

# Casos de estudio en Asociaciones Público-Privadas en América Latina y el Caribe

Hospital de Antofagasta (Chile)

Ancor Suárez Alemán  
Carolina Lembo  
José Yitani Ríos  
Ignacio Astorga  
Gastón Astesiano  
Julio Franco Corzo

Vicepresidencia de Países

DOCUMENTO PARA  
DISCUSIÓN N° IDB-  
DP-00677

# Casos de estudio en Asociaciones Público-Privadas en América Latina y el Caribe

## Hospital de Antofagasta (Chile)

Ancor Suárez Alemán

Carolina Lembo

José Yitani Ríos

Ignacio Astorga

Gastón Astesiano

Julio Franco Corzo

Mayo 2019

## Asociaciones Público-Privadas en América Latina y el Caribe: Casos de Estudio

Los casos presentados dentro de la serie de casos de estudio en Asociaciones Público-Privadas en América Latina y el Caribe, tienen el propósito de presentar situaciones y lecciones aprendidas con fines pedagógicos y para dar a conocer a una audiencia amplia la experiencia de la región en el desarrollo de infraestructura y la provisión de servicios mediante esquemas de asociaciones público-privada (APP). Esta serie es producto del trabajo del equipo APP del Banco Interamericano de Desarrollo del BID, liderado por Gastón Astesiano. La coordinación de los casos ha sido realizada por Carolina Lembo, Ancor Suárez Alemán, y José Yitani Ríos, especialistas del BID, en colaboración con Julio Franco Corzo de IEXE Editorial para la adaptación, edición, diseño, y diagramación de contenidos. Los casos se desarrollan exclusivamente como base para el debate, análisis y reflexión de las experiencias y no pretenden servir de garantía, fuente de información primaria ni como ejemplo de gestión eficaz o ineficaz.

Los coordinadores agradecen la colaboración para la edición y revisión de contenidos de los casos de esta serie a las siguientes personas: Marcos Siqueira, Daniel Vieitez, Ignacio Astorga, Manuel Rodríguez Porcel, Natalia Ariza, Paula Castillo, Mauricio Bayona, Lucio Javier García Merino, Xavier Vidal, Fernando Pieroni, y Luiz Francisco Vasco de Toledo.

Copyright©2019 Banco Interamericano de Desarrollo.

Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-No Comercial-Sin Obras Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando crédito al BID. No se permiten obras derivadas. Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL).

El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Las opiniones expresadas en esta publicación se relacionan exclusivamente con la visión de sus autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), de su Gerencia Ejecutiva, ni de los países que lo representan.



**Este caso ha sido desarrollado exclusivamente como base para el debate, estudio y para el análisis de lecciones aprendidas. Los casos no pretenden servir de garantía, fuente de información primaria ni como ejemplo de gestión eficaz o ineficaz, no refleja ningún juicio de valor, validación o apoyo por parte del BID.**



**Asociaciones Público – Privadas  
en América Latina y el Caribe  
Caso de Estudio**

# **Hospital de Antofagasta**

# Asociaciones Público-Privadas en América Latina y el Caribe

## Autores

Ancor Suárez Alemán  
Carolina Lembo  
José Yitani Ríos  
Ignacio Astorga  
Gastón Astesiano  
Julio Franco Corzo



**BID**

Banco Interamericano  
de Desarrollo

# Índice

Resumen Ejecutivo del Proyecto.....	7
Información Técnica.....	8
¿Por qué es Relevante este Proyecto?.....	9
¿Por qué hacer uso del modelo APP?.....	10
Principales Características.....	12
El Hospital de Antofagasta.....	14
Componentes y etapas del proyecto.....	14
Estructuración del proyecto.....	16
Matriz de Riesgos.....	20
¿Cómo Participan los Involucrados?.....	22
¿Qué retos enfrentó el proyecto?.....	22
¿Cómo lo Recibió la Sociedad?.....	27
¿Qué Resultados se han observado?.....	27
¿Qué Lecciones se Aprendieron?.....	28
Referencias Bibliográficas.....	30





## Resumen Ejecutivo del Proyecto.....

Chile ha utilizado desde la década pasada el esquema APP para resolver el déficit de infraestructura hospitalaria que afecta al país, buscando mejorar los procesos de construcción, equipamiento y operación de los hospitales públicos. En efecto, en 2011 el país tenía un déficit de camas de hospital, que se agravó por el fuerte terremoto de febrero de 2010. Adicionalmente, el 70% de la infraestructura hospitalaria tenía más de 30 años de antigüedad.<sup>1</sup>

A raíz de esto, se inició la segunda etapa de concesiones hospitalarias, que incluyó al Hospital de Antofagasta y a otros 5 más. Este hospital reemplazó a otro inmueble que existió desde 1960, que fue dañado por 2 terremotos, en 1995 y 2010, y que además de no cumplir con las condiciones de seguridad requeridas en caso de un tsunami, se encontraba deteriorado, con capacidad física limitada y una funcionalidad mejorable. Por estas razones, el Estado decidió construir uno nuevo.

El inmueble actual fue erigido a través de un esquema APP, entre abril de 2014 y octubre de 2017, fecha en la que inició operaciones. Su costo de construcción fue de US\$ 219 millones, registrando un sobre costo de US\$ 2 millones sobre lo presupuestado, pasando a ser el segundo contrato de hospitales concesionados de mayor capacidad del país.<sup>2</sup> Se concesionó por 15 años a través de un contrato BOT que excluye los servicios médicos<sup>3</sup>, que son provistos por el Estado.<sup>4</sup>

En 2014 estalló un conflicto social que cuestionaba que el derecho a la salud pública se había suplantado para beneficiar al sector privado, resultando en la exclusión de las concesiones hospitalarias de los esquemas APP. Como resultado, sólo se dio continuidad a 3 contratos de la segunda etapa, incluyendo al de Antofagasta. La relevancia del caso radica en que el proyecto fue concluido en contra de la oposición social y, además, ejemplifica la importancia de comunicar correctamente los objetivos, etapas y beneficios esperados de los modelos APP, lo cual pudo haber modificado el resultado del citado conflicto.

---

<sup>1</sup> Atanor Soluciones. Junio de 2014. Página 1 y Cámara de Diputados del Gobierno de Chile. 24 de septiembre de 2014. Página 190.

<sup>2</sup> Ídem. Página 2.

<sup>3</sup> Para más detalles acerca de conceptos generales de APPs de salud, ver el curso “Asociaciones Público Privadas: Implementando Soluciones en Latinoamérica y el Caribe” del Banco Interamericano de Desarrollo y las 5 notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina, también del Banco Interamericano de Desarrollo. Los detalles están en las Referencias Bibliográficas de este documento.

<sup>4</sup> SACYR. 2017. Página 15.



