

**Documentos de Trabajo No. 90**

Octubre 2018

Análisis Licitaciones para la construcción de Recintos Hospitalarios

Pablo Easton

La publicación de los Documentos de Trabajo no está sujeta a la aprobación previa de la Mesa Directiva de la Cámara Chilena de la Construcción A.G. Tanto el contenido de los Documentos de Trabajo como también el análisis y conclusiones que de ellos se deriven, son de exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es) y no reflejan necesariamente la opinión de la Cámara Chilena de la Construcción A.G. o sus directivos.

## 1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este documento es caracterizar las formas de contratación que existen por parte del Estado para efectos de la construcción de obras hospitalarias. Lo anterior, con la finalidad de identificar elementos que puedan afectar tanto en el desarrollo de estas como desviarse del marco contractual acordado.

De esta forma, se presenta una breve contextualización del caso chileno en materia de requerimientos de atención médica, tanto respecto a las tendencias demográficas que impactan tanto las demandas futuras como la situación actual de la infraestructura asociada. Luego, se abordan las formas de contratación por parte del Estado para el desarrollo este tipo de obras, así como las principales problemáticas asociadas a la provisión oportuna de esta. A continuación, se realiza un breve análisis cuantitativo que ilustra la problemática, para dar paso a un análisis de casos que complementen lo anterior. Por último, se entregan comentarios y recomendaciones respecto a lo evidenciado a lo largo del documento.

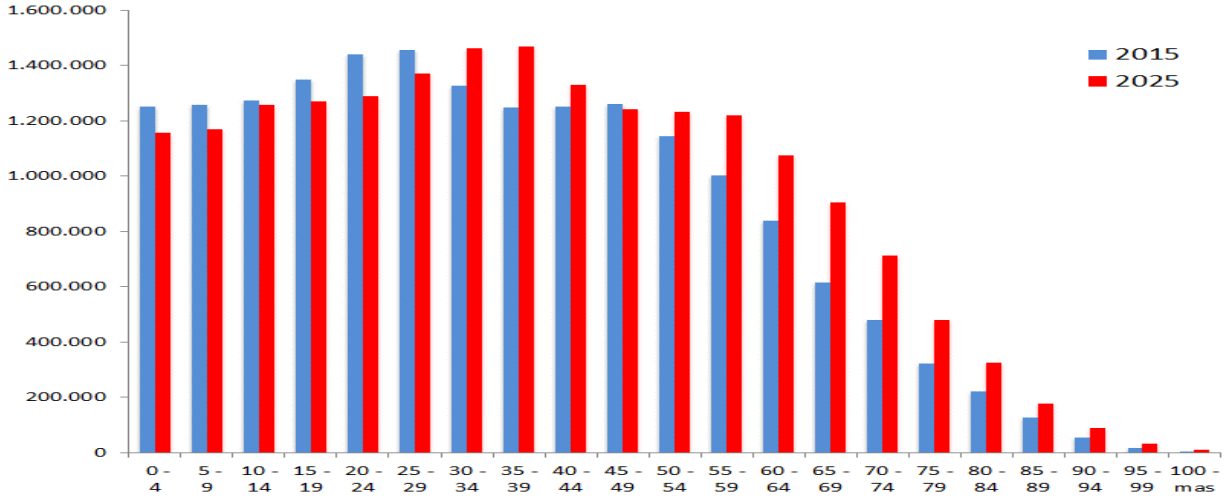
## 2. DESARROLLO DE HOSPITALES PÚBLICOS EN CHILE

### Contexto

Chile cuenta con una política de salud integral desde 1952, con la conformación del Sistema Nacional de Salud a partir de la promulgación de la ley 10.383. Ello explica que en la actualidad existan indicadores de salud que sobresalen respecto al resto de los países de Latinoamérica. A modo de ejemplo, la esperanza de vida al nacer (EVN) es de 79 años mientras que en la región es de 74 años; mientras que en el caso de la mortalidad infantil es de 7,2 vs. 22,4 por cada 1.000 habitantes.

Lo anterior ha traído diversas consecuencias. Más aún si se considera que tres cuartos de los chilenos se atienden en el sistema público (77,3%, CASEN 2015). Una de ellas ha sido el cambio en el perfil demográfico del país, el cual se encuentra en pleno proceso de envejecimiento de la población. Ello expone a los servicios de salud y, en consecuencia, a las autoridades respecto a la necesidad de reaccionar con prontitud y flexibilidad ante una mayor demanda por atenciones no tradicionales; y, por esta vía, se pone presión sobre la red de establecimientos hospitalarios, los cuales han sido diseñados tanto en su dotación profesional como en una infraestructura para requerimientos distintos.

