



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA CIVIL**

**ESTUDIO Y ANÁLISIS DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN, DESARROLLO Y
OPERACIÓN DE CONCESIONES HOSPITALARIAS EN CHILE Y EN EL
EXTRANJERO**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERA CIVIL

NICOLE MACARENA VALDÉS GUTIÉRREZ

**PROFESOR GUÍA:
JORGE PULGAR ALLENDES**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
WILLIAM WRAGG LARCO
EDGARDO GONZALEZ LIZAMA**

**SANTIAGO DE CHILE
2020**

**RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR
AL TÍTULO DE INGENIERA CIVIL.**

POR: NICOLE MACARENA VALDÉS GUTIÉRREZ

FECHA: 10/2020

PROFESOR GUÍA: JORGE PULGAR ALLENDES

ESTUDIO Y ANÁLISIS DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN, DESARROLLO Y OPERACIÓN DE CONCESIONES HOSPITALARIAS EN CHILE Y EN EL EXTRANJERO

El presente trabajo de título estudia y analiza la forma en que se han llevado a cabo las concesiones hospitalarias en Chile desde el año 2007, así como en otros países con mayor experiencia.

Las concesiones hospitalarias o Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud, como las denominan en otros países se definen como “un contrato entre el Estado y una Sociedad de Propósito Específico, destinado a la construcción, conservación y/o explotación de una infraestructura hospitalaria, construida sobre bienes nacionales, sujeta a un plazo determinado y sometida a un régimen regulatorio, donde el pago de la inversión y costos operacionales son asumidos por el estado al concesionario”. Las concesiones nacen como la necesidad de expandir y mantener infraestructura pública y servicios cuando el Estado no es capaz de financiarla en el corto plazo debido a las limitaciones de presupuesto.

Desde el comienzo de las concesiones hospitalarias en Chile en el 2007 a la fecha (año 2020) se han adjudicado cinco contratos hospitalarios, y otros ocho se encuentran en etapa de licitación, y durante todos estos años se han modificado las bases de licitación de estos proyectos en dos oportunidades, por lo cual se cuenta con tres modelos diferentes.

En primer lugar, este trabajo busca comprender el desarrollo de un contrato de concesiones hospitalarias, para ello considera el estudio de las principales características de este tipo de contratos, por ejemplo, el modelo de pago, el periodo de concesión, la definición del diseño, los servicios a cargo del contratista, los pagos de cargo del Estado entre otros. Posteriormente se estudiaron las características generales de los modelos de APP desarrollados en países que poseen mayor experiencia, como lo son Reino Unido, España y Canadá.

Si bien los países que han desarrollado contratos de APP han adaptado el modelo a la realidad de cada uno, al comparar los diferentes modelos en estudio se obtuvieron mayormente similitudes entre ellos.

Como conclusión se tiene que la complejidad en los contratos de hospitales concesionados, en comparación a los proyectos llevados a cabo con mayor frecuencia en este tipo de contratos, es una de las razones por las que en Chile no se ha llevado a cabo un modelo que incluya la gestión clínica, ya que en los contratos actuales interactúan varias entidades públicas, e incluir una mayor cantidad de entidades complejizaría más el desarrollo de los contratos.

*Para mi mamá y mi papá
Los pilares de mi vida.*

Agradecimientos

El momento que veía tan lejano llegó, es difícil explicar lo complejo que ha sido llegar hasta acá, lo vivido dentro de casi 8 años desde que decidí, un poco a ciegas, estudiar ingeniería civil, pero no me arrepiento de nada. Lo aprendido, las personas que conocí y formaron parte de este proceso valen completamente la pena. Todas las penas, malos ratos y frustraciones me hicieron la persona que soy hoy, y aprendí que mi valor como persona y profesional no está dado por un número o una nota y siempre daré lo mejor de mí para crecer como profesional, pero por sobre todo como persona.

Primero que todo quiero agradecer a mi familia que son la principal razón por la que estoy acá. Mamá y papá, los que me mostraron que podía lograr todo lo que me propusiera en la vida, siempre creyeron en mis capacidades y me apoyaron incondicionalmente en todo. Para mis sobrinos, que fueron mi motivación para sacar esto adelante, siempre he querido ser un ejemplo para ustedes. Y para todos los que no nombre, que de alguna u otra forma han sido parte de este proceso.

Gracias a mis mascotas, Drako, Molly, Rufus y todos los que formaron parte de este proceso y ya no están.

A mi morenaza y mejor amiga ingrata (ambas lo somos), Kathy, por tu amistad todos estos años, por estar siempre cuando te he necesitado, aunque no nos viéramos en mucho tiempo sabía que siempre podía contar contigo.

A la rucia de mi corazón, Gaby, por todo el apañe todos estos años en la u y fuera de ella, no sé qué hubiera sido este proceso sin ti. Gracias por todos los estudios juntas en plan común, por darme un espacio en IQBT cuando no tenía donde estudiar y por esos almuerzos eternos que muchas veces nos quitaban tiempo de estudio pero que valía completamente la pena.

Mi pololo y mejor amigo, Ale Celis, por todas las chelas compartidas y en el último tiempo el apoyo incondicional para finalizar este proceso, por darme el apoyo que necesitaba cuando sentía que nada me resultaba y ayudarme con todo lo que podía este último tiempo.

Gracias a todos mis amigos civiles por todos las risas y tardes de estudio, hicieron mis últimos años de la carrera inolvidables. Cata, Karol y Clau, las civiles más lindas, gracias por todos esos trabajos donde las risas no faltaron, por todas las conversaciones de signos y anécdotas, que no fueron pocas. Fabi, Nacho y Seba, por todos los almuerzos donde después no sabíamos nada de ustedes en meses, y por esos paseos civiles que tantos recuerdos dejaron. Alerto, mi compañero y amigo de casi todos los ultimo ramos, gracias por esas tardes de estudio donde había poco estudio y mucha conversa de la vida.

A mi profe guía, Jorge Pulgar, gracias por confiar en mi para realizar este trabajo de título y por siempre darse el tiempo cuando tenía dudas. Espero este trabajo haya cumplido con sus expectativas.

Finalmente, gracias a todos los que no nombre pero que han sido parte de este proceso largo pero que culmina este año en medio de una pandemia, con muchos bonitos recuerdos y con la sensación de que aproveché esta etapa al máximo.

Tabla De Contenido

1	Introducción	1
1.1	Objetivo general	2
1.2	Objetivos específicos	2
1.3	Alcances.....	2
1.4	Metodología.....	3
1.5	Glosario	4
2	Marco conceptual.....	6
2.1	Tipos de contratos por alcance	7
2.2	Experiencia en Chile.....	9
3	Desarrollo de la metodología.....	13
3.1	Recopilación de documentos	13
3.2	Revisión bibliográfica	13
3.3	Ronda de entrevistas	14
3.4	Análisis de información.....	14
4	Concesiones hospitalarias	15
4.1	Desarrollo de concesiones hospitalarias en Chile.....	15
4.1.1	Periodo de concesión e inicio de la etapa de construcción	17
4.1.2	Modelos de pago	17
4.1.3	Previo a la licitación.....	18
4.1.4	Proceso de Licitación	21
4.1.5	La Sociedad Concesionaria	22
4.1.6	Fiscalización y control	22
4.1.7	Etapa de operación	24
4.1.8	Riesgos	31
4.1.9	Pagos del contrato	31
4.1.10	Garantías del contrato.....	38
4.1.11	Infracciones y multas	39
4.1.12	Comités.....	39
4.1.13	Seguros	42
4.1.14	Mecanismos de determinación de niveles de servicio	42
4.2	Experiencia en otros países.....	46

4.2.1	Modelo Inglés.....	50
4.2.2	Modelo español	55
4.2.3	Modelo canadiense.....	62
5	Análisis de resultados	66
6	Conclusiones	70
6.1	Experiencia chilena.....	70
6.2	Experiencia en el extranjero	71
6.3	Conclusiones Generales.....	72
7	Bibliografía	73
	ANEXO A: Entrevistas.....	75
	ANEXO B: Reglamento de Concesiones de Obras Públicas.....	99
	Licitaciones originadas por particulares	99
	Licitación y adjudicación	99
	Decreto de adjudicación y contrato.....	101
	Fiscalización del contrato de concesión.....	103
	Sanciones y multas.....	104
	Desarrollo del contrato de concesión	106
	Otros.....	108

Índice de Tablas

Tabla 1: Grupos de hospitales concesionados hasta fines del 2020 y sus presupuestos oficiales (elaboración propia).	15
Tabla 2: Superficie construida y número de camas de hospitales concesionados a fines del 2020 (elaboración propia).....	16
Tabla 3: Servicios básicos concesionados por grupo hospitalario.	28
Tabla 4: Servicios especiales obligatorios concesionados por grupo hospitalario.....	29
Tabla 5: Servicios complementarios concesionados por grupo hospitalario.	31
Tabla 6: Pagos del contrato por grupo de hospitales concesionado.	37
Tabla 7: Continuación pagos del contrato por grupo de hospitales concesionado.....	38
Tabla 8: Comités existentes en grupo de hospitales.....	41
Tabla 9: Seguros a cargo del concesionario solicitados por grupo hospitalario.....	42
Tabla 10: Proyectos adjudicados por país mediante APP en infraestructura Hospitalaria al 2015.....	47
Tabla 11: Porcentaje de proyectos con sobrecostos y sobre plazos (National Audit Office, 2018).....	55
Tabla 12: Comparación entre el hospital de la Rivera en Alzira y otros hospitales de la región de valencia.....	61
Tabla 13: Resumen de concesiones hospitalarias en Chile.	66
Tabla 14: Continuación de resumen de concesiones hospitalarias en Chile.	67
Tabla 15: Comparación del modelo chileno con otros modelos internacionales.	68
Tabla 16: Continuación comparación del modelo chileno con otros modelos internacionales.	69
Tabla 17: Categorías de los proyectos según la cuantía de garantía (fuente: Ministerio de Obras Públicas, 2010)	99

Índice de Figuras

Figura 1: Diagrama de flujo, correspondiente a Metodología de trabajo.....	3
Figura 2: Los desafíos de los proyectos de infraestructura y como las APP pueden ayudar (International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2017).	6
Figura 3: Estructura típica de proyectos APP (International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2017).	7
Figura 4: Gráfico de pastel con distribución de proyectos adjudicados entre 1993 y 2015... ..	10
Figura 5: Evaluación de la infraestructura hospitalaria, mejores valoradas (CADEM, 2016).	43
Figura 6: Evaluación de la infraestructura hospitalaria, peores valoradas (CADEM, 2016). ..	44
Figura 7: Definición de hospital concesionado según pacientes y visitas (CADEM, 2016).. ..	44
Figura 8: Nivel de acuerdo con hospitales concesionados (CADEM, 2016).	45
Figura 9: Porcentaje del PIB utilizado en Salud por país (elaboración propia).	46
Figura 10: Distribución de proyectos por número en Reino Unido (Banco Interamericano del Desarrollo, 2018).....	51
Figura 11: Distribución de proyectos por valor en Reino Unido (Banco Interamericano del Desarrollo, 2018).....	51
Figura 12: Endeudamiento del Reino Unido entre los años 1997 y 2050 (National Audit Office, 2018).....	52
Figura 13: Distribución de proyectos concesionados en España (elaboración propia).	55
Figura 14: Distribución por área de proyectos s de APP en Canadá (Banco Interamericano del Desarrollo, 2018).....	62

1 INTRODUCCIÓN

A partir de 1990, año en que Chile retornó a la democracia, se ha experimentado un desarrollo político, económico, social y cultural; en donde se destaca el gran progreso en materia de infraestructura y obras públicas, a través de las Concesiones llevadas a cabo desde el año 1993.

Desde la década de los 90 a la fecha, el término concesiones se ha asociado a proyectos de obras viales o similares. En este tipo de contratos es fácil identificar el método en que el contratista recupera el capital invertido y obtiene las utilidades esperadas.

El año 2007 se incorporan a la cartera de concesiones los hospitales con el llamado a precalificación de los Hospitales de Maipú y La Florida. Pero no es hasta el año 2010, producto del terremoto que sacudió a la zona centro-sur de Chile y a los grandes daños que se provocan en la red hospitalaria del país, que las concesiones se vuelven en la opción más próxima para saldar la gran deuda hospitalaria con los chilenos, ya que la crisis hospitalaria era visible y el Estado no poseía recursos para construir y poner en operación los hospitales que necesitaba la población.

Actualmente, en la cartera de contratos de concesiones en desarrollo por el Ministerio de Obras Públicas (MOP) se encuentran variados tipos de proyectos, no solo obras viales como en un comienzo, sino que también se pueden encontrar hospitales, cárceles, aeropuertos y otros proyectos de edificaciones públicas.

En un mundo moderno, complejo, con adaptaciones constantes a cambios demográficos y tecnológicos, la línea divisoria entre lo público y lo privado se vuelve más delgada. Las interacciones y colaboraciones público-privada se crean por la interdependencia de recursos y que ningún actor posee todo el conocimiento e información para la solución de problemas complejos.

Comprender como funcionan los contratos de hospitales concesionados y estudiar su eficiencia dentro del mundo hospitalario es la principal motivación del presente trabajo de título. Y así también obtener respuesta a las siguientes interrogantes.

- En un contrato de concesión de hospitales ¿Cómo recupera el contratista el capital invertido y obtiene utilidades en la etapa de operación del proyecto?
- El proceso de planificación, desarrollo y operaciones en un contrato de concesiones de hospitales ¿Es similar al conocido en el caso de obras viales?

Además, se estudia la experiencia, el funcionamiento y la operación de este tipo de contratos en otros países, como lo son Reino Unido, España y Canadá.

Finalmente se realiza una comparación entre el funcionamiento de las concesiones de obras viales y las de hospitales, además de comparar el modelo desarrollado en Chile, con los otros países en estudio.

1.1 OBJETIVO GENERAL

Estudiar y analizar el proceso de planificación, desarrollo y operación en las concesiones de hospitales tanto en Chile como en países de mayor desarrollo en este tipo de contrato.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudiar en detalle el Reglamento de Concesiones.
- Enfocar el Reglamento de Concesiones en instituciones públicas como los hospitales.
- Identificar los diferentes procesos de concesiones en hospitales chilenos.
- Diferenciar las concesiones hospitalarias de las concesiones viales.
- Estudiar la experiencia en infraestructura pública concesionada en países con un mayor desarrollo en este tipo de contratos.

1.3 ALCANCES

Con la finalidad de lograr los objetivos, el presente trabajo de título realiza un estudio exhaustivo de las concesiones hospitalarias tanto en Chile, como en el extranjero. Para esto se recurrió al análisis de documentos legales nacionales, como lo son el reglamento de concesiones y bases de licitación de hospitales concesionados, y documentos extranjeros que se enfocaran en la experiencia de países como España, Reino Unido y Canadá.

El presente trabajo de título se encuentra dividido en dos partes, la primera hace referencia a la experiencia en Chile de hospitales concesionados, mientras que en la segunda parte estudia la experiencia en países que poseen un mayor desarrollo en este tipo de contratos.

Para el estudio de la experiencia chilena en hospitales concesionados se desarrollan aspectos relevantes de los proyectos licitados por este tipo de contratos, tales como: la duración del contrato, los servicios proporcionados por el concesionario y recuperación de la inversión. Y finalmente se muestra una tabla comparativa entre los aspectos más relevantes de los contratos de concesiones viales y hospitalarios.

En cuanto a la información recabada de la experiencia en otros países, se presentan los diferentes modelos administrativos de los hospitales concesionados, así como también las alternativas y cambios que se pueden encontrar en países con experiencia en este tipo de proyectos, como lo son España, Reino Unido y Canadá. El objetivo de este fragmento de la memoria es encontrar aspectos que sean aplicables y de utilidad para el modelo de concesiones chileno en el futuro.

1.4 METODOLOGÍA

La metodología del trabajo para lograr los objetivos propuestos se divide en tres ejes principales de la investigación. A modo de resumen, se entrega el diagrama de flujo correspondiente al trabajo realizado (ver Figura 1).

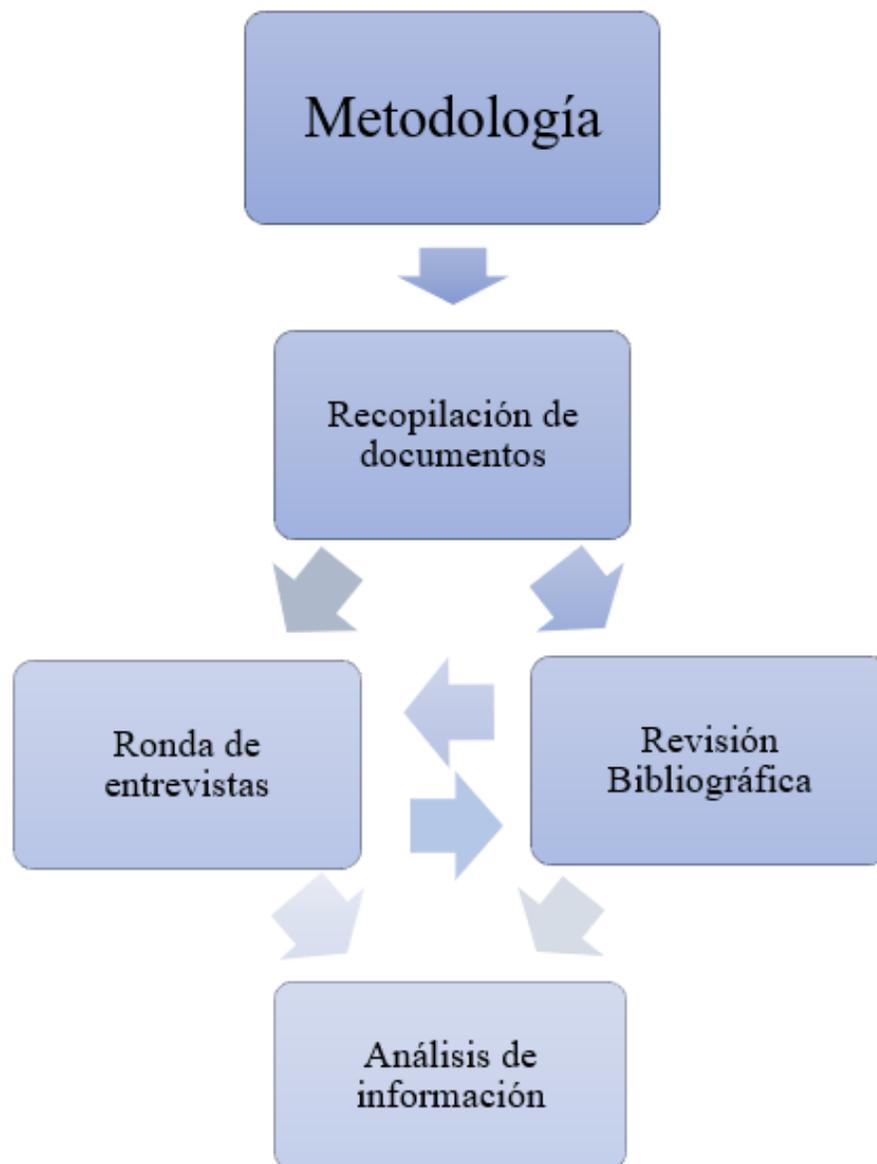


Figura 1: Diagrama de flujo, correspondiente a Metodología de trabajo

1.5 GLOSARIO

A continuación, se presentan conceptos que deben ser conocidos por el lector previo a la lectura del trabajo de título.

- **Asociación Público-Privada (APP):** es el otorgamiento al privado del derecho al diseño, construcción y/o explotación de un bien o servicio público por un periodo determinado.
- **Convenio Mandato:** Corresponde al documento mediante el cual se encomienda a algún organismo del Estado, por medio de un mandato completo o parcial e irrevocable, la licitación, adjudicación, celebración de contratos y la ejecución de estudios de proyectos o programas previamente definidos.
- **Día Cama Ocupado (DCO):** permanencia de un paciente hospitalizado que utiliza una cama del hospital durante una parte del día y no necesariamente un día completo.
- **Dirección General de Concesiones (DGC):** es la entidad encargada de generar obras de infraestructura pública para el desarrollo nacional, en el marco de la modalidad de asociación público-privada, que preserve y mejore la calidad de vida de los chilenos.
- **Director del hospital:** Persona encargada de la administración del hospital designada por el MINSAL o el Servicio de Salud correspondiente.
- **Estudio de pre-inversión hospitalario (EPH):** proceso en el cual se identifican, miden y valoran los beneficios de la población que necesita un nuevo centro asistencial, y de manera determinar la solución más factible a sus necesidades.
- **Iniciativa de financiación privada (PFI):** es un método para proporcionar fondos para grandes inversiones de capital donde se contratan empresas privadas para completar y gestionar proyectos públicos.
- **Ministerio de Obras Públicas (MOP):** es la secretaría de Estado que está a cargo de planear, estudiar, proyectar, construir, ampliar, reparar, conservar y explotar la infraestructura pública de carácter fiscal, que esté bajo su tuición, a lo largo del país.
- **Ministerio de Salud (MINSAL):** es el Ministerio de Estado cuyo objetivo es coordinar, mantener y organizar la atención de la salud de los chilenos.
- **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE):** es una entidad internacional que reúne a treinta y cuatro países. Su finalidad es lograr la coordinación de las principales políticas de los Estados miembro en lo referente a la economía y a los asuntos sociales.
- **Producto Interno Bruto (PIB):** valor monetario de la producción de bienes y servicios de demanda final de un país o región, durante un periodo determinado.

- **Programa Médico Arquitectónico (PMA):** es el listado oficial del recinto de atención clínica, apoyo administrativo, logístico y técnico, necesarios para la atención sanitaria, confort de los pacientes y trabajo del personal. Se define a base del EPH.
- **Servicio de Salud:** es el responsable de las articulación, gestión y desarrollo de la red asistencia de un territorio definido, con alcance regional o subregional.
- **Servicios hospitalarios:** son todos los servicios que entrega un hospital, tanto clínicos como no clínicos.
- **Servicios clínicos:** son todos servicios que entregan los recintos hospitalarios que son llevados a cabo por personal de la salud.
- **Servicios no clínicos:** son servicios que forman parte en un hospital, pero que no están necesariamente ligados a servicios clínicos, por lo que normalmente son entregados a empresas externas.
- **Servicios no clínicos de apoyo:** son aquellos que, a pesar de no ser clínicos, son de vital importancia, ya que la deficiencia de estos pone en riesgo el correcto funcionamiento del hospital y con ello la vida de las personas.
- **Sobredemanda de camas:** momento en que el hospital se encuentra sobre la capacidad límite de camas estipulada en el contrato.
- **Sociedad Concesionaria:** es la unión legal de las empresas y accionistas que participan juntos en un proceso de licitación, con el fin de asegurar financieramente la finalización del contrato. Las sociedades concesionarias participan en los procesos de inversión, mantención y/o explotación de obras públicas, desarrollando importantes planes de conectividad vial, aeroportuaria y de otras infraestructuras públicas como hospitales y cárceles.
- **Usuarios:** se considera toda persona que se atiende en el hospital y las visitas de ellos.

2 MARCO CONCEPTUAL

Una Concesión, también llamada Asociación Público-Privada (APP) o “Public Private Partnerships” (PPP, por sus siglas en inglés), es el otorgamiento al privado del derecho al diseño, construcción y/o explotación de un bien o servicio público por un periodo determinado. En este modelo participan al menos un actor del sector público y uno del sector privado, y se busca que el sector privado financie obras de infraestructura, económicamente rentables, para luego recuperar la inversión en un periodo definido según el contrato, y finalmente transferirla a la entidad pública correspondiente para que esta determine qué hacer con la infraestructura y servicios en el futuro.

Las Concesiones se generan por la necesidad de mejorar, expandir y mantener la infraestructura y los servicios públicos cuando el Estado no era capaz de cubrirlas debido a lo limitado del presupuesto. En este contexto surgen las Concesiones, como la opción más viable para la administración de bienes públicos y liberación de recursos públicos.

En los proyectos de infraestructura pública se tienen variados desafíos al momento de ser llevados a cabo, los principales desafíos son los fondos insuficientes en el corto plazo, la mala planificación y selección de los proyectos, la entrega ineficaz o ineficiente del proyecto, y la mantención inadecuada de la infraestructura. A continuación, se presenta un esquema con los principales desafíos que se tienen en un proyecto de infraestructura y como las Asociaciones Público-Privadas pueden ayudar a desarrollar el proyecto sin mayores problemas.

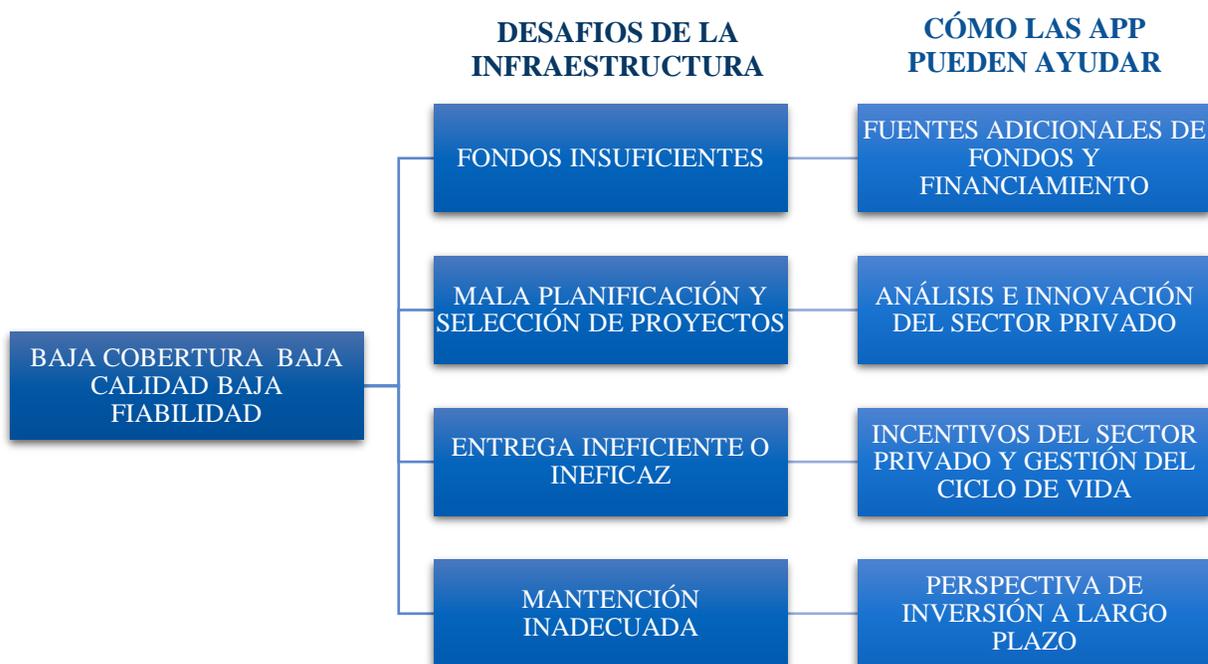


Figura 2: Los desafíos de los proyectos de infraestructura y como las APP pueden ayudar (International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2017).

A pesar de que el termino Concesiones se comenzó a gestar desde la década de los 50's, en la dictadura de Franco en España, no es hasta principios de la década de los 90's, en Inglaterra, que se comienza a concesionar infraestructura pública para variados sectores como salud, transporte, saneamiento, justicia, educación, vivienda. Este modelo de concesiones se denominó originalmente como “*Private Finance Initiative*” (PFI).

A continuación, se presenta un esquema general del funcionamiento de las APP en el mundo, con sus etapas generales.



Figura 3: Estructura típica de proyectos APP (International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2017).

2.1 TIPOS DE CONTRATOS POR ALCANCE

Los proyectos de gran envergadura, como lo son los hospitales, poseen varias fases, entre las que se encuentran principalmente: financiación, diseño, construcción, operación, mantenimiento y administración. Cada etapa puede estar a cargo del Estado o ser entregada a al menos una entidad privada por tiempo determinado, esto último puede ser licitarse por fase o mediante un contrato de concesiones que incluya varias fases.

En Estados Unidos, el Consejo Nacional para la Asociación Público-Privada distingue trece tipos de contratos por alcance que se pueden encontrar en estos modelos concesionados (Orellana, 2010), a continuación, se presentan los siete más utilizados en los modelos de Asociaciones Público-Privada.

➤ **Operación y Administración (*Operate and Administration*, “O&A”):**

Se trata de la contratación de una entidad privada para proveer o mantener un servicio de una entidad pública, de esta manera el socio público mantiene el dominio de la instalación, mientras la administración depende del privado.

Este contrato permite una mejora sustancial en la calidad y el desarrollo tecnológico del servicio, ya que el privado siempre tratará de prestar un servicio de forma más eficiente, es decir, disminuyendo los costos de operación.

➤ **Diseño y Construcción (*Design and Build*, “D&B”):**

Como lo dice su nombre, el privado diseña y construye un proyecto para una entidad pública, de este modo el actor público es el dueño de los activos, mientras que el privado es el responsable de llevar a cabo el proyecto.

Este tipo de asociación entrega una mayor cantidad de riesgos al privado, permitiendo una reducción sustancial de los tiempos y costos totales del proyecto.

➤ **Diseño, Construcción, Operación, Mantenimiento y Transferencia (*Design, Build, Operate and Transfer*, “D.B.O.T”):**

En esta forma de contratación, la entidad pública encarga al privado todas las fases del proyecto y a la vez mantiene el dominio de bien o servicio durante toda la duración del contrato. Una vez finalizado el contrato, este bien o servicio pasa al Estado.

Particularmente esta modalidad de contratación no es muy utilizada en algunos países por considerar que se pierde el sentido de las Asociaciones Público-Privadas. En el caso de Chile es el modelo más utilizado en este tipo de contratos, pero siempre hay algún representante de la entidad pública fiscalizando que el contrato se respete.

➤ **Construcción, Operación, Mantenimiento y Transferencia (*Build, Operate and Transfer*, “B.O.T”):**

Al igual que en el caso anterior la entidad pública entrega al privado las fases de construcción y operación, pero no entrega el diseño del proyecto. Una vez finalizado el tiempo del contrato el bien o servicio pasa al Estado.

Es de las formas de contratación más utilizados en Chile desde el comienzo de las concesiones, aunque en todo el proceso se encuentra la entidad pública fiscalizando el buen funcionamiento de la infraestructura y los requerimientos del contrato.

➤ **Desarrollo y Financiamiento (*Develop and Finance*, “D&F”):**

En este caso el privado financia construcciones o expansiones de las instalaciones y a cambio se le permite la construcción de locales comerciales y/o instalaciones industriales en la zona, de manera que el privado recupere la inversión mediante las utilidades obtenidas de la operación de los locales e instalaciones.

➤ **Arrendamiento exento de impuestos:**

Forma de contratación que consiste en que una entidad pública financia la construcción de infraestructura pública mediante un préstamo de parte de instituciones financieras privadas, a cambio la entidad estatal entrega el dominio del bien por un tiempo determinado, además el arrendamiento del bien queda exento de impuestos por dicho periodo.

➤ **Llave en mano:**

Modelo de asociación en el cual el privado se encarga del diseño, construcción y operación de las instalaciones, recayendo los riesgos en el privado. En cuanto al dominio de las instalaciones, estas quedan en manos de la entidad pública a cargo ya que según el contrato el privado no posee el control de las fases del ciclo de vida del proyecto.

La combinación de las responsabilidades entre un privado único y una entidad pública mejora la eficiencia del proyecto, además de liberar al Estado de los gastos por mantenimiento, que generalmente son de los más altos en los proyectos.

2.2 EXPERIENCIA EN CHILE

A comienzos de la década de los 90’, Chile presentaba un notorio déficit de infraestructura que impediría el desarrollo del país. El Ministerio de Obras Públicas calculaba que la inversión necesaria sería de US\$11.080 millones, mientras que la Cámara Chilena de la Construcción (CChC) estimaba las pérdidas anuales de competitividad por carencia de infraestructura en US\$1.710 millones (Ibarra-Coronado, 2011). Siendo las concesiones la mejor solución para el problema, como una forma de acelerar el financiamiento de la infraestructura pública deficitaria con la ayuda del sector privado. De esta manera, el Estado liberaba recursos públicos y los redestinaba a otros proyectos sociales, mientras que los privados financiaban la construcción y operación de proyectos de infraestructura pública, conservando las condiciones requeridas, y recuperaban su inversión a través de un cobro a los usuarios y/o un pago del estado.

A pesar de que la implementación de las concesiones de obras públicas se realizó en los primeros años de los 90’, no es hasta 1995 que entra en funcionamiento la primera concesión, “Túnel El Melón”. Este proyecto, junto con los proyectos viales Camino La Madera y Puchuncaví-Nogales arrojaron grandes aprendizajes, los cuales lograron que la cartera de proyectos licitados mediante contratos de concesiones aumentase considerablemente los siguientes años.

Entre 1993 y 2015 el programa de concesiones de obras públicas llevaba 82 proyectos adjudicados, con una inversión que alcanza US\$19.000 millones (Coordinación de Concesiones Ministerio de Obras Públicas, 2015). La distribución de los proyectos, según su área se presentan en la Figura 4.

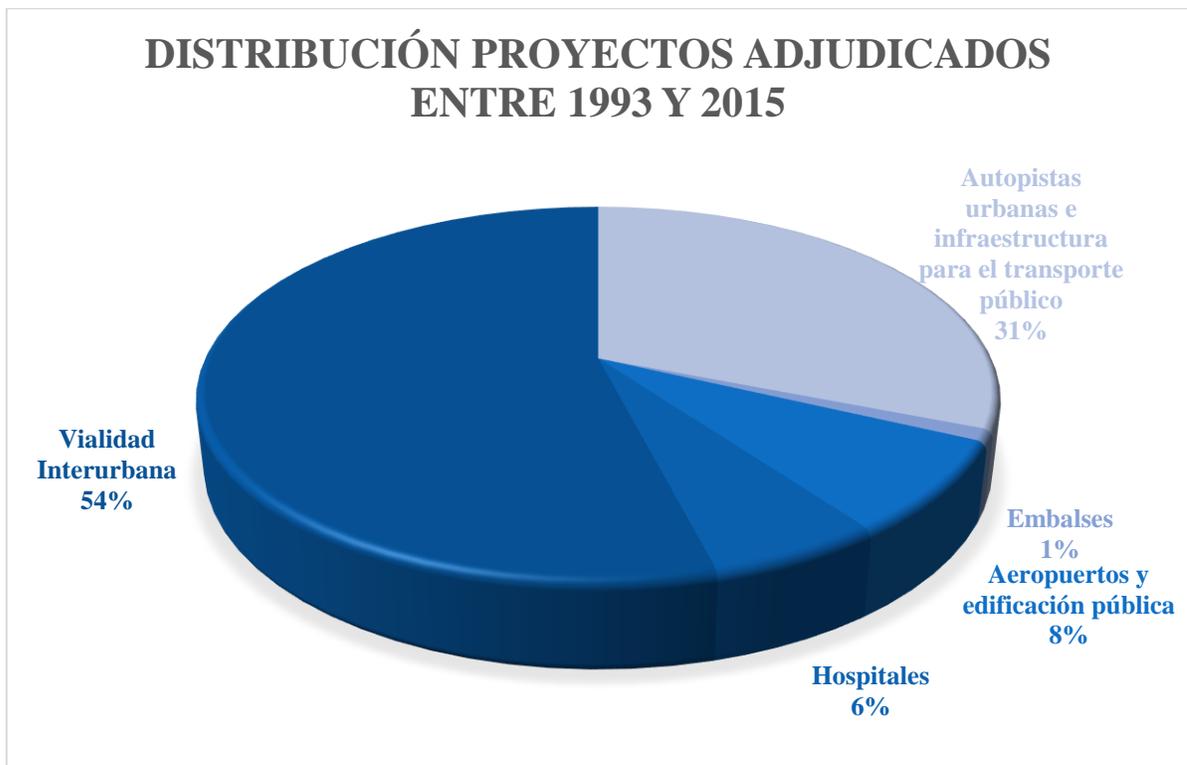


Figura 4: Gráfico de pastel con distribución de proyectos adjudicados entre 1993 y 2015.