## Información Técnica.....

Actores involucrados:	Ministerio de Salud del Estado de Chile; Ministerio de Obras Públicas del Estado de Chile; Servicio de Salud de la Provincia de Antofagasta; Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI S.A., constituida por las empresas SACYR (70%) y Global Dominion Access (30%); Financistas: Corpbanca y Banco Santander Chile.		
Ubicación Puerto de Antofagasta, Norte de Chile	Sector Salud	Organismo licitante Ministerio de Obras Públicas a través de la Dirección General de Concesiones de Obras Públicas	Plazo 15 años a partir de octubre de 2017, cuando se terminó de construir la infraestructura
Tipo de APP:	Construcción, Operación y Transferencia (BOT). El socio operador desarrolló el proyecto definitivo a partir de un diseño referencial elaborado por el Estado. <sup>1</sup> La operación no contempla brindar servicios médicos.		
Objetivo Incrementar la disponibilidad de camas de hospital en la región, con infraestructura y equipamiento médico de alto nivel y alta complejidad. El proyecto incorporó 671 camas, alrededor del 3% de las camas del sector público en 2010. El total de la segunda etapa del segundo programa de concesiones incorporaba 2,600 camas, equivalentes al 11% de la infraestructura en 2010. <sup>6</sup>			
Componentes del proyecto Construcción de un hospital de alta complejidad para atención hospitalaria y ambulatoria. Con capacidad de 671 camas. El proyecto comprende: desarrollo del proyecto definitivo, construcción, mantenimiento y operación de infraestructura; provisión de mobiliario clínico y no clínico, equipamiento médico e industrial y mobiliario asociado a la infraestructura; así como la incorporación de algunos de servicios de soporte a la operación hospitalaria (soft-facilities). No se concesionaron los servicios médicos, los cuales son provistos por el Estado.			
Estado actual En operación desde octubre de 2017			
Esquema de financiamiento	Inversión pública: Sin Participación	Inversión privada: 100% de la inversión para la construcción. Financiada por el socio operador, Corpbanca y Banco Santander Chile. <sup>7</sup>	
Resultados Observados	Monto Presupuestado USD \$216.9 Millones	Monto Invertido USD \$218.8 Millones	
	Tiempo de Construcción Previsto 42 meses	Tiempo de construcción real 42 meses	

Fuente: Dirección General de Concesiones de Chile.

<sup>5</sup> Bases de Licitación MOP.

<sup>6</sup> Cámara de Diputados del Gobierno de Chile. 24 de septiembre de 2014. Páginas 131 y 148. Saint-Pierre, San Martín y Solar. Octubre de 2017. "Evaluación de Esquema de Costos y Sistema de Financiamiento de Concesiones Hospitalarias." Página 37.

<sup>7</sup> SACYR. Comunicado del 6 de noviembre de 2014.





## ¿Por qué es Relevante este Proyecto?.....

En 2011, Chile tenía un déficit de camas de hospital, agravado por el fuerte terremoto de febrero de 2010. Adicionalmente, el 70% de la infraestructura hospitalaria tenía más de 30 años de antigüedad.<sup>8</sup> En ese país, aproximadamente el 80% de la demanda de inversión en hospitales responde a necesidades de reemplazo de infraestructura obsoleta – por poner un ejemplo, los hospitales antiguos cuentan con 60 m<sup>2</sup> por cama, aproximadamente, mientras que los nuevos diseños elevan esta cifra hasta los 130-150 m<sup>2</sup> por cama – frente al 20% restante, destinado a nueva infraestructura.

Esta problemática se hizo más profunda en 2010, puesto que el terremoto ocurrido en ese año afectó al 41% de los hospitales: 5 de ellos sufrieron daños estructurales, perdiendo alrededor de 4,200 camas y el país tardó 3 años en recuperar las que tenía en 2009. El plan de inversiones puesto en marcha para solucionar esta situación se centró en mejorar la capacidad instalada de los hospitales e incrementar parcialmente el número de camas.

Para 2010, el Estado tenía experiencia en rondas previas de concesiones. Se habían incorporado mejoras a los nuevos contratos y por tanto existían posibilidades de aplicar un modelo mejorado, con características potencialmente exitosas. Sin embargo, debido en parte a la oposición política al uso de las APPs, así como a la falta de análisis técnico y financiero del caso, unido a un grave conflicto social respecto de una visión errada, asociada al temor de una eventual privatización de la salud, llevó al Estado a cancelar las concesiones hospitalarias en 2014.

El desarrollo y resultados del proceso de acuerdo APP del Hospital de Antofagasta permiten concluir que este caso es relevante por dos motivos:

- 1.** A pesar de la oposición social existente, el desarrollo del proyecto concluyó favorablemente. El hospital empezó a operar en octubre de 2017. La construcción no registró retrasos y sólo se observó un sobre costo de US\$ 1.9 millones, equivalentes al 0.9% del presupuesto, el cual fue de US\$ 216.9 millones, en comparación con el costo final de US\$ 218.8 millones. Es importante resaltar que este incremento se debió al aumento de la superficie construida, que

---

<sup>8</sup> Atanor Soluciones LTDA. 2014. Op. Cit. Página 1 y Cámara de Diputados del Gobierno de Chile. 24 de septiembre de 2014. Página 190.

también fue del 0.9%; el proyecto original planteaba una superficie construida de 113,000 m<sup>2</sup> y al final se construyeron 114,048 m<sup>2</sup>.<sup>9</sup>

Este hospital es el único de la segunda etapa de concesiones hospitalarias que actualmente está operando, puesto que de 7 hospitales que conformaron esta etapa, 3 fueron cancelados y 3 todavía están en etapa de construcción.

Cabe destacar que, dada la estructura de transferencia de riesgos de diseño al socio operador, fue posible redefinir el diseño original, aportando una infraestructura más funcional, más segura y plenamente ajustada a la normativa territorial vigente.

**2.** El Hospital de Antofagasta aporta una valiosa lección con respecto a la estrategia de comunicación que debe de existir por parte de un Estado en todo proyecto APP, la cual debe de informar adecuadamente acerca de sus beneficios y, sobre todo, aclarar sus objetivos principales.

En este caso, el objetivo de utilizar un proyecto APP fue hacer eficientes los costos de construcción, equipamiento y operación de este hospital, así como los 5 más que conformaron la segunda etapa de concesiones hospitalarias. Sin embargo, fue interpretado erróneamente por parte de los trabajadores de salud pública, al considerar que su objetivo era la privatización de este sector, en beneficio de los socios operadores.<sup>10</sup>

De esta forma, el proyecto generó importantes lecciones y sentó las bases para los futuros proyectos APP de salud en Chile, lo cual lo hace relevante.



## ¿Por qué hacer uso del modelo APP?.....

El Estado chileno ha utilizado dos modelos de contratos para satisfacer la necesidad de infraestructura en materia de salud pública:

<sup>9</sup> Molina Milman, Helia. Ministra de Salud del Gobierno de Chile. 20 de mayo de 2014. "Presentación del estado actual de la inversión pública en infraestructura de salud". Documento presentado durante la primera sesión ordinaria de la "Comisión Investigadora De Las Eventuales Irregularidades En Los Procesos De Inversión Pública En Infraestructura Hospitalaria" de la Cámara de Diputados de Chile.

<sup>10</sup> Las opiniones detalladas de los representantes de los gremios de la salud, quienes comparecieron en diversas audiencias ante la Cámara de Diputados de Chile, en agosto de 2014, pueden ser consultadas en el "Informe de la comisión investigadora de las eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria". Páginas 166 a 183.



**1. La Modalidad Tradicional**, en donde el Estado construye y opera enteramente los hospitales. Su principal problema radica en que la infraestructura está sujeta a la disponibilidad de recursos públicos de corto y mediano plazo y por lo tanto se corre el riesgo de que los proyectos queden truncos, enfrenten retrasos, modificaciones o se cancelen. La Cámara de Diputados de Chile concluyó en 2014 que los sobre plazos observados en los hospitales concluidos entre 2011 y 2013 a través de esta modalidad, eran 60% superiores a lo planeado. Asimismo, los costos de construcción por m<sup>2</sup> eran superiores a los observados en los hospitales concesionados.<sup>11</sup>

**2. Las concesiones o modelos APP.** Se utilizan desde el año 2003 en materia de salud.<sup>12</sup> En 2005 se inició la licitación del acuerdo APP de los hospitales Maipú y La Florida, en un solo contrato, iniciando la primera etapa de concesiones hospitalarias en noviembre de 2009.

Ambos hospitales se encuentran en operación desde fines de 2013 y fueron considerados por el Estado como un proyecto piloto, con la finalidad de explorar y evaluar el modelo de concesiones.<sup>13</sup>

Antes de estos proyectos, el riesgo de diseño lo asumía enteramente el Estado, y regularmente se observaban retrasos en las obras, debido a errores de planeación en esta etapa.

