



Hospitales Públicos **en Asociación Público Privada (APP)**

Copsa

Departamento de Estudios

Mayo 2014

Contenido

1	Presentación.....	3
2	Asociación Público Privada; Alianza Estratégica para abordar las carencias de infraestructura pública en el país	3
3	Hospitales Públicos en Asociación Público Privada.....	4
4	Cuestionamiento a la Asociación Público Privada para Hospitales.....	6
4.1	La construcción de Hospitales vía APP resulta más cara que a través del sistema tradicional de obra pública.....	7
4.2	Tardan más en estar a disposición de la comunidad que los hospitales construidos a través del sistema tradicional.	7
4.3	Es una forma encubierta para avanzar en privatizar la atención de salud y cobrar a los usuarios.	8
4.4	Generan cesantía en los funcionarios.	11
5	Otros aspectos de la Asociación Público Privada	12
5.1	Actividades Comerciales en un Hospital Público.....	12
5.2	Premios por gestión.....	13
6	Conclusión	13
7	Anexos	15
7.1	Anexo N°1: Costo Construcción Hospitales bajo la modalidad de APP.....	15
7.2	Anexo N° 2: Costos de Hospitales construidos por Vía Tradicional	16
7.3	Anexo N° 3: Plazos comprometidos en Hospitales construidos por la Vía Tradicional.....	17

1 Presentación

El gobierno de la Presidenta Bachelet ha declarado a través de su Ministra de Salud que no comparte el mecanismo de las concesiones para llevar a cabo el ambicioso plan de nuevos hospitales a que se ha comprometido. Este se hará con recursos públicos, para lo cual se cuenta con 4 mil millones de dólares.

Como esta opción se ha asumido en medio de un proceso de licitaciones y adjudicaciones de concesiones en curso, se ha generado una polémica acerca del destino de éstas, algunas de las cuales tendrán la posibilidad de ejecutarse, en tanto en otros casos se revocaría el proceso de adjudicación.

Los argumentos que se han utilizado para desechar la opción de la concesión como mecanismo complementario al esfuerzo que debe hacer el sector público en este campo son, por decir lo menos, discutibles. En este documento queremos contribuir a enriquecer el proceso de toma de decisiones, dejando en claro que nuestro interés es lograr, lo antes posible, que los sectores más vulnerables del país tengan acceso a más y mejor infraestructura de salud para recibir el servicio que se merecen.

Creemos que, en la medida que los recursos que se le habrían asignado al sector público para este efecto se apoyen en el sector privado -disponible a invertir en infraestructura de salud y a ser remunerado en el largo plazo, en la medida que cumpla con los estándares de servicios a que se compromete- se podrán resolver los problemas médicos, además del déficit de infraestructura. Esta alianza entre el sector público y el sector privado que tantos beneficios ha dado en otras áreas de la infraestructura y que en buena medida le ha cambiado el rostro al país, puede ser igual de beneficiosa para el sector de la salud pública.

2 Asociación Público Privada; Alianza Estratégica para abordar las carencias de infraestructura pública en el país

A principios de los 90 cuando se iniciaba el proceso democrático, el país definió que una de sus carencias principales para enfrentar el compromiso de desarrollo era el déficit en infraestructura en diferentes ámbitos. Éste no podía resolverse a través del Presupuesto Público. La limitada capacidad del Estado para captar recursos de la economía, la cantidad de demandas productivas y sociales insatisfechas y la fuerte presión de la comunidad por avanzar en la búsqueda de un mayor bienestar presionó a que las autoridades de la época buscaran formas no tradicionales de financiamiento y desarrollo de proyectos de infraestructura. Una de ellas fue la concesión de obras de infraestructura pública, para lo cual se dictaron varios cuerpos legales los que finalmente terminaron refundiéndose en la Ley 19.400 de 1996. A través de este mecanismo el Estado transfiere a un inversionista privado la responsabilidad de construir y operar un bien de uso público, a cambio de diferentes modalidades

de refinanciamiento. En el caso de las carreteras, se aplica el principio del que usa paga, a través de una tarifa (o peaje). En el caso de las cárceles, el Estado asume el compromiso de retribuirle al inversionista privado su inversión a través del pago directo (subsidios) por el tipo de servicios prestados.

