%; en el área sectorial se calcula un promedio de **35,4 UF** por metro cuadrado; en la concesión, en cambio, un promedio de **63 UF/m²** y con una diferencia de 27,6 UF por metro cuadrado. Sin embargo, para el mismo informe, fue requerido el Ministro de Obras Públicas, Señor Alberto Undurraga quien afirmó que hubo problemas metodológicos; los hospitales concesionados tienen un costo aproximado de **50 UF** por metro cuadrado con IVA incluido. Algunos de los problemas de metodología tenían que ver en cómo se había puesto el flujo en uno de los cálculos; en otro, si estaba calculado o no el IVA (Diputados, 2014).

Según un estudio solicitado por la Cámara Chilena de la Construcción, los hospitales concesionados actualmente en operación costaron 13% menos y tuvieron 12% menos de incremento en sus plazos de construcción que los recintos ejecutados con fondos sectoriales. Con un costo de construcción, así como el valor promedio para el caso de hospitales que alcanza a **33,8 UF/m² + IVA** y en etapa de construcción o adjudicación que llega a **UF 41,9 UF/m² + IVA**, dando cuenta del incremento sufrido en el costo de construcción en los últimos cinco años, fundamentalmente por el aumento del costo de mano de obra y de materiales de construcción, ver Tabla 8. (CCHC, 2014.)

Para estimar el costo de construcción de estos hospitales bajo la modalidad de concesión, se deben considerar los pagos que el Estado compromete a través del Subsidio Fijo a la Construcción, el cual consiste en 8 cuotas anuales de 1.110.075 UF, si el cálculo del costo de construcción se efectúa considerando una tasa de descuento de un 7% (tasa de interés indicada en las bases de licitación), el valor presente al año 2009 (fecha de adjudicación del contrato) es de 4.932.537 UF, con un costo de **34,73 UF/m²**, si a este valor se descuenta el 5% del costo total por concepto del valor de desarrollo de las ingenierías de detalle, el costo de construcción es **33 UF/m²**, consistentes con los valores indicados por la CChC.

Tabla 8: Costos de Construcción de Hospitales Concesionados.

Hospital	Superficie (m2)	Monto Construcción (UF)	Precio Construcción (UF/m2)
Maipú	70.000	2.305.955	32,9
La Florida	72.000	2.498.118	34,7
Antofagasta	114.048	4.247.413	37,2
Salvador - Geriátrico	165.948	5.579.725	33,6
Santiago Occidente	129.788	4.991.331	38,5
Sótero del Río	215.212	7.923.791	36,8
Biprovincial Quillota-Petorca	64.511	3.397.507	52,7
Provincial Marga Marga	64.743	3.397.507	52,5
Promedio en Operación	33,8		
Promedio en Construcción	41,9		

Fuente: Informe de CCHC, *Valores no Incluyen IVA.

Por otra parte si el cálculo del costo de construcción se realiza considerando una tasa de descuento de 5,5%, el valor presente al año 2009 es de 5.988.413,872 UF y, por tanto, el costo de construcción es de **42,17 UF/ m²**. Finalmente, si se considera para el cálculo el valor presente al año 2009 del costo de capital de la sociedad concesionaria, con tasa de 3,328%²⁶, el VNA es de 6.966.718,955 UF y el costo de construcción es de **49,06 UF/ m²**

La Tabla 9 muestra el cálculo de costo de construcción por metro cuadrado considerando distintas opciones de tasa de descuento para llevar a valor presente (al año 2009 fecha de adjudicación del contrato) el valor de las ocho cuotas comprometidas como subsidio fijo a la construcción.

²⁶ Tasa obtenida del Estado de Situación Financiera de la sociedad Concesionaria San José Tecocontrol S.A. al 31 de Diciembre de 2013.

Tabla 9: Diferencias en Cálculo de Costo de Construcción Hospitales Maipú y La Florida según tasa de descuento utilizada.

Tasa de Descuento utilizada	Valor Presente (2009) UF\$	Costo UF/M2
Tasa 5,5%	\$5.988.414	42,17
Tasa 7%	\$4.932.537	34,73
Tasa 3,28%	\$6.966.719	49,96
Tasa 6%	\$5.849.392	41

Fuente: Elaboración propia.

Si utilizamos para determinar el costo de construcción el monto del presupuesto inicial estimado en las bases de licitación que asciende a **6.568.000UF**, el **valor por metro cuadrado es de 46,25 UF/m2**. Por último, si el valor que consideramos es el que se obtiene con la tasa de descuento social del 6%, el valor es de **41UF/m2**.

Al comparar estos valores con el costo de construcción de Hospitales ejecutados por Modalidad Tradicional, se observa que son mayores que los presupuestos iniciales de construcción de hospitales como el de Rancagua o Talca, sin embargo, los hospitales de Maipú y La Florida no experimentaron ningún incremento en el costo por modificación en las obras. Si se considera el costo Final por m2 de los hospitales construidos por MT el costo de construcción de los hospitales concesionados es menor que el Hospital de Calama, Copiapó, Rancagua, Talca, sólo es superior a los Hospitales de Osorno y Puerto Montt.

Tabla 10: Costo de Construcción Inicial y Efectivo de Hospitales por Modalidad Tradicional.

Establecimiento	m2	Adjudicación c/IVA (MM\$)	Aumento Obras (MM\$)	Aumento Obras (%)	Costo Total c/IVA (MM\$)	Costo UF/m2
H. Calama	34.462	30.881	60.838	197,0%	91.719	113,21
H. Copiapó	42.336	35.493	10.824	30,5%	46.317	46,54
H. Gustavo Fricke	92.000	85.401	11.503	13,5%	96.904	44,80
H. Regional Rancagua	68.202	66.903	19.763	29,5%	86.666	54,05
H. Regional Talca	85.870	71.458	25.027	35,0%	96.485	47,80
H. V.R.R. 3º etapa	48.000	42.449	15.872	37,4%	58.321	51,68
H. Base Osorno	47.334	32.593	7.714	23,7%	40.307	36,22
H. Puerto Montt	111.394	69.313	23.656	34,1%	92.969	35,50
H. Exequiel González C.	52.178	46.024	17.865	38,8%	63.889	52,08

Fuente: Banco Integrado de Proyectos (MDS).

Estudio de Astorga (2014), que sólo considera 5 proyectos en operación y de complejidad similar, adjudicados en el mismo período (2 APP y 3 MT). Se observa que el precio promedio por metro cuadrado de los concesionados es un 3,4% superior a los construidos por vía tradicional, pero ambos modelos se encuentran en un rango similar de precio. La diferencia en los precios de los hospitales construidos por APP se puede explicar por la inclusión de mejoras antisísmicas y en los estándares de calidad en terminaciones y materiales.

5.2 VARIACIÓN EN LOS PRECIOS DE CONSTRUCCIÓN.

Además del costo de construcción, otra de las variables a considerar es la variación del precio de construcción, es decir, cuánto aumenta o disminuye en el tiempo el valor estimado por metro cuadrado a largo del periodo de ejecución del proyecto. Esto puede deberse a modificaciones en las obras o problemas con las empresas a cargo del contrato. En el caso de los hospitales concesionados de Maipú y La Florida no experimentaron variación en el precio de las obras, a pesar de que se anexo al contrato de la concesión obras en el CRS transitorio de la Florida, pero que según el gerente de la sociedad concesionaria, esto no significó un pago adicional pues se trataron de obras menores.

Por otro lado, los hospitales construidos por modalidad tradicional han experimentado en promedio un 48,8% de variación en los precios de construcción por aumento de obras, lo que significa un sobre costo para el Ministerio de Salud. Se excluyó del cálculo el hospital de Calama que tuvo problemas con el consorcio a cargo de las obras y estas se paralizaron por más de dos años, lo que obligó al MINSAL a adjudicar un nuevo contrato por 55.000 millones a otra empresa, con una variación del precio de construcción del 197%.

Tabla 11: Variación de Precio de Construcción de Principales Hospitales por Modalidad Tradicional.

Establecimiento	Fecha Inicio	Plazo	m2	Adjudicación c/IVA (MM\$)	Aumento Obras (MM\$)	Aumento Obras (%)	Costo Total c/IVA (MM\$)
H. Calama	10-Ago-10	657	34.462	30.881	60.838	197,0%	91.719
H. Copiapó	27-Jul-09	2.101	42.336	35.493	10.824	30,5%	46.317
H. Gustavo Fricke	06-Jun-13	1.280	92.000	85.401	11.503	13,5%	96.904
H. Regional Rancagua	15-Ene-10	900	68.202	66.903	19.763	29,5%	86.666
H. Regional Talca	16-May-11	780	85.870	71.458	25.027	35,0%	96.485
H. V.R.R. 3º etapa	17-Ago-09	1.370	48.000	42.449	15.872	37,4%	58.321
H. Base Osorno	28-Ago-07	1.170	47.334	32.593	7.714	23,7%	40.307
H. Puerto Montt	25-Ene-10	950	111.394	69.313	23.656	34,1%	92.969
H. Exequiel González C.	18-Feb-13	600	52.178	46.024	17.865	38,8%	63.889
Promedio						48,8%	

Fuente: Elaboración propia. Datos del Banco Integrado de Proyectos (MIDESO)

5.3 COMPARACIÓN DE PLAZOS DE CONSTRUCCIÓN.

Es importante analizar también el cumplimiento de los plazos programados y estipulados en los contratos. Para los Hospitales de Maipú y La Florida el plazo original de diseño y construcción era de 1095 días, sin embargo tuvo un sobre plazo del 33% (361 días). Esto se debió en gran parte a razones ajenas a la empresa que se explican la carta N°2258_MOP-13 en la que la sociedad concesionaria comunica al inspector fiscal que ante la paralización del puerto de San Antonio, hecho público y conocido, se afectó su programación y los plazos comprometidos, porque quedaron contenedores retenidos con materiales, equipos y maquinaria importante para las faenas, además de contenedores con piedra para las fachadas en total se estimó un atraso de 28 días por esta causal. Además se deterioraron materiales almacenados en los contenedores y esto fue justificado ante la inspección fiscal y se modificó el plazo de la puesta en servicio provisoria, estableciendo una nueva fecha para el 21 de Junio de 2013.

La Tabla 12 se presenta un total de 10 hospitales construidos con fondos sectoriales dando cuenta del plazo de construcción de cada uno, además de informar el estado del proceso en que se encuentran a la fecha.

**Tabla 12: Fecha de Inicio y Estado de avance de los principales Hospitales
construidos por Modalidad Tradicional.**

Establecimiento	Fecha Inicio	Plazo	m2	Plazo total o vigente	Aumento de Plazo Respecto del Original	Observaciones
H. Calama	10-Ago-10	657	34.462	2.284	247,6%	En construcción
H. Copiapó	27-Jul-09	2.101	42.336	2.663	26,7%	No concluida
H. Gustavo Fricke	06-Jun-13	1.280	92.000	1.253	N/A	39% avance a agosto de 2016
H. Regional Rancagua	15-Ene-10	900	68.202	2.237	148,6%	Se declara terminado a marzo de 2016, pero aún no se inaugura
H. Regional Talca	16-May-11	780	85.870	2.005	157,1%	No concluido, pero funcionan varios servicios
H. V.R.R. 3º etapa	17-Ago-09	1.370	48.000	1.605	17,2%	Fecha de inauguración presidencial
H. Base Osorno	28-Ago-07	1.170	47.334	2.113	80,6%	Fecha de inauguración presidencial
H. Puerto Montt	25-Ene-10	950	111.394	1.256	32,2%	Fecha de inauguración presidencial
H. Exequiel González C.	18-Feb-13	600	52.178	1.361	126,8%	79% avance a agosto de 2016

Fuente: MINSAL, Banco Integrado de Proyectos (MIDESO).

En los hospitales construidos por modalidad tradicional es interesante destacar que la totalidad de los hospitales sufrió incrementos de plazo de construcción respecto de lo inicialmente establecido en sus contratos, incremento que en promedio supera el 84% de sobrepazo en las obras. Excluyendo del cálculo del promedio al Hospital de Calama por mostrar un porcentaje muy superior al resto de los hospitales y que se escapa de del comportamiento observado en los otros hospitales. Destaca especialmente lo acontecido con el hospital Base de Osorno, cuyo plazo se extendió casi en tres años debido a una importante modificación en el contrato original que incrementó en cerca de un 30% la superficie a construir.

Si bien los Hospitales de Maipú y La Florida sufrieron un retraso de un año en el plazo de construcción estos fueron adjudicados casi en el mismo periodo de inicio de construcción de los hospitales de Rancagua y de Calama, sin embargo, la puesta en servicio provisoria para los Hospitales de Maipú y La Florida fue el 07 y 08 de Noviembre de 2013 respectivamente, con una serie de observaciones menores que

fueron resueltas antes del 10 de Febrero de 2014, fecha de entrega definitiva. El Nuevo Hospital Regional de Rancagua, en cambio, fue entregado por el director del Servicio de Salud O'Higgins, Fernando Troncoso Reinbach, el 10 de Febrero de 2016, para su puesta en marcha, con un 70% de los equipos instalados, otros con órdenes de compra ya en camino, importados desde el extranjero y una pequeña cantidad faltante por licitar. Esto significa un retraso de 2 años más comparado con los construidos por Modalidad APP.

El Hospital de Calama, por otra parte, fue excluido del cálculo del promedio de sobre plazos pues paralizó sus obras en Mayo de 2013 por una serie de problemas con el Consorcio Comsa-Pilasi a cargo de su construcción y recién el 07 de diciembre de 2015 el Ministerio de Salud firmó un nuevo acuerdo adjudicando al Consorcio Hospital Carlos Cisternas de Calama, compuesto por las firmas españolas Assignia Infraestructuras S.A. con una participación de 50%; San José Constructora, un 45%; y Constructora San José, Agencia en Chile, un 5% El consorcio se adjudicó un contrato para completar el hospital de Calama, que presentaba un avance de 60%, esto significa un presupuesto para las obras restantes de 55.000 millones de pesos con un nuevo plazo de 18 meses para completar las obras. A diferencia de lo ocurrido con la constructora contratada por modalidad tradicional, los problemas contractuales con la sociedad concesionaria en la modalidad APP están previstas en las bases de licitación, por lo que se exige boletas de garantía que aseguren el cumplimiento de los contratos.

Tabla 13: Estado de Avance de Hospitales Concesionados a Mayo 2016

Hospital	Fecha Adjudicación	Avance de Construcción	Plazo de Construcción (PSP)
Antofagasta	26.02.2013	65,32%	2° Trimestre 2017
Salvador Geriátrico e Instituto Nacional de Geriatria	11.02.2014	En trámite*	4° Trimestre 2020
Santiago Occidente (Félix Bulnes)	27.02.2014	35,00%	3° Trimestre 2018

*Inicio de entrega de terrenos 29 de julio de 2016

Respecto a otros proyectos de hospitales concesionados, también es posible encontrar retrasos, aunque se deben a causas externas a las empresas a cargo de la construcción, por ejemplo, el Hospital Salvador Geriátrico aún está en trámite a la espera de la entrega de terrenos pertenecientes a la municipalidad.

5.4 COSTO DE FINANCIAMIENTO:

El costo de financiamiento es un tema relevante de analizar de las APP, ya que la tasa de interés que espera el privado como retribución a su inversión puede estar muy por sobre la tasa de interés convencional e incluso sobre una tasa de endeudamiento con bonos soberanos y esto se traduce en que el Estado terminará pagando más por la misma infraestructura o los mismos servicios con esta modalidad.

Según las bases de Licitación, la Sociedad Concesionaria (S.C.) debe ser de giro exclusivo y su objeto el diseño, construcción y operación de la obra pública fiscal respectiva mediante el sistema de concesiones; la prestación y explotación de los servicios que se convengan en el contrato, el uso y goce de bienes nacionales de uso público o fiscales destinados a desarrollar las áreas de servicios que se convengan y la prestación de servicios complementarios que autorice el MOP. Por lo tanto, para analizar el costo de financiamiento se recurrió al Estado de Situación Financiera de la Sociedad Concesionaria San José-Tecnocontrol S.A. al 31 de Diciembre de 2013, fecha en que ambos Hospitales se encontraban construidos y en Puesta en Servicio Provisoria, en él se observa que el Total de Patrimonio y Pasivos asciende a M\$ 179.153.691, los que equivalen a 7.685.846,108 UF (Valor de UF al 31 de Enero de 2013 de \$23.309,56).

Tabla 14: Inversión de Capital de Sociedad Concesionaria San José Tecnocontrol S.A. al 31 de Diciembre de 2013.

	Monto en M\$	Monto en UF
Inversión Sociedad Concesionaria San José - Tecnocontrol S.A.	179.153.691	7685846,108

Fuente: EFF San José-Tecnocontrol S.A.

El MINSAL, de acuerdo a lo establecido en el contrato, deberá pagar a partir del 2014, fecha de entrega de los hospitales operativos, ocho cuotas anuales de 1.110.075 UF, las que si son sumadas y llevadas a valor presente al 31 de diciembre de 2013 a fin de equiparar el monto de inversión de la Sociedad Concesionaria dan como resultado una tasa de interés $r = 3,328\%$.

Tabla 15: Tasa de Interés Calculada.

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1110075	1110075	1110075	1110075	1110075	1110075	1110075	1110075
VP Cuotas (31/12/2013)	7685681,11 UF						
r	3,328%						

Fuente: Elaboración propia.

Esta tasa $r = 3,328\%$ corresponde a la tasa de interés con que el privado le presta el dinero al Estado de Chile. Si comparamos esta tasa de interés con la tasa social de descuento (TSD) que se aplica a los proyectos de inversión en Chile, la cual es de un 6% desde el año 2013 en adelante, resulta ser mucho menor e incluso resulta menor que la tasa de interés de largo plazo considerada para deuda pública a 10 años, la que para el 2013 era de un 5,5%. Si sumamos a esta tasa de interés que con la modalidad de concesión el retorno a la inversión es diferido hasta la entrega de la infraestructura, el Estado de Chile se ahorra 4 años de pago de intereses, en comparación a si el financiamiento fuera por la vía del endeudamiento público, ya que el inicio del pago de la inversión sería el 2009, año de adjudicación de la licitación.

Este bajo costo de financiamiento podría explicarse por lo mencionado por Vivian Modak en su entrevista, quien señala que: *“cuando el privado se endeuda contra una garantía que es soberana, porque el subsidio lo paga el Estado, por tanto, el banco cuando te mira para prestar la plata no diferencia tanto entre el privado y el Estado porque los subsidios aseguran que el estado te pague, la tasa de interés que obtiene el privado por los créditos para su financiamiento es similar a la que el Estado obtiene por deuda soberana”*.

Por otro lado, la experiencia internacional muestra que el precio del dinero del mercado privado es más alto que aquel que el Estado puede obtener de manera soberana, por lo que todas las publicaciones relacionadas con el costo de financiamiento son negativas para el esquema de APP, ya que concluyen que el costo de financiamiento que debe enfrentar el privado es superior al costo de financiamiento disponible para el Estado.