En noviembre de 2009, se dio a conocer el programa de la segunda etapa de concesiones hospitalarias, que incluyó los siguientes 7 hospitales: Antofagasta, Salvador, Instituto Geriátrico, Félix Bulnes, Sótero del Río, Biprovincial Quillota – Petorca y Provincial Marga Marga. En 2010 se incorporó como criterio de diseño obligatorio la utilización de sistemas de aislación/disipación sísmica como una característica indispensable en los contratos de acuerdo APP, debido al alto riesgo sísmico de ese país, y la necesidad de mantener plenamente operativas estas instituciones en caso de sufrir ese tipo de catástrofes. El siguiente cuadro compara las características de los contratos de la primera y la segunda etapas.

---

<sup>11</sup> Cámara de Diputados. 2014. Página 213.

<sup>12</sup> Las concesiones en Chile se utilizan desde el año 1993, debido a las restricciones en el gasto público y a la carencia de infraestructura en diferentes ámbitos. Se han construido bajo esta modalidad cárceles y carreteras, con una inversión total de USD\$23 mil millones en más de 93 proyectos (Concesiones 2018).

<sup>13</sup> Cámara de Diputados del Gobierno de Chile. 2014. Op. Cit. Página 186.

**Tabla 1. Dos Etapas de Concesiones Hospitalarias en Chile**  
**Principales Características**

Características	Etapla 1: Hospitales Maipú y La Florida	Etapla 2: A partir del Hospital de Antofagasta
Servicios de mantenimiento	Concesionado	Concesionado
Servicios de alimentación, limpieza, lavandería y ropería	Concesionado	Concesionado
Adquisición, mantenimiento y reposición de equipo industrial	Concesionado	Concesionado
Cafetería y estacionamientos	Concesionado	Concesionado
Diseño	Concesionado el desarrollo del Proyecto Definitivo, con un diseño avanzado	Sólo se concesiona la elaboración de los proyectos definitivos. El diseño conceptual lo elabora el Estado a nivel de anteproyecto avanzado.
Adquisición, mantenimiento y reposición de equipo médico y mobiliario	No Concesionado	Concesionado
Sistemas de información tecnológica	No Concesionado	Concesionado
Servicios médicos	No Concesionado	No Concesionado
Servicios de distribución de medicamentos	No Concesionado	No Concesionado
Servicios de esterilización	No Concesionado	No Concesionado
Servicios de transporte	No Concesionado	No Concesionado
% de ocupación de camas para recibir pagos por amortización de la construcción	80%	60%
Incentivo por desempeño bajo (% ocupación de camas)	No aplica	Entre 85% y 92% US\$ 450 mil semestrales
Incentivo por desempeño medio (% ocupación de camas)	Entre 94% y 97% US\$ 115 mil semestrales	Entre 92% y 97% US\$ 1 millón semestral
Incentivo por desempeño alto (% ocupación de camas)	Más del 97% US\$ 231 mil semestrales	Más del 97% US\$ 1.8 millones semestrales

Fuentes: Cámara de Diputados del Gobierno de Chile. 2014. Op. Cit. Página 39 y Consejo de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas del Gobierno de Chile. 2012.



Las incorporaciones a los contratos de la segunda etapa tienen la intención de trasladar más riesgos operativos a los socios operadores, en comparación con los que se asumían en la primera. Esto, a su vez, tiene el objetivo de reducir los sobre costos y los retrasos en los proyectos. Del mismo modo, se rebajó el componente fijo del subsidio a la operación.

Un modelo APP resultó la solución óptima para resolver la problemática expuesta, ya que traslada los riesgos financieros al sector privado, evitando los sobre costos y retrasos que habitualmente se observaban en los hospitales construidos por esquemas de financiamiento tradicional. Al respecto, Saint-Pierre, San Martín y Solar (2017),<sup>14</sup> concluyen que, en Chile, los hospitales concesionados registran menores costos equivalentes que los de esquema tradicional. La siguiente tabla resume estos costos.<sup>15</sup>

**Tabla 2. Costos Equivalentes de Hospitales Concesionados y con Esquema Tradicional, con características equivalentes y construidos en Chile entre 2005 y 2017**

Indicador	Hospitales Concesionados	Hospitales con Esquema Tradicional
Costo Promedio de Construcción (US\$ por m2)	US\$ 2,106	US\$ 2,272
Costo Promedio de Operación Anual	US\$ 19.4 millones	US\$ 21.3 millones
Valor Presente Neto de los Costos Totales	US\$ 384 millones	US\$ 446 millones

**Fuente:** Se utiliza un tipo de cambio de USD 41.3 por cada UF, vigente el 11 de febrero de 2019. Saint-Pierre, San Martín y Solar (octubre de 2017). Resumen Ejecutivo. Para poder comparar los costos de los hospitales concesionados con tradicionales, los autores utilizan el costo real promedio de tradicionales para estimar los costos de los 5 hospitales que estaban concesionados en Chile en 2017.

Adicionalmente, estos autores afirman que los sobre costos promedio de los hospitales con esquema tradicional resultaron 25% por encima del presupuesto

<sup>14</sup> Cabe destacar que este estudio surge como recomendación, a partir de la paralización de los contratos APP y es contratado por el Ministerio de Salud para responder a las preguntas y afirmaciones relativas al mal desempeño de las APPs.

<sup>15</sup> Los valores asociados a todas las concesiones hospitalarias en Chile están dispuestos en Unidades de Fomento (UF), que es un índice que expresa el valor actualizado del peso chileno, al ser afectado por la inflación. Evoluciona diariamente de acuerdo a la inflación del mes pasado. Se reajusta a partir del día diez de cada mes y hasta el día nueve del mes siguiente, con respecto a la tasa promedio geométrica del Índice de Precios al Consumidor. El Banco de Chile determina su valor diario. (Ministerio de Hacienda de Chile y bancafacil.cl).



original y se observaron retrasos promedio del 54% con respecto a lo planeado inicialmente.<sup>16</sup> Un estudio previo, elaborado por Atanor Soluciones para la Cámara Chilena de la Construcción, en junio de 2014, concluyó que los hospitales de esquema tradicional, cuya construcción inició entre 2000 y 2010, registraron sobre costos promedio de 17% y retrasos de 39%.<sup>17</sup> Lo anterior robustece las razones por las cuales se eligió un esquema APP para realizar el proyecto.<sup>18</sup>

## El Hospital de Antofagasta.....

Con el objetivo de reducir el déficit de infraestructura de salud que existía en 2009, el Estado chileno anunció la construcción 7 hospitales a través de esquemas APP, que en total tendrían una superficie construida de más de 754 mil m<sup>2</sup> y aportarían más de 3,148 camas. Dentro de este paquete se encuentra el Hospital de Antofagasta, el cual es el único que actualmente está en operación.

**Tabla 3. Estado Actual de los 7 Hospitales de la Segunda Etapa de Concesiones Hospitalarias de Chile**

Hospital	Estado
Hospital de Antofagasta	En Operación desde 2017
Félix Bulnes	En Construcción
Salvador – Geriátrico	En Construcción
Sótero del Río	Cancelado
Biprovincial Quillota – Petorca	Cancelado
Provincial Marga	Cancelado

Fuentes: Saint-Pierre, San Martín y Solar (Octubre de 2017) y Dirección General de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas del Gobierno de Chile.

### Componentes y etapas del proyecto

Los siguientes son los **componentes** del proyecto:

<sup>16</sup> Saint-Pierre, San Martín y Solar. Octubre de 2017. “Evaluación de Esquema de Costos y Sistema de Financiamiento de Concesiones Hospitalarias”. Resumen Ejecutivo. Páginas 5 a 11.

<sup>17</sup> Atanor Soluciones. Junio de 2014. Páginas 14 y 16.