Desde la aplicación de esta modalidad de inversión, 1992 a la fecha, se han concretado más de 70 proyectos con una inversión ejecutada que supera los US 13 mil millones. En buena medida, esta asociación público privada (APP) le ha permitido al país desarrollar proyectos de gran envergadura con el apoyo privado y paralelamente, ha permitido que el Estado pueda concentrar sus esfuerzos y distribuir sus recursos en iniciativas de menor tamaño, que tienen altísimos beneficios sociales. Asimismo, esta APP le ha permitido al país generar nuevos empleos, aumentar el consumo y acelerar su desarrollo. De esta forma, la estrategia que se ha seguido para la inversión en infraestructura en Chile ha tenido un efecto redistributivo de sus beneficios, puesto que ha contribuido a una “nivelación de la cancha” en cuanto al acceso a servicios públicos.

3 Hospitales Públicos en Asociación Público Privada

Bajo ese escenario, la APP en el sector salud debe ser vista como un instrumento para responder de manera eficiente, sustentable y de largo plazo a las demandas de infraestructura de la salud pública, a objeto de hacerse cargo de los requerimientos de los sectores más vulnerables. Los motivos principales por los que se recurre a esta modalidad son: la urgencia de resolver las carencias existentes y la restricción de recursos públicos (para inversión y mantenimiento).

Si bien es cierto en los últimos años se ha invertido una cantidad importante de recursos en el sector salud, las inversiones directas han mostrado una serie de insuficiencias. Más allá de los problemas de gestión de los proyectos del área, las exigencias de la comunidad han aumentado y son perentorias. Hoy las demandas ciudadanas no son sólo por infraestructura, la población aspira – legítimamente- a contar con ella oportunamente y que ésta presente una calidad creciente en el tiempo.

Es por ello que recurrir a proveedores privados de infraestructura pública en el área de la salud pública, a los que se les retribuye en el largo plazo por ésta y los servicios prestados, aparece como una alternativa que satisface tanto la urgencia en la prestación del servicio, la garantía de calidad en el tiempo de la misma así como la disponibilidad de recursos públicos para este efecto.

De hecho, en este tipo de Asociación se establecen todas las responsabilidades del proveedor y se le transfieren en el marco de un solo gran contrato. Dentro de esas responsabilidades está el diseño, la construcción, la habilitación, la puesta en marcha y el mantenimiento de una obra de infraestructura hospitalaria. En algunos casos, también se incluye la provisión y mantención del equipamiento médico. El objetivo es asegurar la calidad y la continuidad de los servicios industriales

concesionados, no médicos, entre los que se encuentra la operación continua de la infraestructura, principalmente relevante en situaciones de emergencias a través de una debida asignación de responsabilidades, la que se evalúa por niveles de servicio y/o estándares de cumplimiento que deben ser alcanzados por el concesionario durante el periodo de la concesión establecido por el Estado de Chile (15 años de operación aproximadamente), comprometiendo la menor cantidad de recursos económicos del Estado en el presente.

De esta forma, los servicios médicos (Director Médico y sus dependientes) podrán disponer durante todo el periodo de explotación de la concesión, de una infraestructura de calidad para sus prestaciones, con la seguridad que ésta se mantendrá, de acuerdo a contrato, en las condiciones para las que fue diseñada, y con todos los servicios complementarios que se requieren para cumplir cabalmente con su cometido; aseo y limpieza en general, gestión de residuos y control de vectores, gestión de ropería y lavandería, alimentación de pacientes y funcionarios, servicio de seguridad y vigilancia, servicio de estacionamiento de pacientes, visitas y funcionarios, adquisición, reposición y mantenimiento del equipamiento médico e informático, en caso de estar incluidos.