**Figura 1: Variación grupos etarios 2015-2025**



Fuente: CELADE – CEPAL.

El aumento de la demanda por servicios hospitalarios, tanto en volumen como en complejidad, impone el desafío a la política pública de anticipar su tendencia, de forma tal de contar con una red de infraestructura hospitalaria adecuada a las necesidades y que ello ocurra de forma oportuna, evitando con ello la saturación de la red existente.

Debido a lo anteriormente expuesto, es que el foco de este análisis se dará a la infraestructura hospitalaria pública. En particular, aquella pertenecientes a la red de atención terciaria (hospitales de baja, mediana y alta complejidad administrados por el Estado).

### Red Hospitalaria Pública

Estimaciones actuales sugieren que la Red de Servicios Hospitalarios asciende a aproximadamente 2,4 millones de metros cuadrados construidos en su totalidad. Esta se descompone de proyectos en construcción a la fecha, es decir, aquellos considerados en el Sistema Nacional de Inversiones, y de proyectos en operación. De estos últimos, existe un porcentaje significativo de infraestructura con necesidades de reposición, que no está siendo considerada dentro de la cartera de proyectos. Así, se estima que, de la red actual, aproximadamente 60% se encuentra en estado regular o malo<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Lo anterior bajo el supuesto que la reposición del hospital existente en mal o regular estado implica un crecimiento de la infraestructura en 218% en promedio. Estimaciones basadas en informe Infraestructura Crítica para el Desarrollo 2016-2025, CChC.

**Figura 2: Red Asistencial por región y complejidad (M<sup>2</sup>)**

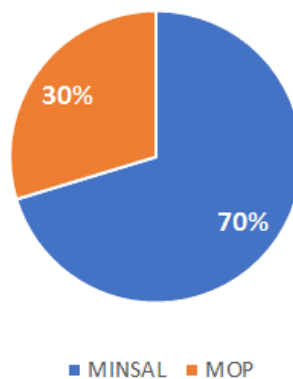
Región	Alta	Baja	Mediana	Total
Tarapacá	23.382	-	-	23.382
Antofagasta	146.474	14.891	-	161.365
Atacama	39.300	5.054	17.779	62.133
Coquimbo	41.296	19.270	6.644	67.210
Valparaíso	174.308	42.912	8.287	225.507
O'Higgins	81.200	20.346	18.661	120.207
Maule	155.229	20.165	16.284	191.678
Bíobío	127.988	56.373	54.036	238.397
La Araucanía	86.620	19.546	66.423	172.589
Los Lagos	141.941	28.967	6.179	177.087
Aysén	18.494	2.457	14.458	35.409
Magallanes	37.925	3.595	3.847	45.367
Metropolitana	754.054	2.299	43.767	800.120
Los Ríos	44.816	26.479	-	71.295
Arica Parinacota	35.804	-	-	35.804
<b>Total</b>	<b>1.908.831</b>	<b>262.354</b>	<b>256.365</b>	<b>2.427.550</b>

Fuente: CChC en base a DEIS.

Lo anterior implica que cerca de 1,3 millones de metros cuadrados se encuentran actualmente en estado regular o malo. Según lo anterior, esta inversión necesaria para mejorar los estándares de servicios hospitalarios no es considerada en el plan actual que se encuentra en desarrollo, por lo tanto, se evidencia un escenario en el cual no se está anticipando a las tendencias demográficas futuras que marcarán la atención médica requerida.

Por otro lado, existen dos organismos institucionalmente responsables de la ejecución de la cartera hospitalaria impulsada por el Gobierno, siendo estos el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Ministerio de Obras Públicas (MOP). Es decir, quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo los procesos asociados a la contratación de los servicios de construcción, como lo son el llamado a licitación, adjudicación y monitoreo de las obras desarrolladas.

**Figura 3: Cartera hospitalaria 2014-2018 según unidad responsable (M<sup>2</sup>)**

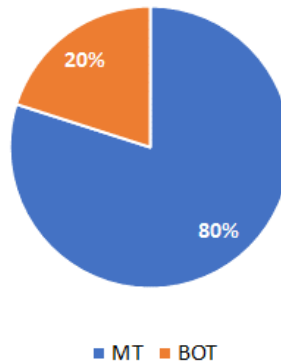


Fuente: CChC en base a Ministerio de Salud.