<sup>18</sup> Sin embargo, la Cámara de Diputados de Chile, utilizando otra metodología, concluyó que el costo por m<sup>2</sup> de los hospitales concesionados hasta agosto de 2014 era 33% superior al de los de esquema tradicional. Referencia: Cámara de Diputados. 2014. Página 229.





- 1.** Diseño final de la infraestructura a construir, del equipamiento y el mobiliario. El diseño inicial lo elaboró el Estado.
- 2.** Construcción de un establecimiento hospitalario de alta complejidad,<sup>19</sup> de atención hospitalaria y ambulatoria, con capacidad de 671 camas.
- 3.** El hospital consta de 3 edificios principales, con una superficie construida de 114,048 m<sup>2</sup>: torre de hospitalización de 9 pisos, centro de diagnóstico terapéutico de 4 pisos y unidad de pacientes críticos de 4 pisos.
- 4.** Construcción de una cafetería, un auditorio, un jardín infantil, un helipuerto, estacionamientos subterráneo y exterior para 761 plazas, así como una cancha deportiva.
- 5.** Equipamiento médico, industrial y del mobiliario asociado a la infraestructura y la provisión de los servicios.

### Provincia y Puerto de Antofagasta, Chile



Wikipedia: Creado por B1mbo, 5 de octubre de 2007.

<sup>19</sup> El Ministerio de Salud de Chile clasifica a los hospitales como baja, media y alta especialidad. Los hospitales de alta especialidad proveen atención médica y cuidados de enfermería básicos, intermedios e intensivos (pacientes críticos).

## Hospital de Antofagasta



Sacyr. 2017. "Concesiones Hospitalarias. Experiencia Hospital Antofagasta." Presentación.

Las siguientes son las **etapas** del proyecto:

- **Estudios y diseño inicial:**.....Iniciaron en **noviembre de 2009**;
- **Licitación:** ..... Inició en **marzo de 2011**;
- **Adjudicación:** ..... **7 de febrero de 2013**;
- **Diseño final (socio operador):** .....Inició en **febrero de 2013**;
- **Construcción y equipamiento:** .....Iniciaron en **abril de 2014**;
- **Operación:**.....Inició en **octubre de 2017**.

No se registraron retrasos y sólo se observó un sobrecosto del 0.9% con respecto al presupuesto original.<sup>20</sup>

### Estructuración del proyecto

La estructuración implica un **acuerdo APP** de Diseño, Construcción, Operación y Transferencia (DBOT) por 15 años, a partir del término de la construcción y equipamiento de la infraestructura.<sup>21</sup> Esto quiere decir que, aunque el contrato se adjudicó en 2013, el plazo del acuerdo APP para la operación del hospital, así como para los pagos que el Estado hace al socio operador, se iniciaron recién en octubre de 2017, fecha en que finalizó la etapa de construcción.

<sup>20</sup> Molina Milman, Helia. 2014. Op. Cit.

<sup>21</sup> Atanor Soluciones. Junio de 2014. Páginas 2 y 3.



En cuanto al diseño, el Estado chileno elaboró y entregó la versión inicial y conceptual al socio operador, cuyos componentes obligatorios eran el Programa Médico Arquitectónico y Plan Funcional, siendo el resto de los componentes referenciales con el objetivo de que se desarrollara el proyecto definitivo a partir de éste. Por su parte, la Cámara de Diputados de Chile, y sólo para fines de nomenclatura, concluyó que el tipo de APP utilizado en este caso, fue un modelo “Sin gestión clínica DBOT”, ya que se considera que la elaboración de los proyectos definitivos son parte de la etapa de diseño.<sup>22</sup>

El socio operador financió la mayor parte de la construcción y el equipamiento, a través de un crédito otorgado por Corpbanca y Banco Santander Chile –el socio operador incluyó igualmente *equity*, toda vez que inició inversiones previo al cierre financiero.<sup>23</sup> El Estado no aportó recursos durante estas etapas. Los primeros pagos al socio operador se hicieron una vez que la infraestructura estuvo terminada y equipada, verificando la correcta ejecución de las obras y su operación. La siguiente tabla resume estos pagos, que son fijos y sólo se ajustan con la inflación, al estar denominados en Unidades de Fomento (UF).<sup>24</sup>

**Tabla 4. Contraprestaciones del Acuerdo APP del Hospital de Antofagasta**

Pago	Conceptos de Pago	Cuotas	Monto
<b>Fijo a la Construcción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo del proyecto definitivo.</li> <li>• Construcción de las obras.</li> <li>• Reposición Equipamiento Industrial</li> <li>• Garantías de fiel cumplimiento del contrato.</li> <li>• Seguros por daños a terceros y catástrofe.</li> <li>• Inspección fiscal gubernamental.</li> <li>• Programa de gestión por el cambio.</li> <li>• Traslado de equipamiento médico desde el hospital antiguo.</li> <li>• Cambios de servicio para ejecución de las obras.</li> <li>• Fondo de Reserva, Imprevisto de Obras, Elementos de TI y comunicaciones.</li> </ul>	10 pagos anuales	US\$ 34.1 Millones

<sup>22</sup> Cámara de Diputados. 2014. Op. Cit. Página 216. A lo largo del documento, y de acuerdo con la mayoría de las fuentes consultadas, el tipo de APP utilizado en la segunda etapa de concesiones hospitalarias es BOT.

<sup>23</sup> SACYR. 2014. Op. Cit.

<sup>24</sup> La Unidad de Fomento (UF), es un índice que expresa el valor actualizado del peso chileno, al ser afectado por la inflación. Evoluciona diariamente de acuerdo a la inflación del mes pasado. Se reajusta a partir del día diez de cada mes y hasta el día nueve del mes siguiente, con respecto a la tasa promedio geométrica del Índice de Precios al Consumidor. El Banco de Chile determina su valor diario. (Ministerio de Hacienda de Chile y bancafacil.cl).



Pago	Conceptos de Pago	Cuotas	Monto
<b>Fijo a la Operación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservación y mantenimiento de la infraestructura.</li> <li>• Conservación y mantenimiento del mobiliario no clínico.</li> <li>• Conservación y mantenimiento del equipamiento médico y mobiliario clínico.</li> <li>• Provisión de los servicios básicos, especiales obligatorios y complementarios.</li> <li>• Consumos de servicios básicos (luz, agua, gas, telefonía, etc.) asociados a dicha provisión.</li> <li>• Garantías de fiel cumplimiento del contrato.</li> <li>• Seguros por daños a terceros y catástrofe.</li> <li>• Seguros del equipamiento médico y mobiliario clínico.</li> <li>• Inspección fiscal gubernamental.</li> </ul>	30 pagos semestrales hasta un 60% de la ocupación	US\$ 7.3 Millones
<b>Pago variable a la Operación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de los servicios básicos, especiales obligatorios y complementarios. Se determina en relación al número de días camas ocupadas adicionales por sobre el 60%, resultados de servicios y pago de nuevas inversiones.</li> <li>• Adicionalmente existe un pago de 22 US\$ por día de cama ocupada adicional al 60% hasta 110% de ocupación. Cuando se excede el 110%, el Estado paga una multa de aproximadamente US\$ 2,180 por día.</li> </ul>	15 pagos anuales	US\$ 1 millón (aprox.)
<b>Variable Incentivo al Cumplimiento Bajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivo por Nivel de Servicio Global semestral según mínimos establecidos. Adicionalmente se establecen condicionantes a los niveles de servicio parcial de c/u de los servicios, así como ausencia de multas asociadas a la no prestación de servicios. Sólo si el nivel de servicio global varía entre 85% y 92%.<sup>4</sup></li> </ul>	Pago Semestral cuando aplique	US\$ 450 mil
<b>Variable Incentivo al Cumplimiento Medio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivo por Nivel de Servicio Global semestral según mínimos establecidos. Adicionalmente se establecen condicionantes a los niveles de servicio parcial de c/u de los servicios, así como ausencia de multas asociadas a la no prestación de servicios. Sólo si el nivel de servicio global varía entre 92% y 97%.<sup>25</sup></li> </ul>	Pago Semestral cuando aplique	US\$ 1 millón
<b>Variable Incentivo al Cumplimiento Alto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivo por Nivel de Servicio Global semestral según mínimos establecidos. Adicionalmente se establecen condicionantes a los niveles de servicio parcial de c/u de los servicios, así como ausencia de multas asociadas a la no prestación de servicios. Sólo si el nivel de servicio global es superior a 97%</li> </ul>	Pago Semestral cuando aplique	US\$ 1.8 millones

Fuente: Cámara de Diputados del Gobierno de Chile. 2014. Op. Cit. Página 39, Bases de licitación

<sup>25</sup> Este incentivo se calcula a través de un polinomio que se alimenta de los niveles de servicio individual y posee algunas variables de ajuste. Este mecanismo sólo existe en Chile, ya que en otros países se hace una deducción directa a los pagos, situación que en Chile no es legal.