En síntesis, las razones que motivaron a los gobiernos anteriores a persistir en la idea de la asociación entre el sector público y el sector privado para llevar adelante proyectos de hospitales públicos fueron las siguientes:

- a. Ejecutar de manera simultánea una voluminosa cartera de inversiones necesaria para modernizar la infraestructura, equipamiento y gestión de los hospitales de mayor complejidad. Esa fue una de las razones por las cuales, la Presidente Bachelet promovió los hospitales concesionados en su primer mandato. Sigue siendo la URGENCIA un aspecto central para tomar la decisión de recurrir a proveedores privados de servicios de infraestructura.
- b. Asegurar el control fiscal de las prestaciones de la salud, toda vez que cada uno de los costos asociados a este tipo de proyectos son planificados por periodos de largo plazo, resguardando tanto la garantía de construcción como su funcionamiento. Luego, el Estado tiene la seguridad de que el edificio y demás instalaciones a cargo del concesionario se mantendrán en perfectas condiciones por los años de concesión – 15 a 20 de acuerdo con el contrato.
- c. Otorgar a la ciudadanía servicios médicos de altos estándares, con infraestructura de última tecnología, que deben mantenerse a lo largo de todo el periodo de operación de la concesión (mínimo 15 años). Esto se logra a través del control de los estándares de servicio que se han contemplado en el contrato y que el prestador de los servicios se compromete a mantener en el tiempo.
- d. Permite incorporar al mercado nacional la innovación en diseño, construcción y operación que tienen los actores internacionales que participan en esta actividad.

En el país, desde el año 2003 (gobierno del Presidente Lagos) se evalúa la coparticipación público privada en hospitales como alternativa de inversión en el sector público de salud, con el propósito de dotarlo de la infraestructura que requiere para su debido funcionamiento. El primer intento fue el proyecto “Complejo Hospitalario Salvador Infante”. Sin embargo, luego de tres años de evaluación, fue postergado.

En mayo de 2007 (gobierno de la Presidenta Bachelet), el llamado a precalificación de los hospitales de Maipú y La Florida, marcó el inicio concreto de la inversión bajo el sistema de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria. Ambos hospitales, dependientes de distintos Servicios de Salud, fueron adjudicados en un contrato único en noviembre de 2009 y se encuentran en operación desde noviembre y diciembre de 2013 respectivamente.

En noviembre de 2009, paralelamente a la ejecución del contrato de los hospitales de Maipú y La Florida, se configuró otra cartera de proyectos que dio paso a un nuevo programa de concesiones, que consideraba los hospitales Salvador Geriátrico, Sotero del Río, Félix Bulnes, Quilicura y CRS de Colina. Sin embargo, el terremoto del 27 de febrero del 2010 obligó a modificar la planificación inicial, estableciendo las siguientes reposiciones como prioritarias para el programa de concesiones hospitalarias: Hospital de Antofagasta, Salvador-Geriátrico, Félix Bulnes, Sotero del Río, Red Sur y Red V región.

En la actualidad, además de los hospitales de Maipú y La Florida (en operación), el Hospital de Antofagasta se encuentra en proceso de construcción; los hospitales Salvador Geriátrico, Félix Bulnes, Sotero del Río y Red V se encuentran adjudicados y en proceso de formalización del contrato. El proceso de licitación Red Sur se suspendió.

4 Cuestionamiento a la Asociación Público Privada para Hospitales.

En los últimos meses, numerosos actores han levantado su voz en contra de la concesión de hospitales, al punto que se le ha solicitado al ministerio del ramo revertir los contratos ya avanzados y otros en proceso de adjudicación. Al respecto, se ha utilizado como argumento la experiencia en las concesiones de hospitales y una lectura especial de las bases de los contratos adjudicados. Los principales argumentos que se han dado son:

4.1 La construcción de Hospitales vía APP resulta más cara que a través del sistema tradicional de obra pública.

Es difícil poder comparar las cifras correspondientes a los costos de construcción de una y otra modalidad. No obstante, recurriendo a la experiencia reciente del Ministerio de Salud y a los contratos en cuestionamiento, se llega a una conclusión muy diferente, a lo establecido por esa afirmación. La verdad es que los costos de construcción no difieren de una modalidad a otra. Lo que sucede es que en el contrato de concesión se le transfieren al concesionario costos que en la modalidad de construcción de presupuesto sectorial no se consideran:

- i. Pago diferido de los compromisos adquiridos por el Estado. El contrato de concesión contempla el pago de estos compromisos durante toda su extensión. Esta puede fluctuar entre 15 y 20 años. Eso supone que el prestador de los servicios debe financiarse en el mercado, para lo cual solicita recursos que deben pagar una tasa de interés. En los contratos tradicionales el Estado debe pagar anticipos iniciales (normalmente entre 10% y 15% del total del contrato), avances mensuales y el saldo contra recepción de obra, por lo que el constructor sólo financia el período de construcción, hasta la recepción final de la obra.
- ii. El contrato de concesión transfiere al prestador de los servicios contemplados en el proyecto, el diseño y la materialidad de la construcción, luego se debe incluir - como parte de los costos- los riesgos de errores en que se pueda incurrir en estos aspectos. En el caso del contrato a través de la modalidad pública de construcción, estos riesgos son asumidos plenamente por el mandante y por lo tanto, no se develan hasta que se debe incurrir en correcciones o reparaciones mayores.
- iii. El concesionario debe asegurar las obras, de tal manera que ante cualquier catástrofe se cuente con los recursos para su reparación inmediata. Las obras públicas en general, no se aseguran, por lo que los costos de reparación luego de alguna catástrofe deben ser asumidos por el presupuesto de la nación.
- iv. El concesionario debe incluir en los costos de construcción la mantención de la infraestructura a su cargo, de modo que ésta conserve las mismas cualidades que al momento de su recepción durante la vigencia del contrato (15 años). En el caso de los hospitales públicos sabemos que eso no es así y que éstos entran rápidamente en un proceso de deterioro, al ser los recursos para mantenimiento siempre una variable de ajuste del presupuesto sectorial.

Depurando, los costos de construcción de un hospital concesionado de todos estos aspectos y otros, se llega a que este varía entre UF 28 y UF 45, dependiendo de las características y complejidad de la infraestructura considerada (ver Anexo N° 1). Es preciso señalar que el costo de construcción de hospitales construidos por la vía tradicional fluctúa entre 33 UF/m² y 72 UF/ m², también dependiendo de la infraestructura (ver Anexo N°2).

4.2 Tardan más en estar a disposición de la comunidad que los hospitales construidos a través del sistema tradicional.

La única comparación posible en este caso es con los hospitales de Maipú y La Florida que son recintos completamente nuevos. Es decir, no son obras que estén renovando o

reemplazando infraestructura existente, lo cual facilita la obtención de permisos y otros, que hacen su instalación de faenas más compleja.

Sin perjuicio de ello, su puesta en marcha tardó un 30% más que lo originalmente establecido.

Por su parte, los proyectos a través de la modalidad tradicional de construcción presentan una situación más compleja, revelando problemas de fondo que en algunos casos han hecho inviable su término. Solamente tomando en consideración los proyectos terminados en los últimos tres años, el sobre plazo fue de 60%. El hospital de Osorno fue entregado con más de dos años de atraso y el de Rancagua no ha sido entregado. Asimismo el de Cañete y V.R.R. 3º etapa presentan casi un año de letargo, (ver Anexo N°3).

4.3 Es una forma encubierta para avanzar en privatizar la atención de salud y cobrar a los usuarios.

Este argumento, que apunta a una cierta intencionalidad, se rebate a partir de la seriedad de las autoridades que han impulsado esta modalidad para incrementar la infraestructura hospitalaria y mejorar la calidad de los servicios al menor plazo posible. Ninguno de los ministros ni de las máximas autoridades políticas de los últimos cuatro gobiernos ha hecho alguna vez una aseveración en tal sentido. Tampoco hay antecedente alguno en los contratos de concesiones de los que se podría desprender una conclusión como esta. Muy por el contrario; en la medida que hay un contrato a largo plazo, lo que existe es un compromiso del Estado, validado por el Ministerio de Hacienda, de disponer de los recursos que aseguren la buena prestación de los servicios comprometidos en cada establecimiento convenido a través de esta modalidad.

Sin perjuicio de ello, todo lo que dice relación con la atención a los pacientes – servicios de “bata blanca” – son de responsabilidad directa de las autoridades de salud y será provisto por dicha cartera directamente. Esos servicios no son garantizados por el contrato de concesión, puesto que no están dentro de su área de acción.