En la *Figura 4* se puede notar que hasta el 2015 la gran mayoría de los proyectos pertenecen al área de obras e infraestructuras viales, para ser más exactos, el 85% eran proyectos de vialidad interurbana, autopistas urbanas e infraestructura para el transporte público. La causa de esto es el gran enfoque que tuvo la ley de concesiones en este tipo de proyectos hasta el 2007. A partir del 2007 se adhieren a la cartera de la Coordinación de Concesiones la Infraestructura Hospitalaria con el llamado a precalificación de los Hospitales de Maipú y La Florida.

En febrero del 2010, el terremoto y tsunami que afectó al país produjo daños de distinta envergadura en la infraestructura de la red hospitalaria chilena, entre los números que se tienen están 17 hospitales fuera de servicio, 8 con requerimiento de reparaciones estructurales y 54 que necesitaban diversas reparaciones en sus instalaciones (Sepúlveda, 2016), por lo cual varios sectores de la población no contarán con un centro médico cercano en condiciones óptimas.

Además del déficit de hospitales, según la investigación de CIPER Chile, la deuda hospitalaria en julio del 2010 en el país superaba los \$106 mil millones según el Fondo Nacional de Salud (Figuroa, 2010), el Ministerio de Salud (MINSAL) no contaba con los recursos necesarios para saldar la deuda con los chilenos. Si a lo anterior se le añade que al 2012 casi el 70% de los hospitales tenía una data de construcción de más de 30 años, la antigüedad y precariedad señalaban la urgencia de modernizar y ampliar la cobertura en establecimientos de salud del país, sobre todo de hospitales cabeceras de regiones y de más alta complejidad del país (Atanor Soluciones, 2015)

Como se comentó anteriormente el 2007 se incorporaron los hospitales a la cartera de proyectos concesionados, para esto lo primero es la realización del Convenio Mandato, el cual como explica Oscar Sotomayor (*anexo A.1, pregunta 1*) es el “documento administrativo legal el

cual permite al MINSAL y el Servicio de Salud correspondiente delegan algunas funciones que por ley le corresponden, como el de construir u operar algunos servicios del hospital, a la Dirección General de Concesiones del MOP por un tiempo determinado”.

Los primeros hospitales construidos mediante el sistema de concesiones son los hospitales de Maipú y La Florida, los cuales fueron adjudicadas por la Sociedad Concesionaria SANJOSE – TECNOCONTROL, S.A. en noviembre del 2009. Su puesta en servicio definitiva fue en febrero del 2015 y a la fecha se encuentra en su sexto año de operación. Como lo explica Vivian Modak este proyecto fue un ensayo y error (*anexo A.3, pregunta 6*), ya que por mucho que se estudió el modelo en otros países no se podía saber cómo iba a funcionar en Chile.

Desde que se comenzaron a concesionar hospitales hasta la fecha estos han tenido muchos cambios a nivel contractual, por lo cual se pueden agrupar en 3 modelos como lo explica Oscar Sotomayor (*anexo A.1, pregunta 11*) El primer grupo está formado por los hospitales antes mencionados, Maipú y La Florida. Luego se dio paso al segundo grupo, siendo los primeros que contaron con bases de licitación tipo, entre ellos se encuentra los Hospitales de Antofagasta, Félix Bulnes y Salvador Geriátrico. Finalmente, el último grupo se dio paso desde el año 2018 a causa del cambio de mando en Chile, dentro de este grupo se encuentran los de Red Hospitalaria Grupo I: Maule.

Desde el comienzo de las concesiones ha habido partidarios y detractores de ellas, incluso dentro de los mismos gobiernos que ha tenido Chile en los últimos años. Por ejemplo, durante su último periodo (2014-2018) la presidenta Michelle Bachelet y su gabinete retiraron los convenios mandatos de parte del MINSAL, dando pie atrás al proyecto que tenía como ganadora a la empresa OHL Concesiones, Hospitales Red V (Biprovincial Quillota- Petorca y Provincial Marga-Marga), luego ambos proyectos se licitaron por separado mediante el método tradicional y actualmente ambos se encuentran en construcción, y a fines del 2020 termina el Biprovincial Quillota- Petorca. Además, al mismo tiempo que se dio pie atrás a Hospitales Red V, se solicitó la postergación del Hospital Sotero del Río para revisión de antecedentes, el cual se licito recién el 2018, tras un mar de críticas al modelo de concesiones, por método tradicional y se espera esté listo el 2025.

Uno de los argumentos que poseen los detractores del modelo de concesiones es el costo por construcción de los proyectos concesionados en comparación a los hospitales licitados por método tradicional es mucho mayor. Pero a la fecha no hay estudios comparativos que demuestren que el costo es excesivamente mayor, además hay que considerar que hay otros factores que igual afectan a los costos a largo plazo, como el tiempo y calidad.

Otro detalle importante de mencionar es lo expresado por Luis Barrios (*anexo A.3, pregunta 4*) de acuerdo con su experiencia en el Ministerio de Salud y que también hace mención Sergio Decher (*anexo A.1, pregunta 15*), donde declara que durante los años de trabajo en el MINSAL le tocó recibir 132 proyectos de hospitales por método tradicional, en los cuales 46 de ellos fueron abandonados por los contratistas antes de finalizar la obra debido a que ya habían obtenido las ganancias deseadas. Esto ocurre debido a que muchas veces los Servicios de Salud a cargo no poseen mucha experiencia para poder estudiar las propuestas de los oferentes, quedando muchos cabos sueltos en los contratos de los cuales los contratistas se pueden aprovechar. Esto no ocurre en concesiones ya que el privado está obligado a terminar la construcción para comenzar a percibir los ingresos por parte del Estado.

Además, como también lo menciona Luis Barrios (*anexo A.3, pregunta 4*) no hay que entrar a comparar el método tradicional con el de concesiones, ya que cada una tiene ventajas y desventajas, pero el modelo de concesiones es una herramienta adicional para financiar infraestructura pública y con el presupuesto del estado, que cada vez es más acotado, este método se vuelve importante para poder financiar proyectos públicos.

En el 2010 la cantidad de camas en hospital para cuidados curativos era 1.8 por cada 1000 habitantes lo cual en esa fecha equivalía a un poco más de la mitad del promedio mundial de la OCDE. Para el 2017 este número de camas aumento a 2.1 según la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Economico, 2017), lo cual continúa estando por debajo de lo requerido, pero ha demostrado el gran avance que se ha tenido desde que se pudieron en marcha los primeros hospitales concesionados (2014).

3 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

3.1 RECOPIACIÓN DE DOCUMENTOS

Para comenzar con la investigación del trabajo de título se debe realizar una recopilación de documentos relacionados con los temas a tratar, y evaluar la utilidad de estos en el presente trabajo. Para la evaluación de documentos se analizaron los contenidos de cada uno, para luego filtrar y elegir los archivos más útiles, de esta manera se optimiza el tiempo en la etapa de revisión bibliográfica.

Los documentos encontrados y considerados de utilidad para el trabajo se clasificaron dentro de tres grupos de acuerdo con su contenido de utilidad:

- Concesiones en general
- Concesiones hospitalarias en Chile
- Experiencia de las Asociaciones Público Privada en otros países

3.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Una vez finalizada la recopilación y clasificados los documentos se procedió a la lectura de estos con la finalidad de adquirir todo el conocimiento necesario para la realización del trabajo. Esta etapa fue la más extensa del trabajo de título.

Primero se analizaron el Reglamento de Concesiones (Ministerio de Obras Públicas, 2010), y Ley de Concesiones de Obra Públicas Chilena en el Tiempo (Ibarra-Coronado, 2011). Luego se estudiaron en profundidad los textos enfocados en concesiones hospitalarias y las bases de licitación de proyectos hospitalarios de los tres modelos que se han utilizado en el país a la fecha, a continuación, se presentan las bases elegidas para este estudio.

- **Hospital Félix Bulnes** (Inicio concesión: 06/06/2014)
- **Hospital de Maipú y La Florida** (Inicio plazo concesión: 05/11/2009)
- **Red Hospitalaria Grupo I: Maule** (Recepción de ofertas: primer semestre del 2020)

Con la finalidad de obtener una comparación con las concesiones viales en Chile, se estudiaron de igual forma las bases de licitación de proyectos viales licitados dentro de los último 15 años, para ello se escogieron los siguientes proyectos:

- **Puente Industrial Rio Bio-Bio** (Fecha de Inicio: 02/12/2014)
- **Conexión Vial Ruta 78 hasta Ruta 68** (Decreto de adjudicación: 05/03/2018)
- **Mejoramiento Ruta Nahuelbuta** (Fecha inicio concesión: 10/04/2018)

Una vez finalizado el estudio de la experiencia en Chile, se dio paso al estudio de Concesiones en otros países, para ello se estudian archivos realizados en Reino Unido, España y Canadá, donde se explica en distintos ámbitos lo que han sido las concesiones en dichos países.

3.3 RONDA DE ENTREVISTAS

En paralelo a la revisión bibliográfica, se realizan entrevistas a expertos en distintas áreas para aclarar conceptos poco claros en los documentos y complementar los conocimientos adquiridos en ellos.

Para la ronda de entrevistas se agendaron tres reuniones, de las cuales dos fueron dobles, es decir que se entrevistó a dos personas al mismo tiempo. Las preguntas de cada entrevista se realizaron de acuerdo con las funciones que desempeñan o desempeñaron entorno a las concesiones.

A continuación, se presenta las tres entrevistas realizadas, donde se detallan los expertos que participaron en ellas y el cargo que desempeñan o desempeñaron dentro del mundo de las concesiones hospitalarias.

➤ Entrevista 1:

- Sergio Decher, Jefe Unidad de Ingeniería en Dirección General de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas.
- Oscar Sotomayor, Asesor Unidad de Hospitales Concesionados en Dirección General de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas.

➤ Entrevista 2:

- Patricio Palma, Jefe de Asesoría de Inspección Fiscal de los hospitales de Maipú y La Florida.

➤ Entrevista 3:

- Vivian Modak, experta en concesiones que ha trabajado en el área desde 1995 (*anexo A.3*).
- Luis Barrios, Ex Encargado de Hospitales Concesionados en el Ministerio de Salud.

3.4 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

A partir de la información obtenida en el estudio bibliográfico y las entrevistas se realiza un análisis con la finalidad de obtener los aspectos contractuales que se presentan en las concesiones hospitalarias, y así poder compararlos con los de concesiones viales.

4 CONCESIONES HOSPITALARIAS

4.1 DESARROLLO DE CONCESIONES HOSPITALARIAS EN CHILE

Luego del terremoto del 2010, el déficit hospitalario en Chile era más notorio que nunca debido a los daños que poseían gran parte de la infraestructura hospitalaria, mientras que el Estado tenía agotados en su totalidad los recursos destinados a salud por los siguientes años. La solución más factible fueron las concesiones de estas instituciones públicas ya que la población chilena no podía esperar demasiado tiempo por hospitales en condiciones óptimas.

Como lo comenta Vivian Modak en el *anexo A.3*, el modelo de concesión en Chile ha sido un proceso de ensayo y error. Dando lugar a múltiples variaciones en los contratos desde las primeras concesiones de hospitales, y con eso la división de 3 grupos en los contratos de hospitales concesionados, como lo explica Oscar Sotomayor en el *anexo A.1 (pregunta 11)*. A continuación, se presenta Los hospitales concesionados que se encuentran en alguna etapa del proyecto a fines del 2020 (ver Tabla 1).

Tabla 1: Grupos de hospitales concesionados hasta fines del 2020 y sus presupuestos oficiales (elaboración propia).

Grupo	Hospital	Fecha de llamado a licitación	Presupuesto Oficial [UF]
I	El Carmen de Maipú	24/05/2008	(*)3.350.630
	La Florida/ Dra. Eloísa Díaz Insunza	24/05/2008	(*)3.217.370
II	Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán	31/12/2011	5.300.000
	Félix Bulnes	14/09/2015	5.300.000
	Del Salvador – Geriátrico	15/10/2013	6.714.000
III	San Juan de Dios Cauquenes	19/12/2019	2.411.071
	De Parral	19/12/2019	2.110.718
	De Constitución	19/12/2019	2.112.605
	San Luis de Buin - Paine	30/04/2020	2.944.034
	Red Bío- Bío (Hospitales de Santa Barbara, Nacimiento, Coronel y Lota)	Segundo trimestre 2020	8.588.850
	San Pablo de Coquimbo	Segundo trimestre 2020	7.870.000
	Red Valdivia (Hospitales de La Unión, Río Bueno y Lago Rango)	Tercer trimestre 2020	4.294.425
	De La Serena	Cuarto trimestre 2020	7.157.375

(*) Valores estimados de presupuesto total.

En la Tabla 1 se encuentran los hospitales concesionados por grupo y sus respectivos presupuestos oficiales según el Ministerio de Obras. Además, se puede observar que los hospitales pertenecientes al grupo I son los que conforman la primera licitación de hospitales concesionados en Chile, mientras los del grupo II son los que se licitaron entre los años 2010 y 2018, en este último año es donde se modifican las bases por última vez hasta la fecha, dando lugar al grupo III de hospitales concesionados en Chile.

Tabla 2: Superficie construida y número de camas de hospitales concesionados a fines del 2020 (elaboración propia)

Grupo	Hospital	Superficie Construida [m ²]	N° de camas [un.]
I	El Carmen de Maipú	70.300	375
	La Florida/ Dra. Eloísa Díaz Insunza	67.504	391
II	Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán	114.000	671
	Félix Bulnes	122.000	523
	Del Salvador – Geriátrico	(**)170.000	641
III	San Juan de Dios Cauquenes	-	136
	De Parral	-	121
	De Constitución	-	111
	San Luis de Buin - Paine	-	200
	Red Bío- Bío (Hospitales de Santa Barbara, Nacimiento, Coronel y Lota)	-	569
	San Pablo de Coquimbo	-	500
	Red Valdivia (Hospitales de La Unión, Río Bueno y Lago Rango)	-	270
	De La Serena	-	500

(**) Valores aproximados según http://www.cссо.cl/?page_id=687

Mientras que la Tabla 2 contiene las superficies construidas y número de camas según cada proyecto. Los hospitales del tercer grupo se encuentran en etapa de licitación y precalificación, por lo cual no presentan superficie construida.

En el desarrollo del presente capítulo se expondrá el desarrollo del modelo chileno de concesiones hospitalarias.

4.1.1 PERIODO DE CONCESIÓN E INICIO DE LA ETAPA DE CONSTRUCCIÓN

El plazo de las concesiones de hospitales es de 30 semestres (15 años) a contar del hito ‘Autorización de Pagos de Subsidio’. Este hito ocurre cuando el Director General de Concesiones de Obras Públicas otorga la autorización a la Sociedad Concesionaria de prestar los servicios exigidos según las bases de licitación de forma permanente y con ello el derecho a percibir los pagos establecidos en el contrato.

Por otro lado, el plazo de la etapa de construcción varía con cada proyecto y debe estar estipulado en el contrato. Dicho plazo comienza a contar desde la fecha de publicación del Decreto Supremo de Adjudicación del Contrato de Concesión en el Diario Oficial según lo estipulado en Reglamento de Concesiones de Obras Públicas (Ministerio de Obras Públicas, 2010).

4.1.2 MODELOS DE PAGO

En concesiones son tres modelos de pagos utilizados, los cuales pueden tener variaciones leves según lo que se estipule en el contrato o pueden agregarse pagos de externos que complementen las utilidades del concesionario. A continuación, se presentan y explican brevemente dichos modelos.

- **Pago del Estado:** El concesionario recupera la inversión y genera ganancias mediante pagos periódicos por medio de dineros públicos, el periodo entre pagos queda definido en el contrato. Los montos y variaciones de los montos pueden estar afectos a distintos componentes, como por ejemplo la cantidad de usuarios que son beneficiados con el proyecto, la cantidad y calidad de los servicios prestados.
- **Pago del usuario:** Es el modelo de pago más aplicado y conocido en Chile, consiste en que el concesionario genere ganancias y recupere la inversión mediante pagos realizados por los usuarios que utilicen el servicio, y a la vez estas ganancias estén controladas por el Estado, con la finalidad de que el concesionario no genere mayor beneficio del estipulado en el contrato.
- **Pago mixto:** Finalmente el modelo mixto consiste en pagos que se componen de una parte financiada por los usuarios que utilizan el servicio y de otra parte financiada por el Estado. Este modelo se suele utilizar en proyectos que no son rentables por si solos, por lo tanto, necesitan de un porcentaje financiado por fondos públicos. Normalmente en los proyectos con este modelo de pago se estipula un monto fijo por periodo, y el Estado financia la diferencia entre dicho pago y lo percibido realmente en dicho periodo.

En los hospitales concesionados el modelo de pago es una particularidad, ya que difiere en gran parte al conocido pago del usuario mediante tag o peaje de las concesiones viales. Desde el comienzo de los contratos de hospitales concesionados hasta la actualidad el modelo utilizado en el caso de hospitales ha sido el pago del Estado durante el periodo de operación de la concesión. El pago al concesionario es de manera semestral y comienza con la aceptación de la puesta en marcha provisoria del hospital.

La cuota se define en el contrato como la suma de dos valores, un valor fijo asociado a construcción y otro que puede variar entre periodos producto de los costos de operación y mantención. Además, existen otros pagos que se asocian a situaciones particulares, todos estos se explican más adelante en el presente documento.

Por otra parte, en la experiencia que se ha tenido en Chile y como lo explica Oscar Sotomayor en el anexo A.1 (pregunta 15) este modelo de pago permite disminuir los riesgos para el Ministerio de Salud, ya que en los últimos años en los contratos de hospitales por método tradicional era común que el contratista abandonará las obras cuando tenían un 80% construido aproximadamente, obligando al MINSAL y Servicio de Salud a realizar una nueva licitación, lo cual eran gastos y tiempo extra y podían llegar a duplicarse ambos factores con respecto a los valores estimados en un comienzo. En cambio, en el modelo de concesiones esto no ocurre, ya que el Estado no realiza pagos al concesionario hasta que este construya y comience la etapa de operación.

4.1.3 PREVIO A LA LICITACIÓN

Como ya se mencionó anteriormente las concesiones hospitalarias son más complejas que las de obras viales, por lo tanto, antes de la etapa de licitación existen varios procesos que se deben llevar a cabo en este tipo de concesiones. A continuación, se presentan las etapas y procesos que se deben desarrollar previo a hacer pública la etapa de licitación del proyecto.

4.1.3.1 ESTUDIO DE PRE-INVERSIÓN HOSPITALARIO Y PROGRAMA MEDICO ARQUITECTÓNICO

Todo hospital que se desee construir debe pasar por un proceso de estudio previo para determinar un presupuesto tentativo y con ello poder elegir si el hospital se licitara por el método tradicional o mediante concesión. Como lo explica Oscar Sotomayor en la entrevista (anexo A.1, pregunta 6) el proceso de estudio para proyectos de establecimientos de mediana complejidad consiste en realizar el Estudio de Pre-inversión Hospitalario (EPH) y el Programa Médico Arquitectónico.

El EPH es realizado por el Servicio de Salud que corresponda y consiste en determinar las necesidades de la población a la cual beneficiaría el nuevo proyecto, para analizar si es más factible la construcción de un nuevo hospital o la ampliación/reconstrucción de uno existente. Para ello, se definen los requerimientos del hospital, por ejemplo, la población que se atendería en él y las especialidades necesarias, para así con ello definir los espacios requeridos en cada sector del hospital y con dicha información tomar la decisión de cuál es la opción más factible para el Estado y para la población.

Una vez realizado el EPH se define el PMA, el cual entrega un listado oficial de las especialidades del proyecto hospitalario que son necesarios para la atención sanitaria, comodidad de los pacientes y el trabajo de los funcionarios y personal de la salud (Ministerio de Salud, 2019). La superficie necesaria para cada recinto, la función que cumplirá el hospital y sus principales requerimientos de diseño forman parte del PMA, así como también puede detallarse la cantidad de personal que necesita para su funcionamiento.

Cuando se define el PMA y se trabaja en el anteproyecto es cuando se define si el proyecto se licita como contrato por método tradicional o contrato de concesión, ya que como lo dice Oscar Sotomayor en la entrevista (anexo A.1, pregunta 6) los dos factores al momento de tomar la decisión son el dimensionamiento obtenido del PMA y el anteproyecto, y los recursos con los que cuenta el Estado. Si el proyecto puede ser financiado por el Estado en el corto tiempo se decidirá construirlo mediante el método tradicional, en cambio si el proyecto es de gran envergadura y el Estado debe esperar 10 años o más para poder construirlo, pero es de importancia para la población, la única forma de construirlo en el corto tiempo será mediante la financiación del sector privado, es decir, concesionándolo.

El PMA es uno de los documentos que se entregan con el anteproyecto en la licitación en el caso de los hospitales concesionados. Para los hospitales de Maipú y La Florida el PMA no se entregó completamente definido al concesionario, ya que el diseño estaba a cargo del contratista, actualmente los proyectos que se licitan poseen un PMA definido, sabiendo qué, dónde y cómo se construirá.

Definir un buen PMA es muy importante, ya que como lo menciona Luis Barrios en la entrevista del anexo A.3 (pregunta 2) el estudio previo a la definición del proyecto dura entre 1 y 2 años y abarca la proyección del hospital en los siguientes 20 años desde su construcción, por lo tanto, si no se realiza un buen programa puede llevar a sobrecostos para el Estado debido a cambios en los servicios o equipamiento del hospital.

4.1.3.2 LICITACIONES ORIGINADAS POR PARTICULARES

Las licitaciones originadas por privados nacen cuando el privado genera un proyecto de interés público en base a una necesidad, además, anteriormente el proyecto no ha sido avaluado como idea de una entidad estatal. En este caso el privado debe entregar toda la información necesaria para estudiar la factibilidad del proyecto, para luego ser licitado. Dicha información incluye documentos financieros de la entidad privada que presenta la oferta, además de estudios de prefactibilidad del proyecto, y en el caso de hospitales se debe realizar estudios privados equivalentes al EPH y PMA realizados por el MINSAL.

Según el Reglamento de concesiones cualquier persona natural o jurídica puede postular un nuevo proyecto de concesión que no ha sido estudiada por alguna entidad estatal. Y en el caso de que el proyecto sea aceptado por el Estado, se abrirá una licitación pública donde el privado que entregó la propuesta puede participar con una bonificación en la propuesta económica que presente, y en el caso de no ganar contar con un reembolso total o parcial de los gastos en los estudios del proyecto.

Hasta la fecha se han presentado dos proyectos hospitalarios mediante iniciativa privada (anexo A.3, pregunta 12), el primero fue el hospital Padre de las Casas, ubicado en la región de La Araucanía, a pesar de que finalmente no se adjudicó mediante iniciativa privada, la idea de su construcción se originó por dicho proceso. El otro proyecto fue el hospital de la Universidad de Santiago, a construirse en la zona norte de Santiago, este proyecto finalmente se rechazó por el MINSAL, porque ya se tenía previsto un hospital en la zona y la dirección de la Universidad de Santiago no propuso innovaciones en el estudio de la propuesta.

En el caso de las construcciones de infraestructura pública financiadas mediante concesiones es más complejo llegar a aceptar un proyecto mediante iniciativa privada, ya que como lo comenta Luis Barrios en la entrevista, en las obras viales el financiamiento es mediante los usuarios y no sale del Estado, en cambio al financiar un proyecto hospitalario que nace por iniciativa privada se le está quitando financiamiento a otros proyectos que son igual de necesarios para las personas involucradas. Normalmente en este tipo de proyectos se busca que las propuestas del privado sean más innovadoras y que involucre disminuir los gastos en estos proyectos, para así poder llevar a cabo más proyectos para la ciudadanía.

4.1.3.3 CONVENIO MANDATO

Una vez definido el PMA y si el hospital se construye mediante la modalidad de concesiones se deberá generar un convenio mandato. El convenio mandato es un documento mediante el cual se encomienda a algún organismo técnico del Estado, por medio de una mandato completo e irrevocable, la licitación, adjudicación, celebración de contratos y la ejecución de estudios, proyectos o programas que hayan sido previamente identificados (Ministerio de desarrollo social). Aunque este documento no es propio de concesiones hospitalarias, no es común de todos los contratos de concesiones y solo ocurre cuando el proyecto que se desea licitar no está a cargo de la Dirección General de Concesiones (DGC) del Ministerio de Obras Públicas, si no que pertenecen a otra entidad pública, la cual para poder llevar a cabo la licitación mediante esta modalidad debe delegar funciones a la DGC por el tiempo que dure el contrato.

Los detalles de las funciones a delegar se estipulan en el convenio mandato correspondiente y debe estar firmado por las autoridades de cada entidad pública participante. En el caso de hospitales concesionados son el Servicio de Salud correspondiente y el MINSAL los que delegan funciones y permiten participar al MOP en los procedimientos de licitación, adjudicación, ejecución, conservación y/o explotación del proyecto.

Una vez firmado el convenio mandato se firma un comité interministerial informal formado por representantes del MINSAL, el MOP y el Servicio de Salud, y tiene como finalidad definir y validar los documentos necesarios para llevar a cabo la licitación del proyecto. A dicho comité se le dice informal porque en la instancia donde se lleva a cabo aún no existe un contrato de concesión.

4.1.3.4 PRECALIFICACIÓN

La etapa de precalificación se lleva a cabo en todos los contratos de hospitales concesionados, ya que son considerados por el MINSAL como proyectos mediana o alta complejidad, por los requerimientos estructurales y costos asociados a este tipo de infraestructura. Debido a los grandes gastos que debe hacer la concesionaria en ciertos contratos, se hace un filtro en la etapa de precalificación para evitar muchas ofertas de privados que económicamente no podrán financiar el proyecto. Dentro de los documentos que se pueden solicitar en la etapa de precalificación se pueden encontrar:

- Requisitos económicos y financieros (patrimonio contable mínimo definido en las bases de precalificación).

- Requisitos de experiencia en construcción de establecimientos de salud (exigencia de superficie mínima construida con proyectos que cumplan requisitos solicitados por el Ministerio de Salud).
- Documentos de antecedentes generales del privado
 - Designación de representante ante el MOP
 - Solicitud de inscripción, declaraciones juradas.
 - Registro Especial Internacional (REI)

4.1.4 PROCESO DE LICITACIÓN

La etapa de licitación comienza cuando se hace público el proyecto con las bases de licitación administrativas y técnicas respectivas, además de documentos complementarios que sean necesarios para llevar a cabo la licitación.

Como se menciona anteriormente en Chile se ha modificado sustancialmente el modelo original con el que se licitaron los hospitales de Maipú y La Florida, y una de las grandes diferencias entre dichos grupos es el diseño llevado a cabo en la etapa de licitación. Los primeros hospitales concesionados en Chile fueron contratos D.B.O.T y luego comenzaron a ser contratos bajo la modalidad B.O.T (Sepúlveda, 2016).

4.1.4.1 DISEÑO EN ETAPA DE LICITACIÓN

Como lo menciona Sergio Decher en la entrevista (anexo A.1, pregunta 11) en todos los grupos hospitalarios se desarrolló de diferentes maneras la etapa de licitación.

El primer grupo, conformado por los hospitales de Maipú y La Florida, entregó a los licitantes un diseño a nivel de anteproyecto realizado por el MOP a base de ideas de diseño que entregó el Servicio de Salud, donde luego los licitantes debían desarrollar una propuesta de diseño y entregarlo junto a las ofertas técnicas y económicas tradicionales en la licitación. En cambio, para el segundo grupo el Servicio de Salud aportó el anteproyecto terminado, y se entregaron junto con las bases tipo al licitante, para luego ser licitado con ese diseño, de igual manera los licitantes podían presentar modificaciones al momento de entregar la propuesta con todos los documentos necesarios para validar dicho anteproyecto, como ocurrió con el hospital de Antofagasta donde el concesionario presentó un modelo más eficiente, seguro y 100% aislado sísmicamente. Finalmente, en el tercer grupo el anteproyecto es entregado por el Servicio de Salud, al igual que en el segundo grupo, pero en este grupo no se permite al concesionario entregar un anteproyecto propuesto por él.

En algunos casos del segundo grupo, como por ejemplo en los hospitales Félix Bulnes y El Salvador, la Dirección General de Concesiones (DGC), junto con la Consultoría del MOP desarrollaron un anteproyecto avanzado de arquitectura, estructura y eficiencia energética, además de criterio de diseño de todas las especialidades.

4.1.4.2 BASES DE LICITACIÓN TIPO

Una particularidad de las concesiones hospitalarias es la existencia de bases tipo para los proyectos hospitalarios desarrollados dentro de cierto periodo de tiempo.

Luego de la licitación de Maipú y La Florida se trabajó en bases tipo para los proyectos de hospitales y así se crearon unas para los hospitales del segundo grupo, las cuales fueron modificadas y adaptadas para el grupo III de hospitales concesionados. Para poder complementar las bases de licitación se adaptan a cada contrato los “anexos complementarios”, los cuales contienen datos más detallados del contrato, como por ejemplo montos asociados al proyecto, plazos y ubicación.

Como lo menciona Oscar Sotomayor en la pregunta 7 de su entrevista (anexo A.1) al ser todos los proyectos hospitalarios iguales en cuanto a los requerimientos solicitados se permite crear bases tipos, ya que se facilita el trabajo para el MOP y para los participantes de licitaciones. Esto no ocurre en los contratos de obras viales y esto alarga mucho la preparación de la licitación, ya que cada base de licitación que se prepara debe ser aprobada por Contraloría, sin embargo, no se ha propuesto como meta en el área de trabajo vial, ni tampoco por parte de la autoridad.

4.1.5 LA SOCIEDAD CONCESIONARIA

La constitución de una Sociedad Privada es un proceso propio de los contratos de concesión, que busca asegurar un capital definido en el contrato y unir legalmente a las empresas y accionistas que participaron juntos en el proceso de licitación y de esta manera asegurar al menos financieramente la finalización del contrato.

Aunque la formación de la Sociedad Concesionaria ocurre una vez ya adjudicado el contrato, es en la etapa de licitación donde se solicita a los licitantes presentar un documento de promesa de constitución de Sociedad Concesionaria. En dicho documento cada licitante o grupo licitante debe presentar una escritura privada suscrita ante notario donde promete crear la Sociedad Concesionaria en el caso de adjudicarse el proyecto y presentar la Boleta de Garantía de Seriedad de la Oferta.

Una vez adjudicado el contrato el concesionario tiene un plazo de 60 días, a contar de la fecha de publicación de adjudicación del contrato en el Diario Oficial, para constituir la sociedad anónima chilena. La Sociedad Concesionaria debe tener una duración de al menos, el plazo del contrato más dos años, y debe cumplir con el capital mínimo definido en las bases de licitación del contrato.

4.1.6 FISCALIZACIÓN Y CONTROL

Como lo menciona Oscar Sotomayor en la entrevista del anexo A.1 (pregunta 3) todas las entidades que están conectadas con el proyecto actúan como entidades fiscalizadoras del contrato, asegurándose que se cumplan los requerimientos establecidos en el contrato. Pero el representante del MOP en estos proyectos es el Inspector Fiscal, junto con una asesoría a cargo de ayudar al cumplir sus funciones. El Inspector Fiscal está siempre presente en los contratos que realiza el Estado, e incluso un mismo profesional puede llevar a cabo la función de Inspector Fiscal en varios contratos estatales debido a la poca cantidad de profesionales facultados para desempeñar dichas funciones.

4.1.6.1 INSPECTOR FISCAL

El MOP nombrará al Inspector Fiscal, normalmente un Ingeniero Civil, el cual tendrá como principal función garantizar el cumplimiento de lo establecido en el contrato de concesiones entre el MOP y el concesionario, y para cumplir ello canaliza toda comunicación y relación entre ellos. Además, al Inspector Fiscal le corresponderá llevar a cabo las siguientes actividades en la etapa de construcción.

- Inspeccionar, aprobar o rechazar los diseños, planos, estudios y especificaciones del proyecto definitivo, con sus respectivas modificaciones (solo grupo I de hospitales).
- Fiscalizar el cumplimiento de especificaciones, normas técnicas y otros planes que se especifiquen en el contrato.
- Entregar los terrenos necesarios para la construcción de las obras.
- Revisar información estadística entregada por el concesionario.
- Proponer la aplicación de multas al concesionario en caso de ser necesario.
- Abrir y llevar un libro de obra para el establecimiento de salud
- Fiscalizar el cumplimiento en todas las medidas ambientales, y en caso de alguna falta denunciar al Servicio del Medio Ambiente (SMA).

En la etapa de operación se agregan algunas actividades a cargo del Inspector Fiscal, las cuales se presentan a continuación:

- Fiscalizar el cumplimiento de los requerimientos del Programa de Mantenimiento de la infraestructura y del equipamiento industrial, de las normas técnicas y requerimientos de operación de los servicios asociados al contrato.
- Fiscalizar los pagos tanto los que realiza la sociedad concesionaria al MOP, MINSAL o Servicio de Salud.
- Enviar mensualmente un informe ejecutivo a la DGC que indique el grado de cumplimiento del contrato.
- Revisar los Informes de gestión y operación entregados por el concesionario.

Una diferencia entre los contratos de concesiones viales y las hospitalarias es que en las primeras el Inspector Fiscal es cambiado obligatoriamente al momento de pasar de la etapa de construcción a la operación, en cambio en las concesiones hospitalaria el inspector fiscal puede continuar en ambas etapas como lo menciona Sergio Decher y Oscar Sotomayor en la entrevista adjuntada en el anexo A.1 (pregunta 14). Cabe mencionar que el profesional que cumple con las obligaciones de Inspección Fiscal puede ser cambiado cuando el MOP lo estime conveniente y no solo por lo detallado anteriormente.

La inspección debe funcionar 24/7 al igual que el hospital, eso obliga a tener turnos que permitan cumplir con la presencia de algún representante la mayor parte del tiempo, y con ellos el Inspector Fiscal debe acudir al hospital ante cualquier llamado.

La inspección como tal no tiene una periodicidad determinada, pero si se realiza de forma permanente el programa de fiscalización, el cual consiste en fiscalizar sin previo aviso alguna actividad o área del hospital, dejando siempre el factor sorpresa presente, como lo explica Patricio Palma (anexo A.2, pregunta 9).

4.1.6.2 ASESORÍA DE INSPECCIÓN FISCAL

Uno de los grandes desafíos en las concesiones hospitalarias que menciona Patricio Palma, en la entrevista adjunta en el anexo A.2, es armonizar el trabajo entre los diferentes grupos humanos que interactúan en ellas y con intereses completamente diferentes entre ellos, esto provoca problemas que no se crean en otro tipo de contratos y donde es necesario que actúe el Inspector Fiscal cuando se generen y que además este tenga un grupo de trabajo multidisciplinario que le entregue sugerencias en las áreas que él como profesional puede desconocer. Es por esto último que existe la Asesoría de Inspección Fiscal.

Las asesorías de Inspección Fiscal son normalmente empresas de consultoría de ingeniería que son contratadas por el MOP por un periodo determinado en su contrato, aproximadamente 36 meses, las cuales forman un grupo multidisciplinario con más de 30 personas. La principal función de la asesoría es apoyar a la Inspección Fiscal en áreas presentes en un hospital pero que no maneja del todo (Patricio Palma, anexo A.2, pregunta 2 y 3).