5.5 NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS.

Una vez iniciada la etapa de operación o explotación de la obra la concesionaria tiene la obligación de proporcionar los servicios establecidos en el contrato de concesión con los estándares definidos en el mismo documento de licitación. El cumplimiento o incumplimiento de los estándares específicos puede estar asociados a premios, retribuciones o sanciones.

Según lo referido por el gerente la concesionaria, Adolfo Nobre, una vez reportado un incumplimiento o falla en algún artefacto como enchufes, grifería o sanitarios tienen un plazo máximo de 24 horas para repararlo o se arriesgan a sanciones y multas.

Un factor a destacar es que en el caso de estos hospitales, el concesionario tiene como obligación certificar bajo normativa ISO 9000 el sistema de monitoreo y evaluación de los niveles de servicio.

Los hospitales actualmente en explotación, El Carmen de Maipú (Maipú) y Doctora Eloísa Díaz de la Florida (La Florida), tienen dentro de sus obligaciones el cumplimiento de servicios básicos, especiales obligatorios y complementarios, sobre ellos se ejerce la fiscalización correspondiente.

SERVICIOS BÁSICOS:

- ✓ Mantenimiento de infraestructura general y mobiliario no clínico
- ✓ Sistema de Aguas Energía e iluminación artificial
- ✓ Sistema de transporte vertical
- ✓ Sistema de corrientes débiles
- ✓ Sistema de correo neumático
- ✓ Sistema de climatización
- ✓ Gases clínicos
- ✓ Operación de sistema de control central
- ✓ Exteriores- Áreas Verdes- Paisajismo.
- ✓ Aseo- Limpieza residuos hospitalarios y vectores
- ✓ Gestión de ropería y vestidores
- ✓ Alimentación de pacientes y funcionarios

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS:

- ✓ Alimentación para el público en general (máquinas dispensadoras)
- ✓ Áreas Multiservicios (fotocopias, cajero, florería, farmacia, etc.)

SERVICIOS ESPECIALES OBLIGATORIOS:

- ✓ Cafetería
- ✓ Seguridad y vigilancia
- ✓ Estacionamiento funcionarios y visita
- ✓ Sala cuna y Jardín Infantil

Los Hospitales de Maipú y la Florida, fiscalizados por el IF de Explotación durante el 2015 **reflejaron un cumplimiento excelente en los servicios básicos y especiales obligatorios**, ver Tabla 16. Resulta difícil realizar una comparación con los hospitales construidos por modalidad tradicional (MT), ya que no llevan registro de indicadores de calidad, por lo que no es posible evaluarlos. El contrato APP exige el monitoreo continuo de los servicios, ya que del resultado de los diversos indicadores se generan los pagos o multas para la sociedad concesionaria.

Tabla 16: Servicios Operacionales y Nivel de cumplimiento alcanzado.

Servicio	Categoría de Servicio	Maipú 2015		La Florida 2015	
		Nivel de Servicio	Nivel de Excelencia	Nivel de Servicio	Nivel de Excelencia
Mantenimiento Infraestructura general y mobiliario no clínico	Básico	100%	Excelente	100%	Excelente
Mantenimiento Sistema de aguas		100%	Excelente	Análisis Global 100%	
Mantenimiento Energía-Iluminación Artificial		100%	Excelente		
Mantenimiento Sistema transporte vertical		100%	Excelente		
Mantenimiento Sistema de corrientes débiles		100%	Excelente		
Mantenimiento Sistema de correo Neumático		100%	Excelente		
Mantenimiento Sistema de climatización		100%	Excelente		
Mantenimiento Gases Clínicos		100%	Excelente		
Mantenimiento Operación sistema control central		100%	Excelente		
Mantenimiento Exteriores - Áreas Verdes - Paisajismo		100%	Excelente		
Aseo - Limpieza residuos hospitalarios y Vectores		100%	Excelente		
Gestión de ropería y vestidores		100%	Excelente	100%	Excelente
Alimentación pacientes y funcionarios		99,67%	Excelente	100%	Excelente
Cafetería	Especial Obligatorio	100%	Excelente	100%	Excelente
Seguridad y Vigilancia		100%	Excelente	100%	Excelente
Estacionamiento funcionarios y visita		100%	Excelente	100%	Excelente
Sala cuna y Jardín Infantil		100%	Excelente	100%	Excelente

Fuente: Informe de Auditoría, R&Q Consultores.

5.6 CONTROL DE SERVICIOS Y GESTIÓN DE CALIDAD.

Para el control de servicios existe un órgano de gestión denominado Coordinación Técnica, en el que participan tres representantes : el Inspector Fiscal de explotación, que es un único funcionario del Ministerio de Obras Públicas, el Director del Hospital que tiene la función de Coordinador Técnico y presenta sus requerimientos al concesionario y el Gerente de operaciones de la Sociedad concesionaria. El propósito de este es monitorear la ejecución del contrato y buscar vías de solución a situaciones no previstas.

Para apoyar la labor del Inspector Fiscal se licitó durante la etapa de explotación de las obras concesionadas del programa de Concesiones de infraestructura hospitalaria, Hospital de Maipú y Hospital de La Florida, una asesoría a la Inspección Fiscal con el fin de controlar y monitorear el cumplimiento de los niveles de servicio por parte de la sociedad concesionaria, la oferta técnica y económica que se adjudicó dicha asesoría es el Consorcio Víctor Faraggi Hernández Consultora de Ingeniería Civil E.I.R.L.-Ingemed S.A. con fecha 22 de enero de 2015.

Esta asesoría apoya la labor del Inspector Fiscal y consiste en un equipo integrado por: 1 coordinador (a), 1 enfermera, 1 nutricionista, 1 ingeniero, 1 arquitecto, 1 informático, 1 prevencionista de riesgos, 1 secretaria, 1 asistente, 2 técnicos, que trabajan en las dependencias del Hospital de Maipú y del Hospital de La Florida. En Total 11 personas que trabajan monitoreando el cumplimiento de los niveles de servicio entregados por la concesionaria a cada hospital, ellos son los encargados del control y supervisión de los niveles de servicio establecidos en las Bases de Licitación. Más un equipo trasversal a ambos hospitales integrado por un encargado de Gestión, un Ingeniero residente y una periodista.

La base para controlar los servicios incluidos en el contrato es el Sistema de Comunicación y Registro Informatizado denominado Centro de Atención al Usuario (CAU) que lleva un registro de las solicitudes y reclamos de los usuarios autorizados del hospital. A través de él se monitorea de manera permanente el cumplimiento de los tiempos de respuesta y de solución de los problemas. Cuando ocurre una falla en el servicio, los usuarios internos del Hospital levantan un reclamo en la plataforma informática. La sociedad concesionaria cuenta con personal que monitorea continuamente el CAU y procura resolver cualquier reclamo que les corresponda en cuanto a la prestación de servicio, cada problema tiene un plazo máximo de reposición o resolución, si esto no ocurre se presenta un requerimiento de incumplimiento que llega a la asesoría y esta informa al inspector Fiscal quien presenta un informe a la

coordinación de concesiones que puede resultar en una multa a la sociedad concesionaria.

Según la opinión de la asesoría de la inspección fiscal, el CAU funciona bien en el día a día y la mayoría de los problemas o fallas se solucionan rápidamente, el problema surge cuando se requieren reparaciones o modificaciones mayores como cambios en el mobiliario o adaptar una nueva sala, etc. porque los contratos son muy rígidos y todo lo que se requiere adicional debe ser presupuestado, ese proceso es lento.

Según la opinión del subdirector administrativo del Hospital de la Florida, cuando hablamos del CAU, este sistema tiene bastantes errores como que la sociedad concesionaria puede cerrar los reclamos sin observaciones en cualquier momento, sin necesidad de haber resuelto el requerimiento, entonces por ejemplo, si se hace un requerimiento en la noche, la concesionaria lo cierra sin observaciones porque no está disponible la enfermera encargada de operaciones para supervisarlos y la enfermera del servicio no puede dejar de hacer lo que está haciendo para ir a revisar si efectivamente se limpió o se resolvió el requerimiento y muchos otros requerimientos que se cierran automáticamente por tiempo sin necesidad de estar resuelto. Opinión compartida por la enfermera encargada de la supervisión y control de aseo, del Hospital, quien afirma que el problema mayor del control de los servicios es que el reclamo se presenta en un sistema que es de la propia sociedad concesionaria, y que es posible de modificar y lo hacen, por ejemplo, cuando se levanta un reclamo eso tiene un plazo de respuesta entonces en el papel la concesionaria lo ingresa como realizado, pero si se inspecciona efectivamente al lugar no está hecho. La única forma de que este sistema funcionara como real fiscalización es que no tuvieran acceso a modificar los reclamos y que el usuario que levanta el reclamo lo cerrará una vez que se realizó el procedimiento o un agente externo como el personal de la asesoría lo cerrará una vez comprobada la respuesta.

El Hospital de La Florida cuenta con departamento de operaciones, un equipo multidisciplinario que supervisan todos servicios de la concesionaria, hay una persona para supervisar vigilancia y estacionamiento, una enfermera para aseo y ropería, una nutricionista para alimentación, un ingeniero eléctrico para ver el tema de electricidad, un ingeniero mecánico para las mantenciones de equipos, la idea es que sea una contraparte y supervise el funcionamiento de los servicios. Esto ha significado en la práctica que existe una nutricionista que elabora las minutas y supervisa la correcta alimentación de los pacientes por parte de la concesionaria, otra nutricionista de la asesoría de la inspección fiscal que supervisa también el servicio de alimentación y una tercera nutricionista que es parte del departamento de

operaciones del hospital para controlar y supervisar el servicio de alimentación de los pacientes. Este es uno de los servicios críticos dentro de los que son no clínicos porque un error o negligencia puede repercutir en el estado de salud de un paciente hospitalizado, por ejemplo, un error en la dieta hipoglucémica de un paciente diabético puede ocasionar un detrimento o abiertamente perjuicio en la salud de un paciente y expone al hospital a sanciones administrativas.

Según la enfermera de la unidad de operaciones, Inés Gajarado, encargada de aseo y ropería del Hospital de la Florida, los servicios que han presentado mayores problemas son alimentación seguido por aseo, principalmente por falta de personal para realizar el aseo y falta de supervisores. Por ejemplo en el primer piso, hay una sola persona que limpia desde un extremo al otro, en ese sector hay dos baños públicos de hombres y mujeres frente a oftalmología, dos baño frente a siquiatría, dos frente a medicina, dos en la urgencia maternidad y dos en la urgencia adulto, en total por sector son 4 baños públicos, entonces el personal de aseo parte en un extremo del primer piso y va limpiando, pero no alcanza a repetir las rondas cada dos horas como piden las bases de licitación, debe alcanzar a hacerlo una vez en la mañana y otra vez en la tarde, eso no ocurriría si dispusieran más personal de aseo para menos cantidad de baños.

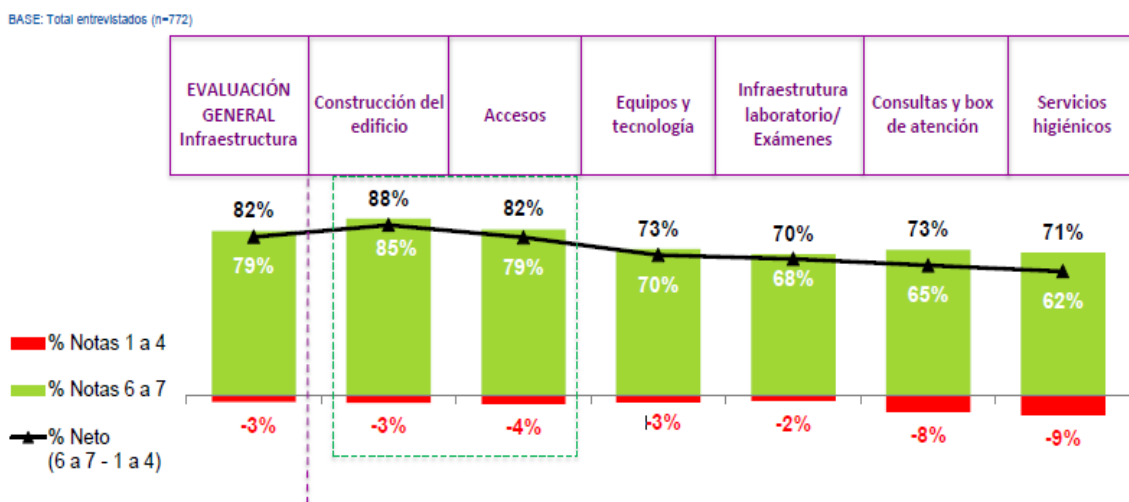
5.7. SATISFACCIÓN USUARIA.

En enero de 2016 CADEM efectuó una Encuesta de Satisfacción a pacientes de Hospitales La Florida y Maipú. Se realizaron 382 encuestas en el Hospital Eloísa Díaz de la Florida y 390 encuestas en el Hospital El Carmen de Maipú, la muestra incluyó un 41% de pacientes ambulatorios, 22% pacientes hospitalizados de alta y 37% familiares de pacientes. La metodología consistió en entrevistas cara a cara por medio de tablets dentro de los hospitales.

De los encuestados 9 de cada 10 declara que el Hospital Eloísa Díaz es su hospital habitual o de algún miembro de su familia, siendo más frecuente la visita por motivos de índole ambulatoria.

Los resultados de este estudio muestran que respecto a la evaluación general de la infraestructura hospitalaria la mayoría de los usuarios (79%) la evalúa con nota 6 a 7 siendo escasas las evaluaciones negativas (nota 1 a 4), dentro de las dimensiones más valoradas están la construcción del edificio con un 85% de evaluación excelente seguido por los accesos con un 79%, un 70% evalúa excelente los equipos y tecnología, un 65% evalúa excelente la comodidad de consultas y Box de atención y un 62% evalúa excelente los servicios higiénicos.

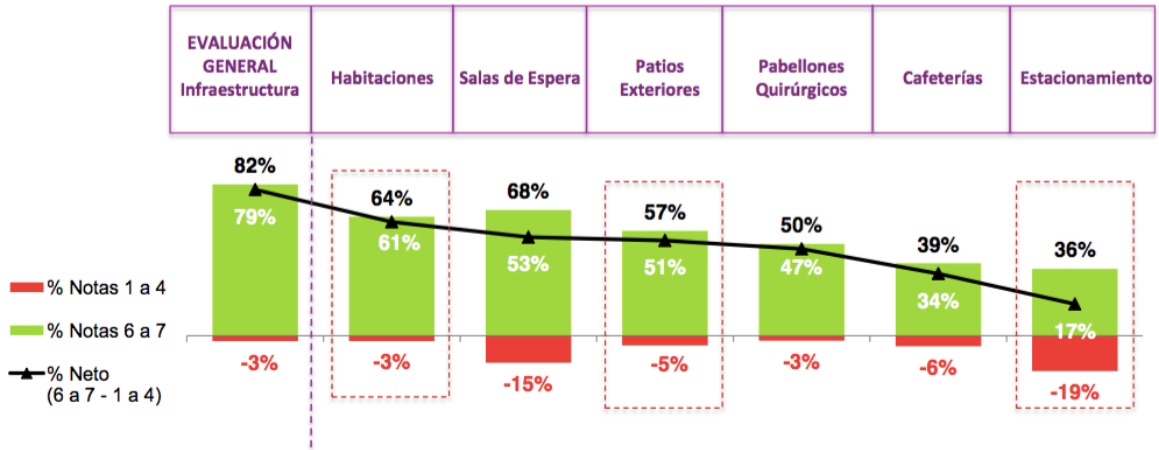
Figura 1: Ante la Pregunta: *Pensando en la infraestructura del Hospital como por ejemplo en la comodidad de los espacios físicos, la amplitud de las salas de espera, etc. Y aplicando una escala de 1 a 7, donde 1 es pésimo y 7 es Excelente. ¿Cómo evalúa al hospital en relación a los siguientes aspectos que se mencionan aquí?*



Fuente: Cadem.

Figura 2: Ante la pregunta: *Pensando en la infraestructura del hospital como por ejemplo en la comodidad de los espacios físicos, la amplitud de las salas de espera, etc. y aplicando una escala de 1 a 7, donde 1 es pésimo y 7 es Excelente ¿cómo evalúa el hospital en relación a los siguientes aspectos que se mencionan aquí?*

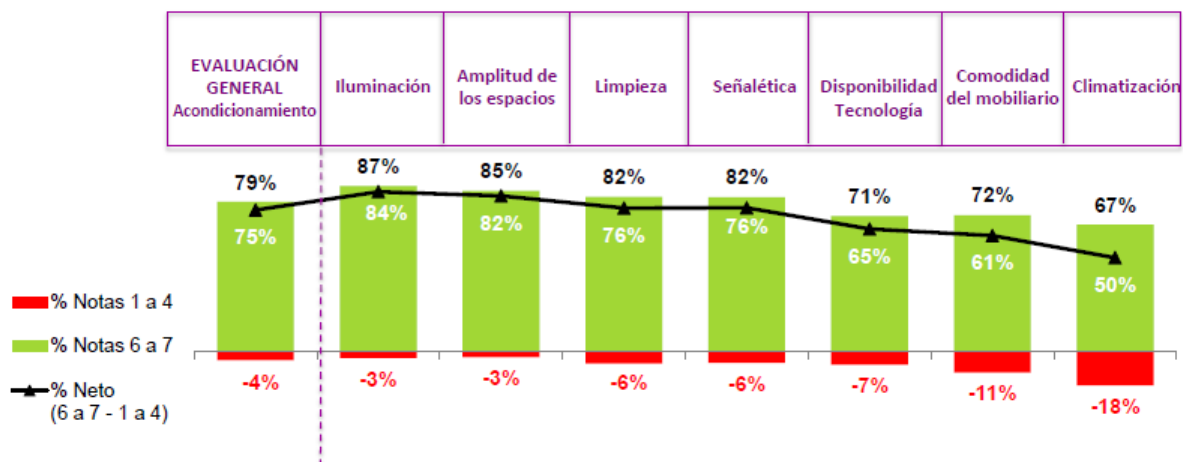
BASE: Total entrevistados (n=772)



Fuente: Cadem.

Los patios exteriores, habitaciones y, en menor medida, los estacionamientos se tornan más críticos debido a la disminución que sufren de su buena evaluación. Sin embargo, esta sigue siendo mayor que las evaluaciones deficientes. Otros puntos débiles son cafetería y pabellones quirúrgicos.