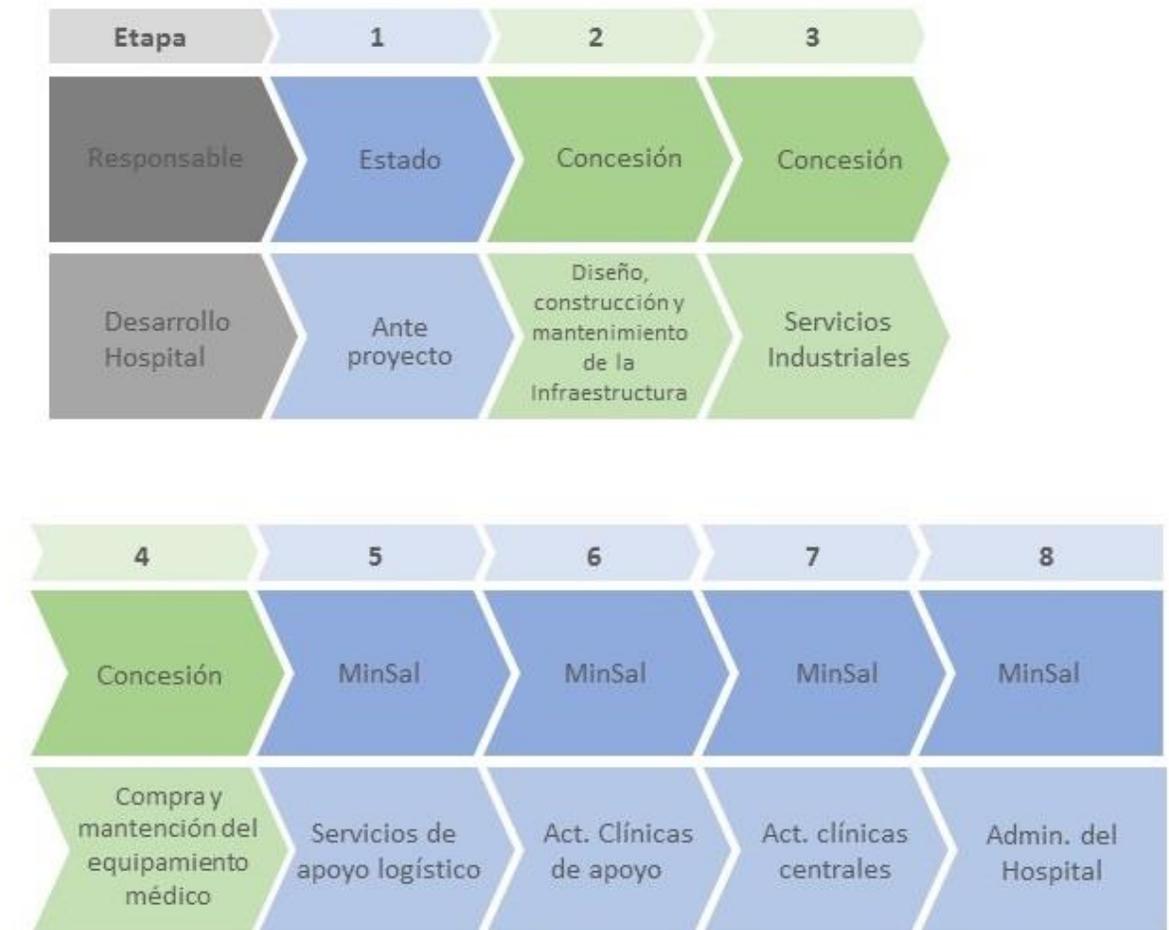
En los hospitales concesionados, todo lo que se relaciona con el paciente, está estrictamente reservado a la competencia del Ministerio de Salud y en ese escenario, las personas son atendidas en las mismas condiciones que en cualquier otro recinto público.