Es muy importante resaltar que, a partir de este proyecto, los contratos de acuerdo APP incluyeron mecanismos de financiamiento, adquisición y reposición de equipamiento médico y mobiliario clínico, que son financiados inicialmente por el socio operador. Estos conceptos son pagados por el Estado a través de montos y fechas establecidos en el contrato y sólo se ajustan por inflación, y no están incluidos en el subsidio fijo a la construcción.

Esta modificación permite que los hospitales concesionados a partir del Hospital de Antofagasta mantengan un nivel óptimo de servicio, ya que asegura que el equipamiento médico funcionará permanentemente, en condiciones óptimas y se mantendrá actualizado durante la vida del acuerdo APP.<sup>26</sup> Lo anterior se sustentó en las siguientes razones:<sup>27</sup>

- Dificultad histórica del Ministerio de Salud (MINSAL y de los Servicios de Salud para asegurar la disponibilidad presupuestaria para la inversión y mantenimiento del equipamiento médico.
- Limitaciones para contar con personal especializado que entregue el mantenimiento al equipamiento médico. Lo anterior provocaba la dificultades de no poder garantizar niveles de disponibilidad del equipamiento en condiciones seguras y confiables de manera permanente, aportando así a la eficiencia de la operación de los hospitales.

Sin embargo, de acuerdo con Saint-Pierre, San Martín y Solar (Octubre de 2017), no existe transferencia de riesgos al socio operador en la provisión de servicios de adquisición y reposición de equipamiento médico y mobiliario clínico, en ninguno de los contratos de la segunda etapa, por lo que el Estado asume la responsabilidad de solicitar su reposición y el riesgo financiero que esto implica.<sup>28</sup> Sin embargo, como parte de la operación, el socio operador si asume el riesgo de la disponibilidad operativa de los mismos, estableciéndose sanciones, así como un mecanismo de compensación inmediata en caso de que algunos equipos críticos<sup>29</sup> no estén operativos.

La siguiente tabla resume la distribución de algunos de los riesgos del contrato.

<sup>26</sup> Atanor Soluciones LTDA. 2014. Op. Cit. Página 6.

<sup>27</sup> Cámara de Diputados de Chile. 2014. Páginas 221 y 222.

<sup>28</sup> Saint-Pierre, San Martín y Solar. Octubre de 2017. Página 40.

<sup>29</sup> Suplencia asistencial. Bases de Licitación.



## Matriz de Riesgos.....

**Tabla 5. Matriz de riesgos del Hospital de Antofagasta**

Categoría de riesgo	Sector Privado	Sector Público
Financiero / Económico	X	
Diseño	X	X
Construcción	X	
Servicios Industriales	X	
Equipamiento	X	
Comercialización	X	
Demanda Esperada	X (parcialmente)	X
Atención Médica		X
Reemplazo de equipo médico y mobiliario clínico	X	X

Fuente: Cámara de Diputados de Chile (2014), Atanor Soluciones (junio de 2014), Saint-Pierre, San Martín y Solar (2017) y Bases de Licitación.

Como puede observarse, la mayoría de los riesgos de construcción y operación fueron transferidos al socio operador.

Los riesgos de diseño y de demanda esperada son compartidos entre el Estado y el socio operador, debido a que:

- Los anteproyectos de diseño son elaborados por el Estado y entregados al socio operador, previo a la adjudicación, para que realice los proyectos definitivos. Claramente, ambas partes están involucradas en el proyecto final y por tanto ambas asumen este riesgo. El riesgo de diseño como tal (como falla de diseño), lo asume el socio operador. Si hay una sobredemanda, lo asume el Estado.





- Los parámetros mínimos de operación del socio operador dependen del porcentaje de ocupación de camas. En este caso, si la demanda de servicios del hospital es baja, el riesgo lo asume el socio operador, pero si es alta, el riesgo lo toma el Estado, ya que tiene que pagar montos variables, así como también eventuales multas por sobreocupación. Esto es un incentivo al estado para que haga utilización eficiente de sus recursos.

El Estado conserva el riesgo de atención médica, ya que los empleados del socio operador no tienen responsabilidades clínicas y sólo interactúan con los pacientes a través de los servicios que brindan. De igual forma, asume el riesgo de reemplazo del equipo médico y el mobiliario clínico, ya que las fechas y los montos de actualización, se determinan previamente en el contrato, existiendo la posibilidad de que surja un avance tecnológico que implique costos no previstos. Sin perjuicio de ello, con el modelo propuesto se garantiza el financiamiento del plan de reposiciones en todo el periodo del acuerdo APP, transformándose en un hito, tanto en la salud pública y privada del país, como a nivel regional.

Es importante mencionar que, en los hospitales concesionados conviven trabajadores empleados por éste y por el Estado. Los primeros están a cargo de los servicios de soporte operacionales, tales como mantenimiento, alimentación, ropería, entre otros, así como de la administración del hospital; mientras que los segundos se encargan de la atención médica y están en contacto directo con los pacientes.

En general, en los contratos de acuerdo APP a partir de este caso, el Estado transfiere una mayor cantidad de riesgos al socio operador, en comparación con las concesiones piloto de los Hospitales Maipú y La Florida. Para revisar las principales diferencias entre los contratos de la primera y la segunda etapa de concesiones hospitalarias, consultar la Tabla 1 en la sección “¿Por qué hacer uso del modelo APP?”. En ella se aprecia que en la segunda etapa se transfirieron riesgos de diseño, adquisición, mantenimiento y reposición de equipo médico y mobiliario, así como los relacionados con los sistemas de información tecnológica, los cuales fueron retenidos por el Estado en la primera etapa.

## ¿Cómo Participan los Involucrados?.....

**Tabla 6. Participación de los Involucrados en el Proyecto**

	Sector público	Sector privado
<b>Inversión</b>	Sin participación	100% US\$ 218.8 millones Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI S.A.
<b>Financiamiento</b>	Sin participación	100% US\$ 218.8 millones Corpbanca y Banco Santander Chile
<b>Destino de los recursos</b>	-	Construcción de la infraestructura, equipamiento y elaboración del proyecto definitivo

Fuente: SACYR. 2014. Op. Cit.

El contrato APP fue adjudicado al consorcio privado “Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI S.A.”, conformado en un 70% por la empresa española “Sacyr Concesiones Chile S.p.A.” y en un 30% por la compañía estadounidense “Global Dominion Access S.A.” La etapa de construcción fue financiada por Corpbanca y Banco Santander Chile.<sup>30</sup> Por su parte, el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile participa brindando todos los servicios médicos del hospital.