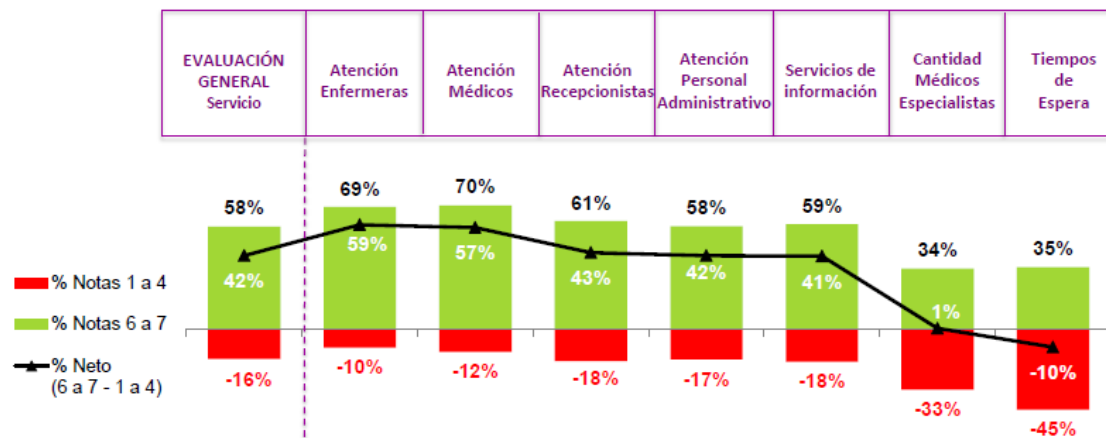
Figura 3: *Pensando en el acondicionamiento del Hospital como por ejemplo la limpieza y mantención de la infraestructura y, aplicando una escala de 1 a 7, donde 1 es pésimo y 7 es Excelente ¿cómo evalúa a este hospital en relación a los siguientes aspectos que se mencionan aquí?*



Fuente: Cadem

En materia de acondicionamiento, ambos hospitales reportan una evaluación positiva, destacando la limpieza y la señalética, seguidas de la iluminación y la amplitud de espacios. La climatización es el atributo con mayor porcentaje de notas 1 a 4, sin embargo, deberíamos considerar que es un requerimiento nuevo en el diseño de los hospitales.

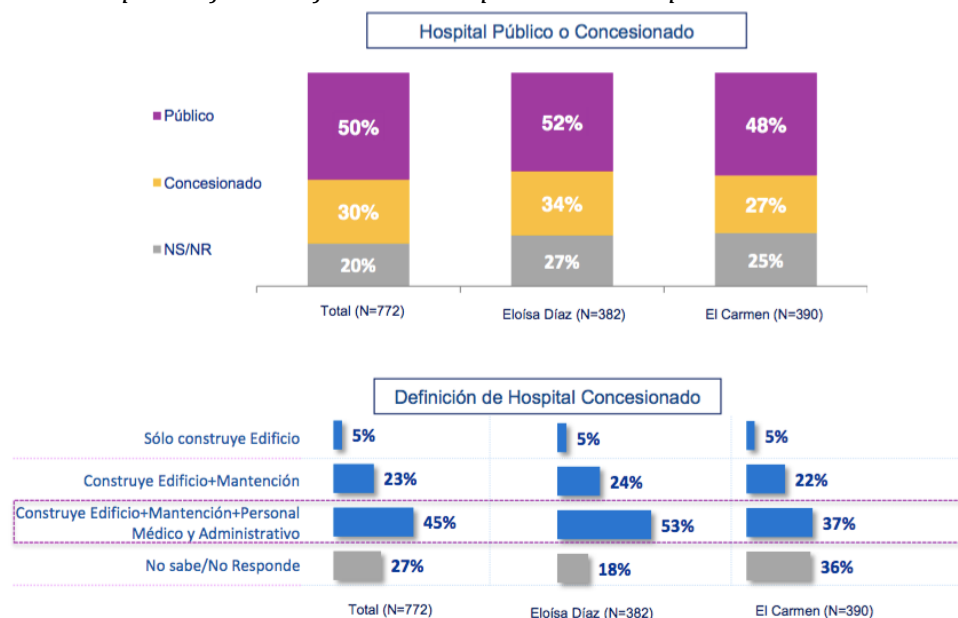
Figura 4: Pensando en el servicio que ofrece este hospital y, aplicando una escala de 1 a 7, donde 1 es pésimo y 7 es excelente ¿Cómo evalúa al hospital en relación a los siguientes aspectos que se mencionan aquí?



Fuente: Cadem

Respecto a los servicios, en ambos hospitales, es la dimensión que recibe menor valoración y mayor nivel de críticas. Los atributos mejor evaluados son la atención de los profesionales de la salud (enfermeras y médicos), mientras que los más críticos son la cantidad de médicos especialistas y los tiempos de espera que tiene mayor cantidad de evaluaciones negativas.

Figura 5: Según la información que usted tiene ¿este hospital es público o concesionado? ¿cuál cree usted que se ajusta mejor a la descripción de un hospital concesionado?

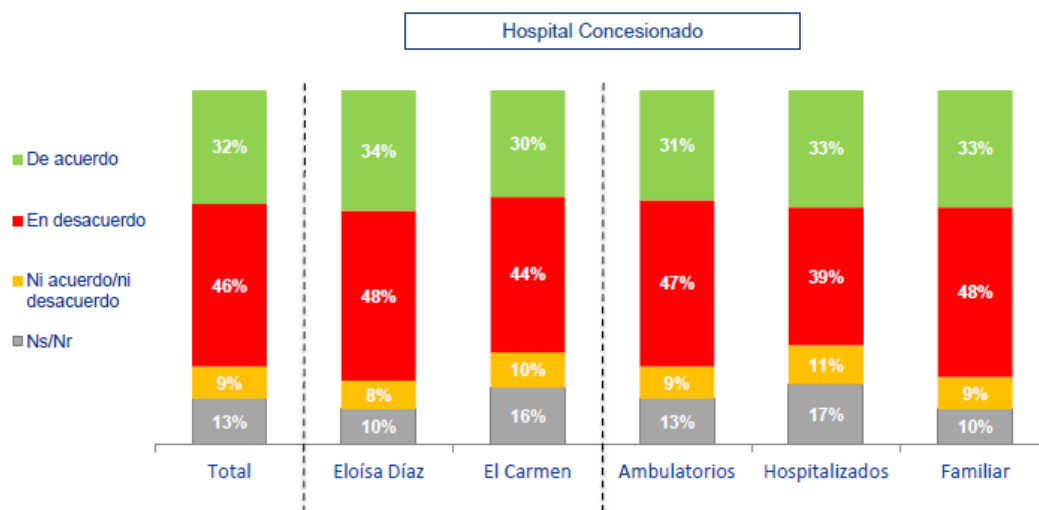


Fuente: Cadem.

Al consultar sobre si el hospital era público o concesionado, un tercio de los usuarios de ambos hospitales, reconoce que éstos son concesionados, mientras que es mayor el porcentaje que los percibe como hospitales públicos (5 de cada 10). Si la pregunta es ahora ¿Cuál cree que se ajusta mejor a la descripción de un Hospital concesionado?, la mayor parte de los encuestados desconoce las funciones que tiene el concesionario respecto de estos hospitales y le atribuyen tanto la construcción, como la gestión no clínica y clínica, incluyendo el personal médico y administrativo.

Cuando se consulta a los usuarios si están de acuerdo en que el hospital en el cual se atienden sea concesionado, un tercio dice estar de acuerdo con el hospital concesionado mientras que casi la mitad está en desacuerdo. Esto se repite para ambos hospitales y en todos los grupos de pacientes encuestados.

Figura 6: ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con que este hospital sea concesionado, es decir, que sea una institución privada la que ejecute la construcción del edificio diseñado por la autoridad pública y también de la mantención diaria de la infraestructura?



Fuente: Cadem.

Una de las conclusiones de la encuesta de Cadem es que la mayoría de los usuarios se encuentra satisfecho respecto la infraestructura en ambos hospitales y evalúa bien el acondicionamiento, los puntos críticos, siguen siendo el déficit de especialistas y los excesivos tiempos de espera. Por otro lado, los usuarios consultados se muestran en su mayoría contrarios al modelo de concesión para infraestructura hospitalaria a pesar de que un gran porcentaje de ellos tiene una idea equivocada, ya que en Chile el modelo no incluye gestión clínica y un gran porcentaje atribuye construcción de la infraestructura, mantenimiento y recursos humanos tanto del personal médico como del administrativo.

5.8. SATISFACCION DE LOS DIRECTIVOS.

Para conocer la opinión de los directivos se solicitó entrevistas a los directores de ambos hospitales, sin embargo, no fue posible por problemas de agenda. Solo fue posible conocer la opinión del Subdirector administrativo del Hospital de la Florida, don Ricardo Urbina Koning, quien gentilmente concedió la entrevista.

En su opinión el modelo de Hospital concesionado no es malo, y evalúa de muy buena forma la construcción de Hospital, las habitaciones para pacientes hospitalizados con un estándar de 3 camas por sala con baño privado, al igual que las salas de parto que son novedosas en el sistema público y muy valoradas por los usuarios de hospital.

Respecto a los servicios no clínicos provistos por la concesionaria, su opinión es que el personal de salud tiene el conocimiento y experiencia para manejar estos servicios, porque siempre los han llevado, y que es más fácil y sencillo cuando la comunicación es directa con la empresa contratista que los provee. El hecho de que la concesionaria tenga subcontratistas trabajando en el hospital dificulta los procesos y los enlentece porque no se puede por ejemplo relacionar directamente con los supervisores porque estos solo pueden ser llamados o sancionados por la concesionaria. Por otra parte, en su opinión, los contratos son muy rígidos y la concesionaria cumple con lo mínimo establecido en los contratos, sobre todo en los servicios como vigilancia y aseo. Respecto a servicios como mantenimiento de infraestructura y mobiliario estos funcionan bastante bien, y el hospital se ahorra tener un departamento de operaciones para hacer las mantenciones o reparaciones necesarias.

En su opinión se ha ganado con el modelo concesionado respecto a la mantención y garantías respecto a la infraestructura, por ejemplo, actualmente en el hospital de La Florida surgió un problema con las duchas de las habitaciones de un sector, el inspector fiscal elaboró un informe a la concesionaria mencionando la falla en las caídas de agua de las duchas y se resolvió realizar una revisión completa de los decapados, duchas, cielos, canaletas eléctricas, etc., en un hospital tradicional construido y entregado para que la dirección lo administre, si no hay seguros o garantías se tendría que hacer con presupuesto del hospital, acá en este modelo si se daña algo lo tienen que reponer.

Finalmente, la administración de un hospital concesionado con mantención y reposición de infraestructura resulta novedoso y cómodo para la dirección del hospital, sin embargo, en su experiencia la operación y provisión de servicios no clínicos no ha resultado en un alivio a la gestión, al contrario, ha significado un esfuerzo el constante monitoreo y control de los servicios.

5.9. INDICADORES CLÍNICOS DE RESULTADOS.

Aunque los hospitales de Maipú y La Florida no corresponden al modelo concesionado de “bata blanca”, es decir, con gestión clínica, de todos modos, resulta interesante analizar los indicadores clínicos de resultados más significativos y compararlos con hospitales tradicionales para evaluar el aporte de estos establecimientos a la red de salud pública.

Tabla 17: Indicadores Clínicos Hospitales Maipú y La Florida, Luis Tisné y Sotero del Río.

	Hospital de Maipú		Hospital de La Florida		Hospital Luis Tisne Brousse		Hospital Sotero del Río	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Dotación de camas	348	364	252	356	322	326	787	773
Días Camas Disponibles	68.957	120.997	61.788	113.167	116.762	114.417	303.842	294.112
Días Camas Ocupadas	60.581	111.165	49.929	93.208	96.943	92.394	266.748	254.116
Días de estadía	51.074	102.839	47.969	91.866	95.540	93.333	248.741	228.361
Promedio Camas Disponibles	189	331,3	169,28	310,05	320	313	832	806
Número de Egresos	7.169	14.279	5.275	11.234	17.950	17.138	45.626	41.257
Egresos Fallecidos	255	465	266	430	373	435	954	998
Índice Ocupacional	87%	92%	81%	82%	83,03%	80,75%	88%	86%
Promedio días de estadía	7,25	7,2	9,09	8,2	5,8	5,9	5,45	5,54
Índice de Rotación	2,975	3,7	2,48	2,99	0,9	0,9	4,57	4,27
Letalidad	4%	3%	5%	3,8%	S/d	S/d	2,09	2,42
Cirugías realizadas	4.634	8.483	4.111	10.392	7.981	7.979	38.042	34.695
Cumplimiento PPV	160,70%	118,17%	100%	202%	100%	100%	95,6%	102,7%
Ges Retrasadas	0	318	810	43			563	2669
Reducción Listas de Espera								
Especialidades	32,70%	59,10%	85%				58772	56814
Quirúrgicas	35,26%	33,91%	20%				9002	7566

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de los establecimientos por Ley transparencia.

Respecto al índice ocupacional de camas clínicas, el porcentaje de ocupación es similar a los otros hospitales de la Red asistencial, incluso un poco mejor que los registrados por el Hospital Luis Tisne.

El número de egresos hospitalarios en los hospitales de Maipú y La Florida, el primer año es menor que Hospitales como el Luis Tisne y Sotero del Río, pero el 2015 en pleno funcionamiento, el número se acerca mucho a los resultados de los otros establecimientos.

Tabla 18: Comparación de Indicadores Clínicos de Producción entre Hospitales concesionados y tradicionales.

	Hospital de Maipú		Hospital de La Florida		Hospital Luis Tisne Brousse		HCSBA	
Atención de partos	727	2788	14	1684	7167	6603	5209	4157
Cirugías realizadas	4.634	8.483	4.111	10.392	7.981	7.979	18624	19109
Número de Egresos	7.169	14.279	5.275	11.234	17.950	17.138	23.980	22.123
Cumplimiento PPV	160,70%	118,17%	100%	202%	100%	100%	99,69%	106%

Fuente: Servicios de salud, cuentas públicas hospitalares.

El número de cirugías realizadas para el primer año de operación de los hospitales de Maipú y La Florida, están bajo lo registrado por los hospitales Luis Tisne y Sotero del Río, en cambio, para el segundo año, el número de cirugías supera las realizadas en el Hospital Luis Tisne.

El cumplimiento de Prestaciones Valoradas (PPV) en los hospitales de Maipú y La Florida están por sobre el 100% y son superiores a otros hospitales como el Luis Tisne.

Respecto al número de atención de partos durante el año 2014 y 2015, los hospitales de Maipú y La Florida, muestran una cantidad inferior a los que se realizan en hospitales como el Luis Tisne y el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Sin embargo, es interesante destacar que del total de partos atendidos el 2015 en el Hospital de La Florida, el 74% corresponde a partos normales, según señalan en el hospital esto se potencia porque cuentan con salas de parto integral, estos son espacios en los que las mujeres pueden elegir diferentes ambientes para dar a luz, acompañándose durante todo el proceso por un cercano. Esto ha incidido en el aumento de partos normales y disminución de la cesáreas por sobre la estadística a nivel nacional.

Desde el punto de vista de la Gestión clínica, estos hospitales corresponden al modelo de Bata Gris por lo que no debiéramos esperar resultados clínicos distintos a los hospitales tradicionales pues no incluyen operación clínica, y más estos hospitales, porque ni siquiera incluyen equipamiento médico, por lo tanto, desde el punto de vista netamente clínico no debieran porque funcionar mejor o peor porque las prácticas desde el punto de vista clínico en los hospitales concesionados y tradicionales no debieran ser tan distintas, a menos que como se tratan de hospitales nuevos y no reposición de infraestructura, hubiera ocurrido un cambio o la construcción de una cultura organizacional nueva a partir de personal nuevo

proveniente de otros sectores y se hubiera establecido una nueva forma de gestión asistencial más eficiente que en otros hospitales, como lo que ocurrió en los '90 con el Hospital Luis Tisne, uno de los últimos hospitales sectoriales entregados en Santiago.

6. CONCLUSIONES

Tras analizar el caso de los Hospitales de Maipú y La Florida, podemos ver que el costo de construcción es inferior a la mayoría de los observados en los hospitales construidos por vía presupuesto sectorial si consideramos el costo final de construcción de estos y no el costo inicial de adjudicación, ya que los construidos por APP no experimentaron variación en los precios durante el periodo de ejecución de las obras y el valor de cuota cancelado por el Estado fue el definido previamente según las bases de licitación, en cambio, en la mayoría de los ejecutados por modalidad tradicional sufrieron incremento en sus precios de construcción. Es necesario considerar además que los hospitales concesionados contemplan la inclusión de servicios que habitualmente cuentan con poco desarrollo en los esquemas tradicionales como los aisladores sísmicos, práctica que actualmente se ha adoptado en los proyectos ejecutados a través del modelo tradicional. Otro caso es la adopción del modelo de licitación que integra diseño y construcción que permite transferir parte del riesgo de diseño al constructor y que permite menores plazos y costos porque en general las empresas presentan diseños conocidos y probados por ellos. Por otra parte, los hospitales concesionados incluyen seguros catastróficos en casos de sismos, incendio y daños por terceros, lo que repone la infraestructura perdida en caso de daños.

Respecto a la variación de precios, los Hospitales de Maipú y La Florida no experimentaron modificación en los precios de construcción, no así los hospitales construidos por modalidad tradicional con una sobreprecio del 48% en promedio. Lo observado en Chile coincide con lo registrado en otros países. El estudio de la NAO 2003 muestra que el 73% de los proyectos de infraestructura pública construidos por la modalidad tradicional incurrieron en sobrecostos, frente al 22% de los ejecutados a través de una APP.

Respecto a los plazos de construcción, en el caso de los Hospitales de Maipú y La Florida hubo una variación del plazo de construcción, pero esta fue mucho menor que en los hospitales construidos bajo el modelo tradicional, esto coincide con lo descrito en la literatura como una de las variables donde existe mayor evidencia de las ventajas del modelo APP con respecto al MT. En el estudio de la NAO (2003), se concluyó que un 76% de los proyectos de construcción hospitalaria financiados mediante fórmulas APP se entregaron a tiempo y sólo un 8% incurrió en un retraso

superior a dos meses, mientras que para los proyectos acometidos por el método tradicional presupuestario sólo un 30% se entregó en el plazo estipulado, que coincide con el 32% de retraso observado en Chile para los hospitales construidos por modalidad tradicional.

Quizás la mayor ventaja, desde el punto de vista económico, de la Asociación Público Privada (APP) para infraestructura hospitalaria, es el bajo costo de financiamiento que mostró este proyecto con una tasa de interés bajo la tasa de descuento social, así resultó en un forma conveniente de financiar infraestructura hospitalaria pública.

Los hospitales construidos con modalidad APP presentan una mayor satisfacción de los usuarios que los proyectos gestionados a través de Modalidad Tradicional. Se debe tener presente que las evaluaciones han sido desarrolladas mayormente en los contratos APP ya que son exigencias del contrato. Sin embargo, a pesar de que los usuarios evalúan muy bien ítems como infraestructura y algunos servicios no clínicos en estos hospitales, no están de acuerdo con la modalidad APP para infraestructura hospitalaria.