Tal como se muestra en el Diagrama 1, los servicios entregados en la APP son;

- Diseño, construcción y mantenimiento de la Infraestructura
- Servicios Industriales
- Compra y mantención del equipamiento médico

Ello implica que la provisión de estos servicios estará definida, enmarcada, resguardada y controlada por el contrato de asociación público privada, sujeta a la Ley de Concesiones, la que ha probado su calidad, fundada en la experiencia adquirida desde el 92 a la fecha.

Diagrama N°1: Etapas desarrollo Hospital Público vía APP y responsables en cada una.



Es importante destacar que actualmente en Hospitales Públicos bajo administración del MINSAL, la mayor cantidad de estos servicios no los entrega esa cartera directamente, sino que los externaliza. El detalle de ello se puede apreciar en la Tabla N°1.

En suma, actualmente en los hospitales públicos los servicios - fuera de la bata blanca - son externalizados, es decir, los entregan distintas empresas privadas contratadas por el Director de cada establecimiento. En los hospitales desarrollados bajo la modalidad de participación público privado, este tipo de servicios serán provistos por el concesionario en el marco del contrato de largo plazo que asegura la continuidad y calidad de estos por todo el lapso de la Asociación.

Tabla N°1: Situación Actual de Provisión de Servicios

Servicio Concesionado / Hospital	Maipú y la Florida	Antofagasta	Salvador Geriátrico	Sótero del Río	Félix Bulnes
Aseo	Hospital nuevo	Mixto	Externo	Mixto	Externo
Residuos	Hospital nuevo	Externo	Externo	Externo	Externo
Vectores	Hospital nuevo	Externo	Externo	Externo	Externo
Ropería	Hospital nuevo	Externo	Externo	Externo	Mixto
Alimentación Pacientes	Hospital nuevo	Interno	Mixto	Interno	Externo
Alimentación Funcionarios	Hospital nuevo	Interno	Mixto	Externo	Externo
Mantenimiento Infra	Hospital nuevo	Mixto	Externo	Mixto	Interno
Mantenimiento Equipos	No aplica	Externo	Externo	Externo	Externo
Cafetería	Hospital nuevo	Externo	Externo	Externo	Externo
Seguridad	Hospital nuevo	Externo	Externo	Externo	Externo
Estacionamiento	Hospital nuevo	Externo	Externo	Externo	Externo
Infraestructura TI	No aplica	Interno	Externo	Mixto	Externo
Transporte Externo	No aplica	No aplica	Mixto	No aplica	Mixto
Logística	No aplica	No aplica	Interno	No aplica	No aplica
Sala Cuna	Hospital nuevo	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

Cont. Tabla N°1: Situación Actual de Provisión de Servicios

Servicio Concesionado / Hospital	Marga-Marga	Biprovincial	Chillán	Curicó	Linares
Aseo	Externo	Externo	Mixto	Interno	Interno
Residuos	Mixto	Mixto	Mixto	Interno	Interno
Vectores	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo
Ropería	Interno	Interno	Interno	Interno	Interno
Alimentación Pacientes	Interno	Interno	Interno	Interno	Interno
Alimentación Funcionarios	Interno	Interno	Interno	Mixto	Mixto
Mantenimiento Infra	Mixto	Mixto	Mixto	Mixto	Mixto
Mantenimiento Equipos	Mixto	Mixto	Mixto	Externo	Externo
Cafetería	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo
Seguridad	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo
Estacionamiento	Externo	Externo	Interno	Interno	Interno
Infraestructura TI	Mixto	Mixto	Interno	Mixto	Mixto
Transporte Externo	Interno	Interno	Externo	Interno	Interno
Logística	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Sala Cuna	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

4.4 Generan cesantía en los funcionarios.

El aumento de la cantidad de hospitales y el mayor estándar de los recintos desarrollados bajo la modalidad de APP resultará en un aumento significativo en los requerimientos de personal. Así por ejemplo, sólo para el caso del complejo Hospitalario Salvador-Geriátrico, se estima que la dotación actual de funcionarios aumentará en un 10% con el nuevo hospital; llegando a 2.264 personas.

Del total de 2.108 funcionarios actuales, 62 entrarán a un plan de “reconversión”, permitiéndoles capacitarse en otro tipo de actividad del nuevo Hospital (para las que serán

capacitados con costo del Estado) o si lo prefieren, se les capacitará para continuar prestando sus funciones en otros recintos, dentro de la Red Salud.