Al igual como ocurre con el Inspector Fiscal en los contratos de obras viales, la Asesoría de Inspección Fiscal debe ser cambiada al pasar de la etapa de construcción, a la etapa de explotación debido a los cambios en el grupo entre cada una de las etapas.

La asesoría de Inspección Fiscal es propia de todos los contratos de concesiones, pero en el caso de hospitales es más interesante (anexo A.2, pregunta 4) ya que es un gran desafío para las empresas de asesoría que el grupo sea tan multidisciplinario, pudiendo encontrar abogados, arquitectos, ingenieros, constructores civiles, enfermeras, médicos y especialistas del área de la salud. En cambio, en otros contratos como las obras viales los equipos se forman principalmente por especialistas del área como por ejemplo arquitectos e ingenieros.

4.1.7 ETAPA DE OPERACIÓN

La etapa de operación comienza cuando se acepta el hito ‘Aceptación de Pagos por Subsidios’ o cuando se realiza la Puesta en Marcha Definitiva, según se exprese en las bases de licitación.

Durante el desarrollo de la etapa de explotación el concesionario deberá entregar periódicamente algunos documentos, solicitado en el contrato, al Inspector Fiscal. Entre los documentos que normalmente se le solicitan están

- Estados Financieros trimestrales, semestrales y anuales de la Sociedad Concesionaria.
- Informes de Gestión y Operación, y de Seguimiento de Desarrollo Sustentable.

- Información mensual de reclamos presentados por pacientes, personal del hospital y público general.
- Información de subcontrato a requerimiento del Inspector Fiscal.

4.1.7.1 PLANES DE PROGRAMAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS Y ESPECIALES OBLIGATORIOS

En un plazo establecido en las bases de licitación el concesionario debe hacer entrega al Inspector Fiscal los planes de Prestación de Servicios para toda la etapa de explotación y el primer Programa Anual de Prestación de Servicios para cada uno de los servicios básicos y especiales obligatorios según lo indicado en el contrato, ambos documentos deben ser aprobados por el Inspector Fiscal para entrar en vigencia.

Para la Prestación de Servicios debe cumplir con lo estipulado para cada uno en los anexos de las bases de licitación, donde se presentan los alcances de cada servicio, frecuencia con la que se deben mantener, estándares que debe cumplir cada uno, la planificación sugerida, los cuidados que se deben tener, los equipos o insumos que debe considerar el concesionario, la calidad a cumplir, entre otros.

4.1.7.2 SERVICIOS DE OPERACIÓN

Como es sabido los hospitales poseen una gran cantidad de servicios, los cuales se pueden clasificar en clínicos y complementarios, los cuales son de gran importancia para su funcionamiento. En Chile, los servicios clínicos no se licitan en el contrato de concesión, si no que están a cargo del MINSAL y el servicio de salud a cargo, en cambio los servicios complementarios se pueden incluir o no en el contrato de concesión. Es importante mencionar que normalmente los servicios que no son incluidos en el contrato de concesión son licitados de forma externa por el Servicio de Salud a cargo.

Todos los servicios licitados con el concesionario deben cumplir con los niveles de servicio solicitados en el contrato, el incumplimiento de dichos niveles hace incurrir al concesionario en multas. Esto hace que agregar los servicios a la concesión asegure un mejor nivel de servicio del hospital en general.

Por otra parte, las bases de licitación obligan a la concesionaria a contar con un mecanismo centralizado de comunicación que permita la relación expedita entre el hospital, la sociedad concesionaria, la ciudadanía y el Inspector Fiscal para tener una coordinación del buen funcionamiento de las actividades del hospital.

Los servicios dentro de un hospital se pueden clasificar en básicos, especiales obligatorios y servicios complementarios. A continuación, se presenta un detalle de cada tipo de servicio.

4.1.7.2.1 SERVICIOS BÁSICOS

Los servicios básicos de un hospital son aquellos indispensables para su funcionamiento mínimo, por lo cual deben estar en todo proyecto durante todo el tiempo que opere el hospital. Estos se pueden subdividir como servicios clínicos y no clínico. Dentro de los servicios básicos se pueden encontrar:

- Operación y mantención de la infraestructura.
- Inversión, mantención y reposición de instalaciones, equipamiento industrial.
- Adquisición, administración, mantención y reposición mobiliario no clínico.
- No clínicos de Apoyo
 - Alimentación de pacientes y funcionarios.
 - Gestión de guardarropía y ropería.
 - Gestión integral de residuos hospitalarios.
 - Control Sanitario de vectores.
 - Aseo y limpieza general.

Los servicios que siempre están presentes en concesiones son los de mantención, en el caso de hospitales el concesionario es el responsable de la funcionalidad, continuidad de los sistemas e instalaciones, y la calidad técnica de la infraestructura, el equipamiento industrial y el mobiliario asociado a la infraestructura, con la finalidad de que permitan brindar dentro del recinto todos los servicios de forma continua los 365 días del año, las 24 horas del día. El servicio debe estar activo en todo momento por lo cual se deben realizar todas las operaciones de mantenimiento preventivo y correctivos que sean necesarios. En cuanto a la experiencia que se ha tenido en Chile con los hospitales concesionados los servicios de mantenimiento y operación de infraestructura, instalaciones, equipamiento industrial y mobiliario asociado a la infraestructura ha quedado bajo la responsabilidad de la Sociedad Concesionaria.

En cuanto al servicio de adquisición, administración, mantenimiento y reposición de mobiliario no clínico, este comprende el diseño, cumplir con el requisito de proveedores para la adquisición, realizar la ejecución de los planes y programas de mantenimiento preventivo y correctivo necesario para mantener el mobiliario no clínico en buen estado de conservación, funcionalidad y disponibilidad con la finalidad de asegurar las condiciones de operación y seguridad de los hospitales. Todas las bases de licitación de hospitales concesionados que incluyen este servicio especifican en los anexos del documento un detalle de los requerimientos que debe cumplir el concesionario con respecto al mobiliario no clínico. Este servicio fue ha sido entregado al concesionario en todos los contratos de concesiones hospitalarias licitadas hasta fines del año 2020.

El servicio de alimentación en hospitales se encarga de la compra de insumos y preparaciones de los alimentos para los pacientes cuentan con una alimentación nutritiva y segura a fin de cuidar su salud y contribuir a su recuperación, además de encargarse de la alimentación de los funcionarios del hospital. Según lo mencionado por Patricio Palma (*anexo A.2, pregunta 15*) la mayor complejidad de este servicio es que la cantidad de menús a preparar no es menor debido a la variedad de pacientes que se pueden encontrar en un hospital, es por lo que este servicio requiere un gran esfuerzo y organización por parte de la empresa encargada. Los primeros dos grupos de hospitales concesionaron este servicio en el contrato, en cambio para el tercer grupo el MINSAL decidió retirarlo y comenzar a licitarlo de manera externa.

En cuanto al servicio de guardarropía y ropería, este tiene la función de recibir la ropa sucia y realizar el proceso de lavado necesario para abastecer de ropa limpia, ya sea de cama o vestimenta (pacientes y funcionarios), a los servicios de hospitalización y urgencia como prioridad, además de otras unidades de forma paulatina (Ministerio de Salud, 2018). Para el último grupo de hospitales este servicio fue retirado del contrato, por petición del MINSAL.

La gestión integral de residuos busca principalmente disminuir el riesgo a la salud y garantizar la protección del ambiente, equilibrando los impactos que se general a partir del manejo de residuos en el desarrollo de las autoridades. Es uno de los servicios más complejo en este tipo de proyectos, ya que como lo explica Patricio Palma en la entrevista (*anexo A.2, pregunta 15*) el retiro de basura se debe realizar de tal forma que los insumos médicos limpios no se mezclen o topen con los utilizados. La empresa a cargo posee una gran responsabilidad y es por lo que el MINSAL decidió no concesionar este servicio en el último grupo de hospitales, pero si se concesionó en hospitales del primer y segundo grupo.

Otro factor que es importante mantener controlados en los hospitales son las plagas de roedores, cucarachas o mosquitos ya que su aparición en hospitales podría hacer desaparecer el ambiente de esterilidad que deben entregar y proyectar, llevando al nerviosismo de pacientes y familiares. Es por lo que en este tipo de recintos deben existir programas intensivos de control de plagas con un alto nivel de calidad y prevención, y con profesionales altamente capacitados para ejecutar dicha función, porque el lugar es especialmente sensible, se debe cuidar la salud de los pacientes del recinto, y procedimientos/productos mal aplicados pueden generar graves consecuencias. Este servicio fue licitado en el contrato de concesión en el primer y segundo grupo, pero para el último grupo se retiró del contrato.

Por otro lado, si el servicio de aseo y limpieza general es necesario en cualquier tipo de proyecto, en el caso de hospitales esta necesidad se agudiza, ya que la deficiencia de este servicio pone en riesgo el correcto funcionamiento del hospital y con ello la vida de los pacientes, por lo tanto, es de suma importancia que el personal encargado de este servicio cumpla con todos los protocolos definidos para el aseo del hospital y con ello un alto nivel de servicio. Este servicio al igual que los últimos nombrados fue retirado del contrato de concesión por solicitud del MINSAL.

Tabla 3: Servicios básicos concesionados por grupo hospitalario.

Servicio Básico Concesionado	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Alimentación de pacientes y funcionarios	SI	SI	NO
Operación y mantención de infraestructura	SI	SI	SI
Inversión, mantención y reposición de instalaciones.	SI	SI	SI
Inversión, mantención y reposición de equipamiento industrial.	SI	SI	SI
Inversión, mantención y reposición de mobiliario no clínico.	SI	SI	SI
Gestión de guardarropía y ropería.	SI	SI	NO
Gestión integral de residuos hospitalarios.	SI	SI	NO
Control sanitario de vectores.	SI	SI	NO
Aseo y limpieza general	SI	SI	NO

4.1.7.2.2 SERVICIOS ESPECIALES OBLIGATORIOS

Se definen como especiales obligatorios todos los servicios de apoyo que son indispensables y necesarios en el proyecto para entregar un mayor nivel de servicio, pero que se pueden adquirir de otra manera y no necesariamente como servicio. Los servicios especiales obligatorios que se pueden encontrar en hospitales son:

- Seguridad y vigilancia.
- Adquisición, administración, mantenimiento y reposición equipamiento médico y mobiliario clínico.
- Sistema de información tecnológica.
- Sala Cuna y Jardín Infantil.
- Estacionamientos para funcionarios y visitas.
- Cafeterías.

El servicio de seguridad y vigilancia es necesario en la gran mayoría de proyectos y su principal función es velar por la protección de personas y de bienes e inmuebles. Para lograrlo este servicio posee varias aristas de trabajo, desde el personal capacitado para cumplir funciones de vigilancia, hasta la instalación y mantenimiento del sistema de seguridad que incluye cámaras que monitorean en todo momento. Seguridad y vigilancia fue uno de los servicios de hotelería que nombro Luis Barrios (*anexo A.3, pregunta 9*) que se licitó en el contrato de concesión para los dos primeros grupos, y luego fueron retirados en el tercer grupo por el MINSAL.

Por otra parte, el servicio de adquisición, administración, mantención y reposición de mobiliario clínico comenzó a ser responsabilidad de la Sociedad Concesionaria desde el segundo grupo de hospitales. Este servicio es el responsable de adquirir, mantener y de ser necesario reponer con el nivel de servicio solicitado a todos los equipos clínicos. Cuando este servicio es entregado al concesionario este debe disponer de los recursos suficientes para adquirir y reponer durante las etapas de construcción y explotación del equipamiento y mobiliario clínico. Se entiende como equipo clínico todo dispositivo o elemento necesario para formar un espacio apto para atender a un paciente en una consulta médica u hospital, por ejemplo, camillas, equipos especializados, biombos médicos, mesas quirúrgicas. En las bases de licitación de los contratos de concesiones hospitalarias se especifican los requerimientos que debe cumplir el concesionario en detalle.

El servicio de información tecnológica en hospitales busca gestionar eficiente y eficazmente los recursos, la infraestructura y servicios tecnológicos institucionales, mediante la administración, mantención del sistema de información y servicios informáticos que apoyen los procesos realizados por usuarios internos (Servicio de Salud Talcahuano, 2020). Para fines del 2020 el MINSAL planea alcanzar la cobertura completa de información tecnológica en el servicio público, esto lo logra mediante la estrategia SIDRA (Sistema de Información de la Red Asistencial), en el cual el Estado licita estas tecnologías mediante un privado. En cuanto al modo en que se ha licitado en concesiones chilenas, este servicio ha quedado a cargo del concesionario solo en el segundo grupo de hospitales.

La sala cuna y jardín infantil es un servicio que entrega tranquilidad de los funcionarios que son padres o madres al tener a sus hijos cerca y con personal especializado, convirtiéndolo en un servicio muy importante de tener en todos los recintos hospitalarios del país. Este servicio fue licitado mediante el concesionario solo en el primer grupo de hospitales.

Los otros dos servicios restantes tanto el estacionamiento para funcionarios y visitas, como la cafetería son obligatorios, ya que buscan el mayor bienestar de todos los funcionarios de la salud, por lo cual todos los hospitales deben contar con ellos. En ambos casos estos servicios fueron concesionados solo en los dos primeros grupos de hospitales, para el último grupo estos fueron servicio que se quitaron.

Tabla 4: Servicios especiales obligatorios concesionados por grupo hospitalario.

Servicio Especial Obligatorio Concesionado	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Seguridad y vigilancia.	SI	SI	NO
Adquisición, administración, mantenimiento y reposición equipamiento médico y mobiliario clínico.	NO	SI	SI
Sistema de información tecnológica.	NO	SI	NO
Sala Cuna y Jardín Infantil	SI	NO	NO
Estacionamientos para funcionarios y visitas.	SI	SI	NO
Cafeterías	SI	SI	NO

4.1.7.2.3 *SERVICIOS COMPLEMENTARIOS*

Los servicios complementarios se definen como aquellos que buscan hacer más placentera el tiempo que deban estar en el hospital tanto los pacientes, como sus visitas, pero que aun así no son indispensables dentro del recinto de salud. Algunos servicios complementarios que existen en un hospital son:

- Estacionamientos para público general.
- Alimentación para público general.
- Instalación y explotación de máquinas dispensadoras.
- Área multiservicios.

Como lo mencionan Vivian Modak y Luis Barrios en el anexo A.3 (*pregunta 9*) hay servicios, llamados de hotelería, que fueron retirados en el último grupo de hospitales concesionados, entre los que se encontraba el servicio de manejo de estacionamientos. Este servicio entrega al concesionario la posibilidad de habilitar áreas que sirvan como estacionamientos extras a los exigidos en los servicios especiales obligatorios y establecer un mecanismo de cobro por su uso, con la finalidad que el concesionario sacara ganancias de ellos y con eso se disminuyan los costos a pagar por el Estado. En este servicio se le exige al concesionario que preste servicios de vigilancia del recinto, además de cumplir con las mismas exigencias técnicas definidas para el servicio de establecimiento de funcionarios y visitas. Para el último grupo de proyectos este servicio no se licitó con el concesionario y como menciona Vivian esto encareció el proyecto para el Estado, ya que en proyectos previos las ganancias estimadas por este servicio permitían al concesionario presentar una oferta más conveniente para el Estado.

La alimentación para público general consiste en que la venta de todos los alimentos que el concesionario desee, en un área de acceso para todo público y determinada para ello, esta zona es diseñada por la Sociedad Concesionaria como obras complementarias, y debe ser aprobada por el Inspector Fiscal en la etapa de construcción del proyecto. Los montos y sistemas de cobro son establecidos por el concesionario. Este servicio fue prestado en los primeros dos grupos de hospitales concesionado, y fue retirado para el tercer grupo.

La instalación y explotación de máquinas dispensadora busca entregar un servicio que mejore la estadía de los visitantes del hospital. Al igual los servicios complementarios antes mencionados, permite al concesionario habilitar dentro del hospital área de instalación de máquinas dispensadoras de alimentos u otros que sean aprobados por el Inspector Fiscal. Es responsabilidad de la Sociedad Concesionaria la administración, mantenimiento y reposición de productos o piezas de la máquina, además de la comunicación al público de lo anterior mediante señalizaciones claras y visibles. Este servicio fue incluido en el contrato de concesiones en los tres grupos de hospitales.

Finalmente, las áreas multiservicio consiste en darle al concesionario la posibilidad de habilitar, dentro del (de los) establecimiento(s) de salud, áreas destinadas a servicios múltiples de los cuales poder generar ganancias, como ejemplo de los servicios que se pueden prestar están: centro de fotocopiado, cajeros automáticos, florerías, ciber café, guarderías, ópticas, farmacias, tienda de artículos para enfermos y servicio de custodia de especies. Si el concesionario prestara

este servicio se le exige que el diseño de estas áreas mantenga la armonía arquitectónica del proyecto y dicho diseño debe ser aprobado por el Inspector Fiscal.

Tabla 5: Servicios complementarios concesionados por grupo hospitalario.

Servicio Complementario	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Estacionamientos para público general.	SI	SI	NO
Alimentación a visitas y público general.	SI	SI	NO
Instalación y explotación de máquinas dispensadoras.	SI	SI	SI
Área multiservicios.	SI	SI	NO

4.1.8 RIESGOS

Según lo estipulado en el artículo 22° de la ley de concesiones todas las obras de construcción se efectúan a entero riesgo del concesionario, adjudicándole a él todo desembolso necesario hasta el término de la construcción, sin importar si son casos fortuitos, de fuerza mayor u otra causa. Esto incluye las consecuencias derivadas de la acción de los subcontratos concertados por el concesionario.

Es importante mencionar que a pesar de que la ley estipula que todas las obras de construcción son a entero riesgo del concesionario, cuando el contrato se ve expuesto a un riesgo de fuerza mayor, el concesionario se refugia en otras leyes que lo avalan, ya que al no ser su responsabilidad los costos pueden pasar parcial o totalmente al Estado.

4.1.9 PAGOS DEL CONTRATO

Además de los pagos que el Estado debe hacer el concesionario, existen los pagos que el concesionario debe entregar al Estado por variados motivos. A continuación, se presentan tanto los pagos del concesionario, como los del Estado existente en los contratos de hospitales concesionados.

4.1.9.1 PAGO AL CONCESIONARIO

Las fases del proyecto y servicios a cargo del concesionario son pagadas Servicio de Salud correspondiente, según los montos que se estipule en el contrato de concesión y a partir de aceptado el hito ‘Aceptación de Pagos de Subsidios’. Si el Servicio de Salud no realizara los pagos en los plazos establecidos el concesionario puede notificar al MINSAL para que este último efectúe los pagos. A continuación, se presentan los pagos que recibe la Sociedad Concesionaria por la prestación de los servicios por el tiempo de concesión definido.

4.1.9.1.1 PAGOS POR SUBSIDIO FIJO A LA CONSTRUCCIÓN (SFC)

Este valor es el presentado por el concesionario en la licitación que se asocia a los costos y en la etapa de construcción del proyecto. Cabe mencionar que este valor se fija en el contrato y no puede variar durante la etapa de construcción, es decir, que todas las variaciones de costos deben ser asumidas por la Sociedad Concesionaria.

El MINSAL paga este subsidio por cada establecimiento del contrato y en cuotas de forma anual durante la etapa de operación del proyecto. Las cuotas deben estar definidas en UF y no tiene variaciones en el tiempo con respecto a aquella unidad de medida, la cual se ajusta con respecto al peso chileno (CLP\$) de acuerdo con la inflación.

En el caso de que se dé por finalizado el contrato de manera anticipada durante la etapa de operación, es decir, una vez aceptada la puesta en marcha definitiva, se le garantiza al concesionario el pago asociado a la construcción, el cual se pagara de manera semestral, en un plazo que puede variar entre 5 y 10 años como lo menciona Oscar Sotomayor en la entrevista adjuntada como anexo A.1 (pregunta 9). En cambio, si se da por finalizada la concesión en la etapa de construcción, se evalúa el pago al concesionario de lo invertido hasta dicho momento, pero no es algo asegurado por contrato.

4.1.9.1.2 PAGO POR SUBSIDIO FIJO A LA OPERACIÓN (SFO)

Este pago está asociado al costo de los servicios de operación prestados por la Sociedad Concesionaria, que no varían con respecto a la cantidad de pacientes atendidos en el hospital durante cierto periodo.

Las cuotas las pagará el respectivo Servicio de Salud, o el MINSAL en su defecto, de manera semestral, según las fechas definidas en las bases de licitación, al igual que el Subsidio Fijo a la Construcción y mediante cuotas anticipadas. El monto de este pago es el presentado en la oferta del concesionario y su valor solo se ajusta según las variaciones del Ingreso Mínimo Mensual (IMM).

4.1.9.1.3 PAGOS VARIABLES A LA OPERACIÓN (SVO)

Por otro lado, el SVO es un subsidio que está asociado al pago de servicios que varían sus costos de acuerdo con la cantidad de pacientes atendidos en el establecimiento de salud dentro de un periodo determinado, en base a los Días Cama Ocupado, como por ejemplo el servicio de alimentación a pacientes y funcionarios.

Este pago al igual que el anterior es pagado por el Servicio de Salud correspondiente, o por el MINSAL de no cumplirse lo primero, en cuotas anuales vencidas, es decir que se pagan una vez finalizado el periodo, y en las fechas estipuladas en las bases de licitación del contrato. El primer pago por este concepto se lleva a cabo el año calendario siguiente al que se inicia la etapa de explotación.

Un DCO se define como la permanencia de un paciente hospitalizado ocupando una cama del hospital, durante las 0 hrs y las 24 hrs del día, incluyendo el día de ingreso y egreso del paciente (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2014). En cuanto al DCOB es un valor estimado en el PMA realizado por el Ministerio de Salud y se refiere a los Días Cama Ocupados hasta los cuales el valor del subsidio a la operación no varía.

4.1.9.1.4 PAGO POR DISTRIBUCIÓN DE RIESGOS FINANCIEROS DEL MINSAL AL CONCESIONARIO

Según lo estipulado en la ley de concesiones, en caso de extinción de la concesión por incumplimiento grave es el concesionario quien debe hacerse cargo de los costos en que incurrió el MINSAL en la licitación del proyecto y por otro lado el MINSAL debe pagar los costos adeudados con el concesionario hasta antes de la fecha de extinción del contrato. Los costos que pueden quedar adeudados son: Subsidio Fijo a la Construcción (SFC), Subsidio Fijo por concepto de adquisición y reposición de Mobiliario No Clínico durante la Etapa de Construcción (SFMNC) y Subsidio Fijo por concepto de adquisición y reposición de Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico durante la Etapa de Construcción (SFEM).

Si los costos adeudados son mayores que los costos asociados a la licitación el MINSAL paga al concesionario la diferencia entre los dos valores (B). Como nota importante de destacar es que los montos garantizados son valores con los respectivos descuentos por impuesto.

$$B = \begin{cases} 0 & \text{Si } P \geq S^{**} \\ S^{**} - P & \text{Si } P < S^{**} \end{cases}$$

Donde:

P : costos de licitación, en UF.

S^{**} : Valor de las cuotas garantizadas de SFC, SFMNC y SFEM no pagadas.

4.1.9.1.5 PAGO POR SERVICIO DE ALIMENTACIÓN ADICIONAL

Como se expuso anteriormente los alcances del Servicio de Alimentación de Pacientes y funcionarios son que se entregue un número determinado de raciones de alimento (desayuno, almuerzo, colación y cena) a los funcionarios de turno del establecimiento de salud.

Cuando el concesionario deba proveer raciones adicionales a la estipuladas en los anexos complementarios del contrato, el respectivo Servicio de Salud pagará mensualmente al concesionario los montos por los servicios de alimentación adicionales. El precio máximo que puede cobrar el concesionario por el servicio adicional queda establecido en las bases de licitación de cada contrato. Si el Servicio de Salud no realizara los pagos dentro del plazo estipulado, el concesionario podrá solicitarlo mediante el Ministerio de Salud.

4.1.9.1.6 PAGO POR COMPENSACIÓN POR SOBREDEMANDA DE CAMAS

Si el número diario de DCO es mayor al 110% de la capacidad límite que se establece en las bases de licitación del contrato, el Servicio de Salud correspondiente debe pagar al concesionario una compensación al año siguiente por todos los días en que se incurra en dicha situación al Inspector Fiscal.

El monto que se paga por la sobredemanda se establece en el contrato y es un valor por cada paciente que supere el 110% de la capacidad establecida en el contrato.

4.1.9.1.7 PAGOS POR SUBSIDIO FIJO POR CONCEPTO DE ADQUISICIÓN Y REPOSICIÓN DE MOBILIARIO NO CLÍNICO

Al concesionario se le pagan dos subsidios fijos anuales por el concepto de adquisición y reposición de mobiliario clínico, uno asociado a los gastos por este concepto en la etapa de construcción y otro a la etapa de explotación. El número de cuotas de ambos subsidios puede variar, pero normalmente se consideran 15 pagos de un monto definido según las bases de licitación.

La diferencia entre el monto que pague el Servicio de Salud anualmente por el Subsidio de operación por este concepto y el monto que el concesionario utilice efectivamente para las adquisiciones y reparaciones da origen al “Fondo de Ejecución de Inversiones en Mobiliario No Clínico” para el Servicio de Salud. Para la transparencia de los gastos del concesionario, este deberá generar cada año de explotación un informe anual con el detalle completo de los movimientos y saldos del “Fondo de Ejecución de Inversiones en Mobiliario No Clínico”. Si en el informe se presenta un saldo positivo al final del año, el 100% de ese saldo debe ser devuelto al Servicio de Salud correspondiente.

4.1.9.1.8 PAGOS POR SUBSIDIO FIJO POR CONCEPTO DE ADQUISICIÓN Y REPOSICIÓN DE EQUIPAMIENTO MÉDICO Y MOBILIARIO CLÍNICO

Para los hospitales que incluyen en el contrato de concesiones el Servicio de Adquisición y Reposición de Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico existen dos subsidios anuales al igual que en el pago anteriormente descrito, un subsidio fijo por este concepto en la etapa de construcción y otro en la etapa de explotación. Los montos y número de cuotas se establecen en las bases de licitación del contrato.

Al igual que en el pago anterior se genera un fondo, que en este caso se llama “Fondo de Ejecución de Inversiones en Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico”, para el cual el concesionario debe presentar un informe con los movimientos y saldos de dicho fondo y en el caso de que se presentara al final un saldo a favor este debe ser devuelto en su cien por ciento al Servicio de Salud que corresponda.

4.1.9.2 PAGOS DEL CONCESIONARIO AL MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS

4.1.9.2.1 PAGOS POR ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DEL CONTRATO DE CONCESIÓN

Se trata de un pago asociado al concepto de administración y control del contrato, esto se refiere a costos que se asumieron por parte del MOP al momento de generar el contrato, estos pagos son propios de cualquier contrato al momento de generar estos documentos.

En el caso de concesiones se realizan dos pagos durante el contrato, una en la etapa de construcción y otra en la etapa de operación. Los montos y los plazos para los pagos se especifican en los anexos complementarios de las respectivas bases de licitación.

4.1.9.3 PAGOS DEL CONCESIONARIO AL SERVICIO DE SALUD Y AL MINISTERIO DE SALUD

4.1.9.3.1 PAGOS POR SERVICIO DE CONSUMO

Durante la etapa de construcción, desde la entrega de los terrenos hasta el día anterior de la Resolución de Pago de Subsidios, son de total responsabilidad de la Sociedad Concesionario los costos asociados a servicios de consumo y deben ser pagados directamente a la empresa proveedora. Se entiende como servicio de consumo: electricidad, agua potable, alcantarillado, telefonía, internet, gas licuado o natural y cualquier otro combustible que se emplee durante el contrato.

En cambio, desde la Resolución de Pago de Subsidios esto cambia, ya que ahí es la Dirección del Establecimiento de Salud quien paga en su totalidad las cuentas facturadas de los servicios de consumo, pero por contrato es el concesionario quien debe asumir los costos y la responsabilidad de los servicios de consumo asociados a la prestación de los servicios de operación a cargo del concesionario. Es ahí donde nace este pago al Servicio de Salud a cargo, el cual debe ser pagado por el concesionario según lo indique el Inspector Fiscal del contrato en los plazos que se estipulen en las bases de licitación.

De igual forma si el concesionario lo desea puede contratar los servicios de forma directa con las empresas proveedoras de los servicios, pero todo costo adicional debe ser asumido por ellos, y no debe afectar la calidad de la prestación de sus servicios.

4.1.9.3.2 PAGO POR SALDO EN FONDO DE RESERVA PARA ACTIVIDADES NO CONTEMPLADAS EN EL PLAN Y EN LOS PROGRAMAS ANUALES

Las bases de licitación de todos los contratos hospitalarios contemplan un “Fondo de reserva”, entregado por el Servicio de Salud correspondiente y administrado por el concesionario, con la finalidad de que este ayude a solucionar en el corto tiempo problemas o daños ocasionados por actividades no contempladas dentro de los planes y programas anuales. Los montos se presentan en UF en los documentos contractuales de cada proyecto.

Se consideran dentro de dichas actividades los daños producidos por causas imputables a la Sociedad Concesionaria, o causas ajenas que no estén contempladas dentro de los seguros que debe contratar el concesionario y que incluyan actividades de mantenimiento, reparaciones, reposiciones o adquisición de elementos de la infraestructura, equipamiento industrial o mobiliario no clínico, como se estipulan en los servicios básicos a cargo del concesionario.

En el caso de que el concesionario deba utilizar parte o la totalidad del “Fondo de reserva” para solucionar problemas en el corto plazo, sin trámites burocráticos, este deberá entregar informes semestrales con la transparencia de los gastos del fondo de reserva y reponer la totalidad de los saldos una vez al año, según se estipula en las bases de licitación.

4.1.9.3.3 PAGO POR CONCEPTO DE SALDO EN FONDO DE RESERVA Y EJECUCIÓN DE EQUIPAMIENTO MÉDICO Y MOBILIARIO CLÍNICO

Este pago solo ocurre en los contratos hospitalarios que incluyen el servicio de Adquisición y reposición de equipamiento médico y mobiliario clínico, es decir, solo en los grupos II y III. Este pago al igual que en el anterior está relacionado con dos fondos, el “Fondo de reserva de equipamiento médico y mobiliario clínico” y el “Fondo de ejecución de inversiones e imprevistos en equipamiento médico y mobiliario no clínico”, el cual es para costear en el corto tiempo las actividades que no estén consideradas en el programa anual de dicho servicio, tanto para daños y problemas causados por el concesionario o por situaciones excepcionales que no cubran los seguros adquiridos por el concesionario, como para inversiones e imprevistos que ocurran durante la ejecución del contrato.

Si el concesionario tuviera que hacer uso de los fondos en forma parcial o total, esto debe ser informado semestralmente mediante el informe de transparencia de la concesión, y se deben ser pagados anualmente, el mes que se estipule en las bases de licitación, los montos utilizados del “Fondo de reserva de equipamiento médico y mobiliario clínico” y del “Fondo de ejecución de inversiones e imprevistos en equipamiento médico y mobiliario no clínico” al Servicio de Salud correspondiente.

4.1.9.3.4 PAGO POR DISTRIBUCIÓN DE RIESGOS FINANCIEROS DEL CONCESIONARIO AL MINISTERIO DE SALUD

Al igual como se tiene el caso de que la distribución de riesgos financieros implique un pago al concesionario, existe el escenario que implica un pago del concesionario. Sí los montos garantizados adeudados llevados a valores presente son menores que los costos asociados a la licitación, la Sociedad Concesionaria debe pagar al MINSAL el 80% de la diferencia entre ambos montos (T).

$$T = \begin{cases} (P - S^*) \times 0,8 & \text{Si } P \geq S^* \\ 0 & \text{Si } P < S^* \end{cases}$$

Donde:

P: costos de licitación, en UF.

*S**: Valor actual de las cuotas de SFC, SFMNC y SFEM no pagadas.

4.1.9.3.5 PAGO POR CONCEPTO DE IMPLEMENTACIÓN DE GESTIÓN DEL CAMBIO

El programa de Gestión de Cambios tiene como objetivo que los establecimientos de salud y a sus funcionarios sepan enfrentar modificaciones en el modelo organizacional, además considera intervenciones en cultura organizacional, modelos de atención asistencial y mejoramiento continuo de la calidad.

Para la realización del proceso del pago, la Dirección de el o los Servicios de Salud que correspondan debe entrega al Inspector Fiscal los documentos de cobro de los pagos que ellos realizaron para llevar a cabo el programa de gestión del cambio, sin sobrepasar el límite superior que se expresa en los anexos del contrato. Luego el Inspector Fiscal entrega los documentos de cobro a la Sociedad Concesionaria, la cual deberá realizar el pago al Servicio de Salud dentro del plazo que se haya estipulado en las bases de licitación.

4.1.9.3.6 PAGO POR CONCEPTO DE TRASLADO E INSTALACIÓN DE EQUIPAMIENTO MÉDICO

La Sociedad Concesionaria estará a cargo de todo costo de las obras civiles e instalaciones eléctricas, sanitarias, climatización y toda especialidad necesaria para el traslado e instalación del equipamiento médico.

Al igual que el pago anteriormente mencionado, la Dirección de el o los servicios de salud debe entregar firmados, por el respectivo director, los documentos de cobros asociados al traslado e instalación del equipamiento médico al Inspector Fiscal, para que luego este se los entregue al concesionario. El plazo máximo para el pago por este concepto es de 30 días a contar del día que el Inspector Fiscal le entrega los documentos al concesionario.

A continuación, se presenta una tabla con todos los pagos existentes en los contratos de concesiones hospitalarias, además del detalle de su aplicación en cada grupo de hospitales.

Tabla 6: Pagos del contrato por grupo de hospitales concesionado.

	Pago	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Pago al Concesionario	Subsidio fijo a la construcción (SFC)	SI	SI	SI
	Subsidio fijo a la operación (SFO)	SI	SI	SI
	Variables a la operación (SVO)	SI	SI	SI
	Distribución de riesgos financiero del MINSAL al concesionario	NO	SI	SI
	Servicio de alimentación adicional	NO	SI	NO
	Variable por sobredemanda de camas	SI	SI	SI
	Subsidio fijo por concepto de adquisición y reposición de mobiliario no clínico	NO	SI	SI
	Subsidio fijo por concepto de adquisición y reposición de equipamiento médico y mobiliario clínico	NO	SI	SI

Tabla 7: Continuación pagos del contrato por grupo de hospitales concesionado.

Pago		Grupo I	Grupo II	Grupo III
Pago al MOP	Administración y control del contrato de concesión	SI	SI	SI
Pago al Servicio de Salud y MINSAL	Servicio de consumo	SI	SI	SI
	Saldo en fondo de reserva para actividades no contempladas en el plan y en los programas anuales	SI	SI	SI
	Saldo en fondo de reserva y ejecución de equipamiento médico y mobiliario clínico	NO	SI	SI
	Por distribución de riesgos financiero	NO	SI	SI
	Por implementación de gestión del cambio	NO	NO	SI
	Por traslado e instalación de equipamiento médico	NO	NO	SI

4.1.10 GARANTÍAS DEL CONTRATO

Las garantías son propias de todo tipo de contratos, en el caso de concesiones existen las garantías: Seriedad de la Oferta, de Construcción y de Explotación.

La Garantía por Seriedad de la Oferta, está presente en todo tipo de contrato y se presenta en la etapa de licitación del contrato dentro del sobre de oferta técnica con la finalidad de que el licitante mantenga su oferta si es el adjudicatario, de no cumplir se hace válida garantía.

Por otro lado, la Garantía de Construcción debe ser presentada por el concesionario una vez adjudicado el contrato, junto con la solicitud de inicio de la construcción, los montos y vigencias se establecen en los anexos complementarios de cada contrato.