## ¿Qué retos enfrentó el proyecto?.....

El propósito principal de cualquier modelo APP es trasladar riesgos del sector público al privado, con el fin de que ambos compartan objetivos y responsabilidades en la construcción y operación de proyectos de infraestructura. De esta forma se aprovechan mejor las ventajas que ofrece cada sector y se generan beneficios que pueden traducirse en ahorros financieros y mayor eficiencia operativa para el sector.

Por lo tanto, es indispensable transmitir a la sociedad las ventajas del modelo, ofreciendo una visión positiva a través de estrategias de comunicación que incluyan a todos los sectores sociales involucrados. Esta estrategia debe implementarse desde las etapas iniciales del proyecto, informando claramente sus beneficios y transparentando de esta forma todas sus etapas.

<sup>30</sup> SACYR. 2014. Op. Cit.



En este sentido, el principal reto que enfrentó el proyecto fue la correcta comunicación de sus objetivos y ganancias netas. Al utilizarse un modelo APP, se buscaba lograr la mayor eficiencia posible en las etapas de construcción y operación, mejorando el desempeño observado en hospitales de esquema tradicional, soportados operacionalmente por el Estado.

Desafortunadamente, no se contó con una estrategia de comunicación integral e intensiva, y el resultado fue el estallido de un conflicto social entre el gremio de trabajadores de salud pública y el Estado, el cual ocurrió a mediados de 2014. Los trabajadores demandaban la cancelación del esquema de concesiones hospitalarias y tenían distintos argumentos en contra de cada una de las etapas de los proyectos.

El contexto del conflicto tiene antecedentes de ideología política, puesto que el proyecto fue iniciado por una administración presidencial que gobernó hasta marzo de 2014 y fue sustituida por otra con una ideología distinta. Para un sector del nuevo gobierno, las concesiones no eran vistas de manera positiva. Esta discrepancia se manifestó a pocos meses del inicio de la nueva gestión gubernamental y no se produjo un acuerdo político entre las partes.

Al respecto, la Asociación de Socios operadores de Obras de Infraestructura Pública de Chile (COPSA), reconoció que se cometieron errores de comunicación cuando se inició este conflicto, ya que no se logró explicar a los trabajadores inconformes, que concesionar no implica privatizar. La palabra “acuerdo APP” se demonizó y se convirtió en sinónimo de inquietud para muchos de ellos.<sup>31</sup>

El argumento central de los trabajadores en contra de las concesiones consistía en que se beneficiaba al sector privado a costa del deterioro de la salud pública. Adicionalmente, temían que los servicios de atención médica fueran eventualmente concesionados, y que esto pudiera afectar su situación laboral. Lo anterior puede resumirse con lo expresado por la Federación de Profesionales Universitarios de la Salud, ante la Cámara de Diputados: “... *El Estado debe estar centrado en las personas y en satisfacer las necesidades de la población. La concesionaria está centrada en el negocio y en obtener ganancias...*”<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> pauta.cl. 16 de abril de 2018. Prensa.

<sup>32</sup> Cámara de Diputados de Chile. 2014. Página 180.

Los argumentos no se referían particularmente al Hospital de Antofagasta, sino que estaban en contra de todo el modelo de concesiones hospitalarias. La siguiente tabla los resume.<sup>33</sup>

**Tabla 7. Argumentos de los Gremios de la Salud en contra de las Concesiones Hospitalarias en Chile**

Etapa de los Proyectos	Argumento en Contra
<b>Diseño</b>	El Estado es mucho mejor administrador de la salud que el sector privado.
	Los diseños fueron elaborados apresuradamente, con el fin de reducir los tiempos de licitación, por lo tanto, se elaboraron incorrectamente.
	Espacios físicos insuficientes.
	Los trabajadores de la salud fueron excluidos de las distintas presentaciones y exposiciones del proyecto y desconocían sus objetivos, beneficios y principales implicaciones.
<b>Licitación</b>	Conflictos de interés entre asesores, promotores de los proyectos, socios operadores y funcionarios públicos.
	Proceso de licitación llevado a cabo de forma oculta.
	Algunos socios de las empresas concesionarias tenían denuncias por estafas, habían sido embargadas o habían participado en proyectos de infraestructura fallidos en otros países.
	Algunas empresas que formaban parte de los consorcios socios operadores generaban dudas con respecto a su capacidad económica, tenían cuestionamientos en otros proyectos de infraestructura en Chile.
<b>Construcción</b>	Corrupción en autorizaciones y permisos de construcción.
	Entrega apresurada de obras, sin la supervisión adecuada del Estado y sin procesos adecuados de capacitación para los trabajadores.
	Inauguraciones adelantadas con fines políticos, a pesar de que las obras estaban inconclusas y sin los permisos necesarios. No se aplicaban multas a los socios operadores por este tipo de incumplimientos.
	Sobre precios.
	Mayores costos en la construcción de hospitales concesionados, en comparación con los hospitales de esquema tradicional.

<sup>33</sup> Las opiniones detalladas de los representantes de los gremios de la salud, quienes comparecieron en agosto de 2014, en diversas audiencias ante la Cámara de Diputados de Chile, pueden ser consultadas en el "Informe de la comisión investigadora de las eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria". Páginas 166 a 183.



Operación	Gestión de salud pública ineficiente y más costosa, en comparación con la de hospitales privados.
	Sobre costos en la contratación externa de servicios por parte del socio operador, como seguridad o limpieza.
	Inexistente integración entre las áreas de atención médica, operación y mantenimiento.
	Personal sin experiencia ni conocimiento de procesos, que reemplazó a trabajadores con trayectoria en el servicio público.
	Insuficiente número de camas y trabajadores.
	Incumplimiento de los parámetros mínimos de operación establecidos en el contrato. A pesar de ello, los socios operadores recibían oportunamente su pago.
	Muchos trámites burocráticos que impedían una operación ágil, ocasionado por la división de las labores entre los trabajadores del socio operador y del Estado.
	Corrupción en autorizaciones y permisos de operación.

Fuente: Cámara de Diputados de Chile. 2014. "Informe de la comisión investigadora de las eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria." Páginas 166 a 183.

Derivado de este conflicto, la Cámara de Diputados creó una comisión para investigar la eventual existencia de irregularidades en los procesos de las concesiones hospitalarias, concluyendo lo siguiente:<sup>34</sup>

- *“El esquema de concesiones no resulta necesariamente más económico, ni asegura mejores plazos en la construcción y puesta en marcha de infraestructura hospitalaria, en comparación con la que puede ser construida por un esquema tradicional.*
- *Resultaba más económico financiar la construcción de hospitales con crédito tradicional, que, a través de concesiones, por lo que se debía analizar esta opción como alternativa de financiamiento para nuevos proyectos.*
- Las modificaciones de los contratos, incorporadas en la segunda etapa de concesiones, estuvieron orientadas a beneficiar a los socios operadores, sin existir razones o estudios técnicos que las justificaran.
- El acuerdo APP de los servicios no clínicos resultó en un deterioro significativo en la calidad de atención de los hospitales concesionados.
- *El mecanismo de incentivos fomentó la entrega anticipada de infraestructura, sin contar con las autorizaciones correspondientes.”*

<sup>34</sup> Cámara de Diputados. 2014. Página 240.

Como consecuencia, el Estado decidió cancelar las concesiones de los hospitales Sótero del Río, Biprovincial Quillota–Petorca y Provincial Marga en 2014, debido a que los informes presentados ante la Cámara de Diputados, demostraban el encarecimiento en su operación.<sup>35</sup> Adicionalmente, a partir de ese momento, se dejó de emplear la herramienta de las concesiones para licitar la construcción y operación de hospitales públicos.<sup>36</sup> De esta forma, únicamente se mantuvieron las concesiones de 6 hospitales: Maipú y La Florida que estaban en operación, así como Antofagasta, Félix Bulnes y Salvador–Geriátrico, que estaban en etapas previas.

