

## **Minuta**

### *Diálogo: Concesiones Hospitalarias. Una nueva modalidad contractual*

Martes, 23 de octubre de 2018

## **MINUTA DEL DIÁLOGO**

### **Síntesis**

*El XXXIV Diálogo del Consejo Políticas de Infraestructura (CPI), sobre el tema de Concesiones Hospitalarias, con un expositor invitado y una activa participación de especialistas y tomadores de decisión en el área, cumplió por una parte con el objetivo clave de presentar las características esenciales y el cronograma de licitaciones y proyectos del Programa de Concesiones Hospitalarias 2018-2022. El Programa expuesto intenta innovar y mejorar los procesos teniendo en cuenta los logros y falencias de las experiencias anteriores en licitaciones hospitalarias. Este encuentro del CPI, entonces, abordó un aspecto estratégico y no poco debatido dentro del tema de la problemática sanitaria en el país. El diálogo posterior, por su lado, derivó en un fructífero intercambio de visiones sobre la mejor forma de abordar los desafíos y complejidades observadas en las diferentes etapas de una licitación hospitalaria.*

El Programa de Concesiones hospitalarias del actual gobierno incorpora modificaciones importantes sobre las iniciativas anteriores en la materia. Existe un aprendizaje significativo sobre las bondades y carencias de las concesiones anteriores. Todas las etapas de un proceso de concesión hospitalaria van a presentar complejidades y desafíos, los que podrían resolverse adecuadamente con las normas y parámetros del nuevo Programa y, por cierto, con la disposición favorable de los actores involucrados. Asuntos sensibles son la rigidez de los contratos; la estandarización o no del diseño, construcción y espacios interiores del proyecto hospitalario; los m<sup>2</sup> del proyecto; la gestión del cambio y la gobernanza; la flexibilidad y rapidez en las soluciones ante problemas operativos o menores; el cumplimiento del contrato y las sanciones al no cumplimiento de exigencias contractuales, la procedencia del Inspector Fiscal y su dependencia, entre otros. La relación concesionaria-dirección del hospital, particularmente, es un asunto importante y no fácil. El tema de las concesiones hospitalarias, en todo caso, no va a dejar de ser controversial en tanto no cuenta aún con toda la legitimidad económica-social necesaria, y su debate merece ser conducido por las necesidades sanitarias del país y las realidades presupuestarias del Estado. La aplicación del nuevo Programa se convertirá, necesariamente, en una prueba sobre sus bondades y su capacidad de instalarse en propiedad como un modelo adecuado y permanente.

## EXPOSICIÓN DEL INVITADO SR. MAURICIO MÁRQUEZ

### INTRODUCCIÓN

El expositor presenta tres aspectos esenciales que entregan el marco del programa de gobierno sobre concesiones para hospitales en el período 2018-2022.

1. Se requiere proseguir con la modernización de la infraestructura sanitaria pública bajo la idea rectora de una salud digna y oportuna.
2. **El Programa de Inversiones en Salud** establece la construcción de 25 unidades hospitalarias, la mayoría de ellas mediante asociación público-privada y concesiones.
3. **El Programa de Concesiones Hospitalarias** contempla una cartera de 18 hospitales, en gran parte de sustitución; son ocho procesos licitatorios, una inversión estimada de US\$ 2.618 millones y una provisión de 3.040 camas, entre nuevas y de sustitución (70% para regiones).

Es importante recordar que el sistema de concesiones hospitalarias responde a los requerimientos sanitarios definidos por el Minsal, esto es: déficit de camas, demanda asistencial proyectada, factibilidad presupuestaria, estado de la infraestructura existente - varios de los hospitales en funcionamiento tienen más de 50 años- y madurez de los proyectos.

### SOBRE LECCIONES APRENDIDAS DE EXPERIENCIAS ANTERIORES

El expositor destaca los aprendizajes más relevantes derivados de las experiencias anteriores en materia de concesiones hospitalarias. El primero es la necesidad de **voluntad política de la autoridad** para desarrollar estos proyectos, aunque la **legitimidad social del proceso** también es un ingrediente esencial. Tal legitimidad requiere, necesariamente, de un marco de viabilidad político-social vía estrategias apropiadas.