El 100% de los restantes 2.046 funcionarios que se encuentran desarrollando actividades clínicas en el “antiguo” Hospital de Salvador e Instituto Nacional de Geriátrica, al pasar al “nuevo” Hospital (año 2018), lo harán en exactamente las mismas condiciones contractuales en las que se encontraban en el “antiguo recinto”. Es decir, la APP no producirá absolutamente ningún desmedro o mejora de las condiciones contractuales de los Funcionarios una vez que se inicien las actividades en el nuevo Hospital.

En resumen, el programa de hospitales en APP aumentará los puestos de trabajo para los trabajadores de salud y sus condiciones de trabajo al menos serán similares a las actuales.

5 Otros aspectos de la Asociación Público Privada

5.1 Actividades Comerciales en un Hospital Público

La APP incluye ciertas actividades comerciales que puede desarrollar el Concesionario en zonas especialmente delimitadas para este efecto. Todas y cada una de ellas debe contar con la aprobación del Director del Hospital, quien no es definido por el concesionario sino por las autoridades de Salud.

Entre estas actividades, entre otras, se encuentra la provisión de estacionamientos. Al respecto cabe destacar que los hospitales públicos que actualmente están en operación no cuentan con estacionamientos, principalmente porque cuando fueron construidos, ello no era un requerimiento municipal. Hoy en día los estacionamientos son un requisito para cualquier edificio en concordancia con las ordenanzas municipales. En línea con lo anterior, los proyectos de hospitales tanto nuevos como de reemplazo debieron incorporar un número de estacionamientos de acuerdo con los mt2 de su envergadura.

El programa de APP contempla que el concesionario provea un número determinado de estacionamientos, en el caso de los hospitales de Maipú y La Florida, alrededor de 550 en cada uno. De este total, entre 200 y 400 están a disposición del Director médico de cada uno de estos establecimientos para el uso que él estime conveniente. El número de plazas libres tiene rangos horarios determinados en el contrato.

Luego, el Director médico de los hospitales bajo APP dispone de 400 estacionamientos SIN COSTO, los que pueden estar a disposición de quienes tienen que ir al recinto.

5.2 Premios por gestión

La APP es una alianza entre el Estado y un privado. Como tal, el ámbito y responsabilidades de cada cual deben quedar claramente definidos por el contrato que los une, el cual es resultado de un proceso de licitación pública. Dicho documento legal se sujeta al marco jurídico de la Ley de Concesiones de Infraestructura Pública.

El contrato de concesión define y caracteriza cada uno de los aspectos que deben ser cumplidos por el agente privado. En lo relativo a la infraestructura, esta debe estar 100% disponible en todo momento durante el lapso del contrato. Es decir, si un recinto se define con 140 camas, el total de ellas debe estar disponible para ser utilizada. Sin perjuicio de ello, la ocupación real de cada recinto escapa al ámbito del concesionario; la cantidad de camas utilizadas en un hospital será definida por los procedimientos médicos a cargo del Director del establecimiento.

Cada uno de los servicios a proveer por el concesionario cuenta con indicadores de rendimiento. Luego, por ejemplo, en el caso de las raciones alimenticias, estas deben cumplir con ciertas características. En la medida que el privado cumpla con esas exigencias sus indicadores de rendimiento serán mayores.

Con todo, el privado debe asegurar que el 100% de la infraestructura esté disponible - en todo momento - durante el lapso del contrato. Por cada uno de los servicios provistos el privado recibirá una calificación de rendimiento. Para incentivar el pleno cumplimiento de los servicios comprometidos se define en sistema de premios y multas que es aplicado por el inspector fiscal del contrato. Esto asegura una gestión del establecimiento de acuerdo a lo que se intenta obtener en términos de calidad y permanencia.

6 Conclusión

- a. No creemos que sea necesario ni útil para el país desechar la opción de la APP como modalidad para incrementar la infraestructura de salud. Los mecanismos alternativos han demostrado ser más ineficaces y menos eficientes que esta opción.
- b. Transferir al sector privado la posibilidad de construir los hospitales comprometidos liberaría al Ministerio de Salud partidas presupuestarias muy significativas que podrían destinarse a resolver los problemas de dotación de personal médico que hoy enfrenta con gran profusión.