Adicionalmente, la Cámara de Diputados recomendó estudiar y modificar los contratos que continuaron vigentes. Como resultado, el Estado anunció en marzo de 2018 la reanudación de las concesiones hospitalarias, iniciando así una tercera etapa en que se planea construir 18 hospitales que se finalizarán entre 2023 y 2026, totalizando 824 camas adicionales. La razón principal de esta decisión es la necesidad de disminuir el déficit de infraestructura hospitalaria que aún existe en el país.<sup>37</sup> Las principales modificaciones que se han anunciado, con respecto a la segunda etapa, son las siguientes:<sup>38</sup>

Para efectos de comunicación, se eliminó la palabra “acuerdo APP”, que fue sustituida por “Asociación Público-Privada (APP)”, con la intención de no utilizar una palabra “satanizada” y evitar el surgimiento de conflictos sociales.

- Sólo se licitará la construcción y el mantenimiento de la infraestructura, así como la provisión, reposición y mantenimiento del equipamiento médico.
- No se licitará ningún tipo de servicio anexo, como alimentación, limpieza o logística, entre otros.

Como consecuencia del conflicto, el Ministerio de Salud se comprometió a analizar de manera objetiva los contratos de acuerdo APP, en comparación con los tradicionales. Para ello se licitó el estudio que elaboraron Saint-Pierre, San Martín y Solar, fue finalizado en el año 2017 y aporta resultados cuantificables respecto a los dos modelos.

---

<sup>35</sup> Cámara de Diputados. 2014. Páginas 232 a 237.

<sup>36</sup> Ídem. Página 241. Ver proyecto

<sup>37</sup> pauta.cl. 16 de abril de 2018. Prensa.

<sup>38</sup> Ídem.





Un reto adicional que enfrentó el proyecto fue la falta de experiencia del Estado en concesiones de salud, ya que antes del Hospital de Antofagasta, sólo había adjudicado un contrato para el acuerdo APP de los hospitales Maipú y La Florida. Sin embargo, el país contaba con una amplia experiencia en la elaboración de proyectos APP, y fue considerado por *Infrascope*, en sus ediciones de 2010, 2012 y 2014, como el país con la mayor capacidad para llevar a cabo este tipo de proyectos en América Latina y el Caribe.<sup>39</sup>

Enfrentado todos estos retos, el Hospital de Antofagasta es el único de la segunda etapa de concesiones que está en funcionamiento, y las lecciones aprendidas en todas sus etapas sirvieron como base para las modificaciones que se integrarán a la estructura de la tercera etapa, que está próxima a iniciar.



## ¿Cómo lo Recibió la Sociedad?.....

Además del conflicto social que surgió en contra del esquema completo de concesiones hospitalarias, anteriormente mencionado, este proyecto en particular no recibió oposición o cuestionamientos relevantes. Un tema importante es que, a partir de los contratos del segundo grupo, se incluyó un componente de “Gestión de Cambio”, cuya implementación en Antofagasta permitió anticipar los conflictos y manejarlos adecuadamente.

Su única crítica tiene que ver con una auditoría practicada por la Contraloría General de la República en 2014, la cual encontró irregularidades en las especificaciones de las instalaciones de la red de agua potable, las cuales fueron corregidas por el socio operador antes de la puesta en marcha del proyecto.<sup>40</sup>



## ¿Qué Resultados se han observado?.....

El proyecto carece de indicadores particulares que permitan evaluar sus resultados, por lo que sus logros deben de considerarse dentro del programa completo de concesiones hospitalarias.

En este sentido, Saint-Pierre, San Martín y Solar (2017) concluyeron que las dos etapas de concesiones lograron que se redujeran los costos de construcción y operación de los hospitales concesionados, en comparación con los de esquema

<sup>39</sup> *Infrascope*. <https://infrascope.eiu.com/resource-library/>

<sup>40</sup> La Izquierda Diario. 9 de julio de 2017. Prensa.



tradicional. De igual forma, estimaron que el valor presente de los costos totales de los concesionados es menor que el de los tradicionales.

Por su parte, *Atanor Soluciones* (junio de 2014) concluyó que en la fecha en que se elaboró su estudio, los hospitales concesionados no registraron sobre costos y experimentaron menores retrasos y costos de construcción por m<sup>2</sup> que los de esquema tradicional. Adicionalmente, los concesionados tenían una mayor relación de m<sup>2</sup> construidos por cama, lo que los hacía más cómodos y funcionales.<sup>41</sup>

Con respecto a la operación, Saint-Pierre, San Martín y Solar (2017) estimaron que el costo promedio de operación anual en los hospitales concesionados era US\$ 1.9 millones menor que en los de esquema tradicional.

Lo anterior permite concluir que el proyecto cumplió con los objetivos y con las condiciones contractuales que fueron definidas en cuanto a la construcción de la infraestructura y a su operación. Sin embargo, no consiguió tener una correcta comunicación, ni un diálogo fluido con la sociedad, que permitiera expresar el por qué de la toma de decisiones y las ventajas que estos modelos le suponen, lo que resultó en la cancelación del programa de concesiones hospitalarias en 2014.



## ¿Qué Lecciones se Aprendieron?.....

La lección más importante radica en la relevancia de la comunicación de los beneficios de los proyectos APP, por parte del Estado hacia la sociedad. En especial cuando se trata de temas sensibles que, de no ser aclarados, pueden interpretarse como la privatización de derechos o bienes públicos, a favor del sector privado, en este caso el derecho a la salud.

El rechazo a las concesiones hospitalarias en Chile por parte de los gremios de salud pública estaba basado en la percepción de que se beneficiaba únicamente a los socios operadores, ocasionando inquietudes acerca de una eventual privatización de todos los servicios, lo cual podría afectar sus condiciones laborales. Los siguientes son algunos ejemplos de los lemas vistos en las protestas públicas, los cuales denotan una lucha en contra de la privatización:

<sup>41</sup> Atanor Soluciones. Junio de 2014. Página 23



- *“La salud es una obligación del estado, no un negocio.”*<sup>42</sup>
- *“Es preferible el bien de muchos que la opulencia de pocos.”*<sup>43</sup>
- *“No al lucro y la usura en salud”*<sup>44</sup>

Una estrategia de comunicación diferente, posiblemente hubiera podido evitar el complejo conflicto social que estalló en 2014.<sup>45</sup> Como referencia, otro de los casos de esta serie, acerca del proyecto APP de la planta tratadora de aguas residuales de Atotonilco, en México, implementó una estrategia correcta de comunicación y de acercamiento con la sociedad, lo que evitó conflictos. De esta forma su desarrollo no se vio afectado por este motivo, a pesar de que existían ancestrales disputas por el agua, entre los habitantes de la zona y el Estado.

La segunda lección consiste en que la planeación y la ejecución ordenadas, incrementan las probabilidades de éxito de los proyectos de infraestructura, aún ante la presencia de graves conflictos sociales. En este caso, la construcción del Hospital de Antofagasta se concluyó de acuerdo a lo planeado y a pesar de una fuerte oposición social.

La tercera lección aprendida, implica que los proyectos APP deben de buscar no sólo la eficiencia de construcción de infraestructura (desarrollo de activos), sino la atención eficiente de los problemas de la población (prestación de los servicios asociados). En este caso, la construcción y el equipamiento no presentaron contratiempos, y tanto el proyecto, como todo el programa de concesiones hospitalarias, se orientaron a la eficiencia en estas etapas.

<sup>42</sup> Diario UChile. 6 de noviembre de 2017. “Concesiones hospitalarias enfrentan a los comandos de Goic y Guillier” – Prensa.

<sup>43</sup> piensaChile.com. 29 de julio de 2014. “29 de julio: Marcha de Trabajadores de la Salud contra las Concesiones Hospitalarias” – Prensa.