En el aprendizaje hay también involucrados aspectos de **gestión del cambio y gobernanza**. Se trata de facilitar, al interior de la comunidad del hospital, la transición hasta la apertura, puesta en marcha y aceptación razonable del proyecto; es un asunto sensible que tiene que ver con personas y su actividad regular, la seguridad del empleo y formas adquiridas de desarrollar su trabajo. Por el lado de la gobernanza, emerge con urgencia el tema de una institucionalidad que permita gestionar coordinadamente los proyectos de APP.

La **planificación de inversiones**, otro asunto sustancial, debe privilegiar un análisis con el foco en el largo plazo y con una visión de red asistencial. Y subraya también la **supervisión de contratos**: hay que mejorar los mecanismos y sistemas de supervisión de los contratos (obras y servicios), sin descuidar el equilibrio financiero del proyecto.

En cualquier caso, destacó el expositor, no hay que desconocer ni desaprovechar el dato real de que existe una institucionalidad nacional conocida, con reglas del juego claras y que los inversionistas ya han internalizado.

### **LAS CONCESIONES EN TERRENO**

Diversos aspectos esenciales van a confluir a la hora de abordar en concreto el proceso de una concesión hospitalaria de ahora en adelante. El expositor dejó en claro que el Programa de Concesiones recogió sugerencias y observaciones de los sectores involucrados a fin de conseguir el mayor consenso posible para la nueva iniciativa de concesiones. Esta disposición de la autoridad al diálogo es un criterio de trabajo y se mantendrá en el tiempo. Los aspectos claves del Programa son los siguientes:

**La cartera de proyectos.** Los grupos de proyectos para licitación ya están conformados, sobre la base de criterios de agrupación por redes asistenciales, al avance de los antecedentes técnicos, el estado de la infraestructura actual (cuando corresponde) y a los niveles de inversión, con una escala de proyecto superior a US\$ 230 millones.

**El modelo de gestión.** El modelo incluye: disponibilidad de servicios propios de la infraestructura; diseño, construcción y gestión de las infraestructuras, así como la disponibilidad del equipamiento médico en forma segura y confiable.

**El soporte jurídico.** Se trata de las Bases de Precalificación (similar al II Programa, con ajustes por experiencias anteriores, procura acreditar la capacidad financiera de los interesados, así como su experiencia), y de las Bases de Licitación a partir de las “Bases Tipo” de hospitales disponibles actualmente y recomendaciones internacionales. Las Bases de Licitación presentan modificaciones que se sustentan en un nuevo texto de Bases Tipo Refundidas, y que incluyen:

- **Nuevo modelo de gestión**
- **Riesgos ambientales**
- **Ajustes procedimentales en inversiones menores y servicios de equipamiento médicos**
- **Fortalecimiento del control de desempeño de los servicios**
- **Revisión del esquema de sanciones**

**Los antecedentes técnicos: ejes rectores.** La temática aquí tiene que ver principalmente con distribución de riesgos. Se trata de conjugar un equilibrio entre la profundidad de los antecedentes técnicos que se dispondrán al momento de licitar y su obligatoriedad de cumplimiento. También, de una revisión de requerimientos y condiciones para así minimizar los mayores costos y eventuales sobre plazos. Es importante considerar el aporte de la experiencia de los privados en el diseño y operación de los hospitales. Un punto especial merece la **estandarización de los antecedentes técnicos**, esto es, el anteproyecto de arquitectura + criterios de diseño de arquitectura + criterios de especialidades. Se debe subrayar que los anteproyectos se están plantando bajo criterios de modularidad y estandarización de los principales recintos clínicos trazadores.

### **LOS SUBSIDIOS**

Los proyectos establecen un plazo de operación de 15 años, con los siguientes subsidios incorporados:

**Subsidio fijo a la construcción**, contempla 16 a 20 cuotas semestrales.

**Subsidio fijo a la operación**, contempla 30 pagos semestrales anticipados.

**Subsidio fijo por adquisición y reposición de mobiliario no clínico**, contempla 15 cuotas anuales.

**Subsidio fijo por adquisición y reposición de equipamiento médico y mobiliario clínico**, contempla 15 cuotas anuales.

### **LA CARTERA DE PROYECTOS**

El expositor presentó la cartera de proyectos a licitarse entre 2019 y 2021, con inversiones referenciales de entre US\$ 230 millones y US\$ 660 millones:

**Grupo 1. Red Maule: Cauquenes, Constitución y Parral.** Llamado a licitación en Trimestre I de 2019, con inversión referencial de US\$ 363 millones.