Finalmente, la Garantía de explotación es propia de los contratos de concesión, lógicamente porque esta etapa no forma parte en otros tipos de contrato. Esta garantía debe ser entregada al solicitar a la DGC la autorización de la Puesta en Servicio Provisoria y al igual que las anteriores los montos y vigencias se especifican en cada contrato.

Cuando quede una vigencia de 24 meses para el término de la concesión el concesionario debe entregar una garantía adicional a la Garantía de Explotación con montos y vigencias establecidos en las bases del contrato. Esta garantía adicional tiene por objetivo asegurar el cumplimiento de las condiciones en que el Servicio de Salud recibirá la concesión.

4.1.11 INFRACCIONES Y MULTAS

Las infracciones se califican en el contrato como graves, menos graves y leves, y cada una tiene asociada un rango montos entre el que se puede definir la multa. Las infracciones existentes y sus respectivas multas en los contratos de concesiones son una gran lista que no se detallará dentro del presente trabajo de título, pero si se presentaran las infracciones graves que puede llevar a poner término a un contrato de concesiones hospitalarias.

Dentro de las infracciones graves dentro del desarrollo del contrato se pueden encontrar: reducir el capital social de la Sociedad Concesionaria, entregar información con datos o antecedentes no fidedignos, atraso en el plazo máximo para la obtención de la Autorización de la Puesta en Marcha Provisoria, nivel de servicio percibido semestral de un servicio sea calificado como deficiente y no entregar las boletas de garantía en los plazos estipulados en el contrato. Cabe aclarar que no todas las faltas anteriormente mencionadas pueden llegar a poner término al contrato.

Como lo menciona Patricio Palma en el anexo A.2, pregunta 11, son dos las faltas o infracciones que pueden llevar a poner término al contrato de concesión hospitalaria. La primera es entregar información maliciosa en reiteradas ocasiones cuando el Inspector Fiscal solicite información de ciertos temas que sean solicitados por él o alguna autoridad, algo que debe quedar claro es la gran diferencia entre entregar información errónea sin malicia, a que sea maliciosa con la finalidad de beneficiarse o evadir culpas. La segunda falta es la reiteración de la deficiencia de los servicios en el NSP (Nivel de Servicio Percibido) semestral según lo establecido en el contrato.

4.1.12 COMITÉS

A lo largo del desarrollo del contrato de una concesión hospitalaria existen varios comités, algunos que se forman a causa del contrato, y otros previamente existentes que se encargan de ciertos temas en todos los contratos de concesiones. Cada comité tiene una función definida dentro del contrato, las cuales pueden ser de coordinación, de resolución de conflictos, resguardar y garantizar procesos. A continuación, se presentan los diferentes comités que se pueden encontrar dentro de los contratos de concesiones hospitalarias, y su conformación.

4.1.12.1 COORDINADORES ADMINISTRATIVOS

Durante el desarrollo de un contrato hospitalario existen dos comités de coordinación, uno para la etapa de construcción y otro para la de operación. Estos comités de coordinación tendrán las funciones de coordinar las actividades que se realicen con motivo de hacer más eficiente la gestión y facilitar la relación dentro del marco definido entre la Dirección del Establecimiento de Salud y la Sociedad Concesionario.

Estos comités deberán sesionar periódicamente según lo acordado entre los participantes y debe ser a lo menos una vez al mes, sus acuerdos a adoptar deben ser votados de forma unánime y para dejar constancia de los conversado en cada sesión debe ser anotado en un Libro de Actas.

El primero es el “Comité Coordinador de Construcción”, el cual como dice su nombre tendrá lugar durante la etapa de construcción y está formado por:

- El Inspector Fiscal.
- Un representante de la Subsecretaria de Redes Asistenciales (no aplica en hospitales del grupo I).
- El director del Servicio de Salud correspondiente o en su defecto el Coordinador Técnico designado en su representación.
- El gerente general de la Sociedad Concesionaria o un representante.

Mientras, el segundo es el “Comité Coordinador de Explotación”, el cual tiene está integrada de la forma que se muestra a continuación

- Inspector Fiscal.
- El director del Servicio de Salud correspondiente o en su defecto el Coordinador Técnico designado en su representación.
- El gerente general de la Sociedad Concesionaria o un representante.

4.1.12.2 COORDINADOR TÉCNICO

Si se considera dentro del contrato de concesiones el servicio de Adquisición y Reposición de Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico, es decir, en los hospitales pertenecientes a los grupos II y III, se debe contar con una entidad denominada “Comité Técnico de Adquisiciones y Reposiciones” (CTAR), la cual tiene como principal función resguardar y garantizar que los procesos de dicho servicio cumplan con los requisitos técnicos y de calidad establecidos en el contrato. Este comité busca prevenir problemas entre la Dirección del hospital y el concesionario ya que el equipamiento y mobiliario necesario para la atención clínica es provisto por el concesionario, pero utilizado por los funcionarios del establecimiento de salud, lo cual puede generar innumerables conflictos entre las partes.

Otras funciones que tiene el comité coordinador técnico son: definir metodología de evaluación técnicas y económicas para los procesos de adquisiciones y reposiciones, autorizar las adquisiciones y reposiciones durante las etapas de construcción y operación, autorizar modificaciones en las cantidades del “Listado de Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico”, autorizar adquisiciones no previstas en las bases de licitación, y modificar las especificaciones técnicas del equipamiento médico y mobiliario clínico.

La conformación de este comité se produce luego de publicado en el Diario Oficial el decreto supremo de adjudicación del contrato, dentro del plazo establecido en las bases, y está integrado de la siguiente manera:

- Un representante del Ministerio de salud.

- Inspector Fiscal.
- El(los) director(es) del(los) Servicio(s) de Salud correspondiente o en su defecto el Coordinador Técnico designado en su representación

Al igual que los Comités Coordinadores Administrativos, este comité debe sesionar de forma periódica según lo acordado por las partes, y dicho periodo no debe ser mayor a un mes. Para lograr un acuerdo dentro del comité se debe contar con el consentimiento unánime de todos los integrantes.

4.1.12.3 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Como se ha mencionado anteriormente, una complejidad de las concesiones hospitalarias es la constante interacción entre la Sociedad Concesionaria, es por esto se existen grupos o comités como mecanismos de resolución de conflictos, como por ejemplo el Panel Técnico, la Comisión Arbitral. Sergio Decher (anexo A.1, pregunta 13) comenta que estos mecanismos quitan riesgos al modelo de concesiones, debido a la sensación de justicia que provoca su existencia cuando existe un conflicto del cual se puede llegar a una indemnización de una parte a la otra.

El Panel Técnico es el primer mecanismo al que se debe recurrir si la causa de la controversia es un aspecto técnico o económico, este tiene como finalidad recomendar posibles soluciones a las partes sin necesidad de seguir avanzando en el proceso, es importante entender que la solución debe ser aceptada por ambas partes mediante un acuerdo, y no se obligara a ninguna. Los integrantes del panel técnico deben ser tres y son nombrados por el Consejo de Alta Dirección Pública mediante un concurso público.

Si a las partes logran llegar a un acuerdo mediante la recomendación entregada por el panel técnico o bien, si la controversia tiene como motivo la interpretación o aplicación del contrato de concesión deberá ser llevada ante el Comité Arbitral, la cual tendrá la facultad de árbitro arbitrados en cuanto al procedimiento y finalmente entregará un veredicto que debe ser acogido por las partes, de no querer ser acogida por alguna de las partes esta podrá acudir a la Corte de Apelaciones, lo cual no es común que suceda debido a los costos extras que esto conlleva. En cuanto a los integrantes del Comité Arbitral, estos serán definidos de común acuerdo entre las partes, a partir de dos nóminas de expertos confeccionadas por la Corte Suprema y el Tribunal de Defensa de Libre Competencia, su formación base según la ley de concesiones debe ser con al menos dos abogados, donde uno de ellos presidirá el comité.

Tabla 8: Comités existentes en grupo de hospitales.

Comité	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Coordinador de Construcción	SI	SI	SI
Coordinador de Explotación	SI	SI	SI
Técnico de Adquisiciones y Reposiciones	NO	SI	SI
Panel Técnico	SI	SI	SI
Comité Arbitral	SI	SI	SI

4.1.13 SEGUROS

Como en todo contrato el contratista es el responsable de adquirir pólizas de seguros con la finalidad de cubrir gastos por causas anexas a él y que siempre tienen probabilidades de suceder.

El Seguro de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros y Seguro por Catástrofe son los dos seguros que normalmente se exigen en todo tipo de contratos, incluyendo a los de hospitales concesionados. El primero de ellos está presente durante las etapas de construcción y explotación, y cubre al MOP y al concesionario de todo daño que con motivo de la ejecución de la obra y los servicios sufran terceros en sus bienes y/o personas. Mientras que el Seguro por Catástrofe debe cubrir durante todas las etapas del contrato en caso de desastre con el que se vea afectada la infraestructura, desde catástrofes naturales como sismos hasta los provocados por actos maliciosos como un incendio, de manera que todas las sumas percibidas por la póliza deben ser destinadas a la reconstrucción de daños de la infraestructura, salvo que se haya acordado lo contrario.

Para el grupo I de hospitales concesionados solo se exigieron los dos seguros anteriormente mencionados, no obstante, desde el grupo II se incluyó el Seguro de Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico, este tal y como dice su nombre debe cubrir el equipamiento, instalaciones y mobiliario clínico en caso de verse afectados por causas naturales o humana, cabe destacar que esto no quita la responsabilidad al concesionario de la reposición que se debe llevar a cabo según el contrato.

Tabla 9: Seguros a cargo del concesionario solicitados por grupo hospitalario.

Seguro	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Responsabilidad Civil por Daños a terceros.	SI	SI	SI
Catástrofe	SI	SI	SI
Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico	NO	SI	SI

Todas las pólizas deben ser entregadas para ser revisadas al Inspector Fiscal en los plazos estipulados en las bases de licitación, hasta ser aceptadas y en caso de que se necesite hacer uso de alguna de ellas el concesionario será el encargado de la tramitación de estos. En el caso de que alguna póliza no cubra ciertas causas, estas deben ser cubiertas a entero cargo del concesionario.

4.1.14 MECANISMOS DE DETERMINACIÓN DE NIVELES DE SERVICIO

En los contratos de hospitales al igual que en obras viales el concesionario debe realizar periódicamente encuestas a los usuarios (pacientes y visitas) y entregarlas al Inspector Fiscal con la finalidad de testear como están recibiendo los usuarios el(los) servicio(s).

Además de igual forma el Estado, mediante el Inspector Fiscal, realiza encuestas para corroborar los datos entregados por el concesionario, para luego utilizar dichos datos, y complementarlos con otros factores en estudio, para luego para determinar los niveles de servicio del contrato y establecer si se encuentran dentro de niveles aceptados o bien, se deben aplicar multas.

En los hospitales de Maipú y La Florida se han realizado gran cantidad de encuestas, realizadas por el contratista, por el estado y hasta algunas llevadas a cabo por particulares, todas con muy buena evaluación, a continuación, se presentan algunos de los resultados obtenido en la última encuesta de estos hospitales, llevada a cabo por CADEM en el año 2016.

Los resultados de la evaluación de la infraestructura (Figura 5 y Figura 6) presentan que los usuarios se encuentran conformes en gran parte de los aspectos de la infraestructura, pero a la vez al momento de consultarle a los usuarios por el modelo concesionario (Figura 7 y Figura 8) los usuarios no tienen claridad de cómo funciona el modelo en Chile y no están de acuerdo con los hospitales concesionados.

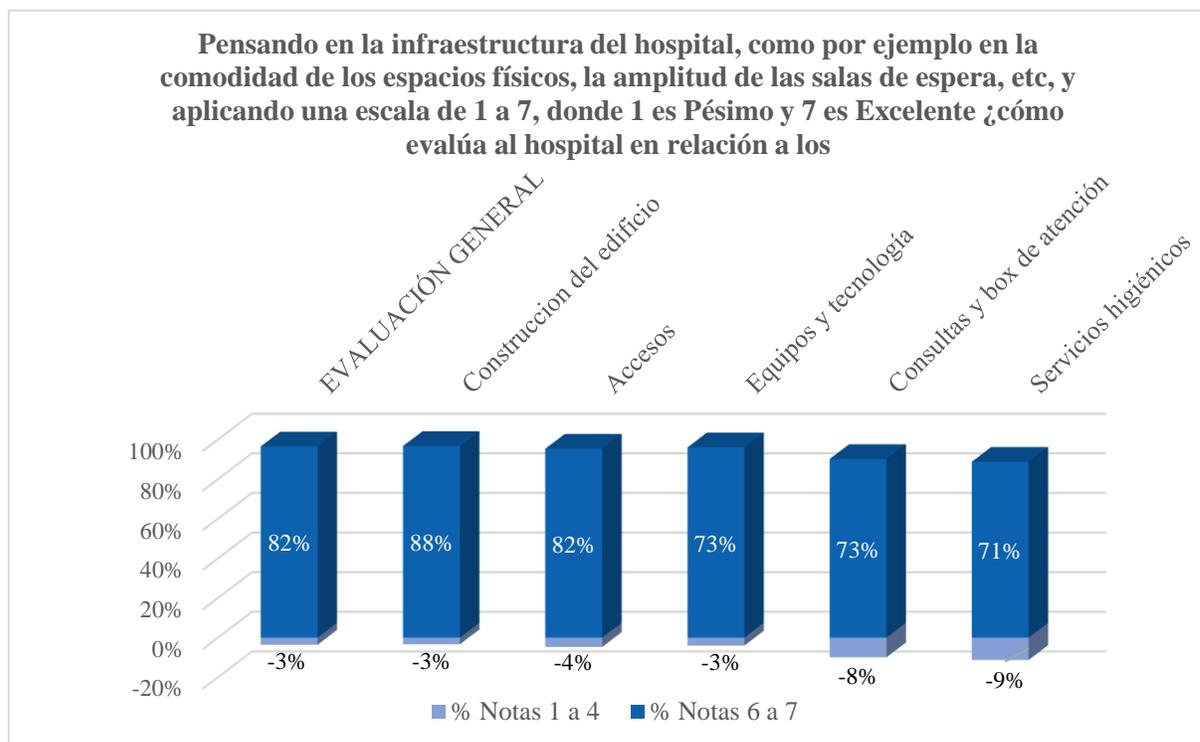


Figura 5: Evaluación de la infraestructura hospitalaria, mejores valoradas (CADEM, 2016).

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

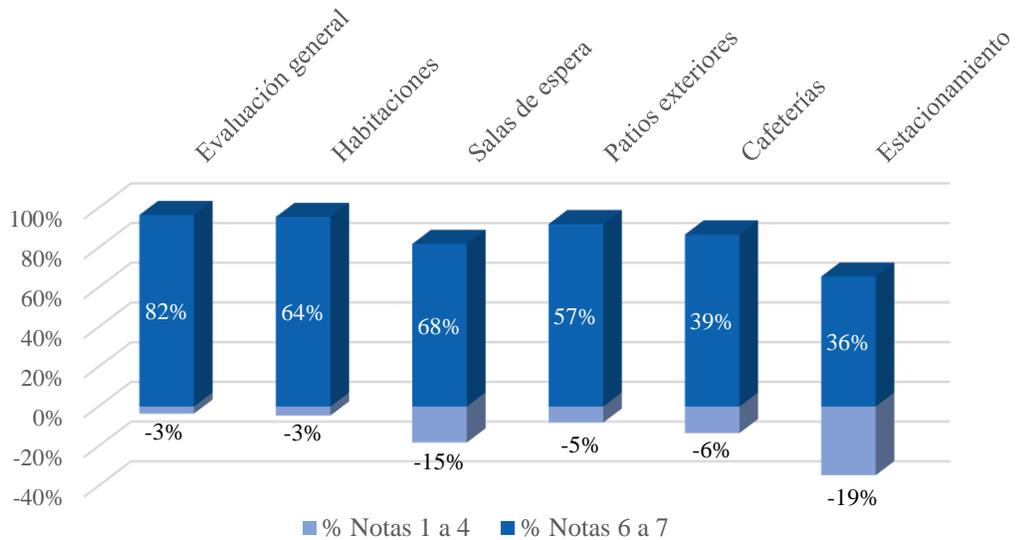


Figura 6: Evaluación de la infraestructura hospitalaria, peores valoradas (CADEM, 2016)

Entre las alternativas que le leeré, ¿cuál cree usted que se ajusta mejor a la descripción de un Hospital Concesionario?

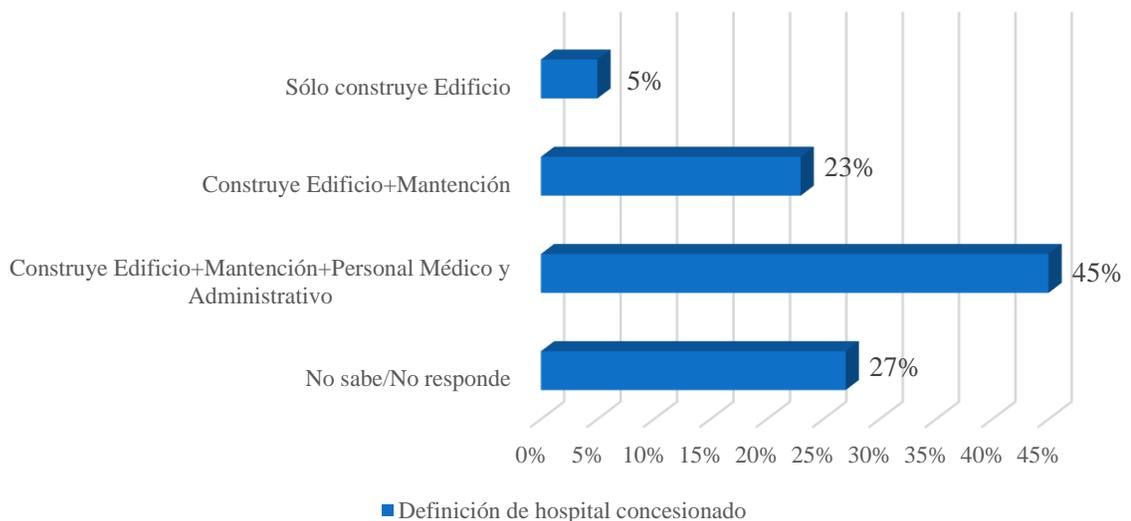


Figura 7: Definición de hospital concesionario según pacientes y visitas (CADEM, 2016).

¿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?

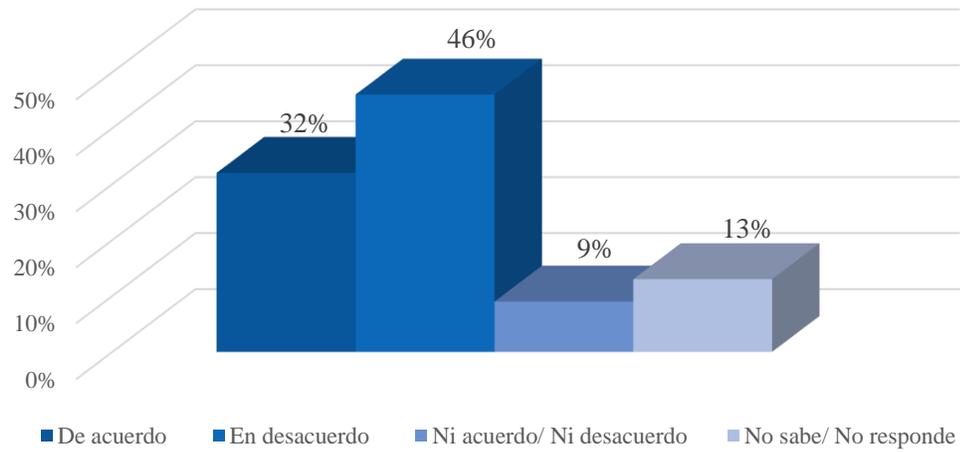


Figura 8: Nivel de acuerdo con hospitales concesionados (CADEM, 2016).

4.2 EXPERIENCIA EN OTROS PAÍSES

Las concesiones de instituciones públicas se han llevado a cabo en otros países bajo el nombre de Asociaciones Público-Privada (APP) y *Association Partnerships* en inglés.

Este tipo de contratos comenzaron a fines de la década de los noventa en salud y se fueron extendiendo de forma paulatina. Ya para el año 2015 los proyectos de APP en salud ya sobrepasaban los 290 proyectos en el mundo y comprendía un capital de más de US\$75.000 millones (ver *Tabla 10*). Del universo de proyectos casi el 70% del total de proyectos adjudicados se concentran en Reino Unido, Canadá, Australia, Italia y España, y es por esta razón que se escogen tres de estos países para la realización del estudio en el extranjero.

Un factor importante al momento de comparar el desarrollo en el área de la salud en distintos países es el porcentaje del PIB que cada país posee para dicho desarrollo, a continuación, se presenta el porcentaje del PIB que emplea cada país presente en este estudio y algunos países latinoamericanos que han llevado a cabo el modelo según el estudio Health Spending (OCDE, 2020).

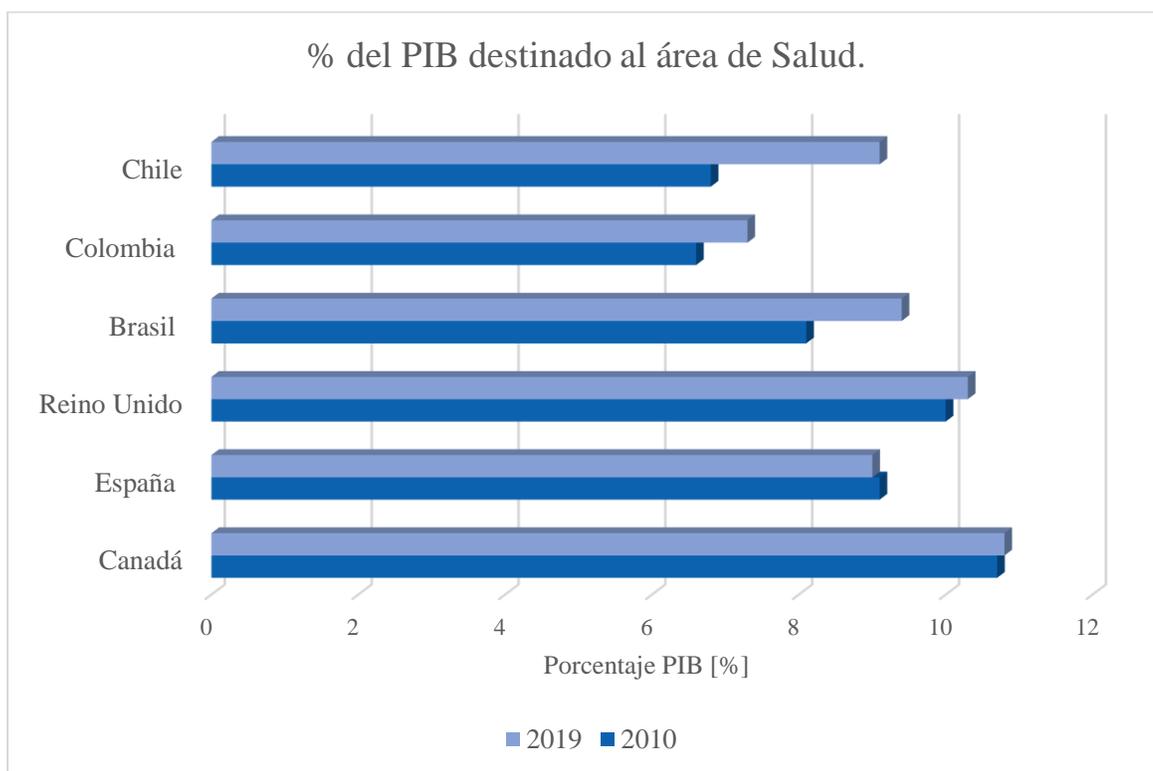


Figura 9: Porcentaje del PIB utilizado en Salud por país (elaboración propia).

Del estudio se puede notar el gran desarrollo que se ha presentado en los países de Latinoamérica en los últimos años, mientras que los países como Reino Unido, Canadá y España se han visto más estancados debido a que comenzaron antes con el modelo, y su desarrollo se ha visto estancado en los últimos años.

Tabla 10: Proyectos adjudicados por país mediante APP en infraestructura Hospitalaria al 2015.

(Banco Interamericano del Desarrollo, 2015)

País	N° 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
México	5	297
Perú	3	100
Malasia	3	313
África del Sur	3	887
Dinamarca	2	321
Japón	2	1.983
Nigeria	2	-
Pakistán	2	1.500
Portugal	2	422
Bermuda	1	248
Egipto	1	-
Estonia	1	-
Alemania	1	696
Kenia	1	176
Lesoto	1	100
Nueva Zelanda	1	542
Filipinas	1	140
Polonia	1	100
Puerto Rico	1	-
Suecia	1	1.366
TOTAL	296	76.305

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) las APP de desarrollo en infraestructura y/o servicios públicos deben cumplir tres características (Banco Interamericano del Desarrollo, 2015).

1. Participación privada en la financiación y/o gestión del servicio o infraestructura pública.
2. Traspaso de los riesgos más significativos desde el Estado a la contraparte privada, provocando que este último asuma las desviaciones en gastos e ingresos.
3. Relación contractual de largo plazo que permite el pago en un tiempo más extenso.

Frecuentemente la razón por la que se acude a las concesiones hospitalaria es la brecha entre la infraestructura, y la necesidad de reposición y mantenimiento de los establecimientos. Esto se debe a que los gobiernos no incluyen normalmente un presupuesto destinado a la operación y mantención de este tipo de infraestructura por lo cual el deterioro de estas es inminente en el tiempo. Esto último se ve solucionado en las APP's ya que se presupuestan los valores de reposición y mantenimiento en el contrato.

Algunos gobiernos utilizaron iniciáticas de APP como por ejemplo Reino Unido, que llevaron a cabo el modelo *Private Finance Initiative* (PFI) con la finalidad de traspasar la deuda de grandes inversiones como reposición hospitalaria, construcción y operación de nuevos colegios, a privados. Esto debido a que el Tratado de Maastricht establecía que en los países de la Unión Europea el gasto público del país no debía superar el 3% del Producto Interno Bruto (PIB), mientras que el endeudamiento no podía superar el 60% del mismo.

Para comenzar con la experiencia extranjera se explica en qué consisten los principales tres modelos de gestión utilizados en las Asociaciones Público-Privadas a nivel global y además a continuación se presentan los modelos en cuatro de los países que se nombraron anteriormente que se encuentran entre los con mayor aplicación de APP en el mundo.

➤ **Bata Blanca**

Este modelo consiste en que el privado gestione todos los aspectos del funcionamiento de un hospital, tanto los servicios asistenciales como los no asistenciales. De esta manera se le entrega al concesionario la gestión de los servicios de salud para una población determinada, entregándole más responsabilidades al concesionario, aunque de igual forma el Estado puede intervenir según lo especifique el contrato.

El contrato puede incorporar una o varios niveles de atención (primario, especializado y socio sanitario) y depende principalmente del tipo de recinto hospitalario que se quiera incluir en un contrato de APP. En cuanto a la duración de los contratos, de todos los modelos de gestión normalmente este es el que tiene menor duración, debido a que entrega mayor incertidumbre y dinamismo, además es la forma de que el Estado mantenga más controlado un servicio que está a su cargo y se entrega una entidad privada.

Los métodos de pago que se utilizan en este modelo de gestión pueden ser dos, pago per cápita o por servicio (*Fee for Service*), en el primer caso se considera una población inscrita en cierto territorio, la cual puede aprovechar los servicios de la atención hospitalaria de cierto centro de salud, en cambio en el caso de pago *Fee for Service* se basa en un OPEX (costo de operación) establecido en el contrato por todos los servicios administrativos prestados por el contratista.

Finalmente, este tipo de gestión es recomendada por los expertos para cubrir atención sanitaria en un área sin recursos, como una manera de mejorar la gestión sanitaria del sector público mediante el benchmarking (incorporar a expertos en el tipo de proyectos, de manera que puedan aplicar sus conocimientos en él y así lograr mejorar el desempeño).

➤ **Bata Gris**

La gestión de bata gris consiste en la operación de servicios no sanitarios, pero no servicios clínicos u de gestión hospitalaria. Para ser más específicos, los servicios que forman parte son un apoyo en el desarrollo de la operación del hospital, pero no interfieren en los servicios clínicos, entre estos servicios se encuentran, por ejemplo: los de mantenimiento de infraestructura y equipamiento, limpieza, vigilancia y seguridad, y jardinería.

La duración de este tipo de contratos es de 15 a 20 años según la experiencia y los riesgos son menores para el contratista comparado con el modelo de bata blanca, ya que la incertidumbre en este modelo es menor. Los pagos en este tipo de gestión son mediante OPEX y CAPEX (costos de capital) fijos establecidos en el contrato, en el caso del OPEX este valor es fijo hasta cierto nivel de ocupación del hospital.

Otro aspecto importante es que todos los proyectos de bata gris incluyen las fases de diseño, construcción, mantenimiento y servicios no clínicos, aunque ha habido experiencias en que el diseño y la construcción no son parte y solo incluye su mantenimientos y problemas a futuro que podrían requerir el desarrollo de esas fases.

➤ **Bata Verde**

También conocido como modelo bata gris-verde, consiste en entregar al contratista los servicios que permitan las explotaciones comerciales y de apoyo no sanitarios pero que sí interactúan en algún grado con los servicios clínicos, entre ellos se pueden encontrar los servicios de alimentación y nutrición, lavandería y ropería, logística y esterilización. En algunos casos de igual forma se pueden agregar en este tipo de modelos los servicios de laboratorios.

En cuanto a las otras características vistas en los otros modelos como la duración del contrato, los tipos de pago y fases que son parte, en este modelo de gestión actúan de igual forma que en el de bata gris.

En muchos documentos se habla del modelo de “bata verde-gris”, el cual es una combinación entre los modelos de “bata gris” y “bata verde”, es decir, consiste en entregar al contratista todos los servicios que no se asocian a la gestión clínica. En Chile todos los grupos de hospitales se gestionan mediante el modelo de “bata gris-verde”, a pesar de los cambios en los servicios que se entregan al concesionario.

Según el Banco Interamericano de Desarrollo el modelo más utilizado a nivel mundial es el “bata gris-verde” con un 95% de los proyectos, pero en Latinoamérica un 40% del total de los proyectos de APP llevados a cabo hasta el 2015 se realizaron mediante el modelo de “bata blanca” (Banco Interamericano de Desarrollo, 2014).

Como lo menciona Luis Barrios en la pregunta 1 del anexo A.3, el modelo de concesiones chileno se basó bastante en la experiencia de APP de Reino Unido para el primer contrato de concesiones de los hospitales de La Florida y Maipú, en cambio, para los contratos del segundo y tercer grupo se basó en el modelo español. Es por esto, que el modelo inglés y español son dos de los cuatro modelos que se expondrán a continuación.

4.2.1 MODELO INGLÉS

Además de ser el país con mayor cantidad de contratos adjudicados mediante la modalidad de APP en infraestructura hospitalaria, es uno de los modelos en los que se basó el Estado de Chile para instaurar este tipo de contratos en el país. A continuación, se presentan características generales de este modelo y se comparan dichas características con el modelo chileno.

Como se mencionó anteriormente en Reino Unido se crea en el año 1993 el modelo *Private Finance Initiative* (PFI) como un modelo basado en corregir las fallas del modelo de APP y en busca de soluciones políticas que se provocaban con el modelo base. El modelo PFI invita a las empresas privadas a proyectos construcción, mantenimiento y/o provisión de servicios en instituciones del sector público como hospitales o escuelas.

La crisis del 2008 redujo el uso del modelo original de PFI por parte del gobierno, esto debido al incremento de los costos de financiación del privado. Es por lo que el 2011 el departamento gubernamental del Reino Unido (*HM Treasury*) comienza el proceso para reformar el modelo, un año después surge el nuevo modelo, PF2. Este nuevo modelo es usado actualmente por los departamentos de salud y cuidado social, y de educación.

Hasta el 2015, había 113 contratos de PFI y PF2 en proyectos de infraestructura hospitalaria en Reino Unido, donde casi el 90% de los proyectos utilizaban método de gestión “bata gris-verde”, es decir, sin gestión clínica (Sepúlveda, 2016).

A continuación, se presenta dos gráficos que muestra la proporción de los proyectos de APP en salud en Reino Unido, tanto en cuanto a los montos total por el que se han llevado a cabo hasta el 2018, como por la cantidad dentro del total de contratos. Cabe destacar que no todos los proyectos de salud se refieren a infraestructura hospitalaria.

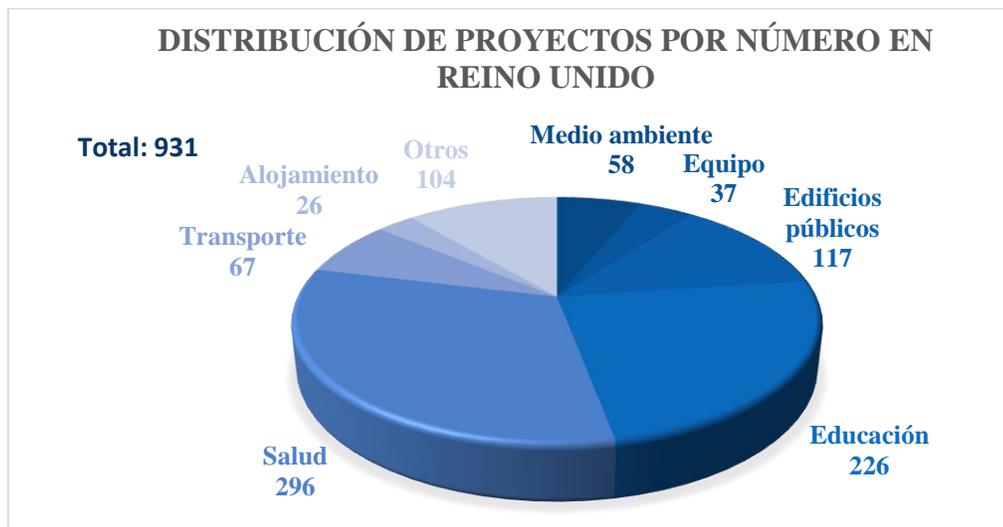


Figura 10: Distribución de proyectos por número en Reino Unido (Banco Interamericano del Desarrollo, 2018)

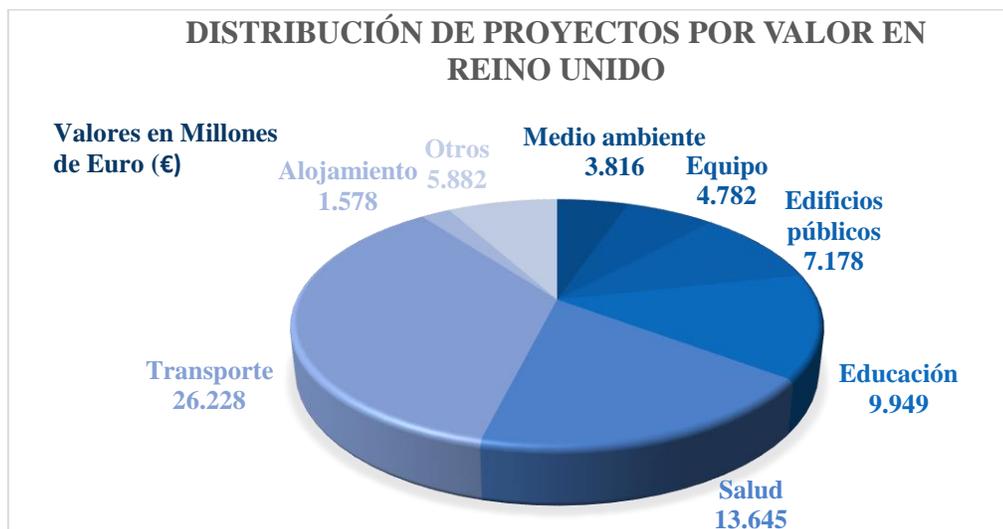


Figura 11: Distribución de proyectos por valor en Reino Unido (Banco Interamericano del Desarrollo, 2018)

En la Figura 10 se puede notar que la mayor cantidad de proyectos hasta el 2018 pertenecían al área de la salud, mientras que en la Figura 11 se observa que la salud es el segundo departamento al que se ha aplicado mayor inversión privada en el Reino Unido, todo lo anterior demuestra la gran importancia que han tenido los modelos PFI o PF2 en este país.