En cuanto a la satisfacción del personal de salud, estos se muestran satisfechos con el modelo concesionado respecto a la infraestructura que recibieron y a los servicios de mantención de infraestructura y mobiliario no clínico, no así con los servicios no clínicos como alimentación, vigilancia, aseo y ropería provistos por la concesionaria, pues declaran tener problemas en la gestión y comunicación con quienes proveen estos servicios, que la concesionaria como intermediaria enlentece los procesos y que sería más eficiente si los servicios no clínicos mencionados dependieran de la dirección del Hospital.

Respecto a los costos de operación de los hospitales de Maipú y La Florida, al ser infraestructura nueva y no reposición de antigua, no existían datos de costos de mantención de infraestructura ni equipamiento médico que pudiéramos comparar y los hospitales sectoriales no tiene individualizados los ítems de manera tal de comparar los mismos servicios. Sin embargo, según lo expresado por los expertos, la asociación público privada tiene una ventaja en este ítem y es que los contratos aseguran el financiamiento para la operación durante todo el periodo de explotación, en el caso de Maipú y La Florida por 15 años, en cambio, los hospitales sectoriales deben solicitar y aprobar presupuesto anualmente lo que no asegura un plan de mantención ni reposición de infraestructura, ni del mobiliario clínico y no clínico, en el tiempo.

Un estudio en Reino Unido para evaluar rentabilidad de la asociación pública privada (PFI) indicaba como el coste y rendimiento de los servicios de hotelería de los hospitales son similares a los de los hospitales no PFI no hay evidencia de que la inclusión de estos servicios en un contrato PFI es mejor o peor relación calidad-precio de administrar por separado (Beckett M., 2010).

Hacer una comparación sería de costos entre APP vs Obra Pública implica tener información (de CAPEX y OPEX) (capex costos de capital inversiones de capital para mejorar activos fijos) y (Opex costos de operación) disponible, pertinente y comparable a lo largo de la vida útil de hospitales similares hechos bajo ambas rutas de contratación (lo cual es muy difícil). Quizás sólo Reino Unido y Canadá podrían tener suficiente número de proyectos PPP y obra pública que podrían compararse. Se sugiere realizar un estudio comparativo con un hospital de tamaño similar respecto a los servicios no clínicos que este tenga externalizados y comparar los costos de estos con el subsidio a la operación que se paga a la concesionaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fisher, P. (2007). Las Iniciativas de Financiación Privadas: el ejemplo Inglés. *Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública*, 5-8.
2. Garcia, M. M. (2007). Consideraciones sobre la Iniciativa de Financiación Privada (PFI). *Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*, 8-11.
3. Caviedes, R. (2013). La Salud en Chile según la OCDE. *El Mostrador*.
4. Derosas, F., & Varas, D. (Lunes 25 de Diciembre de 2006). *Economía y Negocios*. <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=17436>
5. Marcos, V. (2011). Inversion en sector de la salud. *Rev Chil Salud Pública*, Vol 15(1): 44-45.
6. Marcos, V. (2012). Competencias esenciales para la Gestion en Red. *Revista Medica de Chile*, 140: 1606-1612.
7. OCDE. (2012). Base de datos de la OCDE sobre salud.
8. Diputados, C. I. (2014). INFORME DE LA COMISIÓN INVESTIGADORA DE LAS EVENTUALES IRREGULARIDADES EN LOS PROCESOS DE INVERSIÓN PÚBLICA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA. 27-31.
9. CCHC, C. C. (2014.). “ANÁLISIS COMPARATIVO IMPLEMENTACIÓN DE HOSPITALES POR CONTRATO SECTORIAL VERSUS SISTEMA DE CONCESIONES DE OBRAS PÚBLICAS”.
10. NAO, National Audit Office. (2010). The performance and management of hospital PFI contracts. *HC 68 Session*, 6-10.
11. Blasco C. R., M. F. (2007). Las Nuevas Formas de Gestión Sanitaria. El Modelo de Alzira. *INSTITUTO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS*. (2007). *Convenio de Mandato*.
12. Beckett M., M. T. (2010). The performance and management of hospital PFI contracts. *National Audit Office*, 16-22.
13. BID. (Octubre de 2015). Menos cuento, más evidencia. Asociaciones Público Privadas en la literatura Científica. *Nota Técnica*(IDB-TN-882), 13-16.

14. INE (2015). *Instituto Nacional de Estadísticas*. Obtenido de www.ine.cl: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/compendio_estadistico_ine_2015.pdf
15. DIPRES. (2014). *Dirección Presupuestos Ministerio de Hacienda*. Obtenido de www.dipres.cl: http://www.dipres.cl/574/articles-85637_doc.pdf
16. OCDE. (2015). Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros. *Panorama de Salud 2015, Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros*.
17. INE (2015). *Instituto Nacional de Estadísticas*. Obtenido de www.ine.cl: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/compendio_estadistico_ine_2015.pdf
18. Tapia Hidalgo R. (2010). Concesiones en Salud, un Modelo Válido para la Reconstrucción y Transformación de la Red Hospitalaria en Chile. *Rev Chil Pediatr*, 81(3), 201-203.
19. Blanken A. Flexibility against efficiency? An international study on value for money in hospital concessions. University of Twente, 2008.
20. Instituto Libertad y Desarrollo, “Diagnóstico y Remedios para la Crisis Hospitalaria”. *Temas Públicos*, N° 894 - 7 de Noviembre de 2008.
21. Instituto Libertad y Desarrollo, “Autogestión de Hospitales: Retrocesos y Metas incumplidas”. *Temas Públicos*, N° 806 - 19 de Enero de 2007.
22. Caviedes, R. “Concesiones Sanitarias: Garantizando la Sostenibilidad del Sistema”. *Serie Informe Social*, Instituto Libertad y Desarrollo, N° 122, Septiembre 2009.
23. Castro, R. “Crisis hospitalaria: Hacia un modelo de Hospital público Moderno”. Instituto Libertad y Desarrollo, 30 de Junio, 2008.
24. Young S. Outsourcing: two case studies from the Victorian public hospital sector. *Aust Health Rev*. 2007 Feb;31(1):140-9.

25. Liebe M, Pollock A. The experience of the private finance initiative in the UK's National Health Service The Centre for International Public Health Policy 2009.
26. Ginés, T. De rosa, A. Ferrer, M. "La experiencia del Modelo Alzira: del Hospital de La Ribera a La Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo". Rev Adm Sanit 2005;3(1):83-98.
27. Campoy Domene, LF. Santacreu i Bonjoch, J. "La colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud. El caso especial del modelo valenciano a propósito de la concesión de Denia". Rev Adm Sanit. 2008;6(2):297-321.
28. Simón C. Evolución y mejores prácticas de la experiencia española en desarrollo de esquemas de APPs con una aplicación al sector de hospitales. 2009.
29. Gilbert E. Failing grade for public-private partnership hospitals. CMAJ. 2009 Feb 17;180(4):380.
30. Hellowell M, Vecchi V. The efficiency of private finance in healthcare infrastructure provision: Evidence from the UK National Health Service. 2009.
31. Hellowell M, Pollock A. The Private financing of NHS Hospitals: Politics, Policy and Practice. IEA Economic Affairs 2009.
32. Cuthbert, J. and M. Cuthbert (2008), The Implications of Evidence Released Through Freedom of Information on the Projected returns from the New Royal Infirmary of Edinburgh and Certain Other PFI Schemes.
33. Brampton Civic Hospital Public-private Partnership Project In: Ontario OotAGo, editor. Ontario, 2008.
34. Atanor Soluciones Ltda. "Análisis comparativo implementación de hospitales por contrato sectorial versus sistema de concesiones de obras públicas", Julio, 2014

ANEXO 1: ENTREVISTAS

Entrevista Vivian Modak.

Especialista en APP.

Realizada el 18 de Agosto 2016

El propósito de esta entrevista es tener una opinión más bien técnica y lo más objetiva posible, tratando de obtener información sin sesgo ideológico, sino plantear las ventajas y desventajas del modelo.

Pregunta N°1: Lo primero que me gustaría es conocer tu opinión respecto a la Asociación Público Privada (APP) como Política pública, pensando en todo tipo de concesiones de obra pública.

Lo primero es que yo creo que el Estado es incapaz de abordar por sí mismo y exclusivamente él todos los requerimientos de infraestructura que tiene el país y esto ha sido claramente demostrado porque en el pasar del tiempo lo que ha ocurrido es que se ha ido incrementando la brecha de requerimiento de infraestructura en el país de manera importante, entonces, cuando hay un Estado con presupuesto limitado, la mejor forma de revertir esta brecha de requerimiento de infraestructura es asociarse con el privado, y esto puede transformarse en un círculo virtuoso. Primero, porque por una parte el Estado es capaz de hacer más infraestructura, y gracias a la APP la estructura que resulta aun cuando se hace con fondos privados termina siendo infraestructura pública, es decir, cada carretera u hospital que se construye vía APP es propiedad del estado no es propiedad del privado. Segundo, se distribuyen a mi manera de ver de mejor manera los riesgos, asignando a cada actor lo que mejor sabe hacer, por ejemplo, en una carretera el que diseña y construye es el privado que tiene toda la experiencia para eso, entonces en general los concesionarios de carretera tiene su constructora y llevan cincuenta años construyendo carreteras, por lo tanto, el *expertise* que ellos tienen es mucho mayor que la que tiene el estado en materia de construcción. Por otra parte, el Estado además de presupuesto reducido tiene recursos humanos limitado, por tanto es incapaz de ejecutar todos los proyectos que requiere y solo alcanza para supervisar a las constructoras. Efectivamente y a pesar de ser un círculo virtuoso, siempre hay cosas que mejorar, las primeras concesiones se llevaron a cabo hace 25 años atrás y por lo tanto, los contratos tienen muchas rigideces, que se han tenido que ir modificando, a través de sucesivos convenios complementarios para ir adaptando los contratos o la infraestructura a los nuevos requerimientos de la población cuando en realidad podrían hacerse convenios con mayor flexibilidad dentro de la lógica de resguardar siempre que los intereses del Estado no queden capturados por un contrato con un concesionario.

Las desventajas tiene que ver principalmente con la rigideces de los contratos y con los conflictos que se puedan generar entre las partes, porque es más fácil cuando el mandante y el contratado son los mismos porque no tengo conflictos y en algunas contratos queda como algunas zonas grises, respecto a quién le corresponde o de quien es el riesgo de tal o cual actividad que han hecho que haya contratos con cierto grado de conflictividad, pero en general los conflictos de los contratos de las concesiones son mucho menores que los conflictos que hay en los contratos directos que hace el estado para que se construya infraestructura.

Respecto al Lucro, en mi opinión muy personal, todos los seres humanos trabajamos por el lucro, pedirle a alguien que trabaje sin un sueldo es un absurdo, sin embargo, el lucro deber ser controlado, y en el caso específico de las concesiones, te digo que en las ultimas concesiones, me estoy refiriendo a los últimos 8 o 10 años, cuando se modificó la forma de licitar las concesiones y se inició a licitar por los ingresos totales de la concesión, esto está poniéndole de alguna manera un techo al lucro, esto significa que quien construyó y está operando la concesión, lo va a hacer hasta que llegue al nivel de ingresos que está establecido y definido en la licitación con un tope definido por el Estado, lo que ha ocurrido es que el Estado ha definido un monto de ingreso máximo y quien se lo adjudique sabe que está optando a un nivel menor que eso y por tanto va reduciendo lo que podríamos llamar su lucro, que más que lucro, es la forma en que se reeditúa el servicio que se está prestando. El Lucro no es otra cosa que la retribución que espera el privado por los servicios que le ha prestado al Estado.

En los primeros contratos había rigideces y ahí sí puede que haya concesionarios que hayan recibido ingresos totales mucho más altos de los esperados porque no estaba definido un techo en los contratos, ahora en muchas concesiones sobre todo en las interurbanas reciben ingresos hasta un cierto nivel. Lo que los contratos definen es una banda de ingresos, si la concesionaria recibe menos del mínimo esperado lo que hace el Estado es entregarle un subsidio, en cambio si recibe de cierto nivel hacia arriba, esos sobre ingresos son compartidos con el Estado y esto es muy importante, existen carreteras como la ruta 5 en la que en algunos tramos el privado en lugar de recibir un subsidio del Estado paga al estado y este usa esos ingresos para subsidiar otros que tienen menor tráfico, porque si no, no se podría haber hecho toda la ruta 5 en un solo instante de tiempo, haberla ampliado a doble calzada. Entonces, los tramos que son muy rentables porque tienen mucho tráfico pagan al Estado y este está obligado a usar esos recursos para subsidiar a otros que son más deficitarios y así ocurre una compensación. Otro tema relevante, es en el caso de las autopistas urbanas con los incrementos tarifarios que permiten las bases de licitación y que están por sobre el 3,5 % real, o sea por sobre el IPC, que se definió así para mantener el estándar, en ese instante no se sabía cómo iba a crecer el tráfico, lo que se conocían eran modelos teóricos que definían que mientras mayor el cobro se usa menos la

infraestructura, entonces se usó como un mecanismo de regulación del tránsito para no reducir el nivel de servicio de la carretera urbana, pero lo que ocurrió finalmente es que era tal el colapso de las rutas alternativas que las personas estaban dispuestas a pagar cada vez más, así se subieron las tarifas este 3,5% y efectivamente las concesionarias reciben mayores ingresos, pero también deben compartir estos beneficios con el estado y pagan por estos sobre ingresos, distinto al caso de las Isapres o AFPs donde todas las utilidades extras son para ellos y no las comparten con nadie. Esto se genera porque la asociación público privada (APP) de cierta manera ha funcionado, no sólo desde la perspectiva de que las obras están, se mantienen y perfeccionan, sino que ha funcionado porque el sector privado con el sector público han logrado ponerse de acuerdo y entendido que la historia ha ido cambiando, que los proyectos van cambiando y que los requerimientos de la población también han cambiado, entonces, cuando ambos son capaces de mirar conjuntamente estos requerimientos son capaces también de llegar a acuerdos que permitan ir perfeccionando los contratos. Hoy en día, no hay casi ningún contrato que no sea por ingresos totales de la concesión, no hay ningún contrato que permita crecimiento del 3,5% anuales de las tarifas, y por otro lado, se han perfeccionado los contratos de las carreteras interurbanas cobrando una tarifa diferenciada y superior a la carga que al usuario común y corriente porque en realidad es el camión grande el que deteriora la carretera, entonces, así se cobra por el uso y por el deterioro que cada usuario hace de la infraestructura y eso se ha ido aprendiendo y mejorando los contratos.

Pregunta 2: Hay estudios como el que hizo el Señor Sergio Teke para la Cámara de Diputados que hablan de un costo de construcción de 63 Uf/m² con lo que se habló de que los hospitales concesionados eran mucho más costosos que los sectoriales y otros estudios como el de la Cámara Chilena de la Construcción que plantea un valor de 39 UF/m². En su opinión, ¿son más costosos los hospitales concesionados que los construidos por vía sectorial?

El estudio de la Cámara Chilena de la Construcción lo hice yo, con un costo de construcción de 39 UF/m² para el caso de los hospitales de Maipú y La Florida, para el cálculo utilice las cuotas de subsidio fijo a la construcción con la tasa de descuento del contrato que es de un 7% y le desconté los pagos de la concesionaria al MOP durante los primeros periodos porque eso no es parte de la inversión, este proyecto se concesionó por la disposición a pagar del estado a la concesionaria para construcción y operación de los hospitales. Con eso en mente, te digo absolutamente que no es más costoso construir por vía concesionada que por vía sectorial, ahora no cualquier hospital que se construya puede hacerse por vía del sistema de concesiones, por ejemplo, hay cierta tipología de hospitales que son más pequeños como los hospitales de baja complejidad, puede que no resulte conveniente hacerlos con este modelo,

porque no solo está el costo de construcción de obras sino que existen otros gastos generales que están asociados a los pagos de las inspecciones fiscales y a un montón de requerimientos de niveles de servicio que generan un costo fijo que es muy alto para un hospital de baja complejidad. Por lo tanto, cuando uno va a comparar costos, debe hacerse entre hospitales que sean de características similares, eso por un lado. Segundo, el costo de los hospitales concesionados para el Estado está ya definido en las cuotas de subsidio que el Estado está dispuesto a pagar y en el monto máximo que el estado está dispuesto a pagar. En el caso de los hospitales construidos por la vía sectorial tienen un presupuesto inicial y muy habitualmente ese presupuesto es superado en el tiempo durante la ejecución de las obras, con una variación en los precios de construcción y si tu miras es lo que ha pasado con la mayoría de los hospitales que ahora se están construyendo por vía sectorial, porque a medida que van construyendo surgen conflictos que retardan las obras, aparecen inconsistencias en los diseños y todo eso se va traduciendo en incrementos del presupuesto inicial. De hecho hoy día, hay dos hospitales cuyas licitaciones se declararon desiertas porque el Estado definió un presupuesto inicial insuficiente y eso aumenta infinitamente los costos porque el hospital no se hace, si yo hiciera la evaluación social de todos los hospitales que no se han hecho, eso da una evaluación social de menos infinito porque el costo en vidas es altísimo.

Entonces, la principal ventaja de construir por vía concesionada es que se define antes cuanto es lo que va a pagar el Estado y no se paga ni un peso más, salvo que se modificaran sustancialmente las condiciones de la obra. Entonces, cuando el privado está claro en sus gastos y en el nivel de servicios que debe cumplir, y le dicen claramente cuanto es lo que va a recibir, el incentivo es entonces a hacerlo rápido y hacerlo bien porque al privado se le empieza a pagar una vez que termina de construir, no es solo ver el costo UF/m², sino que existen otros beneficios económicos que hacen que sea muy conveniente para el Estado construir vía sistema de concesiones.

El Estado no tiene ni la capacidad de presupuesto ni de recursos humanos para poder gestionar y llevar adelante la construcción de todos los hospitales que el país requiere y esto la historia lo ha demostrado. De los 20 hospitales que esta administración se comprometió a construir, 14 están en proceso de construcción, pero se cambiaron los proyectos originales por hospitales de menor complejidad y no es lo mismo construir un nuevo Sótero del Río que un Cesfam o un hospital de baja complejidad.

Pregunta 3: Si el estado pidiera préstamos vía deuda soberana, resultaría más conveniente eso que la APP?

Mira, cuando el Estado se endeuda lo hace a la tasa que está definida según riesgo país y nosotros podemos acceder a créditos con tasa bien baja, pero tampoco es tanto más baja que el costo de las APP Hospitalarias, porque el privado se endeuda contra una garantía que es soberana porque el subsidio lo paga el Estado, por tanto, el banco cuando te mira para prestar la plata no diferencia tanto entre el privado y el Estado porque los subsidios aseguran que te pague el estado. Por eso, en general, en infraestructura hospitalaria por APP si lo miramos como tasa no es más barata si se endeuda por deuda soberana porque la tasa de interés del privado es similar a la del Estado.

Pregunta 4: Respecto al modelo de concesión, estos primeros hospitales se concesionaron con diseño y construcción, en cambio, la segunda ola de concesiones licitó una primera etapa de prediseño y luego la ejecución y construcción.