**Grupo 2. Red Bío-Bío - Concepción.** Llamado a licitación en Trimestre III de 2019, con inversión referencial de US\$ 390 millones.

**Grupo 3. Red Buin-Paine, Pichilemu, Rengo.** Llamado a licitación en Trimestre IV de 2019, con inversión referencial de US\$ 330 millones.

**Grupo 4. Red La Unión, Río Bueno, Los Lagos.** Llamado a licitación en Trimestre I de 2020, con inversión referencial de US\$ 230 millones.

**Grupo 5. Red La Serena, Coquimbo.** Llamado a licitación en Trimestre II de 2020, con inversión referencial de US\$ 660 millones<sup>1</sup>.

**Grupo 6. Zona Norte Región Metropolitana.** Llamado a licitación en Trimestre III de 2020, con inversión referencial de US\$ 230 millones.

**Grupo 7. Institutos Nacional del Cáncer y Neurocirugía.** Llamado a licitación en Trimestre II de 2021, con inversión referencial de US\$ 414 millones.

## EL DIÁLOGO

Los participantes hicieron referencia a insuficiencias de los procesos concesionarios anteriores e indicaron sus posibles soluciones. En general, mencionaron fallas en aspectos específicos y puntuales -aunque no por ello menos incómodos, engorrosos e ineficientes- y afirmaron que tales problemas tienen solución en tanto concurren una mayor flexibilidad y racionalidad en los distintos procesos involucrados (diseño, construcción, administración, operación, servicios, etc.), una utilización de las experiencias ya conocidas sobre la materia, y una disposición colaborativa entre los actores involucrados; se trata de viabilizar la solución de asuntos de no tan alto calibre –operacionales, burocráticos, de gestión, de definición de competencias, de flexibilidad y rapidez, de afinar contratos, y otros menores- pero que inevitablemente complican el desarrollo del proceso en sus fases de construcción y operación. En algunos casos, los temas mencionados ya están incorporados en el nuevo Programa y en vías de solución; en otros, es necesario tomar nota para corregir y mejorar situaciones. Las intervenciones de los asistentes permiten suponer que las expectativas sobre el programa presentado son altas, al menos en cuanto a la superación de las insuficiencias y problemas observados en licitaciones anteriores. Aspectos resaltantes del Diálogo fueron los siguientes, agrupados por área de actividad dentro del proceso concesionario:

### 1. CONSTRUCCIÓN Y DISEÑO

**HOMOGENEIDAD VERSUS DIVERSIDAD.** Varios participantes se refirieron a las ventajas o no de estandarizar las características arquitectónicas de los principales espacios clínicos de los proyectos hospitalarios. Se habló de diseño unificado de infraestructura, incluso de la posibilidad de establecer “plantillas” comunes al respecto, estandarizando arquitectura y algunas especialidades en recintos clínicos claves; esto, con un concepto de mejora continua. Se replicó que cada diseño debe depender del contexto geográfico y climático. No quedó cerrado el tema, aunque, en términos generales, la estandarización concentró más preferencias.

---

<sup>1</sup> Es posible que este grupo se divida en dos subgrupos.

**¿MUCHOS M<sup>2</sup>?** La extensión de superficie de los proyectos ya concretados (y los que vienen) concentró la atención de varios participantes. Se argumentó que había un exceso de m<sup>2</sup>: todo muy espacioso, pero también más caro en construcción y mantención. El estándar de los hospitales ya concesionados, se replicó, es muy alto y adecuado, es un activo valioso del sistema de concesiones. Reducir los m<sup>2</sup> afectaría la calidad del servicio en un sentido amplio, la que debiera mantenerse, a pesar de más m<sup>2</sup> de superficie. Además, más m<sup>2</sup> hoy favorecen posibles ampliaciones. En este sentido, cabe recordar que estos hospitales deben ajustarse a las exigencias de la normativa de autorización sanitaria y de la acreditación en calidad.

**MÁS SOBRE HOMOGENEIDAD.** Se mencionó también la homogeneidad de las materialidades de los proyectos, evitando diferencias que no resultan lógicas y que repercuten en mayores costos por m<sup>2</sup>. La estandarización es enemiga de la flexibilidad, componente que según algunos asistentes es clave en el diseño, y abogan tanto por una participación en el diseño desde el comienzo, como por una mayor flexibilidad durante las obras y la operación.