Hasta el 2018 en Reino Unido se habían llevado a cabo 296 proyectos del área de la salud mediante el modelo de APP, y aproximadamente el 45% correspondían a proyectos de infraestructura hospitalaria.

En cuanto al endeudamiento que tiene el gobierno del Reino Unido para los siguientes años, se estima que la deuda haciende a £199 mil millones, solo considerando los proyectos hasta el 2018, además, a partir del 2018 el promedio de los pagos por año ascenderá a £7,7 mil millones durante los siguientes 25 años. El departamento de salud es uno de los que presenta mayor deuda y a más largo plazo (ver Figura 12).

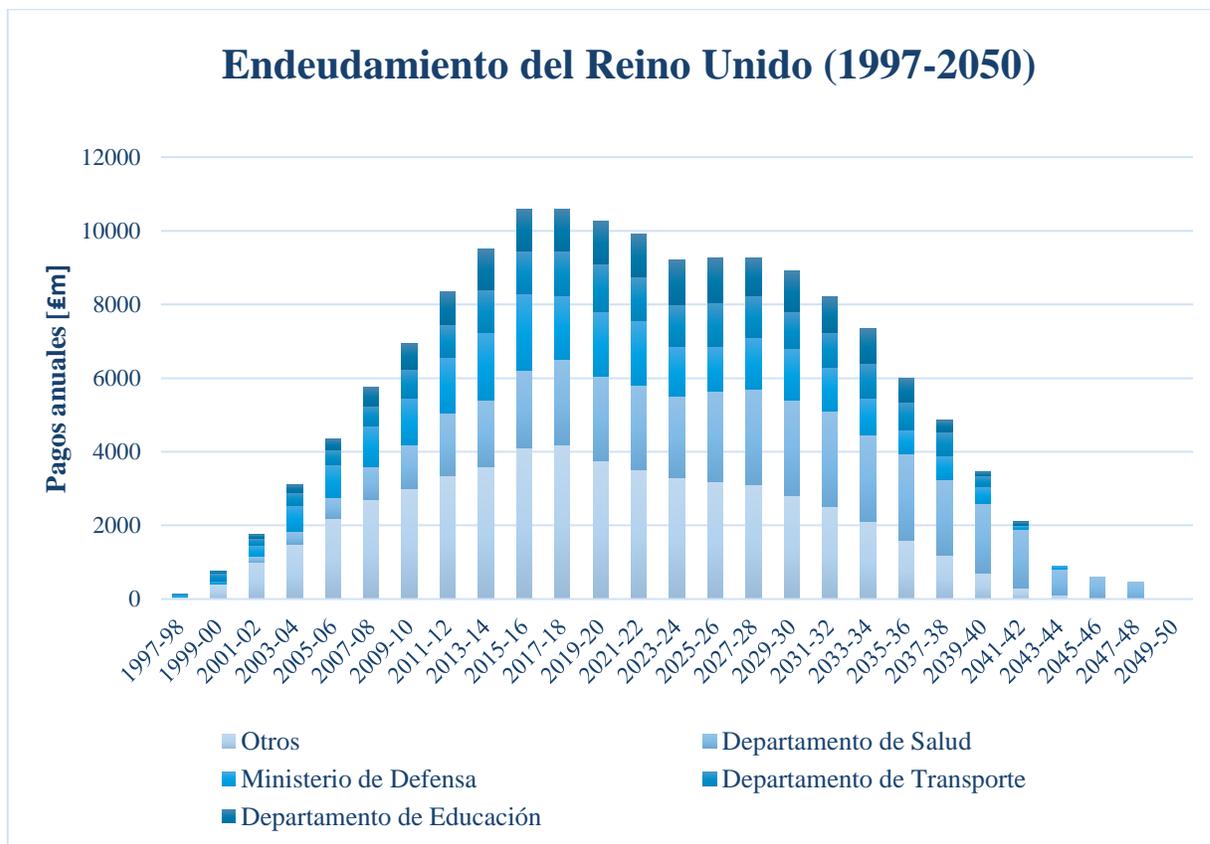


Figura 12: Endeudamiento del Reino Unido entre los años 1997 y 2050 (National Audit Office, 2018)

A continuación, se presentan características generales que poseen los contratos llevados a cabo bajo el modelo inglés.

➤ Estructura financiera

Este modelo es el que introdujo el concepto de pago por servicio, es decir que la remuneración no se ligaba al avance de la obra, sino que al servicio y calidad que esta entregaba. En los proyectos se pagaba por el tiempo que el contratista preste los servicios acordados, y se ajustan según la inflación del periodo y sin depender de los sobrecostos a los que se haya visto enfrentado el contratista.

Además, a diferencia de lo que normalmente ocurre en Chile, el Estado entrega un adelanto al contratista para que este posea un capital para comenzar, el cual corresponde al 10% del monto total del contrato, mientras que el otro 90% queda como deuda al contratista y es pagado en cuotas una vez finalizada la etapa de construcción del proyecto según sea definido en el contrato.

Finalmente, el modelo PFI fija el porcentaje máximo de ganancias que puede obtener el contratista con el desarrollo del proyecto en no mayor al 30% con respecto al costo del proyecto fijado en el contrato.

➤ **Duración del contrato**

La duración de los contratos de APP en el Reino Unido se extiende normalmente entre los 25 y 30 años.

➤ **Creación de un Consorcio**

Muy parecido a cómo ocurre en Chile, en Reino Unido el ganador del contrato debe crear un consorcio de empresas financieras que se encargan de la construcción, servicios, según corresponda.

➤ **Inicio del proyecto y etapa licitación**

Inglaterra no posee la opción de los proyectos de iniciativa privada como en Chile, sino que es solo el Estado inglés quien puede dar comienzo a un proyecto de Asociaciones Público-Privada. Lo primero que realiza el Servicio Sanitario es un estudio general que busca estimar características que debe tener el centro que se desea construir como, por ejemplo, las especialidades, el tamaño, cantidad de camas con las que se debe contar, de manera muy similar a como ocurre en Chile.

En la primera versión del modelo la duración de la etapa de licitación no tenía un límite, lo cual implicaba altos costos en esta etapa y retrasos en los proyectos, es por lo que en la última modificación del modelo de PFI se le entrega un límite de tiempo a esta etapa, la cual se fija en un máximo de 18 meses, con posibilidad de excepciones.

➤ **Diseño**

Además, igualmente como ocurrió en Chile para el primer grupo de hospitales el contratista es el encargado del diseño en términos generales, el cual debe ser validado por la entidad del país a cargo de la salud, en el caso de Reino Unido, el Sistema Nacional de Salud (NHS, *National Health System*). En este país no es muy diferente que este proceso se lleve a cabo por un privado ya que, este proceso siempre se le paga a una empresa privada.

➤ **Servicios**

Los servicios que se incluyen en estos contratos de APP son los de construir y mantener la infraestructura, inmuebles y equipamiento, además de los servicios de limpieza, vigilancia, lavandería, alimentación (catering), logística y otros servicios auxiliares, además, al igual que en el modelo chileno, se le da la oportunidad al privado de ampliar su área de negocio mediante la gestión de estacionamientos, centros comerciales y centros de ocio.

➤ **Control y supervisión**

Al igual que en Chile, en el modelo PFI y PF2 se tienen encargados de asegurarse que el contrato se lleve a cabo según lo estipulado, para ello existe la Inspección Financiera Pública (Public Financial Inspection), la cual es una organización del Sistema Nacional de Salud encargada de que se cumpla el contrato en todos los proyectos del Departamento de Salud.

Además, existe el Comité de Cuentas públicas (Public Accounts Committee), encargado de analizar y revisar los informes presentados por los contratistas de los movimientos financieros con la finalidad de mantener al concesionario dentro de las ganancias admisibles del proyecto.

➤ **Transparencia**

Como se habla de un proyecto público se deben tener las cuentas claras, para ello el contratista debe publicar la valoración de los costos pasivos según el tiempo que se le exija en el contrato. Además, de manera anual se debe publicar los estados de cuentas, y con ellos la información sobre los retornos de los accionistas privados. Todo lo anterior es similar a lo que se exige al concesionario en Chile, donde el contratista debe poner a disposición de la población la información y entregar detalles en caso de ser requeridos.

➤ **Distribución de riesgos**

En el primer modelo de PFI, algunos riesgos eran asumidos por el Estado, con esto se buscaba crear interés en el sector privado por los proyectos de PFI. En cambio, en el modelo que se desarrolla en la actualidad en Reino Unido, los riesgos deben ser asumidos por el privado.

➤ **Pagos al contratista**

Los pagos los realizaba el NHS el encargado de pagar al contratista un cargo unitario anual, el cual se genera de dos costos, la “Tarifa de Disponibilidad” que se produce de la construcción y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento, y la “Tarifa de Facilidades de Gestión” que proviene de los servicios a cargo de la empresa privada. Este cargo anual se realiza por un tiempo acordado en el contrato, el cual oscila entre los 30 y los 60 años.

Desde el comienzo de las APP en el mundo han sido criticadas por los sobrecostos que implicaban este tipo de contratos para el Estado, es por lo que el *National Audit Office* en el Reino Unido ha realizado dos estudios utilizando los datos de contratos adjudicados y ya construidos mediante APP y el mecanismo público tradicional. Los resultados de ambos estudios se presentan en la Tabla 11, donde se puede observar que en los contratos por APP están a lo menos 29% por debajo de los contratos públicos tradicionales tanto en sobrecostos, como en sobre plazos.

Tabla 11: Porcentaje de proyectos con sobrecostos y sobre plazos (National Audit Office, 2018)

Fuente	Proporción de proyectos con sobrecostos		Proporción de proyectos con sobre plazos	
	APP	Público	APP	Público
National Audit Office, 2003	22%	73%	24%	70%
National Audit Office, 2018	35%	64%	31%	73%

4.2.2 MODELO ESPAÑOL

Otro de los países con gran desarrollo en los contratos de APP es España, aquí el sistema equivalente al PFI de Reino Unido es la denominada “Concesión de Obra”. Este modelo se introduce en el sector sanitario el 2005 debido al endeudamiento público que presentaba el país.

El inicio de las concesiones en España se remonta al 1830, año en el cual se iniciaron los proyectos de construcción de líneas férreas del país, luego durante la segunda mitad del siglo XX el gobierno español modificó reiteradas veces la ley de concesiones con la finalidad de integrar las Asociaciones Público-Privadas al modelo concesional. Pero no es hasta mediados de la década de los 90’ que debido al difícil presupuestario del gobierno y la incorporación de España a la Unión Europea, provocan el desarrollo de las concesiones para infraestructura pública como colegios, cárceles, hospitales, entre otros.

En el caso de los hospitales, es el Servicio Sanitario Público correspondiente a la zona donde pertenezca el hospital a licitar, la institución pública encargada de llevar a cabo este tipo de contrato en la actualidad.

Durante todo el desarrollo del modelo en España han primado los proyectos de carretera u obras viales, a diferencia de lo que se describió en el modelo británico. A continuación, se presenta la distribución multisectorial de los contratos de APP desarrollados en España al año 2010.

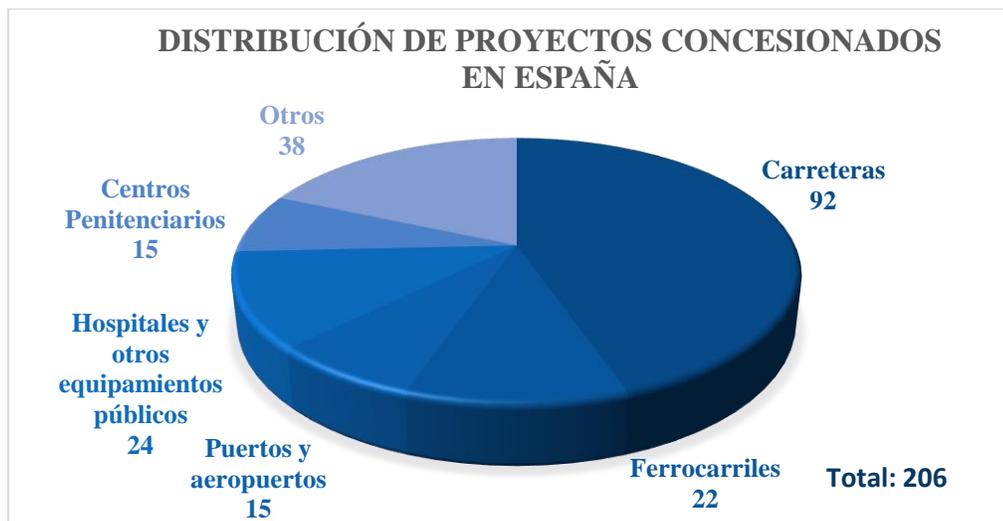


Figura 13: Distribución de proyectos concesionados en España (elaboración propia).

La financiación del modelo de concesión de obra consiste en incorporar la gestión indirecta de los servicios necesarios para el funcionamiento de una obra pública, mediante un contrato de explotación. Esta concesión incluye la construcción, el mobiliario no clínico, inversión y reposición, y los servicios no sanitarios, pero generalmente no incluye tecnología informática, ni médica. Se entiende por servicios no sanitarios los que normalmente se externalizan en este tipo de proyectos gestionados mediante el sistema tradicional, como por ejemplo los servicios de vigilancia, alimentación, limpieza.

Un caso muy importante en la experiencia española es el del hospital de Alzira en Valencia ya que provocó un cambio radical en la gestión de concesiones española cuando cambió la forma del financiamiento público. Este hospital pasó de un pago de prestaciones por servicio (*fee for service*), visto anteriormente en el modelo inglés, a un pago per-cápita, el cual se explica más adelante en detalle, además, de entregar al concesionario la administración y gestión de todo el hospital.

A continuación, se desarrollan características generales que presentan los contratos de concesiones de obra en España, tanto del modelo tradicional, como el modelo desarrollado en el hospital de Alzira.

➤ **Estructura financiera**

Para el modelo tradicional español se tiene una estructura financiera muy similar a la que se lleva a cabo en Chile ya que no se entregan adelantos al concesionario y este debe financiar por completo el proyecto. Además de aplicarse el pago por servicio dentro de un periodo definido, al igual que en el modelo inglés.

Por otro lado, el modelo de Alzira posee muchos cambios en comparación con el modelo tradicional, primero que todo el pago como se mencionó anteriormente es per-cápita, esto consiste en que el Estado paga al concesionario una cantidad definida en el contrato por cada uno de los habitantes incluidos en el departamento de salud perteneciente al hospital según el sistema de información poblacional, siendo este valor ajustado solamente por un censo anual desarrollado por el servicio sanitario público correspondiente.

En cuanto a la atención de los ciudadanos, estos tienen la posibilidad de elegir en qué centro asistencial quieren ser atendidos, generando dos situaciones posibles, primero cuando un paciente perteneciente al departamento del hospital concesionado se atiende en otro centro asistencial, y segundo cuando un paciente de otro centro médico se atiende en el hospital concesionado. En la primera situación el concesionario está obligado a pagar el 100% de los costos asociados a la patología por el que fue tratado el paciente a la administración correspondiente al hospital donde se atendió, mientras que en el segundo caso la administración del centro médico donde pertenece el paciente que se atendió en el hospital concesionado le paga al concesionario el 80% de los costos asociados a la patología. Esta diferencia en los porcentajes de ambos casos busca que el concesionario entregue un servicio de lo mejor para que los pacientes quieran atenderse en dicho centro asistencial.

En ambos modelos españoles se especifica un límite del 7.5% de rentabilidad que puede obtener el concesionario, en base a monto estipulado en el contrato. En el caso que la rentabilidad fuera mayor a ese porcentaje el concesionario debe retornar el excedente al Servicio Sanitario correspondiente.

➤ **Duración del contrato**

En el modelo de APP desarrollado en España la duración del contrato que incluye la prestación de los servicios es normalmente de 30 años, y el plazo máximo según la ley es de 40 años. Luego de expirada la concesión el total de la infraestructura será propiedad del Servicio Sanitario correspondiente.

En el caso de hospitales la duración fluctúa entre los 15 y los 30 años, esto debido a los riesgos que conllevan este tipo de contratos.

➤ **Creación de una Sociedad Concesionaria**

El modelo español se le puede exigir al concesionario la creación de una sociedad concesionaria, al igual como ocurre en el modelo chileno. Una diferencia con la forma de aplicación en Chile es que la Sociedad Concesionaria no tiene determinada su duración, y puede durar más que solo la duración del contrato de concesión.

La sociedad debe ser del tipo economía mixta, esto quiere decir que es una entidad autorizada por la ley, creadas con el propósito de financiar actividades industriales y comerciales. y constituida por capital o aportes estatales y privados, por lo que la sociedad debe incluir un socio público de acuerdo con el contrato.

➤ **Inicio y etapa de licitación**

Al igual como ocurre en Chile, la licitación de proyectos de concesiones puede llevarse a cabo de dos formas, a iniciativa de privados o mediante administraciones del Estado. En la iniciativa privada el proyecto propuesto debe ir acompañado por el estudio respectivo que demuestre la viabilidad y diseño del proyecto.

Y en cuanto a la etapa de licitación, esta debe incluir los criterios de adjudicación, los requisitos exigibles a los licitantes, las tarifas, penalizaciones y ventajas por la calidad de los servicios ofrecidos por el concesionario, beneficios económicos, financieros y tributarios, y los pagos asociados al proyecto.

La licitación se realiza mediante concurso o negociación y puede hacerse de forma pública o restringida, según el Servicio Sanitario estime conveniente, aunque lo más común es utilizar las licitaciones abiertas ya que esto abarata los costos de la oferta al tener más oferentes. El ganador debe ser el oferente más eficiente dentro de los que puedan acreditar la capacidad financiera y técnica requerida.

➤ **Diseño**

Es propio del modelo español que el proyecto sea entregado por la administración gubernamental sustancialmente desarrollado, específicamente en un grado de detalle mayor a un anteproyecto, y no se acepta mucha flexibilidad en la presentación de diseños diferentes. Pero aun así siempre el desarrollo de la ingeniería de detalle y el diseño final es definido por el concesionario.

Existen proyectos donde la administración gubernamental entrega un diseño más desarrollado y sin opciones de cambio, esto ocurre principalmente cuando se tiene proyectos sumamente complejos, los cuales variaciones en el proyecto provocarían grandes fluctuaciones de los costes.

Al entregar la definición del proyecto al concesionario se entregan los riesgos de dicho proceso al concesionario.

➤ **Servicios**

Los servicios a cargo del contratista en todos los proyectos de concesiones en España son los llamados servicios “residenciales no sanitarios” que consisten en las actividades auxiliares fundamentales para el funcionamiento del hospital. Dentro de los servicios residenciales no sanitarios se encuentran: la gestión de residuos urbanos sanitarios, lavandería, apoyo administrativo, desinfección y desratización, conservación del entorno, servicio de limpieza y servicios de cafetería y restaurante. La principal función del contratista es gestionar y proveer estos servicios y a cambio recibir un pago por ello.

Para el modelo tradicional solo se entregan los servicios residenciales no sanitarios al concesionario, es decir que se desarrolla un modelo de bata verde- gris. En cuanto al caso del hospital de Alzira y los contratos que luego se licitaron bajo esa misma modalidad, los servicios que fueron entregados al contratista fueron tanto los no sanitarios, como los sanitarios.

Una gran novedad en este modelo del hospital de Alzira fue el desarrollo de una nueva política estratégica que buscara el consenso con el personal médico preexistente en el centro asistencial, ya que este hospital paso de ser un proyecto tradicional a un nuevo modelo que incluía toda la gestión clínica y con ello el trato con los funcionarios y médicos del hospital. Es por ello que no se le obliga al personal médico a firmar un contrato con el concesionario, si no que este puede decidir si hacerlo o continuar siendo un funcionario público y a la vez estar incluido en la planilla del hospital que confirma que trabajan allí.

Si el concesionario logra una calidad de los servicios sobre los estándares elegidos este es beneficiado con un premio monetario.

➤ **Control y supervisión**

En el caso del modelo de Alzira se requirió la adopción de nuevas medidas de control y supervisión por parte del gobierno, es por lo que se crea una comisión mixta integrada por un representante del concesionario y otro del Servicio Sanitario Público que corresponda. Esta comisión se reúne trimestralmente y tiene como principales funciones vigilar el cumplimiento de las cláusulas de explotación, tener un seguimiento de los indicadores asistenciales y económicos, controlar las planillas del personal, definir los controles de calidad, y aportar con soluciones cuando existen problemas de operación o de facturación.

También el Servicio Sanitario nombra a un comisionado en el hospital, el cual actúa como enlace entre la entidad gubernamental y el concesionario, y vela por la correcta aplicación de las cláusulas del contrato. Además, existen otras unidades que buscan que la comunicación entre ambas partes sea más eficiente, como 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.

En cuanto al modelo tradicional español, solo se cuenta con el comisionado en el hospital, y es este el que cumple todas las funciones de supervisión y controla que el contrato de concesión se cumpla según las cláusulas definidas.

➤ **Transparencia**

La ley 19/2013 de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno (TBG) tiene como objetivo ampliar y reforzar la transparencia de la actividad pública, regular y garantizar el derecho de acceso a la información relativa a los proyectos públicos, y establecer las obligaciones del buen gobierno que deben cumplir los responsables públicos (Administración General del Estado- Gobierno de España, 2020).

Esta ley se refiere a dos tipos de publicidad que se deben llevar a cabo en los proyectos de concesiones, la publicidad activa y la pasiva. La publicidad activa consiste en que la entidad gubernamental tiene la obligación de publicar su actuar, es decir, hacer públicos todos los contratos, las decisiones de renuncia y datos estadísticos sobre los proyectos del sector público. Por otro lado, la publicidad pasiva es la que recae directamente en el concesionario en los contratos de APP porque esta publicidad solicita que todo el contenido o documentos de los proyectos públicos debe estar disponible para cualquier persona mediante una página web propia del proyecto, como en la página web oficial de la Administración General del Estado.

La falta a la ley TBG puede llevar a multas para el concesionario, o si la falta ha sido muy grave puede llevar a la extinción del contrato.

➤ **Distribución de riesgos**

Según el artículo 256 inciso 1 de la Ley de Contratos del Sector Público “Las obras públicas objeto de concesión serán financiadas, total o parcialmente, por el concesionario, en cualquier caso asumirá los riesgos económicos de la inversión realizada”, además en el artículo 225 se explicita que “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” (Gobierno de España, 2011).

En resumen, el contratista asume el riesgo en ambos modelos españoles de las decisiones empresariales, del cálculo de los costos presentados en la oferta de licitación, de las incidencias en la ejecución del contrato como, por ejemplo, el rechazo de las unidades de obra por mala ejecución, mayor consumo de algún combustible, reparaciones de maquinarias. De igual forma asume las ventajas de una mayor ganancia si sus cálculos fueron acertados y las incidencias tuvieron un menor impacto en los costos estimados.

➤ **Pagos al concesionario**

En el modelo tradicional estos pagos comienzan a hacerse efectivos una vez que entra en funcionamiento el hospital, e incluye dos pagos, uno por los servicios prestados por el concesionario y otro correspondiente a la inversión efectuada por la empresa privada para la construcción y equipamiento del hospital.

Por otro lado, el modelo de Alzira el pago general se debe a tres fuentes, una por el pago per-cápita, otra por un pago definido por las variaciones que se hayan entregado en el censo anual realizado por el Servicio Sanitario Público y finalmente por el pago de las prestaciones de servicios a personas que no pertenecen al área geográfica del hospital, pero aun así se atendieron en el centro asistencial.

➤ **Gestión de Recursos Humanos**

Al estar la gestión clínica a cargo del concesionario en el hospital de Alzira, se genera la gestión de recursos humanos, la cual en este caso es dividida en tres direcciones médicas, una dirección de enfermería y una dirección adjunta a gerencia, la cual se encarga de la atención primaria.

De las tres direcciones médicas, el área de gestión médica asume la actividad de hospitalización y urgencias, y su principal función es estructurar dichas actividades en función de los procesos claves; por otro lado, el área de gestión quirúrgica está encargada de la coordinación y supervisión de las diferentes especialidades y servicios quirúrgicos; y finalmente el área de gestión de servicios se encargan de los departamentos ligados a pruebas diagnósticas y hospital del día. Mientras el departamento de enfermería estructura al personal que depende de ellos (enfermeras y enfermeros) sobre las tres bases funcionales antes mencionadas.

Con la finalidad de lograr políticas de organización y desarrollo de recursos humanos, además de lograr una mejora continua de los profesionales y garantizar eficiencia en el desempeño de misiones y responsabilidades se desarrollan evaluaciones de personal anualmente. En estas evaluaciones se miden tres áreas de influencia: objetivos de compromiso con la organización, objetivos de calidad asistenciales y objetivos científicos, esta última se refiere por ejemplo a tareas de investigación, docencia, calidad.

El caso del hospital de Alzira fue estudiado por la Confederación de Servicio Nacional de Salud en Europa (NHS European Office) en el 2011, considerando entre los mayores logros del modelo de “bata blanca” la integración de los cuidados entre la atención primaria y la especializada, el impulso de las actividades preventivas y de promoción de la salud, el estímulo del autocuidado, y la gestión de las enfermedades crónicas. Además, en dicho estudio se obtuvieron los siguientes resultados al comparar el hospital de Alzira con otros hospitales de la región de Valencia.

En la Tabla 12 se puede observar que en hospital de Alzira logro tener tiempos de espera y de respuesta sustancialmente menores que los otros hospitales estudiados, además de un mayor porcentaje de cirugías y mayor satisfacción de los pacientes.

Tabla 12: Comparación entre el hospital de la Rivera en Alzira y otros hospitales de la región de valencia (NHS European Office , 2011)

Indicadores	Hospital de la Rivera Alzira	Otros hospitales de la región de Valencia
Espera consulta externa	25 días	51 días
Espera cirugía-media	34 días	60-90 días
Espera CAT (rayos x, ultrasonidos, tomografía computarizada)	12 días	90-120 días
Espera MRI (resonancia magnética)	15 días	90-120 días
Readmisión en los tres días (x1000 ingresos)	4,05	6,1
Satisfacción del paciente	9,1	7,2
Uso historia clínica electrónica	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 de espera en emergencia	Menor a 60 min.	131 min.
Tiempo de respuesta en emergencia	4 horas	Sin medida

4.2.3 MODELO CANADIENSE

El modelo de APP en Canadá fue implementado a mediados de los 90', siguiendo los principios del modelo británico estudiado anteriormente. A pesar de que el modelo canadiense no es de los pioneros en llevar a cabo este tipo de contratos, al año 2018 tenía 273 proyectos bajo la modalidad de APP con una inversión de US\$1254 mil millones, donde el sector de la salud es el que posee mayor participación con el 36% del total de contratos (Banco Interamericano del Desarrollo, 2018).

Los hospitales se comenzaron a priorizar a principios de los 2000, junto con la segunda ola de contratos de APP. Además, en esta época se crearon las agencias de APP, *Public-Private Partnerships* (P3) y *Alternative Financing and Procurement* (AFP), estandarizando así el modelo canadiense.

Una particularidad que se ha presentado en este modelo es la presencia de los “*brownfield projects*”, los cuales consisten en contratos en los que no se considera la construcción de nuevos activos, sino que solo remodelar, renovar y mantenerlo por el plazo del contrato. En la práctica se ha notado que este tipo de contratos son más difíciles de ser adjudicados ya que el sector privado usualmente no asume responsabilidades a largo plazo de un activo que ellos no diseñado y construido.

A continuación, se presenta la distribución por área de los proyectos de APP desarrollados en Canadá.

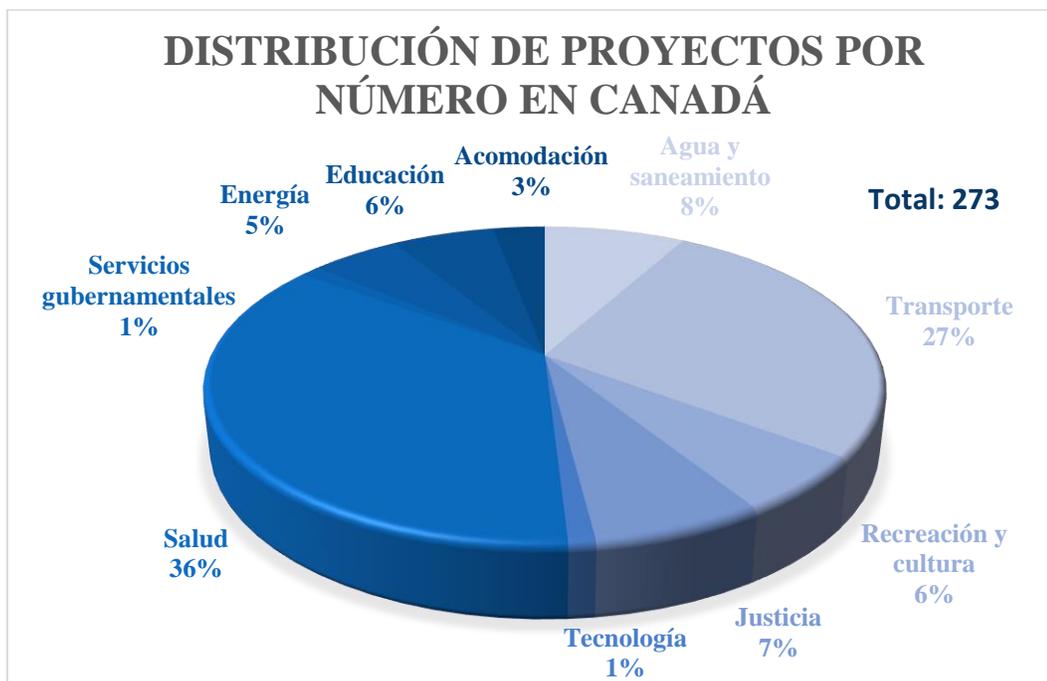


Figura 14: Distribución por área de proyectos de APP en Canadá (Banco Interamericano del Desarrollo, 2018).

Una de las claves del éxito en este modelo es el apoyo que tienen las APP de parte del público, para lograrlo el gobierno canadiense llevo a cabo las siguientes iniciativas:

- Explicando por qué se está poniendo en marcha cierta APP y dando a conocer las metas que se quieren cumplir.
- Realizando una relación precio-calidad y luego publicar el análisis antes de asumir un nuevo proyecto de APP.
- Llevando a cabo un proceso de contratación justo y transparente, y que todo documento quede a disposición del público.

A continuación, se desarrollan las características generales del modelo de APP canadiense en estudio.

➤ **Estructura financiera**

Al igual que en el modelo inglés, en Canadá se desarrolló el pago por servicios, y los pagos se realizan semestralmente. El pago es por el tiempo de duración de la etapa de operación y solo se ajusta según la inflación.

Por otra parte, en este modelo no se presta un adelanto al contratista para comenzar en la etapa de construcción, por lo cual el contratista debe ser capaz de asumir el costo total de la infraestructura y el principio de la etapa de operación.

En cuanto a las utilidades adquiridas por el contratista no presentan un límite por contrato, por lo cual solo se pueden limitar por querer presentar una propuesta más baja y así adjudicarse el contrato.

➤ **Duración del contrato**

La duración del contrato en los proyectos de hospitales bajo el modelo canadiense es entre los 20 y 30 años, incluso en algunos contratos se ha llevado a cabo durante un periodo mayor.

➤ **Creación de un Consorcio**

En Canadá la creación de un consorcio no es obligación en los casos de contratos de APP, pero de igual forma es bastante común su formación en este tipo de contratos debido a la gran inversión que se necesita para participar, lo cual se soluciona al juntar varios inversionistas/empresarios mediante un consorcio de manera de lograr el capital necesario.

El gobierno canadiense entrega estímulos y facilidades a los postores locales para la creación de consorcios, para así lograr una mayor cantidad de oferentes y con ello una mayor competencia en el proceso de licitación.

➤ **Inicio y etapa de licitación**

La decisión inicial de construir un hospital está a cargo de la Comisión de Reestructuración de los Servicios de Salud (*Health Services Restructuring Commission, HSRC*). Luego de decidir construir el hospital se somete a estudios para llegar un anteproyecto para presentar en el proceso de licitación.

En cuanto a la duración de la etapa de licitación del contrato, no posee límite de tiempo, pudiendo hacer muy extensa esta etapa del contrato.

➤ **Diseño**

Los contratos que se utilizan en el modelo canadiense son D&B y D.B.O.T, siendo este último el más común en hospitales, por lo que el diseño siempre está incluido en los contratos de APP de ese modelo, y los riesgos deben ser asumidas por el contratista. En este caso el Gobierno Canadiense entrega la idea de diseño, la que debe ser desarrollada por el contratista, hasta que el diseño se apruebe por la parte pública.

➤ **Servicios**

Uno de los primeros hospitales adjudicados mediante un contrato de APP se entregó con servicios de enfermería y los relacionados a dicha especialidad, lo cual fue muy criticado por parte de los profesionales de la salud.

Luego se comenzaron a licitar hospitales mediante el modelo de bata gris-verde, donde se entregaron los servicios no clínicos, los de operación/mantenimiento, y de diagnóstico de imagen y laboratorios.

➤ **Control y supervisión**

Según la ley cada hospital adjudicado bajo la modalidad APP debe tener un supervisor del hospital, que debe ser designado por el Ministerio de Salud y Atención a Largo Plazo (Minister of Health and Long-Term Care).

La función general del supervisor es ejercer los poderes de la junta y el director ejecutivo del ministerio en el contrato, de manera de solucionar los problemas que se produzcan durante el contrato y que la junta y el director ejecutivo solo participen en problemas considerados dentro de la categoría muy grave.

➤ **Transparencia**

Con respecto a la transparencia en el contrato, en Canadá se controla que se cumpla durante el proceso de licitación, es decir que la competencia entre licitantes se realice de forma justa y transparente, pero no se exige al adjudicatario presentar documentación para transparentar el proceso de diseño, construcción y operación.

Esto ha sido de los puntos más criticados de parte de los profesionales de la salud y de la población en Canadá, pero a pesar de ello no se han provocado cambios en los contratos que han surgido en el último tiempo.

➤ **Distribución de riesgos**

La principal razón del gobierno canadiense para el uso del modelo de es la posibilidad de transferir una porción significativa de los riesgos relacionados a las fases del proyecto que se le entregan al contratista, es decir, las etapas de diseño, construcción, operación y mantenimiento de la infraestructura.

Para una correcta distribución de riesgos el gobierno canadiense identifica y cuantifica los riesgos, para esto se crearon agencias especializadas en APP que colaboran con los ministerios, además del apoyo de asesores externos.

➤ **Pagos al contratista**

Los pagos y sus montos se definen en el contrato de APP, por lo cual el gobierno no se hace responsable de los sobrecostos en los que pueda incurrir el contratista. Estos pagos se comienzan a realizar cuando la construcción es terminada y la operación cumple con los objetivos del rendimiento acordado en el contrato, lo cual es estudiado por la entidad pública a cargo.

Algunos pagos se pueden ver modificados debido a penalidades financiera al contratista, dentro de estas penalidades se encuentran los retrasos en la entrega de la infraestructura, que la infraestructura no se encuentra habilitada para su uso y que el mantenimiento no se realice de la manera apropiada según el contrato.