A mí me parece que la segunda etapa de concesiones ha mejorado ya que se hicieron con una etapa de diseño que consideró no sólo las opiniones del MINSAL sino también la de los servicios de salud correspondientes, por lo tanto el diseño obedece, o debería obedecer, a los requerimientos reales que tiene la población a la que se quiere atender y el personal médico que va a proveer esos servicios. Esto hace que el proceso sea más eficiente, efectivo y además lo abarata porque en el caso de los Hospitales de Maipú y La Florida fueron 6 años de proyectos para la licitación, partieron un montón de empresas que tuvieron que hacer propuestas con un costo alto para ellos, a mí me tocó participar activamente en ese proceso de licitación, porque yo era la Gerente de desarrollo de Sacyr en ese tiempo, y con Sacyr llegamos hasta la segunda etapa, que era el desarrollo de la maqueta virtual, después de haber trabajado 3 años no pasamos de la segunda etapa y nos dicen gracias por participar y todo lo invertido por la empresa que son millones de pesos se pierde, sólo recibieron premio los que pasaron a la última etapa y se les entrega un premio al que gana la licitación y al que queda en segundo lugar para compensar alguna parte de lo que han invertido, porque la cantidad de recursos y de trabajo para presentar una oferta y ganar la licitación es harta.

Por eso, esta segunda forma de licitar con diseño separado de construcción, es más rápida, más eficiente y permite una participación bien directa el sector salud, que es el cliente de la infraestructura y además permite hacer más hospitales de manera simultánea, porque no puedes tener a las concesionarias diseñando 10 hospitales a la vez para participar en 10 procesos de licitatorios distintos y simultáneos, es un absurdo.

Pregunta 5: Respecto a los costos de operación, hiciste un estudio para comparar esos costos ¿Qué elementos consideraste?

Para hacer ese estudio utilice los presupuestos aprobados el año 2015 por la Dipres de los hospitales que se están reemplazando: Antofagasta, Salvador Geriátrico y el Félix Bulnes. Por transparencia solicite el desglose de cómo pidieron el presupuesto y considere los ítems que dicen esto es para renovación de equipamiento y esto para nuevas obras y esos los fui sacando y para comparar operación deje prácticamente los costos de personal, de la dotación no médica, e hice un supuesto, supongamos que el 40% del personal se dedica a los servicios de mantención de infraestructura y le sumen la provisión de algunos servicios como la alimentación y lavandería, así fui considerando los ítems que me permitieran comparar entre iguales costos (manzanas con manzanas) y las diferencias eran sustanciales entre lo que tenía presupuestado el hospital salvador respecto a lo que se va a pagar como subsidio a la operación.

Está es otra cosa por la que me gusta mucho la APP para infraestructura hospitalaria, porque no sólo te aseguras que se construya, también que se mantenga y se renueve y tienes todo definido en el contrato cuanto vas a pagar por las mantenciones y la reposición de activos, etc. y toda esa plata ya está asegurada porque se paga a través de subsidios que están aprobados por el ministerio de Hacienda, y por lo tanto, están contemplados en los balances y en sus reservas. En cambio, por el sistema tradicional tienes que conseguir las platas año a año, tienes que presentar y aprobar presupuestos anuales. Como los requerimientos cambian año a año, la mayoría de los presupuestos de salud se utilizan en emergencias sanitarias y no queda dinero disponible para mantener o reponer infraestructura como edificio, ni mobiliario clínico y no clínico. Esta es una de las grandes ventajas que tiene el modelo.

Pregunta 6: ¿Qué opinas de los hospitales de Bata blanca?

Yo que he trabajado por más de 20 años en distintos empresas revisando distintos proyectos de concesionales, y creo de verdad que si no hubieran existido las concesiones en este país los niveles de calidad de vida serían peores a los que hay hoy día, y en lugar de demorarnos una hora en llegar al trabajo, sin autopistas urbanas nos demoraríamos unas 3 horas, por darte un ejemplo, sin embargo, creo que la industria no ha hecho muy bien su pega, en el sentido que no ha mostrado las virtudes del sistema dejándose vapulear por cada cosa que aparece en la prensa. El tema del Lucro es algo que le afecta mucho y la verdad es que el sistema es bastante transparente, mucho más que otros negocios del estado, porque cualquiera puede ver la rentabilidad de la empresa, todo esto hace que la sociedad todavía mire muy mal el sistema de concesiones.

Y por otra parte, el mundo de la salud también lo mira muy mal, porque siente como un peligro por un control externo, cada hospital tiene su mundo y sus poderes, es una opinión muy personal y ahora viene otro externo como cabeza en el hospital y esto también genera resquemores, por eso es impensable por ahora un modelo de bata blanca en Chile.

Hoy el modelo no funciona así, y a pesar de que la dependencia laboral en los hospitales concesionados no ha cambiado en nada para el personal médico, aun así existe mucho rechazo al modelo, principalmente por desconocimiento, porque muchos pensaron que iban a pasar a ser empleados privados y que perderían aquellos beneficios que les otorga ser empleados públicos.

Yo trabaje en Sacyr por 7 años y tienen Hospitales concesionados en España y Portugal, de todas los modelos de concesión que existen, con Bata Blanca, con Bata Gris, solo la construcción, etc. y para ellos el mejor modelo es la Bata Blanca porque ahí no tienes los conflictos de comunicación entre el director del hospital y el inspector fiscal del MOP como acá en Chile, sino que tienes una sola cabeza que es el director del hospital que es parte de la concesionaria, y se suaviza todo eso porque están todos dentro del mismo contexto. Eso podría ser beneficioso, pero eso es impensable en Chile porque uno de los mayores reclamos de las personas y del mundo médico es que con este modelo lo que está ocurriendo es que se está privatizando la salud, pero el Estado todo lo que hace es a través de un privado. Hoy en día la mayoría de los servicios no médicos de los hospitales sectoriales están externalizados y en manos de privados, porque el estado no tiene la capacidad de hacerlo de manera directa o el coste es mucho mayor.

El tema del lucro, no es tal como la gente lo piensa, los ingresos están establecidos y las rentabilidades están todas publicadas y uno las puede mirar y son incluso menores que cualquier otro servicio público que se ofrece.

En resumen, las ventajas del modelo concesionado son: Primero, que le permiten al Estado construir infraestructura pública, que sin la APP no sería posible construir en cantidad y en calidad, porque el presupuesto es acotado y además se debe distribuir en un montón de otras cosas que la población requiere. Segundo, no solo permite proveer más cantidad de infraestructura y de mejor calidad, sino que además permite garantizar que esa calidad de infraestructura se mantiene en el tiempo, porque incluye los servicios, el mantenimiento y la conservación de la infraestructura, cosa que el sistema tradicional no incluye porque hay que solicitar todos los años presupuesto para mantención. Tercero, porque los incentivos en la APP están adecuadamente puestos, esto que significa, en los hospitales construidos por el sistema tradicional se hacen modificaciones, empiezan a surgir conflictos y la materialización de la

infraestructura se atrasa, con plazos de construcción mucho mayores y los costos crecen, esto hace que finalmente salgan más caros y se demoren más, en cambio, en las APP los pagos y plazos de construcción están claramente definidos y al concesionario se le empieza a pagar únicamente cuando termina de construir, entonces el incentivo al concesionario es a construir bien y rápido, mientras antes empiece a funcionar la infraestructura antes empieza a recibir su reembolso, esto significa que las personas finalmente que son las beneficiarias pueden empezar a recibir atención mucho antes. Cuarto, cuando se construye con APP las empresas están obligadas a tomar seguros de responsabilidad civil y catastróficos y eso significa que si tenemos un nuevo terremoto como el de 2010, el Estado no va a tener que buscar de donde desembolsar para construir nuevos hospitales porque van a operar los seguros y se podrá reparar, restaurar o restablecer la infraestructura perdida con costo cero para el Estado.

Otra ventaja es que si surge un conflicto la ley obliga a que el concesionario siga construyendo y una vez que se ha entregado la infraestructura se ve cómo se resuelve el conflicto, esto asegura que la construcción se termine en los plazos establecidos. En el sistema tradicional los conflictos durante la etapa de construcción son enormes y ha significado tener obras paralizadas por años con el deterioro de la infraestructura.

La principal desventaja del sistema tradicional es precisamente esto, la variación en los plazos que significa finalmente para las personas no contar con esos servicios, por ejemplo, el Hospital Sótero del Río, que estaba con diseño licitado y sólo le faltaba que la concesionaria hiciera los estudios definitivos e iniciará la construcción fue sacado de la cartera de proyectos y al día de hoy todavía no hay nada iniciado y recién se va a licitar para el 2022, eso significa que los usuarios recién va a poder usar el hospital en el 2026, en lugar de ser aprobado en el 2014 y los usuarios lo hubieran tenido disponible el 2018, cómo le respondes a la gente por esos 8 años de espera.

Pregunta 7: ¿Qué mejorarías del sistema de concesiones?

Lo que mejoraría son los contratos, flexibilizaría los contratos en términos de niveles de servicio y no de definición de infraestructura, por ejemplo, en el caso de los hospitales de Maipú y La Florida se definió todo con lujo de detalles hasta el número de ampollitas por sala, etc., en lugar de eso se podría definir el estándar de luminosidad de una sala o la climatización esperada y esto alivia infinitamente los conflictos domésticos que puedan surgir porque el concesionario debe garantizar ese nivel de servicio, por otro lado, se deben eliminar esas zonas grises que existen entre la concesionaria y el personal del Hospital, para reducir las tensiones que puedan surgir.

P: ¿Eliminarías la Figura del Inspector Fiscal? Es que no es posible, por la legalidad de los contratos de concesión, sin embargo, se podría trabajar en una metodología distinta, estuve revisando la experiencia en Inglaterra donde construyen 15 hospitales al mes y trabajan juntos como socios el personal de la concesionaria y el personal de salud y tienen oficinas conjuntas, comparten espacios y tienen reuniones permanentes y también hay un inspector fiscal, y trabajan en una mesa tripartita, esto hace que puedas resolver más fácilmente los conflictos cotidianos.

En Chile, el Inspector fiscal tiene oficina en el hospital, sin embargo hay un protocolo que cumplir, se debe llenar un libro de obras y no es tan expedito el proceso. Ahora al personal de salud le molesta esta figura del Inspector Fiscal porque es del MOP y no del MINSAL, pero esto tiene mucho que ver con la lucha de poderes.

Otro tema que es importante para el personal de salud que trabaja en los hospitales es que se sienten amarrados a una concesionaria por 15 años y si no me gusta el servicio de alimentación que prestan no lo puedo cambiar, sin embargo, este servicio debe cumplir con los niveles exigidos, porque si no lo hace se debe cambiar.

¿Y si los servicios no clínicos son la piedra de la discordia, sería mejor eliminar la provisión de los servicios no clínicos en los próximos contratos de concesión? No es lo más conveniente porque los proveen servicio de alimentación utilizan la infraestructura del Hospital y deben cuidarla también, lo mismo con los servicios de aseo, etc. En el fondo se trata de alinear los intereses y eso se logra con todos los servicios dependiendo de un solo concesionario.

Es importante dejar de mirar este sistema como uno que compite con el sectorial y verlo como un complemento, podríamos construir paralelamente con ambos sistemas, porque los hospitales no se están construyendo en los tiempos que deberían hacerse y esto aumenta aún más la brecha de infraestructura hospitalaria.

Los nuevos hospitales por cualquiera de las dos vías va a resultar cada vez más caro porque hay un incremento en las materias primas y en los costos que está por sobre el IPC, y además que se les ha incorporado nuevas normas como aislantes sísmicos, etc. y eso encarece los costos de construcción.

Entrevista Adolfo Nobre Godoy

Gerente General

Sociedad concesionaria San José- Tecnocontrol

Realizada el 06 de Octubre de 2016.

El objetivo de esta entrevista es conocer la experiencia de la asociación Pública Privada para infraestructura hospitalaria desde la perspectiva de la empresa responsable de la construcción y explotación

Pregunta N°1: ¿Cómo ha sido la experiencia de trabajar en Chile?

Somos una empresa de origen español, la experiencia hasta ahora es positiva, puesto que aunque ha habido problemas de puesta en marcha de los edificios, como cualquier edificio que se construye con una escasa marcha blanca, pero a la fecha ambos edificios están cumpliendo su función a cabalidad, incluso puede que estén incluso por encima de su planteamiento inicial, los dos hospitales estaban diseñados como hospitales de mediana complejidad y están operando hoy como hospitales de alta complejidad.

Por otra parte, la mayoría de los hospitales sectoriales tienen sus servicios no clínicos externalizados, por lo tanto, el modelo de concesión con operación no es tan distinto, la única diferencia es que lo que nosotros hacemos es en lugar de tener varios interlocutores como empresas de servicios, el mandante que es el MOP tiene un único interlocutor que coordina distintas subcontratas de servicio del hospital.

Pregunta 2: En una conferencia de la Cámara Chilena de la construcción (CCHC) realizada en Agosto de este año sobre APP en infraestructura hospitalaria, el Dr. Marcos Vergara, director del Hospital de Neurocirugía, comentó que existe reticencia desde el sector salud a las concesiones con mantención y operación de servicios no clínicos, porque se ven estos como un sistema rígido en la provisión de los servicios y si no me gusta la empresa a cargo de la alimentación, por ejemplo, decía el voy a tener que comer el mismo sándwich, no puedo cambiarlo porque la concesión se mantendrá por 15 años.

La verdad es que eso no es así, nosotros tenemos varios servicios subcontratados con otras empresas especialistas en la provisión de cada uno de los servicios, como alimentación, aseo, etc., pero tenemos que mantener un estándar de calidad de servicio, por lo que si una empresa no ofrece la calidad del servicio a juicio de los indicadores establecidos en las bases de licitación tenemos la obligación de tomar medidas y se cambia a la empresa subcontrata. En los hospitales tradicionales esto no están distinto, no se cambia la empresa de servicios porque si, sino porque está

incumpliendo los acuerdos o la calidad de los servicios, la única diferencia es que en este modelo el que pone la cara como intermediario con la empresa subcontrata es la concesionaria, pero como digo no es tan distinto porque ambos hospitales los servicios están subcontratados no es que en los hospitales tradicionales sean trabajadores propios los que proveen estos servicios.

Pregunta 3: Respecto a la figura del Inspector Fiscal de explotación, del MOP. ¿Les acomoda este intermediario? ¿Hace más burocrático el sistema?

No nos acomoda ni nos incomoda, nosotros entramos a este modelo concesionado con bases de licitación conocidas y en ellas se establecía que debía existir un árbitro entre el usuario del edificio que en este caso es el MINSAL y la empresa y este árbitro es el Inspector Fiscal de explotación.

Este modelo de asociación pública privada, es distinto a arrendar camas a una clínica, es una colaboración donde la empresa privada aporta la financiación, construye el edificio, hace el diseño, lo mantiene y lo entrega al final del periodo en óptimas condiciones y a cambio recibe un subsidio mensual, en este caso, el servicio público complementa nuestros servicios proveyendo la gestión clínica, es decir, todo el personal médico es puesto por el MINSAL. Entre estas dos partes surgen discrepancias, y ya sea un inspector fiscal de explotación, un inspector sanitario o una comisión arbitral, como en otros países, debe existir un árbitro para que puede dirimir en el día a día las distintas interpretaciones que pueda haber y para que sea también garante de que ambas partes cumplen sus acuerdos. Entonces, sea un inspector fiscal del MOP, del ministerio de Salud o de otro ministerio, a nosotros nos da absolutamente lo mismo.

Respecto a lo burocrático, todos los sistemas de concesiones en Chile tienen un sistema similar para llevar registro de lo que ocurre, que es un libro donde se escribe y se registran las fallas y requerimientos, no sé si existe una alternativa para hacerlo menos burocrático, pero aun las más de 80 concesiones que funcionan en el país utilizan el mismo sistema de registro. Existe un sistema electrónico que se quiere implementar y nosotros lo tenemos disponible, pero aún está en marcha blanca y al ministerio de salud le está costando un poco implementarlo porque requiere capacitar personal y un cambio en la cultura organizacional.

El que haya tres figuras conviviendo, pues tendrán que decidirlo los que hacen las políticas públicas, pero por lo que tengo entendido todas las concesiones tienen un inspector fiscal de explotación, porque tiene que existir un árbitro entre ambas partes. Hay otros modelos donde no se requiere arbitro porque no hay dos figuras, uno que

provea la infraestructura y otra los servicios clínicos, que son los hospitales concesionados de “Bata Blanca” , ahí no hay muchas discrepancias, porque los médicos con de la concesionaria, el edificio es de la concesionaria y los servicios también los provee la concesionaria, entonces, es como arrendar una clínica por cama, pero el modelo que se ha escogido en Chile, es un modelo mixto, que puede tener un poco más de burocracia que un modelo de bata blanca evidentemente.

Pregunta 4: Respecto a las utilidades de la empresa privada a cargo de la concesión, ¿las bases de licitación permiten lucro en este modelo de concesión?

No, imposible, las bases de licitación que aunque se han tenido que amoldar a un nuevo modelo de concesión que es el hospitalario, están basadas en la experiencia de Chile de más de 25 años en concesiones, y por tanto, están pensadas para conseguir un equilibrio económico entre la empresa a cargo de la concesión, porque si no tuvieran rentabilidad obviamente no habría empresas interesadas en participar, pero que defienda también los intereses del Estado. Si me preguntas si el concesionario va a lucrar con este modelo, pues obviamente debe obtener rentabilidad de su inversión porque si no el privado no se va a interesar, pero no es desmedido, porque el subsidio a la construcción es fijo y pactado desde antes de que inicien las obras y el de explotación también, hay un pequeño subsidio variable que es un incentivo a hacer las cosas mejor, pero que no está asegurado, hay que cumplir con los índices de calidad y, por otro lado, hay un completa tabla de multas que se cursan si no se cumple

El lucro no desmedido no es posible con este sistema, pues una licitación abierta, donde quien gana es la oferta más económica o quien tenga la mejor relación calidad-precio.

Nosotros somos una empresa constructora y concesionaria de servicios, podemos ofrecer una cosa o la otra o ambos servicios a gusto del cliente, y ahora mismo estamos ejecutando dos hospitales sectoriales como constructora el de Ovalle y el de Calama. El MINSAL ha confiado en nosotros para la construcción de estos dos nuevos hospitales, eso habla de que la experiencia no ha estado tan mal.

Pregunta 5: Las ofertas económicas para construir vía sectorial los hospitales de Curicó y Chillán fueron muy superiores a lo estimado y mucho más caras que las ofertas que ya había recibido el MOP cuando estos hospitales se iban a construir por vía concesionada. ¿Cree usted que hubo colusión de las empresas para aumentar los precios de las ofertas?