- c. De igual forma, esos recursos le permitiría terminar los hospitales construidos con recursos públicos y que hoy se encuentran en una fase de profundo cuestionamiento, con presentaciones a la Contraloría General de la República, al Consejo de Defensa del Estado y a la comisión ad hoc de la Cámara de Diputados.

7 Anexos

7.1 Anexo N°1: Costo Construcción Hospitales bajo la modalidad de APP

Modalidad Precio Unitario según valor presente costos

Hospital	Costo Máx. que Estado estaba dispuesto a pagar (UF)	Costo Directo Ofertado por el licitante (UF) (1)	Costo 7% anual (UF)	Superficie (m2)	Costo Construcción con Ing. y Diseño (UF/m2) (2)	Costo Construcción (UF/m2) (3)
Salvador Geriátrico	700.000	538.800	4.888.288	165.500	30	28
Félix Bulnes	644.300	566.919	5.001.830	118.300	42	40
Sótero del Río	1.055.000	899.990	7.952.958	214.917	37	35
Red V	700.270	656.153	5.824.979	133.000	46	44 (4)
Antofagasta	1.100.800	834.406	5.753.001	121.000	39	37

Notas:

(1) 16 cuotas semestrales de pago directo del Estado a la construcción, a partir de la puesta en servicio.

(2) Incluye diseño e ingeniería de detalle.

(3) Excluye diseño e ingeniería de detalle. Se estima 5% del valor total.

(4) El costo de la Red V sobresale en comparación a los demás establecimientos principalmente porque i) ambos terrenos requieren de una mayor mitigación vial y ii) se sus emplazamientos son altamente complejos.

7.2 Anexo N° 2: Costos de Hospitales construidos por Vía Tradicional

Hospital	Valor Neto (UF)	Superficie (m ²)	Precio Unitario (UF/m ²)	Aumento Obras (UF) a jun 2013	Valor Neto Real (UF/m ²)
Base Osorno	1.356.593	47.334	29	242.641	33
Cañete	743.520	12.118	61	1.906	61
V.R.R. 3ª etapa	1.702.284	48.000	35		36
Regional Rancagua (1)	2.689.953	68.202	39	134.183	41
Corral	233.558	4.800	49		49
Regional Talca	2.757.263	85.870	32	31.873	32
Traumatológico Concepción	555.790	16.573	34	46.767	36
Pitrufquén	617.444	14.300	43		43
Exequiel Gonzalez C.	1.694.665	52.178	32		32
Lautaro	537.494	12.773	42		42
Puerto Aysén	1.042.036	14.458	72		72
Gustavo Fricke	3.138.836	92.000	34		34
Promedio					42,7

Nota 1: el Hospital de Rancagua no está terminado, por lo que el monto de aumento de obras no es definitivo. La información disponible a su respecto está actualizada a junio de 2013.

7.3 Anexo N° 3: Plazos comprometidos en Hospitales construidos por la Vía Tradicional

Hospital	Inicio de Obras	Plazo (en días)	Término de Obras según Plan	Término de Obras Real	Retraso (días)
Base Osorno	ago-07	1.170	nov-10	feb-13	2.008
Cañete	feb-09	630	oct-10	sep-11	953
V.R.R. 3ª etapa	ago-09	1.370	may-13	feb-14	1.651
Regional Rancagua	ene-10	899	jul-12		
Corral	dic-10	450	mar-12	oct-12	658
Regional Talca	may-11	780	jul-13	dic-13	956
Traumatológico Concepción	jul-11	600	mar-13	oct-13	834
Pitrufquén	ene-13	515	jun-14	jun-14	505
Exequiel Gonzalez C.	feb-13	600	oct-14	oct-14	599
Lautaro	abr-13	425	jun-14	jun-14	425
Puerto Aysén	may-13	1.000	feb-16	feb-16	1.001
Gustavo Fricke	jun-13	1.280	dic-16	dic-16	1.281
Promedio		810			988