<sup>44</sup> Werken Rojo. 12 de julio de 2017. “Chile – ¡¡No a las concesiones hospitalarias!! La lucha continúa” – Prensa.

<sup>45</sup> Ver declaraciones de la Asociación de Socios operadores de Obras de Infraestructura Pública de Chile: pauta.cl. 16 de abril de 2018. Prensa.

## Referencias Bibliográficas

- Alonso, Pinto, Astorga, Freddi. Noviembre de 2014. **“Conceptos generales y modelos”** NOTA TÉCNICA #IDB-TN-714. Serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. [https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6697/Serie\\_de\\_notas\\_%20t%C3%A9cnicas\\_sobre\\_%20asociaciones%20p%C3%BAblico-privadas\\_%20en\\_el\\_sector\\_de\\_la\\_salud\\_de\\_Am%C3%A9rica\\_Latina%20.pdf?sequence=1](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6697/Serie_de_notas_%20t%C3%A9cnicas_sobre_%20asociaciones%20p%C3%BAblico-privadas_%20en_el_sector_de_la_salud_de_Am%C3%A9rica_Latina%20.pdf?sequence=1)
- Alonso, Pinto, Astorga y Freddi. Mayo de 2015. **“Requerimientos generales y específicos para los contratos de asociaciones público-privadas en salud?”** NOTA TÉCNICA #83. Nota 2 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7751/10-anos-de-asociaciones-publico-privadas-app-en-salud-en-america-latina.pdf?sequence=1>
- Alonso, Pinto, Astorga y Freddi. Octubre de 2015. **“Menos cuentos, más evidencia. Asociaciones público-privadas en la literatura científica”** NOTA TÉCNICA # IDB-TN-882. Nota 3 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8270/Como-articular-las-APP-dentro-de-un-programa-de-inversiones-en-salud-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alonso, Pinto, Astorga, Freddi y Correderas Silván. Julio de 2016. **“10 años de Asociaciones Público- Privadas (APP) en salud en América Latina ¿Qué hemos aprendido?”** NOTA TÉCNICA #IDB-TN-1068. Nota 4 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7751/10-anos-de-asociaciones-publico-privadas-app-en-salud-en-america-latina.pdf?sequence=1>
- Alonso, Pinto, Astorga, Freddi y Corredera. Abril de 2017. **“¿Cómo articular las APP dentro de un programa de inversiones en salud en América Latina y el Caribe?”** NOTA TÉCNICA # IDB-TN-1273. Nota 5 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8270/Como-articular-las-APP-dentro-de-un-programa-de-inversiones-en-salud-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Atanor Soluciones LTDA. Junio de 2014. **“Análisis comparativo. Implementación de hospitales por contrato sectorial versus sistema de concesiones de obras públicas”**. Elaborado para la Cámara Chilena de la Construcción. <http://biblioteca.cchc.cl/datafiles/33158-2.pdf>
- Cámara de Diputados del Gobierno de Chile. 24 de septiembre de 2014. **“Informe de la comisión investigadora de las eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria”**. <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=21907&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>
- Consejo de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas del Gobierno de Chile. 2012. **“Acta definitiva de sesión de julio de 2012”**. <https://www.mop.cl/Direccionesyareas/DirecciondeConcesiones/Documents/Acta%20Definitiva%2023%20de%20Julio%20de%202012.pdf>
- Diario UChile. 6 de noviembre de 2017. **“Concesiones hospitalarias enfrentan a los comandos de Goic y Guillier”**. <https://radio.uchile.cl/2017/11/06/concesiones-hospitalarias-enfrentan-a-los-comandos-de-goic-y-guillier/>
- **Dirección General de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas del Gobierno de Chile**. <http://www.concesiones.cl/proyectos/Paginas/detalleExplotacion.aspx?item=121>
- **Ejemplo de solicitud del contrato de concesión del Hospital de Antofagasta, negada en 2016 por la Comisión de Probidad y Transparencia del Gobierno de Chile**: <http://transparencia.dgop.cl/ccop/secretoreserva/DGOP-10353392-3873.pdf>
- La Izquierda Diario. 9 de julio de 2017. **“Nuevo Hospital de Antofagasta en la mira por irregularidades en la concesión”**. <https://www.laizquierdadiario.cl/Nuevo-Hospital-de-Antofagasta-en-la-mira-por-irregularidades-en-la-concesion>
- La Izquierda Diario. 9 de julio de 2017. **“Nuevo Hospital de Antofagasta en la mira por irregularidades en la concesión”**. <https://www.laizquierdadiario.cl/Nuevo-Hospital-de-Antofagasta-en-la-mira-por-irregularidades-en-la-concesion>
- La Izquierda Diario. 19 de mayo de 2018. **“Fallas en el Hospital Regional de Antofagasta y la culpa del modelo de concesiones”**. [https://www.laizquierdadiario.cl/Fallas-en-el-Hospital-Regional-de-Antofagasta-y-la-culpa-del-modelo-de-concesiones?id\\_rubrique=1201](https://www.laizquierdadiario.cl/Fallas-en-el-Hospital-Regional-de-Antofagasta-y-la-culpa-del-modelo-de-concesiones?id_rubrique=1201)

- Molina Milman, Helia. Ministra de Salud del Gobierno de Chile. 20 de mayo de 2014. **“Presentación del estado actual de la inversión pública en infraestructura de salud”**. Documento presentado durante la primera sesión ordinaria de la “Comisión investigadora de las eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria” de la Cámara de Diputados de Chile. <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=16175&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>
- pauta.cl. 16 de abril de 2018. **“El silencioso regreso de las concesiones de hospitales”**. Prensa. <http://www.pauta.cl/economia/el-silencioso-regreso-de-las-concesiones-de-hospitales>
- piensaChile.com. 29 de julio de 2014. **“29 de julio: Marcha de Trabajadores de la Salud contra las Concesiones Hospitalarias”**. <http://piensachile.com/2014/07/29-de-julio-marcha-de-trabajadores-de-la-salud-contra-las-concesiones-hospitalarias/>
- Pressenza. 18 de agosto de 2014. **“Chile: se paraliza la aplicación del modelo concesión en un hospital, tras 28 días de huelga.”** <https://www.pressenza.com/es/2014/10/chile-se-paraliza-la-aplicacion-del-modelo-concesion-en-un-hospital-tras-28-dias-de-huelga/>
- SACYR. Comunicado del 6 de noviembre de 2014. **“Sacyr cierra con Corpbanca y Banco Santander Chile la financiación del hospital de Antofagasta (Chile)”**. [http://www.sacyr.com/es\\_en/images/financiación%20antofagasta\\_tcm30-18148.pdf](http://www.sacyr.com/es_en/images/financiación%20antofagasta_tcm30-18148.pdf)
- SACYR. 2017. **“Concesiones Hospitalarias. Experiencia Hospital Antofagasta”**. <http://www.fundacionchile-espana.org/wp-content/uploads/2017/11/Sacyr.pdf>
- Saint-Pierre, San Martín y Solar. Octubre de 2017. **“Evaluación de Esquema de Costos y Sistema de Financiamiento de Concesiones Hospitalarias”**
- Radio Cooperativa. 1 de agosto de 2014. **“La discusión abierta sobre el modelo de concesiones hospitalarias”**. <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/hospitales/la-discusion-abierta-sobre-el-modelo-de-concesiones-hospitalarias/2014-08-01/082153.html>
- Werken Rojo. 12 de julio de 2017. **“Chile – ¡¡No a las concesiones hospitalarias!! La lucha continúa”**. <https://werkenrojo.cl/chile-no-a-las-concesiones-hospitalarias-la-lucha-continua/>
- World Finance. 2013. **“Project Finance Deal of the Year Awards 2013”**. <https://www.worldfinance.com/awards/project-finance-deal-of-the-year-awards-2013>