## **2. PROYECTOS, CONTRATOS Y TERRENOS**

**MEJORES PROYECTOS.** Los proyectos deben estar más afinados: cualquier aspecto difuso o interpretativo implica normalmente mayores plazos y costos.

**CONTRATOS LENTOS.** Los contratos deben disponer de normas eficaces sobre solución de controversias y cláusulas de salida, y la designación de un gerente de proyecto (en lugar de un inspector fiscal). En general, los contratos atentan contra la flexibilidad y rapidez que requieren los ajustes en las obras y en la operación; existen demasiados filtros que lentifican los procesos. También se mencionó la necesidad de presentar explícita y detalladamente el carácter de contraparte del Minsal con sus respectivas obligaciones.

**TERRENOS DIFÍCILES.** Cada día resulta más complejo disponer de terrenos para establecimientos hospitalarios, independientemente que éstos sean concesionados o no, en atención a su tamaño, uso de suelo, conectividad y constructibilidad, entre otros factores, generando, en ocasiones que su morfología sea compleja. En este sentido, son las concesionarias las que deben sufrirlos, es un tema siempre presente y pocas veces bien solucionado para una construcción más fluida y un diseño más adecuado. Se mencionó también que el MOP consiga todos los permisos antes de licitar.

## **3. LAS NUEVAS REALIDADES**

**GESTIÓN DEL CAMBIO.** Las nuevas concesiones van a plantear nuevas exigencias en la relación concesionaria-dirección del hospital-autoridades. Se trata entonces de lograr acuerdos con los actores, de definir y delimitar responsabilidades, de mitigar roces que a veces son graves, de asignar otro perfil para el inspector fiscal de obras, entre otros. Es una tarea fundamental y que está en el centro de una implementación exitosa del modelo de concesiones hospitalarias. Así, la gestión del cambio, según acotó un participante, no es

independiente de la gobernanza, esto es, de la coordinación entre las autoridades (MOP, Minsal), y entre éstas y los actores involucrados a través de normas y criterios claramente establecidos. “No puede depender de uno o de otro según el caso”, dijo este participante.

**OPERACIÓN E INVERSIONES.** Varios asistentes se refirieron al tema de las inversiones menores y/o adicionales con la operación en régimen (o en las obras), argumentando que debiera haber más flexibilidad al respecto y permitir las sin interferencias del Ministerio. Al mismo tiempo, se debatió si era la dirección del hospital o la concesionaria quien debía gestionar tales inversiones menores; este tema está inserto en la siempre compleja y tensa relación entre la concesionaria y la dirección del hospital y, más en general, entre la concesionaria y el mundo del “delantal blanco”. El consenso entre los asistentes es que tales inversiones queden fuera del contrato de concesión, con un estatuto de flexibilidad y agilidad. Se mencionó, en este y otros aspectos, una presencia más activa y clara del Minsal.

**LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL.** Reapareció el tema de “concesionaria versus hospital” en el caso de quién maneja los servicios (no clínicos) del establecimiento. Un participante señaló que debe manejarlo quien lo haga mejor entre la concesionaria y la dirección del hospital. Hay que ver los pros y contra, no es un asunto trivial de resolver.

**IMPACTO AMBIENTAL.** ¿Quién ejecuta el estudio de impacto ambiental?, se preguntó un asistente. Las Bases de licitación establecen la obligación de que el concesionario efectúe los permisos que correspondan, sin embargo dentro de los ajustes incorporados en las mismas, se considera una limitación con respecto a los riesgos asociados, fundamentalmente a la posibilidad de salida del concesionario si en un plazo determinado no se obtienen los permisos requeridos, debido a la burocracia de las entidades estatales.

**AL FINAL, FLEXIBILIDAD.** Para la mayoría de los temas expuestos y tratados en el Diálogo el asunto clave es la flexibilidad. La concesión es una iniciativa compleja que muchas veces requiere soluciones sobre la marcha para no afectar costos y plazos. Mecanismos inflexibles atentan contra la principal promesa de las concesiones hospitalarias, esto es, mejorar la infraestructura sanitaria del país y la salud de sus habitantes.