5 ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan tablas comparativas, en modo de resumen a lo que se ha presentado anteriormente en este documento.

La siguiente tabla abarcará los temas de mayor relevancia en los contratos de concesiones hospitalarias, y explica brevemente la forma de llevar a cabo dichos contratos.

Tabla 13: Resumen de concesiones hospitalarias en Chile.

Tema	Concesión hospitalaria
Cantidad de contratos llevados a cabo	- Cinco Adjudicados - Ocho en licitación
Entidad(es) públicas a cargo	- Ministerio de Salud - Servicios de Salud - Ministerio de Obras Públicas
Bases de licitación	Bases tipo por grupo hospitalario.
Duración de concesión	15 años, sin modificaciones.
Modelo de pago	Pago del Estado, con explotación de servicios.
Garantías del contrato.	- Seriedad de la oferta - Construcción - Operación
Inspección Fiscal	- No necesariamente cambia al pasar de etapa de construcción a la de operación. Se cambia cuando se estime conveniente.
Asesoría de Inspección Fiscal	- Grupo multidisciplinario con especialidades como abogados, ingenieros, arquitectos y profesionales de diferentes áreas de la salud.
Seguros a cargo del concesionario	- Responsabilidad Civil por daños a terceros. - Catástrofe. - Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico.

Tabla 14: Continuación de resumen de concesiones hospitalarias en Chile.

Tema	Concesión hospitalaria
Servicios prestados por el concesionario	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios básicos - Servicios especiales obligatorios - Servicios complementarios
Pagos al concesionario	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidio fijo a la construcción - Subsidio fijo a la operación - Subsidio variable a la operación - Compensación por sobredemanda de camas - Servicio de alimentación adicional
Informes solicitados al concesionario	<ul style="list-style-type: none"> - Estados financieros trimestrales, semestrales y anuales. - Informe de avance físico de la construcción, y de gestión/operación. - Informes de seguimiento de Desarrollo Sustentable. - Informe mensual de reclamos. - Planes de programas para la prestación de servicios.
Transparencia	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de página web con información del proyecto. - Publicación de informes financieros y de la concesión en portal de concesiones de la DGC. - Realización y publicación de resultados de encuestas a usuarios (pacientes y visitas).

Además, se presenta una tabla comparativa con las características generales estudiadas en cada modelo internacional y en Chile en el presente trabajo de título.

Tabla 15: Comparación del modelo chileno con otros modelos internacionales.

Ítem	Modelo chileno	Modelo inglés	Modelo español	Modelo canadiense
Entidad Pública a cargo	- Servicio de Salud - MINSAL - MOP	- <i>National Health System (NHS)</i>		- Health Services Restructuring Commission
Modelo de Gestión	- Bata gris-verde	- Bata gris-verde	- Bata gris-verde - Bata blanca	- Bata gris-verde
Estructura financiera	- Pago por servicios - Sin límite de utilidades - Subsidio según proyecto	- Pago por servicio - Utilidades no mayores al 30% - Subsidio del 10%	- Pago por servicio y per cápita. - Libre elección de los pacientes donde quieren atenderse. - Rentabilidad máx. es 7.5%.	- Pago por servicio. - Sin adelanto al contratista. - Sin límite en las utilidades.
Duración contrato	- 15 años	- Entre 35 y 30 años	- Normalmente 30 años, no puede exceder los 40 años	- Entre 20 y 30 años.
Consorcio o Sociedad Concesionaria	- Creación de una sociedad concesionaria	- Formación consorcio de empresas financieras	- Creación de una Sociedad Concesionaria	- No es obligación la creación de un consorcio, pero si es común.
Inicio y etapa de licitación	- Opción de proyectos por iniciativa privada. - Servicio de Salud realiza PMA. - Etapa de licitación sin tiempo límite, pero predefinido por el MOP.	- Estudio de contratos por el gobierno - PFI sin límite en etapa de licitación y PF2 con límite de 18 meses	- Opción de proyectos por iniciativa privada. - La licitación puede ser pública o restringida.	- Decisión de construir de la HSRC. - No se especifica límite de tiempo de etapa de licitación.
Diseño	- Encargado al contratista a base de anteproyecto. - Grupo III presenta poca flexibilidad a cambios.	- Encargado al contratista	- Diseño encargado al contratista con poca flexibilidad en cambios. - Se entrega un grado de detalle mayor a un anteproyecto.	- Diseño siempre incluido en el contrato. - Gobierno entrega idea de diseño.

Tabla 16: Continuación comparación del modelo chileno con otros modelos internacionales.

Ítem	Modelo chileno	Modelo inglés	Modelo español	Modelo canadiense
Servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Construcción y mantenimiento infraestructura y equipamiento. - Alimentación. - Aseo y limpieza. - Vigilancia. - Cafetería - Estacionamientos. - Sala cuna y jardín infantil. - Área multiservicio y máquinas dispensadoras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Construir y mantener infraestructura inmuebles y equipamiento. - Limpieza. - Vigilancia. - Lavandería. - Alimentación. - Logística. 	<ul style="list-style-type: none"> - Construcción y mantenimiento de infraestructura - Lavandería - Apoyo administrativo. - Desinfección y desratización - Limpieza - Cafetería y restaurante. <p>* Caso de Alzira fue añadió los servicios clínicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios no clínicos - Construcción y mantenimiento/operación. - Diagnóstico de imagen y laboratorio.
Control y Supervisión	<ul style="list-style-type: none"> - Inspector Fiscal y el apoyo de la Asesoría de Inspección Fiscal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inspección Financiera Pública a cargo 	<ul style="list-style-type: none"> - Comisión mixta creada para supervisar el contrato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisor designado por el Ministerio de Salud
Transparencia	<ul style="list-style-type: none"> - Portal web con la información del concesionario y del contrato. - Publicación en portal de la DGC 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de costos pasivos. - Estados de cuentas anuales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Portal web con la información del del proyecto. - Publicación en portal de la Administración General del Estado 	<ul style="list-style-type: none"> - Licitación se debe realizar de forma justa y transparente. - No se exige documentos de transparencia al concesionario.
Distribución de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo asumidos completamente por el contratista. 	<ul style="list-style-type: none"> - PFI: algunos riesgos asumidos por el Estado - PF2: todos los asume contratista 	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgos asumidos por el concesionario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se transfieren gran parte de los riesgos de las fases del proyecto al contratista.
Pagos al contratista	<ul style="list-style-type: none"> - SFC - SFO - SVO - Compensación sobredemanda de camas. - Servicio de alimentación adicional. 	<ul style="list-style-type: none"> - “Tarifa de Disponibilidad” - “Tarifa de Facilidades de Gestión” 	<ul style="list-style-type: none"> - Pago por servicios prestados por el contratista. - Pago por construcción y equipamiento. <p>*Caso Alzira es un pago per-cápita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pagos definidos en el contrato. - Pueden ser modificados debido a penalidades financieras al contratista

6 CONCLUSIONES

Es claro que los contratos de hospitales y obras viales poseen muchas diferencias principalmente por lo distintos que son ambos tipos de proyectos. Según lo expuesto por Sergio Decher (anexo A.1, pregunta 8) y lo desarrollado en el presente trabajo de título, entre las principales diferencias que se pueden destacar están la complejidad de la gobernanza de un contrato hospitalario en comparación con un contrato de concesión vial, ya que en este último es solo el MOP el encargado de tomar las decisiones y solo tiene que interactuar con los municipios; en cambio en el caso de hospitales el MOP interactúa con el MINSAL y el(los) Servicio(s) de Salud correspondiente(s), además de interactuar con los gremios, personal de salud y los usuarios del hospital.

6.1 EXPERIENCIA CHILENA

Una de las claves para obtener un hospital que cumpla con los estándares que necesita la población es la correcta definición del PMA, el cual debe ser definido por el Servicio de Salud con tiempo y sin apuros. Además, cualquier error asociado a la incorrecta definición del PMA no se puede culpar al concesionario, obligando al Estado a hacerse cargo y con ello tener que acudir a cambios en el proyecto y nuevas inversiones.

Para el caso de hospitales es bastante complejo que se presenten proyectos por iniciativa privada, ya que como se explicó anteriormente en el desarrollo del trabajo, el concesionario debe realizar el estudio pre-inversional por sí solo, lo cual implica un gran trabajo y costo para él, por un proyecto que no hay seguridad de que vaya a ser aceptado. Además de que es difícil para el MINSAL acepte un proyecto mediante iniciativa privada por la gran decisión que conlleva sacar financiamiento de un proyecto para poder llevar a cabo otro.

El convenio mandato es una de las particularidades en este tipo de contratos, dicho documento es necesario debido a la estructura ministerial que existe en Chile, donde todos los ministerios tienen sus fondos y ninguno de ellos está sobre otro, por lo cual en este tipo de contratos todos trabajan en un mismo nivel jerárquico, llevando esto a hacer mucho más complejo la toma de decisiones.

La etapa de precalificación se utiliza para proyectos de mayor envergadura, en el caso de hospitales solo se ha llevado a cabo en los contratos que contienen más de un hospital, debido a la gran inversión que conllevan.

Una de las etapas que se ha visto más modificada a lo largo de la experiencia de hospitales concesionados en Chile es la etapa de diseño del contrato, en los primeros contratos el Servicio de Salud entregaba un anteproyecto básico, con ideas de diseño y el concesionario debía desarrollar el diseño y entregarlo junto con su oferta. Luego en los grupos II y III el Servicio de Salud entrega un anteproyecto más definido, donde en el grupo II se permiten cambios por parte del licitante, mientras que en el grupo III esto no está permitido.

Como se nota en la Tabla 13 los contratos de concesiones hospitalarios poseen bases tipo debido a las similitudes en cuanto a los requerimientos contractuales entre este tipo de proyectos, esto disminuye los tiempos de preparación de la licitación en los proyectos ya que las bases de licitación tipo solo deben ser aprobadas una vez por contraloría.

El Inspector Fiscal en hospitales puede ser cambiado cuando el MOP estime conveniente, pero no es obligación realizar cambios cuando el contrato pasa de la etapa de construcción a la de operación, en cambio, la asesoría de Inspección Fiscal puede ser cambiada cada 3 años dependiendo del proceso de licitación llevado a cabo en ese periodo. Por otro lado, la asesoría está formada por grupos de trabajo multidisciplinarios por la gran variedad de profesionales, que forman parte en este tipo de contratos, al contrario de otros tipos de proyectos que contienen profesionales más afines a la Ingeniería Civil y otras carreras del rubro.

Otra característica de los hospitales es la gran cantidad de servicios a cargo del concesionario, lo que provoca una mayor complejidad dentro del contrato, ya que al entrar en operación los servicios ofrecidos por el contratista y servicios clínicos, que continúan a cargo del Servicio de Salud, hay que coordinar el funcionamiento de la forma en que se disminuyan los conflictos entre los diferentes servicios, esto último ha sido una de las mayores complicaciones en los contratos desarrollados en Chile como lo explica Patricio Palma (anexo A.2, pregunta 7).

La inclusión de servicios como inclusión de una farmacia, cajeros automáticos puede disminuir los costos al Estado, ya que dentro de las utilidades se podría considerar el arriendo a terceros de estos locales o espacios, los cuales se podrían generar en contratos futuros como servicios complementarios ya que de esta forma no quedaría solo a criterio del contratista y ayudaría a disminuir la inversión del Estado en el contrato.

Los pagos al concesionario en los hospitales los realiza el Servicio de Salud, o en su defecto el MINSAL, y son los subsidios fijos a la construcción y operación, otro variable a la operación, una compensación por sobredemanda de camas y el servicio de alimentación adicional. Los dos últimos se hacen efectivos cuando el hospital se encuentra sobre su capacidad máxima, provocando costos extras para el concesionario, los cuales no son su responsabilidad debido a que el colapso del hospital se puede deber principalmente a una mala estimación de la capacidad del hospital en el PMA realizado por el Servicio del Salud.

La mayor dificultad que posee el modelo en Chile es el poco apoyo ciudadano que poseen este tipo de contratos, muchas veces debido al desconocimiento como se puede notar en las figuras del estudio de CADEM, donde la gran mayoría de los entrevistados aprobaban el funcionamiento del hospital en cuanto a su experiencia y la catalogaban por sobre otros hospitales de método tradicional, pero al momento de consultar si estaban de acuerdo con concesionar un hospital, su respuesta era negativa. Es de vital importancia que el Estado invierta en informar a la población en cuanto a este tipo de contratos y que se le quiten los estigmas que se tienen, como, por ejemplo, que concesionar un hospital es igual a privatizar la salud, ya que no es así porque el concesionario solo está a cargo de servicios no clínicos y el Estado sigue estando a cargo del hospital.

6.2 EXPERIENCIA EN EL EXTRANJERO

Una de las razones por las que se critica el sistema de APP en el mundo es por los sobrecostos que se cree que generan al concesionarlos en vez de que los licite el Estado por el método tradicional, pero existen otros factores que influyen en los costos finales, el sobrecosto sobre el presupuesto inicial y los sobre plazos. En la Tabla 11 se puede notar que los sobrecostos y sobre plazos en base al contrato son notoriamente menores en los contratos de APP, que en los desarrollados de manera tradicional, esto se debe a los riesgos en los que se ve enfrentado el contratista en los contratos de APP, ya que ante cualquier retraso o costo extra es él quien debe

asumir los costos. Igualmente, en Chile los hospitales por método tradicional poseen un gran porcentaje de abandono del proyecto (Luis Barrios, anexo A.1) generando sobrecostos para el Estado y además un gran porcentaje de proyectos con sobre plazos. Por lo tanto, no se puede asegurar que al largo plazo los contratos mediante APP sean más caros, ya que existen otros factores que pueden afectar.

En cuanto a la experiencia en el extranjero se puede notar que hay varias características en común entre los modelos, esto se debe a que casi todos los modelos de APP hospitalaria se basaron en el modelo inglés. Como se mencionó anteriormente el modelo chileno se basó en un principio en el modelo inglés, pero luego se hicieron adaptaciones provocando que tuviera más similitudes con el modelo español.

6.3 CONCLUSIONES GENERALES

Como lo mencionan Oscar Sotomayor (anexo A.1, pregunta 10) las concesiones hospitalarias deberán volver a ser concesionadas una vez terminado el contrato, porque los costos y requerimientos que poseen los hospitales construidos mediante un contrato de concesión son mayores en comparación a los mantenimientos que lleva a cabo el Estado en hospitales construidos por método tradicional. Además, si las mantenciones no se realizan en los tiempos y de la forma requerida puede conllevar a costos mayores para el Estado.

Dentro de lo estudiado en cuanto a la experiencia extranjera se podría aplicar en Chile darle una duración máxima a la etapa de licitación y a la etapa de diseño en el reglamento de concesiones, las cuales actualmente no poseen tiempo máximo y con ello provocan en algunos casos una extensión indebida del proceso. Además, también se recomienda limitar las utilidades del concesionario, como ocurre en contratos de obras viales en Chile, donde el concesionario finaliza el contrato en el periodo definido o cuando obtiene las ganancias estipuladas en el contrato.

Finalmente, se tiene que los hospitales en Chile no es viable llevar a cabo un modelo de bata blanca ya que como lo explica Luis Barrios (anexo A.3, pregunta 7) en Chile sería muy compleja la estructura de pago porque existiría un pago por parte del Estado y otra por parte de FONASA asociado al costo de la atención, además de ser bastante complejo mezclar al privado en una entidad pública y también lo funcionarios de la salud no están de acuerdo con ello. Al menos en el corto tiempo no se puede realizar ya que antes se deben modificar muchos factores.

7 BIBLIOGRAFÍA

Administración General del Estado- Gobierno de España. 2020. Portal de transparencia (Ley de Transparencia). [En línea] 2020.

Atanor Soluciones. 2015. *Análisis comparativo implementación de hospitales por contrato sectorial versus sistema de concesiones de obras públicas. Documento Actualizado.* 2015.

Banco Interamericano del Desarrollo. 2018. *Participación privada en infraestructura, su evolución en Colombia y el apoyo del grupo BID.* 2018.

Banco Interamericano de Desarrollo. 2014. *Conceptos generales y modelos: Serie de notas técnicas sobre Asociaciones Público-Privadas en el Sector de la salud de America Latina.* 2014.

Banco Interamericano del Desarrollo. 2016. *Diez años de Asociaciones Público- Privadas (APP) en salud en America Latina ¿Qué hemos aprendido?* 2016.

—. **2015.** *Menos cuento, más evidencia. Asociaciones Público Privadas en la literatura Científica.* 2015.

CADEM. 2016. *Informe de satisfacción de infraestructura de hospitales concesionados de La Florida y Maipú.* 2016.

Circulo de Derecho Administrativo. 2013. *Asociaciones Público Privadas: La Experiencia Canadiense.* 2013.

Coordinación de Concesiones de Obras Públicas. 2018. *Informe Mensual- Programa de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria, Hospital de Maipú y Hospital de La Florida.* 2018. Informe de Estado de la Concesión.

Coordinación de Concesiones Ministerio de Obras Públicas. 2015. *Sistema de Concesiones en Chile.* Santiago : s.n., 2015.

Departamento de Estadísticas e Información de Salud. 2014. *Manual Censo Diario de Camas y Pacientes.* Santiago : s.n., 2014.

Dirección General de Concesiones. 2019. *Anexos Complementarios Red Maule.* 2019.

Figuroa, Juan Pablo. 2010. Médicos sin control: Los dueños de la salud pública en Chile. *CIPER Chile.* [En línea] 27 de 09 de 2010. <https://ciperchile.cl/2010/09/27/medicos-sin-control-los-duenos-de-la-salud-publica-en-chile/>.

Gobierno de España. 2011. *Ley de Contratos del Sector Público (Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre).* 2011.

Ibarra-Coronado, Rafael. 2011. La Ley de Concesiones de Obras Públicas Chilena en el Tiempo. [aut. libro] *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional.* Bogota : 19 International Law, 2011, págs. 183-222.

International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank. 2017. *Public-Private Partnerships Reference Guide*. Washington DC : s.n., 2017.

Ministerio de desarrollo social. *Glosario Sistema Nacional de Inversiones*.

Ministerio de Obras Públicas. 2011. *Bases de Licitacion Hospital Félix Bulnes*. 2011.

—. **2008.** *Bases de Licitacion Hospitales de Maipú y La Florida*. Santiago de Chile : s.n., 2008.

—. **2006.** *Concesiones de Obras Públicas en Chile. 20 años*. s.l. : División de Estudios y Análisis Financiero, CCOP-MOP, 2006.

—. **2010.** *Ley y Reglamento de Concesiones de Obras Públicas*. 2010.

Ministerio de Salud . 2018. MINSAL . [En línea] 12 de julio de 2018. <https://www.minsal.cl/la-importante-y-sigilosa-labor-del-servicio-de-lavanderia-del-hospital-de-chimbarongo/>.

Ministerio de Salud. 2019. *Bases de Licitación Tipo Tercer Grupo*. 2019.

—. **2019.** *Guía de diseño para establecimientos hospitalarios de mediana complejidad*. 2019.

National Audit Office. 2018. *PFI and PF2*. 2018.

NHS European Office . 2011. *The search for low-cost integrated healthcare, The Alzira Model - from de region of Valencia*. 2011.

OCDE. 2020. *Health spending* . 2020.

OCDE Journal on Budgeting. 2012. *Public-private partnerships in Canadian health care*. 2012.

Orellana, Javier Robalino. 2010. Los asociaciones público-privadas (APP): Una opción para la contratación administrativa en Latinoamérica. *Foro: Revista de Derecho* . 2010, 13.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Economico. 2017. Camas de hospitales por cada 1000 habitantes. [En línea] 2017. <https://data.oecd.org/fr/healthqt/lits-d-hopitaux.htm>.

Sepúlveda, Valeria Bastías. 2016. *Asociación Pública Privada en Infraestructura Hospitalaria. El Caso de Chile: Hospital de Maipú y La Florida*. Santiago : s.n., 2016.

Servicio de Salud Talcahuano. 2020. Hospital Penco Lirquén. [En línea] 2020. <https://www.hospitalpencolirquen.cl/area-tic/>.

Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI S.A. 2017. *Antecedentes generales del contrato de concesion- Hospital de Antofagasta*. 2017.

ANEXO A: ENTREVISTAS

A.1.- Entrevista a Oscar Sotomayor^[1] y Sergio Decher^[2]

Asesor Unidad de Hospitales Concesionados y Jefe Unidad de Ingeniería, Coordinación de Concesiones de Obras Públicas.

Realizada el 03 de octubre 2019.

El propósito de esta entrevista es aclarar temas generales sobre los contratos de hospitales concesiones que no se encuentran clarificados luego de la lectura bibliográfica. Además, considerando que Sergio Decher se enfoca en Concesiones de Obras Viales, mientras que Oscar Sotomayor se especializa en Hospitales Concesionados se busca exponer nuevas diferencias entre ambos tipos de contratos de concesiones.

Pregunta 1

Según lo que he leído, el Ministerio de Salud (MINSAL) delega algunas responsabilidades al Ministerio de Obras Públicas (MOP) para que este último lleve a cabo la licitación, pero luego de eso ¿el MINSAL continúa trabajando en conjunto con el MOP?

^[1]El Convenio Mandato es el documento administrativo legal el cual permite al MINSAL y al Servicio de Salud correspondiente delegan algunas funciones que por ley le corresponden como el de construir u operar algunos servicios del hospital a la Dirección General de Concesiones del MOP por un tiempo determinado.

En cuanto a la primera pregunta, tanto el MINSAL como los Servicios de Salud continúan trabajando en conjunto con el MOP, pero como una contraparte técnica.

Pregunta 2

¿Se crea algún comité o grupo de trabajo en los que participen ambos Ministerios?

^[1]Se crean varios comités, los cuales se establecen en el contrato de concesión, por ejemplo, existe un comité de construcción el cual está constituido por un representante de la sociedad concesionaria, uno del Ministerio de Salud y uno de la Inspección Fiscal.

En la etapa previa a licitar se crea un comité informal interministerial, en el cual nosotros como Ministerio de Obras Públicas coordinamos el trabajo junto con el Ministerio de Salud y el respectivo Servicio de Salud, para definir y validar los documentos de licitación. Este comité es informal debido a que no hay un contrato de concesión aún.

Pregunta 3

Una vez que el MOP se hace cargo de preparar la licitación ¿El MINSAL tiene que aprobar estos documentos antes que se comience con el proceso de licitación?

^[1]Si, de hecho, con el Ministerio de Salud trabajamos conjuntamente. Por lo tanto, todos los documentos son validados por el MINSAL y Servicio de Salud respectivo. Incluso en algunos casos, en que el proyecto incluye más de un hospital se puede necesitar la validación de más de un Servicio de Salud.

En un contrato de concesión hospitalario son varios Servicios Públicos que se coordinan, tanto en el proceso de licitación, como en un contrato de concesión. No hay ninguno que delegue sus funciones y “se vaya para la casa”. Todos participan como ente fiscalizador, asegurándose que se cumplan los requerimientos establecidos y responder las consultas que se pueden tener en el desarrollo del proceso.

En cuanto al contrato de concesión, siempre hay una coordinación entre los Ministerios, que dura los años de la construcción (entre 3-4 años) y los 15 años de concesión (tiempo desde que se termina y acepta la construcción).

Pregunta 4

¿El Ministerio de Salud es el encargado de entregar datos como la capacidad del hospital, las especialidades que habrá, los ascensores necesarios, etc? ¿Cómo es dicho proceso?

^[1]Si, es el MINSAL quien decide todos esos detalles, incluso antes de decidir si el hospital de licitará como concesión o mediante el método tradicional.

El proceso consiste primero en un estudio pre-inversional hospitalario (EPH) realizado por el Servicio de Salud correspondiente, en el cual primero se determinan las necesidades del sector con la finalidad de analizar la posibilidad de construir un hospital nuevo, o ampliar-reconstruir uno existente, luego se definen los requerimientos del hospital para determinar los requerimientos de espacio, como por ejemplo la población que se atendería en él, las especialidades que son necesarias. Para finalizar el EPH se realiza el Programa Médico Arquitectónico (PMA) el cual entrega un listado de todos los recintos necesarios dentro del hospital y con esto un insumo para el anteproyecto.

El PMA va de la mano con el Programa Médico Funcional (PMF), este último es el que define como se interrelacionan todos los servicios entre sí. Con el PMA y el PMF el área de arquitectura genera un anteproyecto.

Pregunta 5

En cuanto a la etapa de operación, ¿el personal que trabaja en el hospital es contratado por el Ministerio de Salud o por el concesionario?

^[1]El modelo de concesiones chileno se basa en el modelo de “bata blanca”, según los españoles, lo que implica que todo el personal de la salud contratados por el Servicio de Salud y trabajan para la administración del hospital, no para el concesionario, al igual que los servicios médicos. En España existen casos en que están incluidos los funcionarios de la salud, pero eso difícilmente pasará en Chile.

Lo que sí es responsabilidad del concesionario en algunos contratos hospitalarios son los servicios de apoyos a la gestión clínica, como por ejemplo alimentación, vigilancia, aseo, estacionamiento, manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS), sala cuna, entre otros dependiendo del contrato. Todos estos servicios en los hospitales de método tradicional igualmente están concesionados, pero mediante el hospital.

Pregunta 6

¿Cómo se define si un hospital se construirá por método tradicional o mediante concesión?

^[1]Hay dos factores principales para definir si un hospital se construye por método tradicional o concesión, el dimensionamiento del hospital (se determina del anteproyecto) y los recursos con los que cuente el estado. Por ejemplo, si un proyecto es pequeño y el estado cuenta con los recursos para financiarlo, la construcción se realizará por el método tradicional. En cambio, si el estado no cuenta con los recursos para financiar un hospital de grandes dimensiones, o no tendrá recursos para construcción en los próximos 10 años, la única forma de construir en un plazo más corto es buscar el financiamiento en el sector privado, es decir concesionándolo.

Pregunta 7

He leído en documentos que tenían pensado crear bases de licitación tipo para hospitales, ¿Existen en la actualidad? ¿Cómo es el caso de bases de licitación en obras viales?

^[1]Sí, en concesiones hospitalarias se utilizan las bases tipo, en las cuales se establecen las condiciones generales del proyecto. Se completan con “anexos complementarios”, el cual consiste en un formulario que se completa con las particularidades de cada hospital, como por ejemplo la ubicación de la obra.

Como las bases tipo son iguales para todos los proyectos de hospitales concesionados, todos tienen las mismas reglas hospitalarias. Esto facilita el trabajo tanto para el MOP, como para los participantes de la licitación, ya que facilita la competencia.

^[2]En el caso de obras viales, no existen bases tipo, cada proyecto posee sus bases particulares, lo cual posee mayor burocracia, necesitando más tiempo en el proceso de licitación, debido a que cada base debe ser aprobada por Contraloría. Si me preguntas, sí debería haber bases de licitación tipo para el caso vial, se ahorraría bastante tiempo debido a la burocracia, pero no se ha propuesto como meta en el área de trabajo vial, ni tampoco por parte de la autoridad.

Pregunta 8

Aprovechando que estoy con ambos en esta entrevista me gustaría que expusieran ¿Cuáles son las principales diferencias entre la documentación y operación para la licitación de concesiones viales y hospitalarias??

^[2]Una que nosotros vemos es con respecto a la gobernanza, porque en el caso de los hospitales es mucho más complejo que en un contrato vial. En el caso de obras viales, las decisiones en cuanto al contrato las toman en el MOP de forma interna, y solo interactúa con algunos Municipios. En cambio, en el caso de hospitales, el MOP tiene que lidiar con el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de cada Servicio de Salud que este adherido en el contrato de concesión, con los gremios y el personal de la salud, y los usuarios.

Otra diferencia que se puede notar es con respecto a la complejidad de los proyectos, un contrato vial, si bien tiene complicaciones o desafíos ingenieriles muy interesantes, estos son acotados a ciertas infraestructuras y proyectos mayormente lineales. En el caso de los hospitales, en cambio, la definición y seguimiento de la ruta crítica es más compleja, ya que puede haber hasta 30 especialidades distintas funcionando en forma paralela, y cada uno con requerimientos propios, por lo cual la forma de coordinación es distinta y mucho más crítica que en obras viales, además por ser una edificación, todos conviven en el mismo punto, volviéndolo más complejo aún.

También los modelos de negocios son distintos. En el caso de autopistas se utiliza principalmente “el que usa, paga” debido a que el financiamiento lo proporciona el usuario, aunque existen situaciones donde el Estado subsidia, es decir, que el Estado tiene que aportar una parte de la inversión que no alcanza a cubrir el usuario (proyectos de segunda generación y los que se tienen lugar desde La Serena al norte del país). Mientras que en los hospitales el Estado le paga al concesionario, como si fuera un subsidio, mediante cuotas semestrales o anuales, como lo indique el contrato.

Finalmente, otra diferencia que se puede notar es a nivel de contrato, ya que el contrato vial se termina cuando el concesionario recupera la inversión y adquiere una ganancia que el estimó y ofertó en la licitación, lo que quiere decir que el tiempo de concesión es variable y en los contratos solo se determina un tope máximo. Al contrario, en las concesiones de hospitales, el periodo de concesión es fijo (15 años).

Pregunta 9

En el caso de que por incumplimiento grave se dé por terminada la concesión antes del tiempo definido por el contrato ¿El Ministerio de Obras Públicas le continúa pagando al concesionario algún servicio?

^[1]Como mencione anteriormente, el plazo de concesión de un hospital es de 15 años (30 semestres) para contratos de construcción y operación, en el caso de que se dé por finalizada la concesión anticipadamente durante en la etapa de explotación, es decir una vez realizada la puesta en marcha definitiva, se garantiza el pago asociado al contrato de construcción mediante pagos semestrales durante un periodo que puede varias entre 5 y 10 años. En el caso de que se dé por finalizada en la etapa de construcción, se evalúa la opción de pagar lo invertido por el concesionario, pero no es nada asegurado.

Pregunta 10

A pesar de que aún no se ha finalizado concesiones hospitalarias en Chile ¿Se ha comentado de licitarlo en concesión por mantención nuevamente una vez finalizada la primera?

^[1]Si, la idea es mantener la infraestructura en un estándar alto, al igual que en el contrato original, y para esto es necesario volverlo a concesionar. Si no, se pierden los activos debido al deterioro y eso a largo plazo implica mayores gastos. Un país desarrollado puede correr con los gastos y hacerse cargo de la infraestructura, pero en Chile actualmente no cuenta con los recursos.

Por ejemplo, el hospital de Antofagasta, el cual se encuentra operando desde el 2017, su construcción antigua contaba con 3 ascensores, en cambio la nueva infraestructura tiene 33 ascensores, de los cuales se debe contar al menos con el 98% del total en funcionamiento para mantener el estándar requerido. Entonces, imagina todos los gastos en los que debe incurrir el Estado para mantener esos 33 ascensores operativos, sin un contrato de mantención asociado.

^[2]Una virtud del sistema de concesiones en ese sentido, es que tiene una respuesta mucho más rápida ante cualquier desperfecto o problema, un claro ejemplo es que para el terremoto del 2010, en obras viales la repuesta fue muy rápida para poner nuevamente en marcha las autopistas, ya que cada concesionario tenía su tramo de 200 km y con ello mayor facilidad de hacer todas las gestiones y reparaciones, en cambio si hubieran estado a cargo del MOP, este tendría que haber gestionado la licitación de manera que se lo llevara la empresa de menor costo, lo cual implica tiempo de respuesta mayor.

Pregunta 11

¿En Chile los contratos de hospitales concesionados incluyen el diseño? En el caso de ser si la respuesta ¿el Estado debe validar dicho diseño?

Existen 3 modelos diferentes en la experiencia de Chile, el primer contrato de concesión hospitalaria en Chile, es decir, los hospitales de Maipú y La Florida, existía una propuesta de anteproyecto hecho a base de ideas de diseño que entrego el servicio de salud, y la licitación incluía el desarrollo de una propuesta de diseño por parte de los oferentes, además de la oferta técnica y económica tradicional. El hospital de Antofagasta es un ejemplo del segundo caso, donde el Servicio de Salud apporto el anteproyecto y se realizó con bases tipo, el anteproyecto se dejó como referencial y finalmente el concesionario entrego un anteproyecto mejor (más eficiente, seguro y 100% aislado sísmicamente), siendo este último el diseño definitivo. Y el tercer escenario se dio en los otros hospitales concesionados (El Salvador, Félix Bulnes), en el cual la Dirección de Concesiones, junto con Consultoría del MOP, desarrolló el anteproyecto avanzado de arquitectura, estructura y eficiencia energética, y criterio de diseño de todas las especialidades.

Hay un cuarto modelo, el cual se planea implementar en los próximos proyectos de hospitales a concesionar, muy parecido al aplicado en el Hospital de Antofagasta, ya que consta con bases tipo y el anteproyecto será entregado por el Servicio de Salud correspondiente, pero no se le dará la posibilidad al concesionario de entregar un anteproyecto propuesto por él.

En el caso de que el diseño sea entregado por el concesionario, la comisión creada por participantes de ambos ministerios debe ir evaluando, poniendo nota y haciendo observaciones de las entregas de diseño que va realizando el oferente o concesionario.

Pregunta 12

¿Existe alguna posibilidad de que el concesionario construya zonas para locales, los cuales pueda arrendar y generar ganancia durante la etapa de operación?

^[1]Sí, ellos arriendan e instalan servicios que no son obligatorios por el contrato de concesión, como lo es la cafetería para visitas, farmacias, florería. En el caso de los estacionamientos, estos están concesionados por el contrato, donde un porcentaje importante es de libre uso del hospital, y el resto pueden ser arrendados por el concesionario y así generar ingresos extras.

Pregunta 13

Volviendo al tema de las comisiones, ya hablamos de la comisión que se forma por ambos Ministerios, pero ¿existen otras comisiones en el proceso de concesión?

^[2]En la ley de concesiones versión 2010 habla del Panel Técnico, la Comisión Arbitral y la Justicia Ordinaria, los cuales son mecanismos de resolución de conflictos que operan cuando un funcionario público no puede dirimir. La existencia de estos mecanismos quita riesgos al modelo de concesión, debido a la sensación de justicia que provoca al momento de haber un conflicto en el cual alguno de las partes debe indemnizar a la otra.

Pregunta 14

¿Desde qué etapa del contrato de concesión participa el Inspector Fiscal? ¿Es la misma persona durante toda la duración del contrato?

^[2]El Inspector Fiscal es una figura obligatoria a todo contrato de concesión, por lo tanto, desde que existe el contrato debe haber un encargado de la inspección fiscal. Cabe mencionar que puede haber un inspector fiscal a cargo de varios contratos, lo cual ocurre debido a la poca cantidad de profesionales en comparación con el número de contratos vigentes.

En el caso general de concesiones existen en el contrato el inspector fiscal de construcción y el inspector fiscal de explotación, los cuales son profesionales distintos, por lo tanto, al pasar desde la etapa de construcción a la de explotación la persona a cargo debe ser cambiada.

^[1]Para el caso de hospitales, no existe esta diferenciación de profesionales por etapa, en efecto, no se genera el cambio de encargado al momento de finalizar una etapa y comenzar otra. Esto se debe a que el área de hospitales prefirió velar por la especificidad del giro del negocio más que por la etapa que se está. Además, el que no se cambie el inspector fiscal general menos pérdida de información y comunicación durante el periodo del contrato.

Aún se está estudiando cuál de las dos formas es más eficiente y beneficiosa para el contrato, con la finalidad de que en el futuro se pueda unificar el trabajo del inspector fiscal para todos los tipos de concesiones.

Pregunta 15

Si sabemos que el estado no tiene recursos destinados a construcción de hospitales en los siguientes años ¿Por qué es mejor concesionar un hospital que recurrir a un préstamo en el extranjero?