Eso es impensable en un mercado que es totalmente abierto, donde no hay que obtener licencias especiales para construir y que esto limite la participación a unas pocas empresas, esto no ocurre, puede venir cualquier constructora Nacional o Internacional, es más nosotros ganamos la concesión de los hospitales de Maipú y la Florida solo con agencia en Chile, éramos una empresa internacional, y el Estado de Chile hizo las bases de licitación para invitar a empresas internacionales de todo el mundo mundial a participar del proceso, no creo que todas las empresas del mundo se hayan podido coludir para llegar a un acuerdo. En el caso de Curicó, es un Hospital grande y han participado gran número de empresas constructoras, entre ellas nosotros, pero no ganamos, como te digo no es un mercado cerrado, el precio se ha hecho más alto por una sencilla razón, porque construir un hospital sectorial puede llegar a ser más caro si no se consideran diversos factores como la variación en los plazos y obras, por ejemplo, en un hospital concesionado a nosotros nos interesa terminar las obras lo antes posible, porque mientras antes terminemos antes empezamos a cobrarlas, entonces procuramos hacer un diseño que sea rápido de construir también. Otro factor importante, es si la empresa tiene la capacidad de esperar a recuperar la inversión durante la fase de explotación como en los hospitales concesionados o si requiere ir recibiendo pagos durante la fase de construcción.

En los hospitales vía concesionada hay factores que considerar como la mantención durante la fase de explotación y sobre todo la reposición de los activos. Esto significa que al cabo de los 15 años que dura el periodo de concesión, nosotros le vamos a entregar al estado de Chile un Hospital completamente operativo, es decir, salvo el desgaste natural del tiempo en la infraestructura que no vamos a botar, vamos a entregar un Hospital en perfectas condiciones de uso. Esto en un Hospital sectorial no se garantiza en ningún caso. Entonces si a un hospital concesionado le quitamos estos dos pluses o garantías y lo dejamos solo como construcción puede que sea más barato que un hospital sectorial.

El MINSAL es como un usuario que se quiere construir la casa a su gusto, y si le damos la oportunidad de opinar pues lógicamente va a tratar de hacerlo a su gusto, entonces desde ese punto de vista, el MINSAL modifica los diseños como cualquier usuario al que se le pregunte y siempre será sin límite, pero como hay que terminar de construirlo se debe poner límite, en el caso de los hospitales concesionados el que regulaba esto era el MOP, en los hospitales sectoriales tiene que autorregularse. Construir un hospital tarda dos años aproximadamente y en ese periodo pueden surgir cambios.

Pregunta 6: En el caso de los Hospitales de Maipú y La Florida ¿el diseño fue hecho por ustedes?

Si, nosotros traíamos el diseño ya hecho.

Existen muchas variaciones del modelo de la construcción de hospitales, hay algunos que incluyen la fase de diseño, otros son solo construcción, otros como en el caso de los Hospitales Salvador Geriátrico y Félix Bulnes incluyen los equipamientos médicos. Nosotros no. NO todos los hospitales tienen el mismo modelo de contratación.

Es difícil tener certeza de cuál es el modelo más interesante y conveniente porque con solo dos hospitales es difícil hacer comparaciones, hay que tener una masa crítica como para hacer comparaciones, se pueden sacar algunas conclusiones de la experiencia, pero para conocer ventajas y desventajas de los modelos es mejor recurrir a experiencias internacionales más longevas como Inglaterra y España.

Pregunta 7: El CRS Transitorio de La Florida esta anexado al Hospital de la Florida y en las bases se incluye obras. ¿Es posible aislar el costo de construcción de este CRS?

El CRS transitorio de La Florida no es parte del proyecto original, lo que se hizo fueron unas pequeñas adaptaciones de obra. Yo no estaba durante la construcción, llegue durante la fase de explotación, pero por lo que sé solo se hicieron obras menores y no se agregaron o aumentaron el costo del Hospital. El CRS sanitariamente si está vinculado con el Hospital pero nosotros no tenemos relación con el edificio ni con la mantención ni servicios ni nada, es decir, nosotros ni entramos al CRS en la fase de explotación.

Pregunta 8: Ustedes están obligados a publicar los estados de Situación financiera de la Sociedad Concesionaria anualmente, ¿esto refleja los montos de capital de inversión de los primeros años?

La sociedad concesionaria es una empresa de rubro único y que aportó para la licitación, por una parte, la experiencia en construcción de la Constructora San José y, por otra parte, la experiencia en servicios de Tecnocontrol. Las dos empresas son parte del 100% accionaria del grupo. Entonces lo que hicieron fue crear una empresa aparte, radicada en Chile, es decir, chilena cien por ciento, con participación de ambas empresas.

Los costos y capitales invertidos que aparecen en el Estado financiero corresponden solo a este proyecto. La sociedad concesionaria San José Tecnocontrol Solo tiene a su cargo la concesión de los hospitales de Maipú y La Florida. No tiene ni puede tener otros proyectos porque es una sociedad de Giro único porque así lo exigen también las bases de licitación. Por tanto los números son de este exclusivamente de este proyecto.

Pregunta 9: ¿Invertirían en nuevos proyectos en Chile?

Si tienen rentabilidad sí.

Nuestra proyección es de quedarnos en Chile, ahora Tecnocontrol ha ganado la mantención del Hospital de Neurocirugía del Dr. Vergara, es un contrato pequeño casi simbólico pero nuestro interés es quedarnos en el país. Estamos con dos proyectos de construcción de los Hospitales de Ovalle y Calama, hemos participado en la Licitación de los hospitales ahora sectoriales de Curicó, Linares, etc. Estamos construyendo también clínicas privadas, es decir, la empresa vino a participar en este proyecto pero dado que la concesión dura 15 años pues hemos decidido no quedarnos solo a este proyecto, sino a participar en todos aquellos que nos den un mínimo de rendimiento y nos interesa quedarnos en Chile porque nos da garantía financiera.

Si nos piden mantenimiento, pues lo damos, si nos piden construir como lo estamos haciendo construimos, y si nos piden concesionar y el modelo de negocio es viable a largo pues participaremos también claro que sí.

Pregunta 10: ¿Tienen ustedes proyectos de Hospitales concesionados en otros países?

Hemos construido hospitales en varios países y concesiones en otros países tenemos, hospitalarias no. El modelo de concesión en infraestructura hospitalaria con explotación es relativamente nuevo y está emergiendo cada día más, es un modelo bueno en determinadas economías, en una con capacidad de inversión pública más dotada de medios quizás no tiene tanto sentido, pero en economías emergentes en donde hay una demanda de la ciudadanía por una salud cada día de mejor calidad, la concesión lo que permite es adelantar el beneficio a tiempo presente, sin descuidar el beneficio que se podría dar a construir más escuelas, más viviendas sociales, etc. Entonces, en países donde aún hay déficit de infraestructura pública la concesión hospitalaria puede formar parte del entramado como cualquier otro tipo de concesión. La mayor parte de la experiencia está en oriente, sin embargo, nosotros creemos que donde la concesión hospitalaria es más útil es en aquellos países donde esa infraestructura todavía no está creada, porque lo que permite es adelantar el beneficio a tiempo presente, por ejemplo, una carretera que no se construye va a suponer dos años de taco para un conductor, pero un hospital que no se construye pues en dos años se va a morir mucha gente por falta de asistencia inmediata, listas de espera más largas, Entonces, la necesidad hospitalaria es más urgente de cubrir.

Agradecemos la oportunidad de dar nuestra opinión, que no siempre se nos da, cada vez se da más porque parece que hay mayor intención de validar un modelo y para ello es necesario conocer la opinión de todos los actores sino la evaluación es muy sesgada.

Existe mucho rechazo al modelo de hospital concesionado porque se piensa que es privatizar la salud, pero no hablamos de eso, si al final el hospital es del Estado de Chile, los médicos y los pacientes son del sistema público, los equipamientos y los insumos los compra el servicio de salud, no se hace nada que no se esté haciendo actualmente en un hospital público incluso en la externalización de ciertos servicios. El déficit de infraestructura hospitalaria y equipamiento médico hace que muchas veces los hospitales hagan determinados convenios con clínicas o laboratorios privados para enviar a sus pacientes a realizarse exámenes porque no disponen de los medios y le pagan al centro externo por la resonancia magnética o compran los días de cama de hospitalización en una clínica privada, esto también es comprar servicios privados.

Respecto a que es lo más barato si construir hospitales vía concesionada o sectorial, es difícil, pues no basta solo comparar el costo de metro cuadrado de construcción, sino también hay que sumarle el costo de oportunidad, porque la vía concesionada te permite construir 50 hospitales a la vez, esto como se cuantifica, con el costo social en este caso y con el sobre costo que tiene requerir servicios de clínicas privadas que muchas veces tiene un coste altísimo.

Esto es una decisión a veces tan doméstica como arrendar o comprar una vivienda, pues si tienes la opción de arrendar con opción a compra pues puede ser la mejor, si no tienes el dinero para comprarla de una vez. Es una compra con pago a cuotas y que además tiene incorporado el servicio de mantención de infraestructura y los servicios no clínicos que la mayoría de los hospitales ya tiene externalizados.

Si usted me va a encargar la construcción de un edificio y una vez que se lo entrego usted va a contratar una empresa de aseo, otra para alimentación, etc., pues mejor contrátemelo todo a mí que hasta le puedo hacer un precio, que al final es una combinación de servicios.

El modelo de colaboración público privada es muy amplio y puede combinarse como mejor se requiera, ahora decir a mí este modelo no me gusta porque tiene mucha participación el privado nos parece más ideológico, pero quizás lo que la gente siente es un temor a que empiece por aquí y termine con algo desconocido.

Nosotros no tenemos predilección por ningún modelo en particular, construimos hospitales en muchos otros países y hay países como Dubái que no requiere modelo concesionado porque tienen presupuesto para construir simultáneamente hospitales como el de... y por otro lado, mantenemos hospitales en España con o sin equipamiento médico. Nosotros vamos donde nos llamen, no es nuestra misión ni nuestra intención indicarle al país cual es la política pública que debe llevar. Cada país

decide qué modelo le acomoda más dependiendo de su realidad y para cada momento en particular. Lo que no haríamos es meternos en un modelo desconocido para nosotros, en construcción y mantenimiento de hospitales tenemos experiencia, lo que no haríamos es meternos en hospitales con bata blanca, con gestión clínica, que en España hay varios, pero se encuentra demasiado alejado de nuestro Know How, ya solos no lo haríamos quizás con un socio que aporte la experiencia en gestión clínica y tal quizás podríamos aventurarnos, pero por ahora no. No digo que este modelo no sea bueno, sino que es mucho más complejo requiere reclutar médicos, enfermeras, y todo el servicio sanitario y hacerse cargo de toda la gestión clínica, lo bueno es que tiene un solo director, que es lo que quiere el MINSAL una sola cabeza, un solo director.

Lo que complica de este modelo es tener tres figuras conviviendo en la dirección del hospital, por un lado la concesionaria, por otro, el Inspector Fiscal de explotación y a cargo de la Gestión clínica el director del Hospital.

Pregunta 11: Si se daña un enchufe, ¿el director del hospital debe avisar al inspector fiscal para que lo repongan?

Esto es otra falacia que se ha dicho del modelo, veras si se daña un enchufe nosotros tenemos 24 horas para reponerlo, nosotros tenemos un sistema informático donde se avisa: estimados mi enchufe no funciona venga a ver qué pasa... y nosotros tenemos estándares y para un enchufe hay 24 horas por lo que nosotros mandamos un técnico que revisa que evidentemente no funciona y lo repone o lo repara. El sistema se llama CAU (centro de Atención al usuario) y hay personal del hospital capacitados y habilitados para poner los reclamos, entonces si el jefe de turno notifica un enchufe dañado, nosotros vamos y lo reponemos sin coste para el hospital porque nuestro contrato incluye la reposición de todos los activos dañados.

Otra cosa es que desde el hospital me digan tenemos tres enchufes y queremos un cuarto, porque el diseño incluía tres enchufes y ese extra tiene un coste adicional, nosotros le entregamos un presupuesto y el hospital decide si lo quiere o no lo quiere y si no puede contratar a otra empresa. De hecho, hay un fondo de 3.500 UF semestrales para hacer este tipo de modificaciones o reformas, pero es exclusivamente para infraestructura no para servicios, no se puede utilizar para alimentación u otros servicios, si este fondo no se utiliza se acumula, se pone en una cuenta y queda ahí, de hecho, hay un fondo acumulado importante. Lo que no se puede hacer es que el hospital decida hacer una planta más, porque eso ya no es una pequeña reforma, es un cambio importante y entonces tenemos que conversarlo, ver el presupuesto y si es factible de realizar o no.

Entonces, si se daña un enchufe tengo que reponerlo inmediatamente porque es que si no a nosotros nos pasan multa, porque el contrato incluye la reposición y la mantención preventiva de los activos, que es otra diferencia con los hospitales sectoriales que tienen un presupuesto limitado para mantención, puede ser grande o pequeño, pero limitado y si se acaba pues no hay más hasta el próximo año, en el hospital concesionado el presupuesto es ilimitado para reparaciones, si se necesita se hace y punto, porque debemos garantizar que el hospital siempre esté en óptimas condiciones de funcionamiento sin limitación presupuestaria.

Pregunta 12: ¿Ustedes realizan estudios de satisfacción usuaria?

Si, nosotros estamos periódicamente evaluando la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios. Nosotros tenemos que discriminar los reclamos de los usuarios a los que se refieren a nuestros servicios porque nos llegan reclamos todos los días, algunos son porque el paramédico le ha pinchado mal y le ha hecho daño y ahí que quiere que le diga, pero llegan otros como he ido al baño público y ha estado sucio, nosotros revisamos las rutinas de limpieza se hacen cada dos horas y si el usuario que ha entrado antes que usted lo ha dejado sucio, pues le pedimos mil disculpas, pero no podemos tener personal fijo en los baños limpiando cada vez que alguien entra. Otro reclamo es por ejemplo, le he preguntado indicaciones al guardia y no me supo responder, pues le explicamos al usuario que esa no es su función y que a lo más podrá derivarlo a la OIRS pero que no tiene que saber cuándo ni dónde le toca su hora médica, distinto es si la queja es porque ha sido muy grosero o ha tenido malos tratos con el usuario, pues se revisará el caso y quizás no se designe nuevamente a atención de público.

Pregunta 13: ¿Conoce la encuesta de CADEM, respecto a la satisfacción usuaria con estos dos hospitales?

Verás que los resultados de esta encuesta son muy curiosos, porque se le pregunta a la gente que opina del hospital y dice que el hospital es muy bonito, pero se queja de los largos tiempos de espera, de que ha venido ya tres veces y no la han atendido, etc. y cuando le preguntan si está de acuerdo con el hospital concesionado, dicen NO, de ninguna manera. Esto da cuenta que hay una completa desinformación del usuario de lo que es el modelo de hospital concesionado y cuáles son los servicios que entrega y las ventajas que aportan. Porque si el hospital fuera sectorial pues tendrían los mismos problemas de atención médica, listas de espera, etc. Esto se resuelve aumentando la infraestructura hospitalaria y también el personal sanitario, ya verán como lo hacen con más universidades o importando personal médico de otros países, como sea.

Pregunta 14: Respecto al cobro de estacionamientos ¿Por qué se hace?

Los estacionamientos son un servicio complementario. El cobro y el número de estacionamientos están establecidos en las bases de licitación. Gran parte, o más de la mitad de los estacionamientos son para los funcionarios y el resto que queda libre son para cobro al público y se cobra a un precio del entorno, nosotros hicimos un sondeo del valor de los estacionamientos del sector, sacamos la media y esa fue la tarifa que se ha fijado. Este es un servicio complementario que va para la concesionaria pero que sirve para amortizar ciertos pagos o subsidios.

Todo venia diseñado en la bases, nosotros estamos atados de pies y manos, no podíamos hacer más plazas ni fijar otros precios que lo que viene establecido en las bases de licitación. Por eso es que las bases regulan el lucro, y no puede ser desmedido, si me dicen hasta lo que debo cobrar de estacionamiento, esto si es totalmente rígido del contrato, no podemos ofrecer una mejora económica por ningún sitio porque todos los ingresos están perfectamente definidos.

Entrevista Mauricio Márquez

Ex jefe de División de Desarrollo y Licitación de Proyectos, de la Coordinación de Concesiones de Obras Públicas (CCOP) del Ministerio de Obras Públicas, responsable del diseño y licitación de estos hospitales

Actualmente asesor del BID para infraestructura hospitalaria.

El presente estudio de caso es sobre los Hospitales de Maipú y La Florida que son los primeros hospitales concesionados en Chile operando y quisiera conocer su opinión sobre su experiencia trabajando en los procesos de licitación de estos hospitales.

Mauricio: ¿Qué antecedentes tienes?

Yo: Datos del banco integrado de proyectos, encuesta Cadem, datos de indicadores clínicos solicitados por transparencia.

Mauricio: ¿Y cómo te fue con los indicadores clínicos??

Yo: No había diferencia con los indicadores de gestión clínica del Hospital Luis Tisne.

Tema 1: Desde el punto de vista de la Gestión clínica, qué bueno que no existan grandes diferencias con los otros hospitales, porque estos hospitales concesionados no incluyen operación clínica, porque son de Bata Gris, como se les conoce a los con esta modalidad, y más estos hospitales porque no incluyen equipamiento médico, por lo tanto, desde el punto de vista netamente clínico no debiera porque funcionar mejor o peor porque las prácticas desde el punto de vista clínico en los hospitales concesionados y tradicionales no debieran ser tan distintas, a menos que como se tratan de hospitales nuevos y no reposición de infraestructura, me dijeras que se construyó una cultura organizacional nueva que surgió de personal nuevo proveniente de otros sectores y que estableció una nueva forma de gestión asistencial más eficiente que en otros hospitales, que es lo que ocurrió en los '90 con el Hospital Luis Tisne, uno de los últimos hospitales sectoriales entregados en Santiago, se focalizó en la Gestión clínico asistencial, todo el resto de los servicios de apoyo a la gestión asistencial se externalizaron, por lo tanto, uno debiera esperar de la segunda oleada de concesiones que incluye equipamiento médico que mejorase el acceso, entendiendo por acceso, tiempos de espera, oportunidad en la atención, señalética, acceso de discapacitados, etc. desde esa perspectiva nunca fue el objetivo al concesionar hospitales de Bata Gris mejorar la gestión clínica, en el fondo lo que se buscaba era apoyar a los hospitales en todos los servicios anexos para poder focalizar el esfuerzo del directivo en la gestión clínica y no en la gotera de la esquina, la idea es que los directores de hospital realizarán realmente gestión clínica y no se gastarán esfuerzos en reparar la gotera, pagar horas extras, etc.

De la encuesta de Cadem se ve que a la gente no le importa si el hospital es concesionado o no, lo que a gente realmente le importa es el trato, el acceso, confiabilidad, factores higiénicos mínimos. En el fondo lo que los hospitales concesionados buscan es garantizar todos los otros factores para que se pudiera mejorar la gestión clínica.

TEMA: GOBERNANZA.