^[1]En la tesis “Asociación pública privada en infraestructura hospitalaria. El caso de Chile: Hospital de Maipú y La Florida” una de las conclusiones es que la financiación estatal es de un costo más elevado que la financiación privada. Esto se comprueba con los estados de pago estatales, donde se muestra que la tasa de endeudamiento estatal es mayor que la tasa de endeudamiento privada en Chile.

Además, el método tradicional posee más riesgos para el estado que el de concesiones. Un ejemplo claro y reciente es el de hospitales donde el estado construyó con el método tradicional y los contratistas dejaron abandonadas las obras con el 80-90% construido, para el estado retomar ese contrato significa costos extras (volver a licitar, terminar la construcción) de aproximadamente el 80% del costo del contrato original. En cambio, si un hospital es concesionado, el estado no realiza ningún pago hasta que se le entrega el hospital construido y listo para el funcionamiento, por lo tanto, los riesgos de que los costos aumenten, respecto al contrato, son muy bajos.

Sabemos que en Chile existe un déficit de hospitales en la actualidad, por lo cual un factor importante para elegir concesionar hospitales es que con este método se pueden construir varios hospitales a la vez, debido a que el Estado no debe contar con todo el dinero ahora.

Finalmente, está comprobado que los contratistas de hospitales por método tradicional no cumplen con los plazos originales de construcción, llegando a ser de un 200% del tiempo del contrato, mientras que en el caso de concesiones los plazos se cumplen en la gran mayoría de los contratos.

A.3.- Entrevista a Patricio Palma

Jefe de la Asesoría de Inspección Fiscal de los hospitales de Maipú y La Florida.

Realizada el 17 de enero 2020.

La finalidad de la entrevista a Patricio Palma es comprender de mejor forma las funciones y el proceso en las que participan tanto el Inspector Fiscal, como la Asesoría de Inspección Fiscal. Además, se habla de lo que ha sido la experiencia de participar y las principales dificultades que han tenido en el primer hospital concesionado en Chile, el cual a la fecha lleva casi 6 años en la etapa de explotación.

Al comienzo de la entrevista, Patricio Palma explica un poco lo que ha sido su experiencia en los hospitales de La Florida y Maipú durante el último tiempo como jefe de la Asesoría de Inspección Fiscal. Los hospitales tuvieron la puesta en servicio provisoria a finales del año 2013, y a comienzos del 2015 se llevó a cabo la puesta en servicio definitiva.

“La concesión de los hospitales de Maipú y La Florida fue adjudicada por una empresa española, la cual creo en Chile una Sociedad Concesionario de giro único, esto quiere decir que no puede participar en proyectos de otro tipo mientras esta en vigencia el contrato de concesión.

Cuando se entra en el mundo de las concesiones de hospitales, a diferencia de las concesiones de carreteras, embalses o aeropuertos, se tiene la interacción de varios grupos humanos con intereses diferentes y armonizar el trabajo entre esos grupos humanos es un gran desafío, dándole mayor complejidad a este tipo de contratos. Esto se agudiza en Chile debido a las carencias en el sistema de salud pública, probablemente en países con un mayor desarrollo económico o cultural la introducción de una concesión sea más simple y con menos complejidades.

Se nos han presentado varios problemas en el desarrollo de esta concesión donde varios han sido por factores externos y que son difíciles de reglamentar en un contrato, un ejemplo es que en invierno hay personas en situación de calle durmiendo en las sillas de la sala de espera del hospital y al llegar una persona que está esperando la atención en el hospital lo despierta con el fin de poder sentarse, que pasa si al despertarlo esta persona reacciona violentamente, produciéndose así un incidente. Nosotros no tenemos recursos de seguridad en el hospital, solo a veces hay algún carabinero de turno, pero la mayor parte de las veces no. Y es tonto pensar que el concesionario deba arbitrar el conflicto para este problema, ya que se debe a un problema público.”

¿Es posible que en el contrato se reglamenten ese tipo de casos mediante algún termino de seguridad?

“Sí, nosotros tenemos un servicio de seguridad privada, pero ese servicio tiene normas y el guardia de seguridad no va a utilizar violencia pública, ni va a andar armado.

Además, dentro de los pacientes que se dirigen a urgencia, puede haber alguno que se haya visto envuelto en casos de droga, lo cual no ha provocado situaciones muy violentas dentro de las urgencias de ambos hospitales. A lo que iba con todo esto, es que este tipo de situaciones no se encuentran en otro tipo de concesiones como las nombradas anteriormente, por lo que existen concesiones en donde predomina la función material de un proyecto de ingeniería y en las que predomina la función social como lo es en el caso de los hospitales.

En el caso de las concesiones hospitalarias intervienen dos actores importantes, los médicos mediante el MINSAL y los funcionarios de la ingeniería en el MOP. El arbitraje entre ambos actores no es simple, debido a la diferencia de sus intereses, por un lado, los médicos cumplen una función muy importante con la población y por otro lado el Ministerio de Obras Públicas tiene un contrato vigente con un tercero, normalmente extranjero, pudiendo llevar los conflictos a una corte internacional.”

¿Había trabajado en alguna obra similar o en otro tipo de concesión? ¿Esa experiencia fue de utilidad al momento de comenzar este proyecto?

“A nosotros no contrato el Ministerio de Obras Públicas para trabajar como asesores a la Inspección Fiscal, esta es una empresa que realiza servicios de consultoría de ingeniería y presta servicios al MOP hace mucho tiempo en distintos tipos de obras concesionadas, como carreteras, embalses y aeropuertos. En cuanto a obras hospitalarias esta fue la primera para nosotros.

Una parte del equipo de asesoría había trabajado anteriormente en otras obras concesionadas, pero al llegar a este proyecto nos dimos cuenta de que, aunque la experiencia que se había tenido anteriormente era útil, era muy limitada a lo que se requería en un hospital. Luego de 5 años hemos aprendido muchas cosas nuevas, por un lado, hemos conocido mejor como funciona este sistema y de qué manera reglamentar las funciones de cada parte, y por otro lado hemos podido notar que hoy los hospitales tienen ahora una mayor demanda, ya que hoy se atienden en el hospital persona que antes lo hacían en la red de atenciones secundarias (CESFAM), debido al gran equipamiento que hay en el hospital actualmente.

Si ves cómo operan estos hospitales en relación con otros servicios de salud pública chilenos te darás cuenta de que tienen rasgos que son un diferentes, por ejemplo, es un hospital moderno, con buenas instalaciones, salas de espera amplias, con buenos niveles en servicios complementarios, etc. Entregando una opinión bastante positiva de los pacientes y vecinos que se atienden ahí y además cumplen con el estándar requerido, aunque siempre se trabaja para funcione mejor.”

Luego se comenzó con el desarrollo de las preguntas preparadas, las cuales se desarrollan a continuación.

Pregunta 1

¿En qué etapa de la concesión comienza a trabajar la inspección fiscal y su asesoría?

La inspección fiscal funciona desde el inicio del contrato, y ella siempre debe tener su asesoría, para cumplir sus funciones. En el caso de los hospitales de Maipú y La Florida se realizó el proceso en dos fases, es decir, la etapa de construcción se llevó a cabo con un inspector fiscal y su asesoría, y al momento de comenzar la etapa de operación se cambió el inspector fiscal y se licitaron los servicios de asesoría. Es importante mencionar que el inspector fiscal se puede cambiar en el momento que el MOP estime conveniente, incluso ha habido varios inspectores fiscales desde que nosotros estamos a cargo de la asesoría.

Pregunta 2

¿El contrato de la asesoría de inspección fiscal tiene la misma duración que el contrato de operación de la concesión?

Los servicios de asesoría de inspección se licitan cada 36 meses, el contrato que nosotros tenemos con el MOP termina aproximadamente en septiembre del presente años (2020). Por lo tanto, no hay continuidad del inspector fiscal, ni de la asesoría, durante todo el contrato de la concesión.

También existen situaciones especiales donde se puede dar termino anticipado al contrato de la asesoría de inspección fiscal, pero son situaciones anormales y extremas que se explican en el documento que se firmó al comienzo del contrato.

Pregunta 3

¿Cuáles son las principales funciones que tiene la inspección fiscal en las distintas etapas del contrato de concesión? ¿Y cuáles son las que tiene la asesoría de inspección fiscal?

La principal función del Inspector fiscal es garantizar el cumplimiento de lo establecido en el contrato de servicios que se firmó entre el MOP y la concesionaria, incluyendo tanto el área constructiva, como el de la salud.

Por otro lado, la principal función de la asesoría es apoyar a la inspección fiscal en las tareas que no maneja del todo, esto debido a que la asesoría para este tipo de proyectos está formada por más de 30 personas, con especialistas en las distintas materias que competen al inspector fiscal, desde abogados hasta técnicos del área de la salud. Es ahí donde cumplen una función importante, la de ayudar al inspector fiscal, el cual normalmente es ingeniero, a garantizar el cumplimiento de los servicios que no son de su área, como lo son los servicios de apoyo clínico. Por ejemplo, la existencia de un nutricionista en el equipo de trabajo ayuda a verificar la entrega de la alimentación del hospital, tanto a funcionarios como paciente en las condiciones establecidas en el contrato, por parte de la concesionaria.

Pregunta 4

¿Existe asesoría de Inspección Fiscal en proyectos viales? ¿Funciona de forma similar a las formadas en concesiones hospitalarias?

Las concesiones de obras viales poseen asesoría de Inspección Fiscal, la cual tiene la misma función que una asesoría en proyectos hospitalarios, claramente con especialidades más afines a una obra vial dentro del equipo de trabajo.

En cambio, la asesoría en concesiones de hospitales cuenta con un equipo de trabajo más multidisciplinario que en obras viales, siendo un gran e interesante desafío para las empresas de asesoría en Chile. Los grupos de trabajo son muy variados, ya que no solo se encuentran arquitectos, ingenieros, constructores civiles y personajes afines, sino que también hay enfermeras, médicos, nutricionistas y especialistas en el área de la salud. Además, gracias a la experiencia a medida que aumente la cantidad de hospitales concesionados, aumentará igualmente el personal técnico especializado en este tipo de proyecto.

Pregunta 5

¿El inspector fiscal es contratado por el Estado o es parte de un ente del Estado?

El inspector fiscal es contratado por el Ministerio de Obras Públicas, este es designado para representar al MOP en el contrato de concesión. Y puede ser cambiado todas las veces que el MOP estime necesario.

Pregunta 6

¿Existe un representante del Ministerio de Salud en el contrato de concesión, o es el Inspector Fiscal quien representa al Estado en general?

Para efectos de la administración del contrato, es el Inspector Fiscal designado por el MOP como mencione anteriormente. Pero existen varias instancias donde se produce la participación del Ministerio de Salud, ahí te comento algo que es muy importante, entre el MOP y el MINSAL se firmó un convenio mandato, en él se establece la modalidad en la cual el Ministerio de Salud admite que sea construido y operado por el Ministerio de Obras Públicas.

Pregunta 7

¿Cuál es la principal complicación o dificultad que han tenido al trabajar en este proyecto?

La mayor complicación que hemos tenido ha sido lograr muchas veces el consenso de ciertos temas entre las entidades existentes en del hospital y algunas veces en nuestro equipo de trabajo. Esto se debe a la propia cultura existente en los hospitales del país y que es difícil hacer que todos acepten de la misma manera una norma contractual.

Pensemos en lo difícil que es para un médico o funcionario de alto nivel de un hospital acostumbrarse al procedimiento si tiene alguna necesidad material que resolver, y en vez del solucionarlo directamente, tiene que contactarse con un tercero, el concesionario. Por ejemplo, si se rompe un vidrio, en un hospital por método tradicional el funcionario es el responsable de llamar para que lo cambien, en cambio en un hospital concesionado el funcionario debe darle a conocer el problema al Inspector Fiscal para que este luego lo haga saber al concesionario y este comience el proceso de cambio. Si esto no se realiza de dicha manera pueden provocarse conflictos futuros en la administración de la concesión.

La clara desventaja en este procedimiento es que para problemas simples existe una gran rigidez, y la ventaja más importante es que el personal médico se ve más aliviado al no tener la responsabilidad de resolver el problema, sino que solo darlo a conocer.

Otra gran dificultad en este proyecto ha sido lograr un consenso con el concesionario en algunas situaciones atípicas para otro tipo de proyectos, por ejemplo, en el desmantelamiento de cañerías y los grifos de los baños públicos, ¿de quién es la responsabilidad? Es complejo dar la responsabilidad a alguien en particular y además el director de hospital está en todo el derecho de exigir el inmediato funcionamiento del baño público y el concesionario debe hacerse cargo.

Pregunta 8

¿Todos los hospitales concesionados cuentan con la participación de una asesoría de Inspección Fiscal? ¿Cuántos hospitales se encuentran en la etapa de operación?

Todos los hospitales que se encuentran en operación y en construcción cuentan tanto con un Inspector Fiscal, como con una asesoría.

Actualmente los hospitales concesionados en operación son tres, son más los que se encuentran en construcción. También existen otros que se encuentran en etapa de licitación por modalidad de concesión, como también en etapa de ante proyecto. Así que al menos se ve que es un modelo que se continuará aplicando para construir y operar hospitales.

Pregunta 9

¿Cada cuánto tiempo se realiza inspección a los hospitales? ¿Se realiza de manera constante o el inspector siempre está en terreno?

Esta permanentemente operando, como el hospital funciona 24/7, tanto la concesionaria como el Inspector Fiscal también deben hacerlo. Eso significa que el concesionario debe poner turnos en el hospital para atender todo lo esencial, mientras nosotros estamos obligados a actuar durante el periodo definido en el contrato (un turno al día más fines de semana) y a acudir al hospital ante cualquier llamado. Por lo tanto, tanto el Inspector Fiscal, como su asesoría están en un sistema de presencia permanente.

Para la actividad de inspección como fiscalización propiamente tal no se tiene una periodicidad determinada, o ciertos días, pero si se realiza de forma permanente mediante un programa de fiscalización con todas las actividades que se desarrollan dentro del hospital, del cual se va cambiando la frecuencia, la hora y los lugares que se fiscalizan, de manera que el factor sorpresa siempre es este presente.

Pregunta 10

Al momento de inspeccionar la operación de la concesión, ¿Hay alguna forma de medir la satisfacción de los pacientes o sus visitas?

Existe una encuesta de satisfacción de usuarios, la cual se realiza a los pacientes y sus acompañantes, estimando el Nivel de Servicio (NS) que sienten los usuarios. En esta encuesta se mide el tiempo de atención, la comodidad de la espera, forma de atención, amabilidad del personal, tiempos de espera (remedios, atención o exámenes), además si aplica se le pide evaluar satisfacción con la atención de la cafetería o el casino. Los resultados hasta ahora han sido satisfactorios.

El concepto de Nivel de Servicio (NS) se refiere a las condiciones mínimas que se le exigen a la sociedad concesionaria para que el hospital pueda funcionar sin problemas. Es utópico pensar en no tener problemas debido a que es difícil normar algunas cosas, por ejemplo, la cantidad máxima de usos para las sabanas antes de desecharse o en qué momento cambiarlas.

Un detalle importante de la encuesta es la dificultad de distinguir entre la satisfacción de un paciente derivado del uso del hospital como concesión y la satisfacción derivada de la atención clínica recibida por la parte médica.

Pregunta 11

¿Qué faltas podrían llevar a poner inmediatamente término a un contrato de concesiones hospitalarias?

Son dos las faltas que pueden llevar a poner fin, la primera es que el concesionario entregue información maliciosa cuando el inspector fiscal le solicite respuestas a ciertos temas que el necesite o sean requeridos por alguna autoridad. Es distinto entregar una información errónea, entregada sin saber que no era correcta, a entregar una información maliciosa, es decir que la información es entregada sabiendo que es falsa y con la finalidad de beneficiarse o evitar asumir culpas.

En cuanto a la segunda falta que puede llevar a poner término, se refiere a que los niveles de servicio que se puedan computar dentro de un periodo definido según contrato estén bajo los estándares mínimos definidos.

Pregunta 12

¿Usted cree que sería muy complejo incluir gestión o equipamiento clínicos en los contratos de concesiones de hospitales en Chile?

Es complejo que se incluya en Chile un modelo con gestión clínica en el corto tiempo, en cuanto a la inclusión del equipamiento clínico a cargo del concesionario, si bien en este proyecto no se incluyó, en el Hospital de Antofagasta es parte del contrato.

Creo que en general para los médicos es un alivio no tener que preocuparse de la mantención y actualización de equipos, por otro lado, crea nuevos conflictos debido a que a muchos les gusta tener la participación en la selección y operación de estos equipos.

Pregunta 13

¿No cree usted que se pierde la continuidad y conocimiento del trabajo al cambiar cada cierto tiempo la asesoría y el inspector fiscal?

Bueno, eso evidentemente es así, pero se supone que en la medida que comienzan a participar de las asesorías más empresas, habrá más personal calificado para atender este oficio en buenas condiciones.

Al comienzo las empresas no tienen experiencia van a requerir de algunos meses para que el personal se califique y entienda bien de que se trata el trabajo para luego poder hacerlo de la mejor manera. Con el tiempo, existirá el personal que tiene la experiencia por haber estado en proyectos similares anteriormente, el cual podrá entrar al proyecto y hacerse cargo. Es ahí cuando comienza a ocurrir un fenómeno de mercado, donde algunos profesionales que trabajaban en esta asesoría son contratados por otras empresas que se dedican a lo mismo como expertos en otros proyectos de hospitales concesionados, y así es como se puede dar mayor continuidad al proyecto a pesar de los cambios que existan en el proceso.

Pregunta 14

Según su criterio ¿Considera que el funcionamiento de este hospital cumple a cabalidad las expectativas al ser el primer proyecto de hospitales concesionados? ¿Los costos han sido los esperados?

Es difícil evaluar la concesión en el corto tiempo que llevamos en operación, pero nuestra experiencia nos dice que la infraestructura y construcción funcionan muy bien.

En cuanto a los costos real de la infraestructura hay una opinión dividida entre los distintos grupos, pero si hay un consenso en cuanto a que los costos obtenidos fueron menores a los esperados si solo se hubieran contratado los servicios de una constructora privada en Chile.

A pesar de eso es difícil saber si los costos ofrecidos por los licitantes en proyectos futuros serán igual de atractivos como lo fue el ofrecido por la empresa extranjera en este proyecto (Hospitales de Maipú y La Florida), ya que este proyecto dejó entrever muchos detalles que en proyectos futuros los proponentes tendrán en cuenta e incluirán en sus presupuestos. Hay factores culturales importantes en este punto, por ejemplo, en el futuro es probable que se considere una mayor inversión en las salidas de aguas servidas, para evitar gastos de reparaciones a causa de inundaciones producto de que la personas arrojen objetos indebidos a la tasa del baño.

Pregunta 15

Según su experiencia y su criterio ¿Es una buena solución concesionar los hospitales y delegar esa responsabilidad a privados?

La experiencia de esta concesión no ha sido mala, pero ciertamente tiene mucho que mejorar aún en los objetivos y la regulación de la concesión. Desde mi punto de vista lo más claro y fácil hasta ahora ha sido la entrega del servicio de construcción e infraestructura, debido a que la presencia de un concesionario no interfiere en absoluto con el sistema de salud, en cambio a medida que se avanza en proporcionar otros servicios vas mezclando el servicio clínico con el servicio de apoyo que proporciona el concesionario, provocando conflictos. Así como ha ocurrido en varios de los países que han implementado ese método se necesita aprender aun de la experiencia.

Es importante mencionar que en estos momentos no existe ninguna entidad estatal que se encargue solo de la construcción de hospitales y luego de su mantenimiento, por lo cual no se controla que la construcción de estas se haga de forma oportuna, ni tampoco hay una constructora estatal que se encargue de ello, por lo tanto, no hay otro método que el concesionar hospitales para asegurar la construcción en tiempo y su mantenimiento futuro. Por lo tanto, en cuanto al mantenimiento es muy convincente el método concesionado ya que mantiene el equipamiento no clínico en condiciones óptimas.

Otros servicios creo que se deben estudiar si se deben concesionar, como lo es la limpieza o la alimentación, ya que requieren mucho cuidado, por ejemplo, al momento de retirar la basura se debe trasladar ciertos residuos por lugares estratégicos donde no se mezcle lo sucio con lo limpio, o que la comida sea de acuerdo con lo que necesita cada paciente. Debido a que estos servicios normalmente se subcontratan no habría mucha diferencia con hospitales no concesionados.

Además, creo que en la actualidad es difícil aplicar un método con gestión clínica ya que no existe un ente público como el MINSAL que se encargue de fiscalizar y controlar solo los hospitales concesionados y así asegurarse de que tanto la construcción, como la operación se realicen de forma oportuna y correcta.

A.3.- Entrevista a Vivian Modak^[1] y Luis Barrios^[2]

Experta en concesiones en Chile y ex encargado de hospitales concesionados en el MINSAL

Realizada el 10 de marzo 2020.

La principal finalidad de esta entrevista es ahondar de mejor forma las concesiones hospitalarias con la experiencia de ambos entrevistado y resolver dudas en cuanto a la experiencia a los países en los que se basó el modelo chileno de hospitales concesionados. También ambos comentan como ha sido su experiencia en este tipo de proyectos y como ven el futuro cercano en Chile con ellos.

Vivian Modak trabajó el año 1995 y 1996 en la Unidad Ejecutiva de la Ruta 5 donde preparó estudios de demanda, bases de licitación y el modelo económico financiero para la primera licitación de la Ruta 5 entre La Serena y Puerto Montt. Después de eso, trabajó en el mundo privado en estudios de demanda para sistemas concesionales. Luego para el gobierno de Lagos retorno a la Dirección de Proyectos Especiales y ahí estuvo a cargo de diseñar un sistema de transporte público que se pudiera proveer a través de APP. De eso, llego a trabajar a Sacyr concesiones, donde estuvo a cargo del área de desarrollo por 7 años, eso la llevo a participar en los procesos de licitación de Maipú y La Florida. En la actualidad trabaja de manera independiente, siempre como coordinadora de proyectos de iniciativas privadas a través de las APP's, donde estuvo a cargo del Teleférico Bicentenario. A la fecha está liderado el proyecto del tranvía al Aeropuerto de Santiago y participa en el modelo de negocios para el tren a Valparaíso. Además, es la presidenta (primera mujer) del comité de concesiones de la Cámara Chilena de la Construcción.

Luis Barrios llego el 2010 para el primer gobierno de Sebastián Piñera como jefe de la Unidad de Concesiones del MINSAL, donde se encargó de todas las obras adjudicadas, participo en el grupo que trabajo en las bases tipo de hospitales concesionados y ayudó a adecuar el segundo grupo de concesiones. Después trabajó como Director de Proyecto de la habilitación durante 3 años en el hospital de Antofagasta a cargo de la implementación de la parte informática y el equipamiento médico. Luego retorno al MINSAL como jefe de la División de Inversiones.

Para comenzar la entrevista se realiza una breve explicación del presente trabajo de título, hablando de los temas principales a tratar, la motivación, el trabajo realizado hasta el momento, entre otros. La finalidad es introducir los temas a tratar durante la entrevista y crear un ambiente más grato y de conversación.

Pregunta 1

¿En qué país está basado el modelo chileno de concesiones Hospitalarias?

^[2]Partió con Inglaterra para el primer modelo de concesiones que fue para los hospitales de Maipú y La Florida, los proyectos que vinieron después como Antofagasta, Félix Bulnes y Salvador tuvo mayor influencia por España.

Los contratos que se están llevando a cabo en estas fechas son influenciadas por el modelo inglés y el español, pero además tiene mucha ingeniería chilena con el aprendizaje y correcciones de errores de los proyectos anteriores. Incluso sacamos servicios que le molestaban a los gremios, actualmente las concesiones de hospitales se concentran en la infraestructura y equipamiento en general, incorporado el equipamiento médico.

Pregunta 2

¿Cuál dirían ustedes que es la principal desventaja que tienen en la actualidad la concesiones? ¿y qué se requiere para solucionarla?

^[1]Si hablamos de las características propias de los contratos de concesión, tienen muchísimas ventajas, pero la principal desventaja es que los contratos son rígidos, por lo que no queda claramente establecido cuando es necesaria una ampliación o como realizar una modificación pedida por el Estado, si bien está dicho como se tiene que hacer teóricamente, esta no es una decisión fácil de tomar desde el Estado debido a que tiene grandes complicaciones.

Al tener ciertos niveles de rigidez, los contratos de concesión definen obras más que niveles de servicio, asegurándose que se cumpla la infraestructura, más que se cumpla la función. En el futuro se cree que vendrá un proceso que participaran todos los tipos de contratos en el cual se va a migrar que definan niveles de servicio con un mínimo de obras. Para eso tiene que haber un proceso de aprendizaje en lo cultural sobre todo por parte del MOP ya que su mirada es diferente a la del MINSAL.

Pregunta 3

Si las necesidades del hospital cambian dentro del periodo de concesión ¿Los contratos están abiertos a cambios con la finalidad de mantener el hospital actualizado a las necesidades del paciente?

^[2]Lo primero que hay que tener conocimiento es que un hospital no se construye de la nada, sino que se realiza un estudio que dura entre 1 y 2 años en el cual se abarca la proyección del hospital por los siguientes 20 años. Entonces cuando los usuarios solicitan cambios en los servicios o equipamiento de un hospital recientemente construido, la génesis del problema está en el estudio que propuso ese Programa Médico Arquitectónico (PMA, establece la cantidad de recintos que debe tener el hospital, sin importar su ubicación física).

El principal problema es que el estudio previo se realiza pensando que los funcionarios de la salud trabajan desde las 8 am a las 5 pm, lo cual no es así, porque trabajan de 8 am hasta las 2 pm. Entonces la necesidad es el doble de la infraestructura, por ejemplo, si en una jornada se contemplaba realizar 100 operaciones, ahora debes realizar la misma cantidad de operaciones en la mitad del tiempo, por lo tanto, se necesitarán el doble de pabellones. Pero ese es un problema de salud, que no tiene que ver con el concesionario.

En los hospitales de Maipú y La Florida es un poco más complejo cambiar las obras de manera más compleja, por ejemplo, si se quiere romper una pared para agrandar la unidad de urgencias los métodos de contractibilidad son más complejos ya que requieren planos y sistema BIM, aumentando los costos pensados en un comienzo. En cambio, para los nuevos proyectos de hospitales concesionados se considera un mecanismo que permite perforar o modificar la obra a un precio razonable, mediante una cotización al concesionario y a 3 empresas más por la misma obra, el concesionario realiza la obra si presenta el valor más y en el caso que no sea el concesionario, este puede cobrar hasta el 10% más del valor más bajo cotizado.

Pregunta 4

En su experiencia ¿Por qué para Chile es una solución más viable las condiciones por sobre al tradicional método de construcción de hospitales?

^[1]No encuentro que sea peor o mejor, pero el sistema de concesiones es una herramienta adicional para financiar infraestructura pública y eso es lo más relevante. Como los presupuestos del Estado son cada vez más acotados para infraestructura, las concesiones se vuelven importantes para poder implementar carreteras, hospitales, etc. Además, el sistema de concesiones ha sido una forma de contratación donde están distribuidos tanto los riesgos como los incentivos. Me parecen mucho más adecuado que el sistema habitual, porque el privado comienza a sentir los ingresos una vez que la infraestructura está construida y operando, y eso entonces pone a todos alineados en el mismo fin, una infraestructura que esté funcionando, en vez de estar solo construyendo.

^[2]Mira en general el Estado tiene dos grandes formas de analizar un proyecto, calidad (precio) y cantidad, refiriéndose a cantidad como el precio, mientras que la calidad incluye riesgos, plazos y la calidad del bien propiamente tal. En el caso particular de hospitales, hoy las concesiones te garantizan los dos.

Hay mucha gente, principalmente la que se opone a este tipo de sistema, que dice que el modelo tradicional es menos oneroso (gran gasto) o le da más garantías al Estado, pero dichas afirmaciones carecen de realidad en definitiva un modelo de concesión, como lo es en el hospital la definición de la oferta ganadora es absolutamente por precio, ósea que el que la gana es el que logra el mejor precio. Ahora algunos podrán decir que la construcción será más barata y menor calidad, lo cual no es cierto porque como dice Vivian, la obra se comienza a pagar una vez que el Estado acepta la recepción, no antes. Esta recepción es mediante dos hitos importantes, no es que el constructor informe que termino y se comienza a pagar, si no que una vez que se terminan las obras el Estado debe revisar que se hayan cumplido todas las normativas necesarias y si hay elementos que carecen del cumplimiento del contrato, el constructor tiene que repararlo y no se acepta la recepción hasta que se hagan las reparaciones.

Entonces primero se garantiza el tema de costos ya que, a diferencia de una obra tradicional, donde se premia el Curriculum de la constructora más que el precio que está ofrece en una obra, en concesiones da lo mismo la empresa ya que esta tiene que construir lo solicitado en el mejor precio ofrecido. Y el precio es básicamente en base a la capacidad de endeudamiento de la empresa.

Lo que actualmente le da más dolor de cabeza al Estado son los plazos y en concesiones se garantiza esto debido a que uno de los elementos más importante que tiene en estos contratos tiene que ver con el retorno y querer terminar la obra a tiempo para que me comiencen a pagar en los plazos establecidos. En cambio, en el modelo tradicional, al constructor le da lo mismo cuando termino ya que se va pagando a medida que se avanza y a veces se presentan las partidas de una forma tal que el Estado paga el 80% del valor de la obra cuando no se ha avanzado el 40% a nivel de planta, entonces muchas constructoras prefieren abandonar la obra antes ya que a futuro los gastos para ellas serían mayores que las ganancias. He tenido la experiencia de recibir 46 contratos de un total de 132, donde la empresa dejo botada la obra.

En resumen, las concesiones pueden ser un poco más caras que el método tradicional, pero tiene menos riesgo, tiene buenos incentivos para la concesionaria y la calidad que se recibe es de acuerdo con lo solicitado por el Estado.

Pregunta 5

¿Dónde está el problema para que el porcentaje de abandono de proyectos de construcción de centro de salud sea tan alto?

^[2]El principal culpable es el gobierno corporativo de la administración del contrato. Para explicar esto hay que entender ciertas cosas, primero el MINSAL lo único que hace es pagar los hitos de avance al contratista y el encargado de hacer el llamado a licitación es el Servicio de Salud con el hospital (29 Servicios de Salud a lo largo de Chile).

No hay bases establecidas, por lo cual cada uno realiza sus propias bases para cada proyecto. Los profesionales que realizan esas bases no poseen la experiencia en proyectos de dicha magnitud (CESFAM, CER, hospitales, entre otros), no poseen conocimiento del elemento constructivo, por lo que copian bases de otros proyectos y las adaptan al proyecto.

Además, debido a la falta de experiencia del personal profesional hay pagos que se realizan cuando la obra no ha avanzado en el mismo porcentaje de los pagos, como por ejemplo si el constructor dice que el 80% de la obra está lista con la obra gruesa, Salud no lo pone en duda y simplemente les paga, aunque en verdad el avance sea del 60%. Esto provoca que haya momentos en que el constructor ha recibido un porcentaje mayor al que en verdad ha construido y es ahí cuando toma la decisión de retirarse.

Lo otro tiene que ver con los gobiernos donde se licitó diseño y construcción, Salud cambiaba el diseño en muchas ocasiones ya que solo basta la firma del director del hospital o servicio de salud para hacerlo efectivo, entonces cuando el constructor quería comenzar la obra no podía porque aún estaban siendo intervenido los diseños finales.

Pregunta 6

A grandes rasgos ¿Cómo fue el proceso de licitación de los hospitales de Maipú y La Florida? ¿Tiene diferencias con los proyectos actuales?

^[1]Esos fueron los dos primeros hospitales y se realizó un ensayo y error desde la generación de los proyectos. Hoy todos los proyectos que se licitan vienen mucho más acotados, con un Plan Médico Arquitectónico (PMA) definido, sabiendo qué, dónde y cómo se va a construir.

En el caso de los hospitales de Maipú y La Florida se contó con precalificación, y cada empresa precalificada debía proponer un diseño, entonces a las empresas solo se les informaba a grandes rasgos lo que se solicitaba, con ciertos datos como la cantidad de camas o los metros cuadrados de superficie, pero al final quedaba a criterio del proponente el diseño e idea final. Este proceso provocó una extensión innecesaria del proceso, encareció para los licitantes el proceso de participación y finalmente el proyecto que ganó tuvo muchas modificaciones en el tiempo ya que los Servicios de Salud no se habían incorporado desde el comienzo del proceso, y estos cambios significaron sobrecostos, una mala distribución de riesgos.

Otros elementos que se llevaron a cabo de otra manera fue dejar las expropiaciones en manos del concesionario ya que complejizaba y extendía más aún el proceso, y se mejoraron los métodos constructivos mediante la definición de salas tipo.

Pregunta 7

¿Cuáles son las principales razones de que en Chile no se pueda realizar una concesión con gestión Clínica? ¿Cuál es su opinión respecto a este tipo de contratos?

^[2]La primera razón tiene que ver con los riesgos y los formatos de pago, es una oportunidad se estudió la viabilidad de llevar a cabo el modelo con gestión clínica en Chile y se concluyó que las estructuras de pago o financiamiento que tiene los Estados en los países que poseen hospitales con gestión clínica es diferente al método de pago que se entrega en Chile, en donde el Estado realiza los pagos per cápita por la atención primaria y por FONASA se recibe otro tipo de pago.

Otras razones son lo complejo de la situación al mezclar el ente privado con el ente público y también que las empresas que llegaron a realizar este tipo de concesiones a Chile venían de España, realizando modelos sin gestión clínica.

No sé si a largo plazo se vaya a implementar si se hacen las modificaciones pertinentes a las leyes, pero al menos en la actualidad no es atractivo agregarlo al modelo chileno.

^[1]En España se ha utilizado en el último tiempo los modelos con gestión clínica y ha funcionado bastante bien, ha permitido que se reduzcan los roces entre el privado y el Estado. Pero en Chile esto tiene que ver con un cambio de sistema, y creo que cuando haya una comprensión de los aportes que tiene el sistema de concesiones a nivel de servicios públicos se harán esos cambios.

Pregunta 8

Por lo que leí en el Reglamento de Concesiones el Ministerio de Hacienda participa en los proyectos concesionados ¿participa de igual manera en los proyectos de hospitales concesionados?

^[2]Si, Hacienda es un participante importante y directo, hay varias ocasiones en las que participa activamente, por ejemplo, en el estudio pre-inversional que es la primera parte de construir un hospital, te dice cómo será, debe ser validado por Hacienda, por lo cual es revisado y modificado de ser necesario hasta que se tenga el establecimiento que se requiere. También, una vez que está definido dicho establecimiento, se valoriza y ahí Hacienda debe decidir por cuántos, cuáles y por cuál método se construirán los hospitales, todo esto depende de la política y la necesidad de ese proyecto en el corto o largo plazo. Luego cuando se hace el contrato, es Hacienda quien participa en la discusión previa a firmarlo. Otra oportunidad fue cuando se realizaron las bases de licitación tipo para hospitales hubo reuniones entre el MINSAL, MOP y Hacienda.

^[1]Quiero mencionar que el proceso es así porque los proyectos de concesiones hospitalaria, como todos los proyectos que serán financiados por el Estado, se pagan con subsidios del Estado y es Hacienda el encargado de llevar las cuentas y son ellos quienes deben autorizar que esos fondos sean dispuestos para los proyectos.

En general las entidades que son relevantes para el proceso de concesiones de hospitales son el Servicio de Salud correspondiente, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Obras Públicas, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Desarrollo Social (todo proyecto que se construya debe tener una evaluación social mayor al 6%) y Contraloría; este último es el encargado de aprobar las bases de licitación.