Desde el punto de vista de la Gobernanza, hay tres cabezas en estos hospitales, el Director del Hospital, el Inspector Fiscal de Explotación y la concesionaria y un cuarto, escondido debajo de la mesa, la jefatura del servicio de salud respectivo. Ahora déjame explicarte por qué se hizo así, se hizo así porque está ajustado a derecho, la tutela de todos los proyectos de concesiones en este país son del MOP, ya sea una central hidroeléctrica o carretera, cualquier cosa que se construya en este país bajo el sistema de concesiones, la ley dice que el responsable de la gestión, supervisión y fiscalización es el MOP y por lo tanto, la figura que permite administrar estos contratos es el comité de coordinación y es efectivamente tripartito, ahora el ámbito de acción de este comité es netamente de los servicios no clínicos.

El problema de este esquema es quien tiene el poder, antes el director del hospital tenía muchas atribuciones en temas muy domésticos, por ejemplo, quiero un enchufe en ese lugar, ahora hay que evaluarlo, está definido así. Lo que los directores de Hospital tienen que entender es que la idea era precisamente aliviar estos temas para que puedan dedicar sus esfuerzos a la gestión clínica. Las bases de licitación dan cuenta de un nivel de servicio sustantivamente mejor que lo teníamos en los hospitales tradicionales, que podría flexibilizarse un poco el sistema, claro que sí.

Una de las quejas del sector salud es que el modelo carece de flexibilidad en ciertas cosas y se sienten amarrados a una concesión por 15 años, por ejemplo, si no me gusta la alimentación tengo que comer lo mismo por 15 años o si quiero agregar un enchufe adicional, efectivamente, las bases indican que para adicionar un enchufe se presenta un proyecto y se presupuesta, la concesionaria hará un planito y lo agregara al sistema eléctrico del edificio y pasa a ser parte de la infraestructura y se le debe dar el mismo nivel de servicio a ese enchufe adicional.

La ventaja de este modelo es que lo hace más transparente, porque para cambiar un proveedor de servicios, si pelee con el que prepara la alimentación o si me cayó mal, en los hospitales tradicionales lo puedo cambiar de un día para otro, con este nuevo sistema tengo que demostrar que la alimentación bajo el nivel de servicio, el gramaje o está añejo, para poder solicitar cambio de proveedor de servicio, yo estoy de acuerdo en que entrega un marco de mayor rigidez, pero por otro lado, lo que los directores de hospital tradicional olvidan es que con este nuevo sistema están garantizados los presupuestos para todos los pagos de servicios, no tiene que ir a pelear año a año presupuesto para mantención, renovación de equipos, porque ya están asegurados. Es

más en los hospitales de la segunda oleada de concesiones, tienen asegurado el plan de inversión por los próximos 15 años, con la renovación de equipamiento médico incluida, no hay ningún otro hospital ni clínica privada que lo tenga garantizado, acá las bases dicen que si se cumplen los requerimientos para ser renovado el equipo este se compra y ese financiamiento está asegurado.

TEMA: CAMBIO DE PMA

El Hospital de Maipú fue definido con un determinado PMA (Programa Médico Arquitectónico) y un programa funcional que definía la cartera de servicios que iba a entregar y con quienes se relacionaría y de esta forma, y resulta que eso lo cambiaron entero y pasó de ser un Hospital de Mediana a Mediana Alta complejidad. Cuando llegué a CCOP el 2010, me di cuenta que quienes habían diseñado este hospital no incluyeron escáners, unidades de paciente crítico (UPC), porque MINSAL lo había definido como de mediana complejidad, un hospital de 400 camas sin escáner, eso significaba que una paciente que requería un escáner fue trasladada en ambulancia al San Juan de Dios y dejada en un camilla esperando que un alma caritativa le pregunte a que va y puede ser que al final del día ni siquiera alcanzarán a hacerle el escáner. Finalmente terminaron reformulando el Programa Funcional del Hospital y aumentaron hartito las UPC, eso significa cambiar 10 veces la proporción de personal, por lo tanto todos los gastos se incrementaron considerablemente.

TEMA: DISEÑO.

Los diseños de Hospitales en Chile, tanto de los hospitales sectoriales como concesionados, están en manos de señores arquitectos e ingenieros con muy poca participación del personal médico y particularmente de las enfermeras, porque ellas son las que saben el proceso y se preocupan de las normas. En el mundo privado, es al revés en general quien lidera son los diseños son el personal médico, con apoyo de arquitectos que toman nota y se preocupan que se cumplan las normas de la municipalidad, las ordenanzas, etc. Es súper distinto el enfoque porque la infraestructura está realmente al servicio del usuario, tanto interno como el externo, y no de los ingenieros o arquitectos que no van a usar jamás la infraestructura, no se involucran en la gestión operacional. Ahí hay un tema que es transversal para ambos tipos de hospitales en Chile.

TEMA: MODALIDAD DE CONCESIÓN CANADIENSE.

La modalidad de concesión que se usó para los hospitales de Maipú y La Florida, es el modelo de Canadiense, que invita a las empresas a participar y cada uno compite con pre diseños, que son diseños de arquitectura bastante afinados, pero eso es súper caro para la realidad de este país y además es muy lento, porque requiere que el Estado tenga equipos para revisar cada uno de esos diseños y eso en la práctica no

existe. Este Proceso duro 6 años, mucho tiempo para la realidad de este país y no estoy hablando desde un punto de vista político estoy hablando de la necesidad sanitaria de Chile. Esta modalidad es un lujo que los canadienses se pueden dar, pero a mi juicio para nosotros no es posible porque no tenemos plata ni tiempo para poder hacer eso.

Con la nueva oleada de hospitales concesionados lo que nosotros hicimos fue modificar la modalidad de licitación por uno más eficiente, en la medida que tengas hartos hospitales que construir bajo este modelo. Lo que hicimos como Estado (en CCOP) fue contratar el diseño o el pre diseño, y por lo tanto, la empresa agarraba ese pre diseño, evaluarlo (en riesgos y costos) y segundo, las bases de licitación eran comunes por lo tanto las empresas pudieron participar en todos los procesos sin que se les cambiase la estructura jurídica de los contratos y eso es de un ahorro de tiempo enorme, porque en el fondo el esqueleto es exactamente el mismo, variaba algunas cosas mínimas, pero era como un diseño de vestido similar que podía adaptarse según las diversas tallas, pero el diseño era el mismo y no licitar para uno pantalón y para otro vestido. Por tanto, esto daba mayor claridad porque los equipos técnicos y legales sabían a que se enfrentaban, el que más nos costó fue el primero, que fue Antofagasta, pero de ahí en adelante fue mucho rápido todo. Finalmente, todo esto resultó en una pérdida de plata enorme para el País y para las personas, porque hoy día ¿qué se ha hecho por el Sótero del Río? llevamos 3 años y ni siquiera se ha licitado el diseño, o sea, cuando se decidió bajar los proyectos yo lo pase muy mal porque lo había hecho con mucho de mí, pero esperé ver qué pasaba y pasa el tiempo y no hay nada porque no hay plata, si construir un hospital vía sectorial es como comprar una casa al contado o en tres cuotas precio al contado (año 1, año 2, año3), pero con la situación de hoy, el estado no tiene ninguna posibilidad de iniciar la construcción de los 60 hospitales que tenía programado y pagar de un chancacazo (uno sólo pago al contado) todos de manera simultánea y además hacerse cargo de la acreditación, que es algo que se nos vino encima, pero que exige estar al día con los presupuestos para mantención de infraestructura y equipamientos.

TEMA: NIVELES DE SERVICIO.

La concesionaria debe cumplir con los niveles de servicio indicados en las bases de licitación y para ello hay indicadores que miden estos niveles, cuando se presenta un requerimiento se ingresa a una plataforma electrónica llamada SIC y la empresa tiene plazo para resolverlo, el problema surge cuando el requerimiento se ingresa muy cercano al cambio de turno, porque la persona que lo pidió no le da el alta a la observación y el que entra a turno no sabía y queda como una suerte de incumplimiento, pero esto no significa que los indicadores no sirvan, al contrario sirven mucho.

Actualmente, estoy trabajando como asesor del BID en concesiones hospitalarias para Latinoamérica, porque los países se dieron cuenta que no tienen la plata para construir todos los hospitales que requieren y que necesitan mecanismos para lograr que los esfuerzos se concentren en la actividad clínica y no en la actividad operativa. De hecho, ahora en Perú hay dos proyectos de Hospitales de Bata Blanca, pero nosotros en Chile, no estamos preparados técnicamente para esto, porque no sabemos cómo hacerlo. Yo esperarí que iniciaran con este modelo las clínicas privadas con las aseguradoras, pero por integración vertical no es posible, pero la única manera de tener control real de costos en salud es que quien financia pueda controlar, porque los prestadores no tienen incentivo a la eficiencia y tener un Estado fuerte que regule la subutilización.

Yo aplaudo a la señora Jeannette Vega, directora de Fonasa, por dar el paso y poner pago por GRD sobre la mesa, es una súper buena medida, esto es un tema técnico no ideológico.

Entrevista Ricardo Urbina Koning

Subdirector administrativo

Hospital Clínico La Florida.

El propósito de esta entrevista es conocer su experiencia en la gestión de un Hospital concesionado.

Creo que tú debes entender cuál es la modalidad de un hospital concesionado que es un hospital público, lo que incluye la concesión primero es la construcción, en el cual el Estado le paga a esta sociedad concesionaria que se adjudicó la construcción, le paga una cuota anual por subsidio fijo a la construcción, la cual está asociado en un porcentaje o cantidad de plata por el Hospital de La Florida y otro porcentaje por el hospital de Maipú, eso lo paga directamente el MOP a la concesionaria por la construcción, y junto con eso, en este modelo de concesión se incluyeron servicios de operación del hospital que son alimentación, vigilancia, mantención de equipos industriales, mobiliario no clínico, ropería, aseo, Jardín infantil y sala cuna, por lo que el Estado paga un subsidio fijo a la operación, en nuestro caso, por 15 años, de aproximadamente 4100 millones (valorado en UF), estos servicios de operación, la sociedad concesionaria postuló, los licitó y dijo voy a dar alimentación para tantas personas, voy a vestir tanto número de camas y el hospital tendrá este diseño y está estructura, con un determinado mobiliario clínico y eso fue lo que ofertaron y el Estado dijo está bien y se lo adjudicó a esta sociedad concesionaria con esta oferta económica.

El inspector Fiscal, Felipe Acuña, actúa como un árbitro entre la sociedad concesionaria y la dirección del Hospital, que según las bases de licitación contempla una reunión mensual y que el Inspector fiscal tenga un equipo de asesoría Técnica para supervisar que se cumpla lo establecido en el contrato. Sin embargo, nosotros como dirección del hospital también tenemos que contar con un equipo, que no estaba considerado inicialmente, para que supervise y vigile que se cumplan los servicios que debe proveer la sociedad concesionaria, porque es súper importante para nosotros asegurarnos que se cumpla. Por ejemplo, la Sociedad concesionaria tiene su nutricionista encargada de las minutas de alimentación de los pacientes, el equipo de asesoría del Inspector fiscal también tiene una nutricionista para supervisar el servicio de alimentación de la sociedad concesionaria, nosotros como hospital también tenemos que tener una nutricionista que haga la misma pega y supervise a la sociedad concesionaria porque me tengo asegurar lo que se hace porque finalmente al que van a sancionar administrativamente por cualquier problema que surja no es a la sociedad concesionaria o a la inspección fiscal, es al Hospital, y si hay un problema sanitario van a sancionar a la directora del Hospital, por darte un ejemplo, si hay un

error en la prescripción de un alimento, en un caso exagerado y se da a una persona diabética un jugo concentrado con azúcar y ese paciente se descompensa o le pasa algo, ¿quién es el responsable por la salud de ese paciente hospitalizado? La dirección del Hospital. Ante toda complicación que tengan los servicios que entrega la concesionaria, la dirección del hospital es la cara visible ante los usuarios porque el paciente evalúa el servicio general, no distingue lo que es servicio de la concesionaria y la gestión clínica, son los directivos y el personal administrativo los responsables ante ellos de todo lo que ocurre en el hospital.

El departamento de operaciones es un equipo multidisciplinario que supervisan todos servicios de la concesionaria, hay una persona para supervisar vigilancia y estacionamiento, una enfermera para aseo y ropería, una nutricionista para alimentación, un ingeniero eléctrico para ver el tema de electricidad, un ingeniero mecánico para las mantenciones de equipos, la idea es que sea una contraparte y supervise el funcionamiento de los servicios, cuando hay un problema partimos nosotros a ver qué pasa, cuando los responsables son los de la sociedad concesionaria, y el que debería velar por el cumplimiento de esto es el inspector fiscal.

La ventaja de esto, es que no requiero un equipo completo dedicado a hacer esta pega, solo tengo personal encargado de la supervisión, pero no tengo un departamento de operaciones con 50 personas con técnicos, gáster y electricista para reparar las fallas, nos despreocupamos de eso, si hay un corte de luz o una falla eléctrica no tengo que repararlo, solo dar aviso, el problema es cuán rápido repara la concesionaria la falla y como me afecta eso en el funcionamiento del hospital y como afecta la atención a los pacientes, por ejemplo si hay problemas durante el fin de semana el primero de nuestro servicio de operaciones que llega o yo, me incluyo porque me ha tocado venir los fines de semana, da aviso a la concesionaria, pero si nosotros no damos aviso no pasa nada. Hay plazos que se cumplen, y otros que no, por ejemplo si ocurren fallas o inconvenientes en las noches o los fines de semana la respuesta es muy lenta.

La concesionaria se ajusta a lo que dicen los contratos, y si las bases dicen que tiene dos horas para un aseo, está bien pero a mí no me sirve porque tengo gente esperando en urgencia para ser hospitalizada y necesito que se resuelva el aseo de la habitación prontamente. Si las bases dicen que tiene que haber 40 guardias en total dentro del hospital y en la noche quedan solo 3 porque el resto se distribuyó durante el día, eso no se ajusta a lo que el hospital necesita, porque lo que se requiere es un guardia por piso, pero las bases están hechas y el modelo está diseñado así, y es súper rígido en algunos aspectos, por ejemplo si necesito modificar algo, tengo que solicitarlo y pedir las cotizaciones y la autorización para usar el fondo de reserva que está diseñado para estos fines. Pero finalmente estas cosas te complican en el día a día, porque cuando el

hospital es completamente tuyo y lo recibiste construido te haces cargo tú, y si lo requieres puedes poner o sacar una pared, en este modelo no lo puedes hacer, ¿qué ganas? Ganas por ejemplo lo que ocurre hoy día, que el inspector fiscal hizo un informe a la concesionaria porque las caídas de agua de las duchas no estaban correctas y se va a realizar una revisión completa de los decapados, duchas, cielos, canaletas eléctricas, etc., en un hospital tradicional que lo construyen y te lo entregan para hacerte cargo, si no hay seguros o garantías tendrías que hacerlo con presupuesto del hospital, acá en este modelo si se daña algo te lo tienen que reponer. El modelo no es malo, tiene falencias, que se pueden mejorar y tiene que ver con la rapidez con que se resuelvan los problemas que se presenten, porque en salud hay periodos de urgencia como los peaks respiratorios en invierno, y no pueden demorar 3 meses en aumentar las conexiones a oxígeno porque para esa fecha la crisis sanitaria ya pasó.

Se deberían modificar los contratos para dar mayor flexibilidad para hacer mejoras, el tema también son los costos porque como todo está asociado a seguros, eso hace que los costos se eleven demasiado.

El modelo concesionado es bueno, sobre todo si tienes que construir varios hospitales de manera simultánea, la pregunta es si estamos preparados, en salud principalmente, para el tema de las concesiones, para incluir servicios en las concesiones, hay experiencias extranjeras donde concesionan el pabellón completo, solamente el servicio de salud pone los cirujanos, incluso hay otros que incluyen todo y se paga por prestación valorada, GRD o como quieras, otros que solo ponen el hospital y los equipos y el personal es del servicio de salud, hay muchos modelos, el tema es que cada modelo debe velar porque lo que le corresponde funcione bien, se puede solo concesionar la construcción, creo que las fallas o trabas pequeñas de esta experiencia han hecho perder la confianza en un modelo que puede funcionar. No sé si estábamos preparados para iniciar con un modelo como el nuestro con servicios no clínicos, y menos como el nuevo del hospital salvador que incluye equipamiento médico, porque estas definiendo un equipamiento médico hoy el día de la licitación que es de última tecnología pero cuando termine la construcción en 3 años más ya va a tener 3 años de obsolescencia.

Al ser la gobernanza tripartita se enlentecen mucho algunas decisiones, pero en otras ayuda a ser ordenado

Una de las ventajas de este modelo, es que asegura la mantención y renovación de infraestructura y equipamiento no clínico. La pregunta es, en 15 años cuando termine la concesión nos va a venir a cambiar los muebles y me van a dejar muebles nuevos, me van a dejar el ultimo escritorio o según el plan de depreciación la renovación del mobiliario la van a realizar cada 10 años por lo tanto, van a dejar un escritorio con 5 años de uso y depreciación, van a dejar equipamiento médico de última tecnología o

solo el mismo equipo antiguo pero que esté funcionando bien, con las últimas tecnologías.

Ahora hay requerimientos que están mal hechos, por ejemplo, cuando hablamos del CAU, que el sistema que ellos propusieron para llevar los reclamos, tiene errores como que ellos lo pueden cerrar en cualquier momento, sin necesidad de haber resuelto el requerimiento, entonces por ejemplo, si se hace un requerimiento en la noche, la concesionaria lo cierra sin observaciones porque no tengo a la enfermera encargada de supervisarlos y la enfermera encargada del servicio no puede dejar de hacer lo que está haciendo para ir a revisar si efectivamente se limpió o se resolvió el requerimiento y muchos otros requerimientos que se cierran automáticamente por tiempo sin necesidad de estar resuelto.

Para que se cursen multas a la concesionaria, el hospital debe levantar centinelas o informes de incumplimiento de los niveles de servicio a la inspección fiscal, el inspector fiscal lo toma y dice si es acogido o no el reclamo y tal vez de los 100 indicadores levantados de incumplimiento decide acoger 80, prepara un documento e informa a su jefe de la división de concesiones del MOP, y este decide cuantos acoger de estos indicadores y puede acoger 60 solamente, y se exigen los contratos y se cursa una multa a la sociedad concesionaria, a la que está puede apelar y finalmente uno no sabe en qué queda ni tampoco si ese dinero recaudado va al MOP o a las arcas fiscales porque no queda para el Hospital, entonces, no hay incentivo para levantar indicadores ni para gestionar reclamos porque pueden pasar años antes de que efectivamente se cursen multas, esos detalles desmotivan del modelo.

Pregunta: ¿Usted aprecia satisfacción del usuario interno con el modelo concesionado o descontento?