Pregunta 9

**En su experiencia ¿Qué mejoras harían al sistema de concesiones hospitalarias o en general?
¿Eliminarían algún criterio?**

^[1]Primero que todo creo que el proceso de cambios debe ser de manera paulatina, a mi criterio algunos servicios que fueron sacados en los contratos más recientes (nueva ola) de concesiones hospitalarias podrían haber hecho más atractivos los proyectos para el privado y hubiera significado un menor pago de subsidio por parte del Estado.

Y no estoy hablando de alimentación, o de los servicios de limpieza que son más sensibles porque tienen mucha interacción con el personal médico y los enfermos. Si no de los servicios de estacionamiento y de seguridad, que para mí deberían ir incorporados en la concesión porque en el caso de seguridad, aquí el privado también es el que está a cargo del equipamiento médico y del mobiliario clínico, entonces cuando separas esos servicios hay situaciones que quedan en tierra de nadie, por ejemplo, en la pérdida de un aparato médico como un estetoscopio, ¿quién es el responsable? En el caso de los estacionamientos si estuviese bien coordinado, definidos los sistemas tarifarios y la distribución de los estacionamientos gratuitos, creo que habría significado un mayor ingreso para el concesionario y por ende un menor subsidio a pagar por el Estado.

^[2]Creo que fuimos muy ambiciosos con el segundo grupo de concesiones. Primero con Maipú y La Florida se partió muy bien, solo algunos detalles de infraestructura y algunos servicios de hotelería (entre los que se encuentran limpieza, alimentación, estacionamientos, seguridad), luego con el siguiente grupo incorporo el equipamiento médico, y con el tercer grupo se retiraron los servicios de hotelería como se mencionó anteriormente. Coincido con Vivian en que esos servicios no se debieron sacar todos esos servicios, pero creo que en 10 años más los funcionarios de la salud van a notar la importancia de ellos con la diferencia de los hospitales del segundo y tercer grupo ya que cuando se incluyen esos servicios en la concesión se exige un cierto nivel de servicio, obligando al concesionario a cumplirlo, en cambio cuando ese servicio se solicita externamente, mediante funcionarios de la Salud, no siempre se cumple dicho nivel de servicio.

Otro detalle importante de mencionar es que en los hospitales por método tradicional se contratan mediante externos los servicios de hotelería mencionados, por lo cual es de pensar que, si el servicio se contratará a terceros, no hay mayor diferencia entre darle la responsabilidad al concesionario o que mediante el Estado se gestione dicha contratación solo para cierto servicio. Pero muchas veces por temas gremiales no se pueden realizar los contratos de forma más eficiente.

En mi opinión el hospital de Antofagasta, Feliz Bulnes y Salvador son en cuanto a contrato los más eficientes que se han licitado mediante concesión, en el resto hemos bajado la eficiencia mayoritariamente por temas políticos, y mejor dicho gremiales.

Pregunta 10

¿Desde cuándo se comenzaron a utilizar bases tipo para las concesiones hospitalarias?

^[2]Después de Maipú y La Florida que tuvieron bases específicas para ese proyecto se creó el concepto de bases tipos, el cual se utiliza en la actualidad para todos los proyectos de hospitales concesionados.

Pregunta 11

¿Cuál es la participación del MINSAL en las etapas de construcción y operación?

^[1]El MINSAL en la etapa de operación es quien se hace cargo de las prestaciones clínicas del hospital. En cuanto a su asociación con la parte concesionada, el Inspector Fiscal tiene un comité coordinador que posee dos representantes del área de salud, uno del servicio de salud y el otro del MINSAL, y en la etapa de explotación participa también el director del hospital. El Inspector Fiscal trabaja en conjunto por medio del directorio y discuten cualquier factor que pudiera ser modificado para efectos del mejor funcionamiento del hospital.

Pregunta 12

He visto los proyectos por iniciativa privada en obras viales, pero en el caso de hospitales ¿Se puede estudiar proyectos por iniciativa privada? ¿A la fecha existen hospitales que comenzaran el estudio de esta forma?

^[2]Si, existe la posibilidad de que los privados inicien el estudio de propuesta, de hecho, se está construyendo un hospital que partió por estudio de iniciativa privada, llamado Padre de las Casas, pero que finalmente no se adjudicó como iniciativa privada. También se postuló como iniciativa privada el hospital de la zona norte de la Universidad de Santiago, el cual se rechazó porque Salud ya tenía previsto un hospital en esa zona y además la dirección de la Universidad de Santiago no propuso nada innovador o diferente para realizar el estudio, como por ejemplo que se hicieran cargo de la atención primaria del hospital, si no que ellos solo querían tener un hospital en su campus clínico.

La iniciativa privada nace del descubrir una necesidad y una solución que el Estado no ha previsto, pero en los hospitales normalmente esta todo resuelto y cuando se trata de darle financiamiento de construcción para un proyecto hay que ver a que se le quitará financiamiento. La necesidad clínica existe, pero es distinto a una carretera, la cual de cierta forma no se financia de la misma manera.

^[1]Yo difiero de tu opinión, porque si tú te das cuenta muchos proyectos han sido presentados como iniciativas privadas, y que también estaban pensados en los planos reguladores y el MOP. Ojala la iniciativa privada tuviera que ver solamente con ideas innovadoras y algo que al Estado no se le ocurrió, el problema es que vivimos en un sistema en el que el Estado es subsidiario, ósea que el Estado hace lo que no hace el privado, y el Estado no tiene plata para hacer un montón de cosas, entonces la iniciativa privada también es una posibilidad para que el privado realice el estudio de lo que el Estado tiene pensado hacer, pero que no tiene el financiamiento del estudio en un plazo tan corto. Efectivamente existen algunos temas que tiene que ver con la tuición que quieren tener los organismos respecto de algunas tipologías de proyectos, pero se puede presentar iniciativa privada de cualquier tipo de proyecto.

^[2]En otras áreas como dice Vivian hay muchos elementos donde se puede proponer iniciativa privada, en el caso de hospitales lo más novedoso sería un modelo de atención, porque modelo de pago es difícil ya que es difícil que alguien se quiera hacer cargo de pagar un hospital por los grandes costos asociados.

Pregunta 13

¿Todos los proyectos de hospitales concesionados se han construido con BIM?

^[2]Si, los hospitales de Maipú y La Florida venían con algo de BIM, en el caso de Antofagasta se implementó fuerte BIM en las bases, aunque no tanto en la práctica, y ahora en el tercer grupo de contratos tienen mucho funcionamiento bajo BIM, incluso en la operación.

Corporación de Fomento de la Producción (CORFO) es el que está desarrollando la necesidad de implementar BIM en todos los tipos de proyectos del Estado.

Pregunta 14

He leído que el presupuesto de salud no hubiera permitido construir ni un hospital por método tradicional, ¿Qué tan real es dicha afirmación?

^[2]Es cierto, el presupuesto de salud y la mantención de los existentes no hubieran permitido construir más hospitales en los últimos años, esto se ha podido realizar gracias al método de concesiones. Imagina que el Hospital Sotero del Río se iba a construir mediante concesión, lo cual por temas políticos no fue así, este proyecto estaría construido mediante concesión a finales del 2021, en cambio en la actualidad no está listo ni el diseño del proyecto.

Otro dato importante es que los hospitales Sotero del Río y Barros Lucos se llevan el 30% del presupuesto de inversiones de salud cada uno, lo cual hace pensar muy difícil financiar la construcción de otro hospital.

Pregunta 15

¿Existe alguna forma de medir la satisfacción de los pacientes y visitas en cuanto al funcionamiento del hospital?

^[2]Hay muchas, incluso está establecido por bases realizar encuestas tanto a un tercero como algunas encuestas internas. De partida todos los días se mide al privado, porque hay niveles de satisfacción que el usuario va dando a conocer, por ejemplo, el estado en el que encuentra el baño, si había confort, si salió agua caliente al ducharse o si la comida llegó caliente. Todos esos elementos se le señalan al concesionario para que los corrija.

Además, semestral o trimestralmente el concesionario debe realizar una encuesta externa en donde se le pregunta a los usuarios que tal le parecieron ciertos servicios de hospital y créeme que el rango de satisfacción que alcance a ver en Maipú y La Florida está por las nubes, ósea que, si la escala de evaluación es de 1 a 7 ellos tendrían un 6.5 aproximadamente. Por lo que se cumplen las expectativas del usuario en lo que a infraestructura se refiere.

Pregunta 16

¿Por qué creen ustedes que los chilenos no confían en el modelo de concesiones como solución a instituciones públicas como los hospitales?

^[1]La gente en Chile asocia las concesiones a la experiencia que se ha tenido con obras urbanas, donde me cobran por pasar por una autopista, y eso tiene que ver con un tema comunicacional que la industria de concesionarios no ha sabido abordar, ya que siempre que se presenta algún problema estos acuden a la excusa de que el contrato lo decía, mientras que el MOP ante cualquier problema responsabiliza al concesionario. Esto provoca que se pierda confianza en las Asociaciones Público-Privadas (APP's) a causa de que el trabajo entre el público y el privado no es en conjunto.

Por otro lado, las concesiones viales tienen un sistema de tarificación y contratos muy rígidos que están vigentes hace 20 años, y si a eso le agregamos la mala comunicación se genera que las personas piensan que son una estafa, en vez de pensar que son un aporte para el progreso de Chile.

Algo que no viene mucho a la pregunta, pero creo que es importante mencionar es que las infraestructuras no operan adecuadamente por la falta de médicos, y en general funcionarios de la salud que estén dispuestos a trabajar en el sistema de salud público.

^[2]Creo que la principal razón es la desinformación, me tocó echar a andar el proyecto la operación de los hospitales de Maipú y La Florida y recuerdo que cuando le preguntaba a la gente de porque preferían ir al Hospital Sotero del Río antes que al nuevo de La Florida su respuesta era que iban a tener que pagar por la atención solo por el hecho de ser concesionado, lo cual era solo falta de información.

ANEXO B: REGLAMENTO DE CONCESIONES DE OBRAS PÚBLICAS

En el documento “Reglamento de Concesiones de Obras Públicas” (Ministerio de Obras Públicas, 2010) se presenta el reglamento de la ley 20.410 de 2010, que modifica la ley de concesiones de Obras Públicas, el cual forma parte integrante de los contratos de concesión del Ministerio de Obras Públicas. A continuación, se presenta un resumen de los temas tratados por la ley de concesiones, los cuales son de utilidad para comprender el proceso.

LICITACIONES ORIGINADAS POR PARTICULARES

Proyectos de iniciativa privada

Según lo dispuesto en el artículo 4° inciso 1° del reglamento tanto las personas naturales como jurídicas podrán postular una concesión (ejecución, reparación o conservación de obras públicas), solo si, en el momento de realizar la presentación, esta no se encuentre estudiada por el MOP para ser desarrollada por el mismo sistema. El proceso se divide en dos etapas, “presentación” y “proposición”.

En caso de aceptarse la postulación a la concesión, esta se abrirá de modo público, donde el privado, quien propuso el proyecto, podrá contar con el reembolso total o parcial de los estudios y además obtendrá un porcentaje de bonificación en el puntaje que obtenga en la oferta económica que presente, dependiendo de la categoría a la que pertenezca el proyecto. A continuación, se presentan las categorías y el premio que otorga en cada una, según el Ministerio de Obras Públicas.

Tabla 17: Categorías de los proyectos según la cuantía de garantía (fuente: Ministerio de Obras Públicas, 2010)

Categoría	Cuantía de garantía [UF]	Premio [%]
A	1.000	3,0
B	3.000	6,0
C	5.000	8,0

LICITACIÓN Y ADJUDICACIÓN

PRECALIFICACIÓN DE PROYECTOS

Si la obra u obras cuentan con características de complejidad, magnitud o costo el MOP podrá efectuar un llamado a precalificación de licitantes, previo al llamado a licitación pública nacional o internacional.

El MOP precalificará a los interesados que cumplan con los requisitos exigidos en las bases de precalificación. Los requisitos pueden referirse a situación financiera, capacidad económica, aspectos jurídicos, experiencia, aptitudes o capacidad técnica.

LLAMADO A LICITACIÓN

Proceso en el cual el Director General de Obras Públicas invita a los interesados a formular ofertas de un proyecto, de acuerdo con las respectivas bases de licitación.

El llamado se debe realizar al menos una vez en el Diario Oficial, y otra en un diario de circulación nacional. En cambio, cuando hay precalificación del proyecto solo pueden presentar ofertas los licitantes precalificados, ya que se considera que el llamado público ya ocurrió.

CONSULTAS Y ACLARACIONES SOBRE LAS BASES DE LICITACIÓN

Las consultas se formularán a quién hubiera realizado el llamado a licitación. El documento debe ser entregado a la oficina de partes de la Dirección General de Obras Públicas (DGOP), Servicio o Secretarías Regionales Ministeriales, según corresponda.

En cuanto a las aclaraciones, rectificaciones, enmiendas o adiciones que el MOP realice a las bases de licitaciones se realizarán mediante circulares aclaratorias, las cuales deben realizarse con una antelación mínima de 10 días a la fecha de apertura de la oferta técnica, de no ser así, se debe cambiar la fecha de recepción de ofertas.

DE LA OFERTA

La oferta que presentan los licitantes deberá estar escrita en idioma español y compuesta por la “Oferta Técnica”, la cual contendrá los antecedentes generales y técnicos exigidos en las bases de licitación, y por la “Oferta Económica”.

Los costos, tanto directos como indirectos, asociados a la presentación de la oferta son cargo del oferente.

APERTURA DE LA OFERTA

Las ofertas se reciben el día, hora y lugar indicados en las bases de licitación, por la Comisión de Apertura en un acto público. Dicha comisión está conformada, a lo menos, por el Director General de Obras Públicas, o su representante, el Jefe Superior de la Dirección del MOP correspondiente a las obras que se ejecutarán, y los Secretarios Regionales Ministeriales de la(s) región(es) en que se desarrollará el proyecto.

En cuanto al acto de apertura, primero se procede a abrir la oferta técnica, y se verifica que se encuentran todos los documentos solicitados. Mientras que los sobres de la oferta económica son sellados y firmados por todos los integrantes de la Comisión de Apertura, para permanecer en custodia hasta el momento en que se hayan seleccionado las ofertas técnicas aceptables, y así solo se abrirán las ofertas de dichos oferentes en la fecha indicada en las bases de licitación.

En la ceremonia de apertura se levanta un acta, en el cual se deja constancia de quienes presentaron ofertas, antecedentes recibidos y observaciones tanto de los licitantes como de los miembros de la comisión.

No se aceptan ofertas o contraofertas luego del acto de apertura de la oferta técnica.

ESTUDIO Y EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS TÉCNICAS

En las bases de licitaciones se encuentran los aspectos técnicos que serán evaluados por la Comisión de Evaluación, con nota de 1 a 7, sin decimales, donde 1 se considera “Inaceptable” y 7 es “Excelente”.

La Comisión de Evaluación de las ofertas está formada, a lo menos, por un representante del Director General de Obras Públicas, uno del jefe del Servicio correspondiente a la obra, uno del MOP y uno designado por el Ministerio de Hacienda.

EVALUACIÓN DE OFERTA ECONÓMICA

De igual forma que en la evaluación de ofertas técnicas, la Comisión de Evaluación verifica y califica los antecedentes presentados por cada oferente, según las bases de licitación.

Finalmente, la comisión levanta el Acta de Calificación, en la que se establecerá el orden de los postulantes según el puntaje final obtenido y debe ser firmado por todos los integrantes de la comisión. Esta acta se entrega al Director General de Obras Públicas en un plazo máximo de 30 días a contar de la apertura de la oferta económica.

ADJUDICACIÓN

La forma en el cual se informa al licitante que obtuvo el mayor puntaje es mediante una carta certificada, enviada por el Director General de Obras Públicas, donde se le da a conocer la intención de que se adjudique la concesión. Todo esto dentro del periodo de validez de la oferta. En la carta certificada debe expresarse el plazo en el cual el licitante debe renovar la validez de la oferta, para luego entregar la garantía de construcción o explotación, según corresponda. Si el adjudicatario no cumple con esto último, el MOP podrá hacer efectiva la garantía de seriedad de la oferta.

El Director General de Obras Públicas, con la aprobación del Ministro de Hacienda, puede desestimar todas las ofertas presentadas, sin reclamación en dicha decisión, o indemnización a los licitantes.

DECRETO DE ADJUDICACIÓN Y CONTRATO

LA SOCIEDAD CONCESIONARIA

El adjudicatario del contrato tiene un plazo según lo fijado en las bases de licitación, el cual no puede ser inferior a 60 días, para constituir legalmente una sociedad concesionaria, con el plazo a partir de la publicación en el Diario Oficial del decreto supremo de adjudicación y donde la duración mínima de la Sociedad Concesionaria debe ser la duración de la concesión, más dos años. La Sociedad Concesionaria queda sujeta a las normas que rigen a las sociedades anónimas abierta, a no ser que se exprese lo contrario en las bases de licitación.

Como mínimo el adjudicatario del contrato debe tener el 51% de los derechos de la Sociedad Concesionaria, y dichos derechos no pueden ser transferidos durante el periodo de construcción, sin autorización del Ministerio de Obras Públicas. Cualquier cambio en la propiedad de los derechos de la sociedad concesionaria, que impliquen cambios en el control de la administración, se debe informar previamente al MOP.

Las obligaciones de la sociedad concesionaria son las siguientes:

- Otorgar al inspector fiscal libre acceso a los antecedentes del proyecto o que sean necesarios para la fiscalización.
- Entregar los estados financieros trimestrales y anuales.
- Informar sobre la organización y personal superior de la sociedad, y acerca de las garantías adquiridas por ellos.
- Entregar información sobre los accidentes de trabajo y enfermedades de los profesionales, como también los reclamos presentados por los usuarios.

SANCIONES EN CASO DE INCUMPLIMIENTO

El incumplimiento de las obligaciones de parte del adjudicatario se considera fatal, por lo cual de ocurrir se declarará dicha situación mediante un decreto supremo del Ministerio de Obras Públicas, el cual dejará sin efecto la adjudicación de la concesión. El MOP hará efectivas las garantías del adjudicatario que se encuentren vigentes, sin que este último tenga indemnización alguna.

Una vez que la adjudicación queda sin efecto el MOP puede realizar una nueva licitación pública, o una licitación privada entre los licitantes que presentaron ofertas en la licitación original (excluido el licitante cuya adjudicación se dejó sin efecto). En la licitación privada solo podrán participar los licitantes cuyas ofertas técnicas se consideraron aceptables en la primera licitación.

GARANTÍAS DEL CONTRATO

La Sociedad Concesionaria tiene el deber de constituir las garantías de construcción y operación, en los plazos, de la forma y con los montos que se señalen en las bases de licitación.

Dichas garantías el MOP podrá hacerlas efectivas, total o parcialmente, en caso de incumplimientos del contrato, por ejemplo, por incumplimiento en las sanciones o multas impuestas durante el periodo de concesión; no constitución o reconstitución de las garantías y pólizas de seguros impuestas en las bases de licitación; retrasos en los pagos de la sociedad concesionaria al Fisco; o incumplimiento en las obligaciones del concesionario con terceros, donde el MOP se vea perjudicado.

En el caso que el MOP haga efectiva una garantía, esta debe ser reconstituida en un plazo de 15 días a contar de la fecha en que se hizo efectiva.

SEGUROS

La Sociedad Concesionaria debe tomar pólizas de seguro que cubran la responsabilidad civil por daños a tercero y los riesgos catastróficos que puedan ocurrir en el periodo de la concesión. En las bases de licitación podrán exigir otro tipo de póliza de seguro y se detallan los plazos, formas, modalidad y otras cláusulas de cada uno.

PAGOS DEL CONTRATO

Tanto el Fisco como la Sociedad Concesionaria realizan los pagos según el procedimiento y los plazos previstos en las bases de licitación. Los pagos que deba realizar el Fisco se efectúan mediante Vale Vista o Cheque Nominativo a nombre del representante legal del concesionario, mientras que los de la Sociedad Concesionaria se realizarán mediante un Vale Vista a nombre de la DGOP.

DURACIÓN DE LA CONCESIÓN

Las concesiones tendrán la duración determinada por el decreto de adjudicación, y dicho plazo no puede ser mayor a 50 años.

Una vez concluido el plazo de la concesión, las obras deben ser entregadas en concesión por el MOP para la conservación, reparación, ampliación o explotación. La posterior licitación debe realizarse con anticipación, de manera que exista continuidad entre ambas concesiones.

FISCALIZACIÓN DEL CONTRATO DE CONCESIÓN

INSPECTOR FISCAL

Dentro de los 15 días posteriores a la publicación del decreto de adjudicación en el Diario Oficial el MOP nombra a un inspector fiscal. La principal función del inspector fiscal es canalizar toda la comunicación y relación entre el concesionario y el MOP.

En la etapa de construcción el inspector fiscal comprueba el normal desarrollo del contrato, y sus atribuciones y funciones se detallan en las bases de licitación, donde a lo menos debe incluirse:

- Revisar y aprobar los diseños, planos, estudios y especificaciones del proyecto.
- Fiscalizar el cumplimiento de las especificaciones y normas técnicas, del plan de trabajo, y de las normas de seguridad y calidad.
- Entregar reportes solicitados por la DGOP, con relación a la gestión de la concesión.
- Entregar los terrenos necesarios para la construcción de las obras, con la debida anotación en el Libro de Obra.
- Proponer al director compensaciones u obras adicionales del proyecto, como también la aplicación de multas de acuerdo con el contrato de concesión.
- Fiscalizar y velar por el cumplimiento de aspectos jurídicos, contables y administrativos.

Durante la etapa de explotación las atribuciones y funciones que tiene el inspector fiscal son las que se especifican en las bases de licitación, o al menos las siguientes:

- Entregar a la DGOBP los reportes solicitados relativos a la gestión de la concesión.
- Fiscalizar el cumplimiento de las normas técnicas de conservación de obras y la operación de obras, del plan de trabajo, del reglamento de servicio de la obra, del cobro de tarifas, de las condiciones económicas de la licitación y de las exigencias ambientales del proyecto.
- Proponer la aplicación de multas.
- Dictar órdenes e instrucciones para el cumplimiento del contrato de concesión.

Con la autorización del director respectivo, se puede ordenar el asesoramiento del inspector fiscal, con los profesionales que sean necesarios, por ejemplo, ingenieros civiles, arquitectos, constructores civiles, entre otros.

LIBRO DE OBRAS

El denominado Libro de Obras es un ejemplar en el cual se individualiza obra concesionada, la Sociedad Concesionaria y el inspector fiscal. Su principal utilidad es registrar los hechos más importantes que se produzcan durante la ejecución y explotación de la obra.

EL DIRECTOR DURANTE EL CONTRATO

Durante la vigencia del contrato el director respectivo tendrá las facultades y atribuciones que se expresen en el contrato de concesión, teniendo a lo menos las siguientes:

- Las autorizaciones que correspondan al Ministro de Obras Públicas.
- Proponer al Ministro de Obras Públicas modificaciones al contrato, y la aceptación o rechazo de la revisión del sistema tarifario, de su fórmula de ajuste o del plazo de concesión.
- Autorizar y poner término a la puesta en servicio de la obra, provisoria y definitiva.

SANCIONES Y MULTAS

7.1.1.1 COMISIÓN CONCILIADORA

Para caso de controversia o reclamación con motivo de la interpretación o aplicación del contrato de concesión existe la comisión conciliadora, la cual está constituida por tres profesionales universitarios, donde uno será designado por el MOP, otro por el concesionario y el último, el cual presidirá la comisión, deber ser nombrado de mutuo acuerdo —si no se llega a acuerdo, este último

lo designa el presidente de la Corte de Apelaciones de Santiago—. El plazo para nombrar la comisión es de 3 meses a contar del inicio de la concesión.

La comisión debe constituirse en un plazo no mayor a 1 mes desde su nombramiento, en un acto de constitución. En el acto de constitución o en un plazo no superior a 30 días, se deben fijar las normas para su funcionamiento, entre las cuales se deben considerar:

- Audiencia de las partes.
- Mecanismos para recibir antecedentes y pruebas de las partes, como también para notificar las resoluciones a las partes.
- Modo en que se formulan reclamos o solicitudes.
- Plazos de respuestas.

Todos los documentos relacionados con la concesión, incluido el libro de obras podrán ser solicitados para su revisión por la comisión. Y las propuestas de resoluciones deben ser aprobadas o rechazadas por quien tenga el poder de hacerlo, ya sea en la sociedad concesionaria o en el MOP.

La comisión puede intervenir por solicitud del MOP por proceder una multa igual o superior a 500 UTM (Unidades Tributarias Mensuales), suspensión de la concesión, incumplimiento grave o abandono/interrupción de la obra. También se puede solicitar la intervención de la comisión en casos de no acuerdo entre el MOP y el concesionario sobre la procedencia o monto de una indemnización o compensación.

Si no se encontrara conciliación entre las partes, en un plazo de 60 días a contar de la fecha de solicitud de la intervención, el concesionario puede solicitar que se constituya en Comisión Arbitral, en un plazo de 5 días, o bien recurrir a la Corte de Apelaciones de Santiago. Cuando la Comisión Conciliadora actué como Comisión Arbitral, esta se rige por las normas de los arbitro arbitadores del Procedimiento Civil.

INCUMPLIMIENTO O INFRACCIÓN

El incumplimiento o infracción de las obligaciones del contrato por parte del concesionario, aunque sean consecuencia de contratos con terceras personas, son causales de sanciones y multas.

En cuanto al procedimiento, en caso de que el inspector fiscal detecte algún incumplimiento de obligaciones o infracción, este podrá proponer al director respectivo la correspondiente multa. Luego el inspector fiscal notifica al concesionario por escrito del tipo de infracción incurrido, características de ella y el monto de la multa. La notificación por escrito puede referirse a anotaciones en el libro de obras, carta certificada, telegrama, o cualquier otro medio que permita dejar constancia de la notificación.

Las multas o sanciones deben ser pagadas por el concesionario dentro de un plazo de 30 días desde la notificación por escrito, de no ser saldada la multa, el MOP puede hacer efectivas las garantías vigentes.

Solo si existe destrucción de la obra por caso fortuito o fuerza mayor, el Fisco será parte de la reparación, en cualquier otro caso en que la obra sea destruida o dañada durante el periodo de concesión, será responsabilidad del concesionario.

SUSPENSIÓN Y EXTINCIÓN DE LA CONCESIÓN

Quedan suspendidos los derechos y obligaciones del concesionario y del MOP en la concesión en caso de suspensión de la concesión, las partes deberán subsanar mediante un acuerdo, de no ocurrir se recurre a la Comisión Conciliadora. Si el concesionario sufrió perjuicios, se les puede compensar mediante un aumento de plazo, aporte del estado o un incremento tarifario en la etapa de explotación.

En cuanto a la extinción, el MOP primero solicita la declaración de incumplimiento grave de las obligaciones del contrato, luego se le notifica a la sociedad concesionaria, la cual podrá emitir un informe que contenga las medidas de subsanar y evitar en un futuro las falta, donde el MOP fija un plazo para implementar dichas medidas. De no solucionarse el problema, el MOP debe concurrir a un convenio de extinción, el cual debe ser aprobado por el decreto supremo del Ministerio de Obras Públicas formado por el Ministro de Hacienda. Algunas causales de extinción están en las bases de licitación.

EL INTERVENTOR

En caso de existir una declaración de incumplimiento, el Ministro de Obras Públicas dentro de 3 días nombra un Interventor, el cual debe ser un profesional universitario, con a lo menos cinco años de experiencia, y debe aceptar por escrito estar en el cargo por los siguientes 5 días.

Las facultades que posee el Interventor son velar por el cumplimiento y las obligaciones del contrato de concesión, llevar las cuentas de los flujos de dinero de la concesión, e informarse de todos los papeles y documentación del concesionario.

DESARROLLO DEL CONTRATO DE CONCESIÓN

ETAPA DE CONSTRUCCIÓN

De existir etapa de construcción, esta comienza con los estudios de ingeniería, si aplica, y con el inicio de la ejecución de las obras, y finaliza con la puesta en servicio provisoria de la obra. Esta etapa comprende (según se disponga en las bases de licitación) la realización de los estudios previo, construcción de las obras señaladas, mantenimiento y reparación de las obras preexistentes, y el uso de los bienes nacionales de uso público o fiscales correspondientes.

Si la obra se realiza en un bien nacional de uso público, el concesionario tiene la obligación de garantizar el uso ininterrumpido por parte de los usuarios, a costo del adjudicatario del contrato.

En las bases de licitación están establecidos los plazos máximos para el inicio de la construcción, como también los avances de obras y el termino de obra, los cuales tienen asociadas sanciones y/o multas por incumplimiento en los plazos, las cuales son indicadas en las bases de licitación.

Si se provocaran atrasos ocasionados por casos fortuitos o fuerza mayor, la Sociedad Concesionaria tiene un plazo de 30 días posteriores al atraso para presentar al inspector fiscal la justificación por escrito, donde luego la DGOP analiza las razones del atraso para luego rechazar o aceptar la ampliación del plazo. Contrariamente, si el retraso es imputable por el Fisco, el concesionario gozará con un aumento en el plazo de la construcción igual al período de paralización.

ETAPA DE EXPLOTACIÓN

En cuanto a la etapa de explotación, esta comenzara con la puesta en servicio provisoria de las obras, y comprende:

- Prestación del servicio básico, servicios complementarios y otros.
- Conservación de la obra en óptimas condiciones.
- Cobro de tarifas que pagan los usuarios y por los otros servicios que este autorizado a prestar.
- Ejecución de las obras que deban realizarse una vez que se ponga la obra en servicio.
- Uso de bienes nacionales de uso público o fiscales en los que se desarrolle la obra.

REGLAMENTO DE SERVICIO DE LA OBRA

Los servicios prestados por el concesionario y el uso de la obra se rigen por un reglamento interno, el cual debe incluir las normas incluidas en las bases de licitación y en la oferta técnica. El borrador de este documento debe ser entregado por la sociedad concesionaria —dentro del plazo previsto en las bases de licitación, no mayor a 90 días— al inspector fiscal, donde este último deberá revisarlo y aprobarlo dentro de un plazo no mayor a 60 días desde la recepción, de no recibir respuesta dentro del plazo, se considera aprobado. Si el inspector fiscal llega a efectuar observaciones al texto, la sociedad concesionaria deberá subsanarlas dentro de 30 días.

El reglamento contiene algunas materias de acuerdo con el tipo de concesión, aunque debe disponer al menos de lo siguiente:

- Medidas de cuidado, seguridad y vigilancia de la obra, además de la mantención y aseo de las instalaciones, y el mantenimiento y protección de las áreas revegetadas.
- Enumeración de los derechos y obligaciones de los usuarios por el uso de los servicios.
- Normas de utilización de servicios, sobre reclamos de usuarios.
- Estándares de operación, calidad y gestión de los servicios prestados.
- Mecanismos y procedimientos de evaluación y control de los servicios.

Si no se ha aprobado el reglamento de servicio de la obra, el MOP no dará la autorización para la puesta en servicio provisoria.

PUESTA EN SERVICIO PROVISORIA Y DEFINITIVA

El concesionario debe solicitar a la DGOP la puesta en servicio provisoria, junto con los documentos exigidos en las bases de licitación para esa solicitud, tales como garantía de explotación, seguros correspondientes a dicha etapa, Reglamento del Servicio de la Obra. La DGOP tiene un plazo máximo de 30 días, contados desde la fecha de presentación de la solicitud, para aprobarla o rechazarla, en caso de ser aceptada, se dará comienzo a la etapa de explotación.

La puesta en servicio definitiva debe ser solicitada por la sociedad concesionaria en un plazo establecido en las bases de licitación, el cual no debe ser superior a 1 año a contar de la puesta en servicio provisoria de la totalidad de la obra. Luego se designa una comisión integrada por tres personas (un representante del Director General de Obras Públicas, otro del servicio correspondiente y uno designado por el Ministro de Obras Públicas), la cual, dentro de 10 días, a contar de la recepción de la solicitud de la puesta en servicio definitiva, deberá inspeccionar la obra, comprobando su estado satisfactorio. Finalmente, la Comisión levanta un acta, el cual debe estar firmado por los miembros de la Comisión.

Si existieran omisiones o defectos en el acta, estas deben ser subsanados por el concesionario en los plazos definidos en el acta. Si dichas fallas se consideran graves se podrá cesar la puesta en servicio provisoria, y así el cobro de tarifas por parte de la sociedad concesionaria. En el caso de fallas menos graves, la DGOP puede extender la puesta en servicio provisoria con la finalidad que sean subsanados los defectos u omisiones dentro de dicho plazo.

CUMPLIMIENTO DEL PLAZO DEL CONTRATO

Una vez que se cumpla el periodo de la concesión el concesionario le entregara la totalidad de las instalaciones, obras o bienes de la concesión al MOP. Al menos un año antes de cumplirse el plazo de concesión el MOP puede exigirle al concesionario lo que se requiera para que las instalaciones sean entregadas en las condiciones acordadas en el contrato.

En el caso que existan obras o bienes deteriorados el MOP puede cobrar parte o la totalidad de las garantías vigentes. Si quedará algún monto a favor del concesionario, este sería entregado luego de 1 año desde la entrega de la totalidad de las obras.

OTROS

SUBCONTRATOS

El concesionario puede contratar todo tipo de actividad dentro del contrato de concesión, a no ser que este expresamente prohibido en las bases de licitación. No obstante, el subcontrato no le quita responsabilidad al concesionario ante el MOP sobre la correcta ejecución del contrato.

MODIFICACIONES DE OBRAS Y SERVICIOS

Durante la etapa de construcción, el MOP tiene la facultad de poder sustituir obras incluidas en el contrato por otras que tengan valores equivalentes, o realizar obras adicionales de carácter menor, esto último se pagara directamente por el MOP y no mediante cobro de tarifas.

En las bases de licitación se establece el plazo y el monto de la inversión máximo en que el concesionario está obligado a realizar las modificaciones, dichos valores no pueden exceder el 15% del monto de inversión en el caso del costo, mientras que no se pueden realizar modificaciones luego de cumplido la mitad del plazo total de la concesión.

Si la duración de la concesión es insuficiente para la realización de las modificaciones, el concesionario y el MOP pueden realizar un convenio complementario por el plazo excedente.

QUIEBRA DE LA SOCIEDAD CONCESIONARIA

Si la sociedad concesionaria entrara en quiebra, se realizará una junta ordinaria, en la cual se deberá optar por la subasta de la concesión o la continuación efectiva del giro concesionario. En el caso de la subasta, esto obliga a que la concesión cese forzosamente y las bases de ella deberán respetar los beneficios y condiciones del contrato de concesión original.

Además, el Ministerio podrá hacer efectiva la garantía de construcción o explotación, según corresponda, para todos los gastos que pueda adeudar al MOP por dicha situación. En el caso de que se continúe con el giro concesionario, los acreedores deberán reconstruir la garantía en un plazo de 5 días.

En cuanto al MOP, en caso de quiebra nombrara un representante que interactúe con la junta de acreedores y vele por el mantenimiento de la obra y los servicios.

CONCESIONES ESPECIALES

Cuando las obras o bienes son competencia de otro Ministerio, servicio público, Municipio u otro organismo administrado por el Estado, y quieren ser entregados en concesión, el ente público a cargo debe delegar funciones al MOP mediante un convenio mandato. Con esto el MOP podrá participar en los procedimientos de licitación, adjudicación, ejecución, conservación y/o explotación. El convenio mandato debe ser firmado antes del llamado a licitación tanto.

En cuanto a las bases de licitación, estas deben ser aprobadas por la entidad pública previo al llamado a licitación, si luego de 30 días después de entregadas las bases de licitación a la entidad, no se reciben observaciones en la oficina de DGOP, estas se entenderán aprobadas.