La verdad es que el modelo no es malo, pero las personas tienen mucho desconocimiento de cómo funciona realmente, si el personal entendiera la lógica y que es lo que le puede pedir a la concesionaria, porque le piden cosas que no están en el contrato, y que falta voluntad de la concesionaria para proporcionar, en general, las personas se quejan de cosas chicas que no son significativas en términos de costos, por ejemplo, poner más personal de aseo para la urgencia en la noche, es que no está dentro del contrato, no me corresponde dice la concesionaria, pero cuanto sale poner una persona más, y si eso hace que el servicio de urgencia funcione mejor porque va a estar más limpio y ordenado. Como esto no ocurre el personal del hospital se queja porque la concesionaria no limpia los baños o los pasillos y tienen que trabajar en malas condiciones.

Por otra parte, hay cosas que quedan fuera de los contratos, por ejemplo, si por prescripción médica tienes que darle un jugo concentrado glucosilado para un examen a un paciente, ese jugo no está en la minuta, entonces no tengo como pagarle ese jugo a la concesionaria.

Pregunta: ¿El personal de este hospital de dónde proviene?

La dotación de este hospital proviene, en un porcentaje importante, del CRS San Rafael, que era el que estaba funcionando antes en este mismo lugar, que debe corresponder a unos 250 funcionarios, otro grupo importante proviene del Hospital Metropolitano, aproximadamente unos 600 funcionarios y otro grupo, viene de la misma dirección del servicio de salud. Todos fueron sometidos a un periodo de inducción y a un proceso de Gestión del cambio, porque el personal que venía del CRS estaba acostumbrado a atención ambulatoria, no estaba habituado a pacientes hospitalizados, y el personal que venía del hospital metropolitano estaba habituado a la atención cerrada, es decir, daban alta de un paciente e ingresaba otro, entonces cambia el concepto a un hospital con atención abierta y servicio de urgencia. En un hospital grande, a diferencia de un CRS cambian las relaciones de jefaturas, si antes los TENS trabajaban a la par con las enfermeras acá tienen encargadas de servicio y un organigrama mucho más estructurado.

El modelo que implementó acá de tener camas diferenciadas y que el paciente se traslada de unidad con su cama es novedoso y viene mucha gente a verlo, igual que las salas de parto, la gente piensa que es mucho más caro de implementar y no es así. Lo bueno es que lo novedoso del sistema hace que la gente que se ha venido a trabajar con nosotros se viene feliz, muchos médicos se han venido a trabajar acá porque es un nuevo polo de desarrollo con una clínica privada cerca y otra que se está construyendo, y hay muchos centros médicos como Integramédica o vida integra, y tienen una población de clase media que demanda atención y un hospital público con esta propuesta nueva de habitaciones con 3 camas, con baño incluido, para profesionales que estaban acostumbrados a ver habitaciones con 8 o 10 camas, esto es innovador y le da un trato diferente y más digno a los pacientes. Todavía hay un cambio que lograr con el usuario y es con el tema de las visitas que no se si no quieren entender, pero todavía llenan las habitaciones con 5 visitas por paciente, y cuando se restringen la gente se molesta porque no comprende lo que se busca que es el beneficio de todos los pacientes que comparten la misma habitación, entonces agreden o insulta al personal, entonces los usuarios no ven lo lindo que tiene el hospital en construcción, habitaciones, televisores, etc. se quejan porque no se les permite entrar todos juntos a ver al paciente.

En el Hospital puede quedarse en la noche un acompañante en pediatría y en adultos solo si el caso requiere un cuidador, en otros casos no.

El paciente y el usuario externo, no distinguen lo que es propio del modelo de lo que es un déficit real en todo Chile y se queja por la falta de médicos, de especialistas, pero este es un Hospital público y tenemos los mismos problemas de falta de especialistas y de listas de espera.

El perfil del paciente va cambiando, la población está envejeciendo y los médicos jóvenes por un tema de seguridad solicitan más exámenes para confirmar los diagnósticos, eso ha generado cambios en las demandas de servicios de los hospitales y requiere adaptarse a los nuevos tiempos.

Finalmente, el modelo no es malo y hasta puede que terminemos en hospitales concesionados de bata blanca, yo habría esperado unos 3 años de marcha de estos hospitales para evaluar, y ahora, pienso que el sistema de concesiones es bueno para la construcción, sobre todo por un tema de caja, porque permite construir varios de manera simultánea, y creo que lo mantengan como infraestructura y mobiliario es bueno, pero como salud no estamos preparados para la operación, yo prefiero encargarme de la alimentación, aseo, vigilancia, porque son servicios que nosotros ya sabemos manejar en salud y aunque lo externalice prefiero ser el responsable como dirección del hospital, y el trato es más directo con la empresa de servicios y si necesito modificar el contrato lo puedo hacer, en cambio, con la concesionaria si dice el contrato son 40 guardias esto no se puede modificar, y la dirección del hospital no puede tampoco intervenir, si le pido hablar con su supervisor me dicen que lo tiene que llamar la gerencia de la concesionaria, aunque sea el subdirector administrativo, porque no hay una relación ni comunicación directa con las empresas subcontratistas que prestan los servicios. Por ejemplo cuando hay partidos de futbol cerca del hospital y necesito reforzar el sistema de vigilancia y poner más guardias en la urgencia, no puedo pedir que se aumente la dotación de guardias porque no está en el contrato.

Que la concesionaria se haga cargo de la construcción y de la infraestructura que construyo bien, del mobiliario clínico siento que no suma ni resta, pero te ahorra el proceso de compra, pero los servicios no clínicos no se los daría porque el modelo de negocio y donde gana la concesionaria es con los subsidios a la operación.

Si es más caro por los seguros, entonces se podría contratar o destinar parte del presupuesto operacional del hospital en contratar seguros catastróficos que aseguren la reposición de la infraestructura, mobiliario y equipamientos en casos de catástrofes como terremotos, incendios, el problema es que siempre surgen inconvenientes y uno empieza a gastar más, podría el estado contratar seguros colectivos para todos los hospitales nuevos construidos con todo incluido.

Entrevista Inés Gajardo

Enfermera encargada de Servicio de Aseo y Ropería.

Unidad de operaciones.

Hospital de La Florida.

La unidad de operaciones depende de la dirección del Hospital, cuando se percibe una falla o falta en el servicio que presta la sociedad concesionaria, se avisa al director del hospital y este le envía un informe al inspector fiscal de explotación.

El sistema es lento, por ejemplo, para informar que se está realizando incorrectamente el aseo en determinado lugar, se denuncia el hecho con un informe fundamentado con evidencia, basado en lo que dicen las bases de licitación de que le corresponde a la concesionaria, luego eso es revisado por el abogado y pasa al subdirector administrativo, que es Ricardo Urbina, él lo visa y pasa a la dirección, la directora lo firma y sale por la oficina de partes a la inspección fiscal y él con su grupo de asesores decide que es lo que le corresponde hacer a la sociedad concesionaria.

Mi trabajo es supervisar que se haga correctamente el aseo, si veo que se está realizando mal inmediatamente lo denuncio a través del CAU y notifico al supervisor sobre la situación para que se corrija, de todas maneras igual es lento. El problema está dado a nivel general por un tema de costos, la empresa siempre busca abaratar sus costos como cualquier negocio y la cantidad de personal es poca para el aseo del Hospital. Cuando se denuncia una falla en el servicio de aseo, eso debería estar resuelto en 30 minutos según los indicadores, pero no es así. Por ejemplo, esta semana hubo un derrame en la sala de espera del primer piso de líquido, agua jabonosa en un pasillo, se solicitó la limpieza y pasaron 24 horas y no se resolvió, se secó el agua y no la fueron a secar. Hubo otro derrame de agua en un pasillo y esto ocurrió a la hora de colación de la gente del aseo y se demoraron 2 horas en ir a secar, y eso que avise al supervisor y estuve constantemente llamando a la sociedad concesionaria insistiendo que fueran a limpiar, primero fueron a evaluar la cuantía del derrame, después fueron a buscar la máquina, después les faltó un alargador y finalmente secaron.

En un hospital tradicional que maneja estos servicios, tienes gente en los pasillos y es más fácil y rápido pedirle a alguien que seque o limpie. Cuando el trato es directo, aunque este externalizado, hay comunicación directa con la empresa de servicio. Nos pasó en el hospital con un servicio de esterilización de ropa, que quedó fuera de la concesión, la peleamos hartos, se externalizó el servicio, se licitó y se hizo un trato directo del hospital con la empresa de esterilización y cambió totalmente la respuesta, porque era un trato directo y el hospital pagaba, La sociedad concesionaria subcontrata empresas de servicio para el aseo, entonces como el trato no es directo

con el hospital no hay comunicación directa con nosotros, siempre faltan sectores que limpiar, limpian un pasillo y no las oficinas, o hacen aseo en un lugar hoy y mañana limpian al lado.

Pregunta: La asesoría de la inspección fiscal no es la que debería estar supervisando el cumplimiento de los niveles de servicio de la concesionaria.

La verdad es que ellos no se meten si yo no estoy encima reclamando, si no pongo un reclamo las cosas no se corrigen, en realidad las cosas deberían corregirse antes de que yo reclame, pero funciona solo si yo reclamo, si mando informes, si levanto reclamos en el CAU, si estoy continuamente revisando el aseo la cosa funciona, estuve todo un mes viniendo incluso sábados y domingo y el aseo se realizaba bastante bien, pero no debería ser así, porque debería realizarse bien sin que uno tuviera que estar encima, pero en la práctica y en la realidad si tu no reclamas por el aseo correcto no lo hacen.

Según los indicadores de niveles de servicio el aseo de los baños debería realizarse cada dos horas, ¿eso no se cumple?

No se cumple, por ejemplo en el primer piso, hay una persona que limpia desde el inicio, no me atrevo a decirte cuantos metros serán porque no lo sé, pero es bastante, toda la longitud de la calle Froilán Lagos, hasta Froilán Roa (serán 500 mts), en ese sector hay dos baños públicos de hombres y mujeres frente a oftalmología, dos baño frente a siquiatría, dos frente a medicina, dos en la urgencia maternidad y dos en la urgencia adulto, en total por sector son 4 baños públicos, entonces la señora que es la misma parte en un extremo del primer piso y va limpiando, pero cuando termina para empezar de nuevo ya ha pasado mucho rato, debe alcanzar a hacerlo una vez en la mañana y otra vez en la tarde, eso ocurriría si tuvieras más personal de aseo para menos cantidad de baños, Hemos reclamado tanto, que ahora hay una persona del Hall central hasta la urgencia, y otra del hall central a siquiatría. En el -1 tenemos el auditorio y ahí tienes 4 baños de varones, 4 baños de damas y 2 baños de discapacitados, en total 10 baños públicos en ese sector, y cuando hay capacitación debo estar constantemente reclamando por el aseo de los baños porque como va mucha gente se ensucian mucho y no los limpian con la frecuencia que deberían.

Lo que ha mejorado un poco es el manejo de la basura, como he reclamado tanto con fotos de los papeleros repletos de basura, entonces ahora eso ha mejorado y no se hace aseo cada dos horas y se cambió por despapelado, y eso cuando retiran correctamente la basura porque también hay gente que tiene la costumbre de trasvasijar los papeles y dejar la bolsa, incluso he visto señoras del aseo sacando

papeles con la mano y dejando la bolsas, hay gente que todavía tiene esa práctica. El problema de la sociedad concesionaria o de la empresa subcontratista es que no tiene gente estable, una vez que tiene a la gente capacitada se va, porque no está motivada.

El problema mayor es que reclamas en un sistema que es de ellos, es un sistema que ellos pueden modificar y lo hacen, por ejemplo, si yo pongo un reclamo eso tiene un plazo de respuesta entonces en el papel ellos ponen realizado, pero tú vas efectivamente al lugar y no está hecho, en el caso que te contaba del derrame de agua jabonosa fue en un pasillo de la unidad dental, en el segundo pasillo, pusimos una silla para evitar que alguien se cayera y eso estuvo así hasta el otro día, sin embargo ellos en el sistema CAU pusieron en 40 minutos que estaba realizado. Ellos no te permiten cerrar los reclamos desconforme, la otra vez yo cerré como 6 reclamos desconforme y me bloquearon. La única forma de que este sistema funcionara como real fiscalización y que le tuvieran temor por decirte, es que ellos no manejaran esta herramienta, pero no es así, no deberían tener acceso a modificar nada.

Está contemplado en las bases de licitación que se realicen aseos terminales en laboratorio, esterilización, pabellones, etc., durante los fines de semana porque hay menor uso, y menos gente esos días, entonces por ejemplo hicieron aseo terminal en el laboratorio este fin de semana pero no en las salas de esterilización, entonces el lunes yo levanto el reclamo y tienen 48 horas para reprogramarlo, y ya tendrían que hacer aseo el martes o miércoles cuando esos sectores están funcionando, porque pasa esto porque no tienen la cantidad de personal que se requiere para esto.

Lo que ha mejorado bastante en estos últimos dos meses es la comunicación con los supervisores del aseo, pero aun así hay mucha rotativa de personal y cuando sientes que alguien está haciendo bien su trabajo y tienes esperanza de que esto va a mejorar se van y empieza de nuevo el problema, las bases piden tener al menos 2 supervisores pero tienes un edificio de 5 pisos, entonces no tienes supervisores suficientes para controlar al personal de aseo.

El sistema concesionado en estos servicios que son tan críticos no funciona bien, donde funciona bien en lo que es mantenimiento, en esa área son bien proactivos y lo solucionan más rápido que en los otros servicios, los mayores problemas están en alimentación y después les sigue aseo.

La concesión no es mala, nos ha provisto de un lugar lindo y amplio para trabajar, el problema está en que los contratos son demasiado cerrados, la sociedad concesionaria está obligada a ciertas cosas, entonces todo es de favor lo que pedimos y no se adapta a las crecientes necesidades del hospital, por ejemplo, a veces se necesita apertura de

oficinas, porque hoy se requiere ampliar la atención, entonces vas necesitando más profesionales, más espacio y eso ocasiona problemas porque ellos están cerrados a que lo que contrato el estado era esto, para cierto nivel de complejidad, para cierto número de funcionarios, y entiendo a veces que hasta se puedan sentir engañados porque al principio era este pedacito y ahora se ha ido ampliando y es más grande, pero sigues con los mismos subsidios, entonces cuando quieres hacer una mejora, ellos tratan de ganar plata porque sienten que han perdido, pero hay que entender que en salud los problemas son dinámicos no son estacionarios, y puede que en algún momento se requiera cambiar a un hospital de alta complejidad y se realice cirugía cardiaca, porque las necesidades de la población son crecientes y toda esa gente que está en lista de espera necesita una solución pronta, entonces los contratos deberían ser más flexibles a lo dinámico que es la salud. Porque el sistema al ser tan rígido que enlentece los procesos, los hace más burocráticos,

Nos pasó con los jabones de los baños que eran de recarga como en los hoteles, o sea con un sistema de llave que se presiona para sacar pero que se recargaba por abajo, primero usaba jabón a granel, el personal rellenaba sin lavar los envases, tenían de todos los colores de jabón , amarillo, azul y blanco, y con los golletes todos sucios, en un hospital no te puedes arriesgar a tener esos tipos de jabones para lavarte las manos porque te estas contaminando en lugar de lavar las manos, para cambiar esa mentalidad nos demoramos un año, con fundamentos científicos, papers y estudios demostrándoles que no era posible tener este tipo de jabones en el hospital.

Otro tema complicado era el de los uniformes, en ninguna parte nadie previo que los colores de los uniformes institucionales, de profesionales y técnicos tenían un color característico que los identificaba y que los servicios no clínicos como aseo no podían repetir los colores del personal del hospital, eso en estas bases no estaba normado, pero creo que en las nuevas bases se prohíbe a las empresas de servicio usar colores de los estamentos del hospital y se fue modificando, la gente que no es de salud no entiende esto, pero quienes trabajan en salud sabe que esto confunde al usuario, después el paciente recibe información errónea y el usuario dice “la enfermera me dijo” y preguntas cual enfermera y resulta que nunca fue enfermera.

ANEXO 2: ACTA DE APERTURA OFERTAS ECONOMICAS.




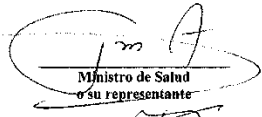
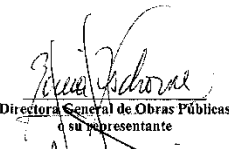
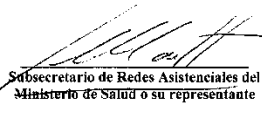
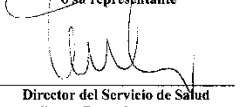
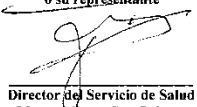
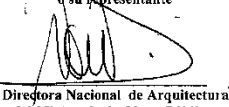

ACTA DE APERTURA DE LAS OFERTAS ECONÓMICAS DE LA LICITACIÓN DE LA OBRA PÚBLICA FISCAL DENOMINADA "PROGRAMA DE CONCESIONES DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA", A EJECUTAR POR EL SISTEMA DE CONCESIONES

En la ciudad de Santiago de Chile, a 12 de Junio de 2009, siendo las 12:00 horas, en el Auditorium del Ministerio de Obras Públicas ubicado en calle Morandé 71, 3er piso, de esta ciudad, se procede a efectuar la apertura de las Ofertas Económicas de los Grupos Licitantes que presentaron ofertas en la Licitación de la Obra Pública Fiscal denominada "Programa de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria", ante la Comisión de Apertura integrada en la forma indicada en las Bases de Licitación, cuyos integrantes firman al pie de la presente Acta, al igual que los representantes de los Grupos Licitantes.

- 1º) Se da lectura al Acta de Evaluación de las Ofertas Técnicas presentadas por los Grupos Licitantes
- 2º) La Comisión procede a abrir los sobres de las Ofertas Económicas de los Grupos Licitantes cuyas Ofertas Técnicas han sido declaradas técnicamente aceptables, da a conocer su contenido y deja constancia de los valores propuestos en la presente Acta:

IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO LICITANTE	Acepta Mecanismo de Distribución de Riesgo Financiero (Si/No)	Valor de Subsidio Fijo a la Construcción (SFC) (UF)	Valor de Subsidio Fijo a la Operación (SFO) (UF)
ACCIONA CONCESIONES HOSPITALARIAS CHILE	Si	1.339.495	239.995
CONSORCIO SAN JOSÉ - TECNOCONTROL	Si	1.110.075	240.000
CONSORCIO ABENGOA CHILE - BEGAR-INABENSA	Si	1.781.250	300.000
CONSORCIO FRANCO ITALIANO DALKIA - INSO	Si	1.272.185	233.050

Firmas de los Miembros de la Comisión de Apertura:

 Ministro de Obras Públicas o su representante	 Ministro de Salud o su representante	 Directora General de Obras Públicas o su representante	 Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud o su representante
 Director del Servicio de Salud Metropolitano Central o su representante	 Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente o su representante	 Directora Nacional de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas o su representante	 Secretario Regional Ministerial del MOP de la Región Metropolitana o su representante