## Desarrollo de infraestructura hospitalaria pública: Formas de contratación

Desde el punto de vista del derecho administrativo, existen dos maneras de contratar servicios de construcción de recintos hospitalarios como los descritos anteriormente. El Estado, como mandante de la obra pública, a través de su institucionalidad puede contratar el diseño y/o la construcción del proyecto para su ejecución por parte de un tercero, en este caso la empresa de ingeniería y/o constructora. Esto se conoce como metodología tradicional. Por otro lado, el Estado puede – con un estándar de diseño previo – concesionar la infraestructura hospitalaria, es decir, otorgar al contratista las tareas de construcción con financiamiento propio a cambio de ciertos derechos de explotación por un cierto tiempo. Esto se conoce como el modelo Build-Operate-Transfer (BOT). Respecto de la cartera actual (figura 3), si la observamos según tipo de contratación, la mayor parte de esta se encuentra en ejecución bajo la primera (80%).

**Figura 4: Cartera hospitalaria 2014-2018 según modalidad de contratación (M<sup>2</sup>)**



Fuente: CChC en base a Minsal.

### i. Metodología Tradicional

Corresponde al principal método para la contratación de obra pública hospitalaria. La formulación de las bases, los llamados a licitación y los procesos de adjudicación son responsabilidad institucional del Ministerio de Salud, específicamente a través de los Servicios de Salud (SS) correspondientes a la zona geográfica en la cual se emplazará el proyecto. Adicionalmente, son la contraparte fiscalizadora al desarrollo normal de las obras en su etapa de construcción, esto en cuanto a las funciones de monitoreo y revisión del correcto desarrollo del proyecto, a través de la figura del Inspector Técnico de Obras (ITO). En cuanto a la modalidad de adjudicación más habitual, esta corresponde a la contratación vía suma alzada, lo cual se entiende como el compromiso de entregar las obras de acuerdo a fases 100% completadas, las cuales a su vez gatillan pagos fijos repartidos en plazos previamente estipulados entre las partes.

Gran parte de la agenda de hospitales 2014-2018 se ejecuta mediante esta modalidad bajo propuesta pública (aunque adicionalmente vía trato directo en ciertos casos). Adicionalmente, el Ministerio de Obras Públicas puede actuar como mandante en ciertos proyectos vía convenio mandato con el MINSAL, sin embargo, estos corresponden a 13% de la cartera ejecutada bajo esta modalidad.

## ii. **Build-Operate-Transfer**

Este modelo es más conocido como la concesión de obra pública. En Chile, independiente de su tipología, es tarea institucional del Ministerio de Obras Públicas llevar a cabo los procesos de licitación y adjudicación. Esto, a través de la Coordinación de Concesiones, la cual actúa como mandante estatal. Por tanto -a diferencia de la metodología tradicional- en este caso se efectúa de manera centralizada y a partir de un solo organismo concentrando las labores asociadas a la concesión. Para el caso de los hospitales, sin embargo, la concesión la construcción y posterior operación se traduce en llevar a cabo y administrar los servicios anexos al giro principal de este -el cual son la provisión de servicios médicos. Estos quedan a responsabilidad del Ministerio de Salud.

Para efectos del análisis en lo que queda del documento, en adelante nos concentraremos, exclusivamente, en la aplicación de la metodología tradicional como forma de contratación de construcción de obras hospitalarias, específicamente aquella que es desarrollada por parte de los Servicios de Salud.

## **3. DESARROLLO DE OBRAS HOSPITALARIAS BAJO LA METODOLOGÍA TRADICIONAL: ALGUNAS CONSECUENCIAS**

A continuación, se analiza una muestra de hospitales cuya construcción fue mandatada por los Servicios de Salud a través de la metodología tradicional de contratos de obra pública, con el objetivo de relevar las principales problemáticas y desafíos. Respecto de estos últimos, se evidencian diversos aspectos de mejora, específicamente durante el proceso de construcción de la obra, período en el cual existen modificaciones contractuales que se traducen en aumentos significativos tanto de costos como de plazos, respecto a lo estipulado en las bases de licitación.

En este sentido, se pueden identificar dos ejes que afectan el correcto desarrollo de la construcción de una obra hospitalaria: el uso de bases propias y la fragmentación de la institucionalidad mandante. Las que se desarrollan a continuación.

### i. Bases propias de cada Servicio de Salud

Hasta 2012, el marco contractual más frecuente a la hora de contratar servicios de construcción de un hospital por parte de la institucionalidad pública era el generar bases únicas por proyecto. Estas tienen la particularidad de que difieren entre sí los distintos ponderadores asociados a las variables relevantes a la hora de adjudicar la obra, como se observa en la siguiente figura.

**Figura 5: Muestra de hospitales terminados  
Bases de licitación aplicadas**

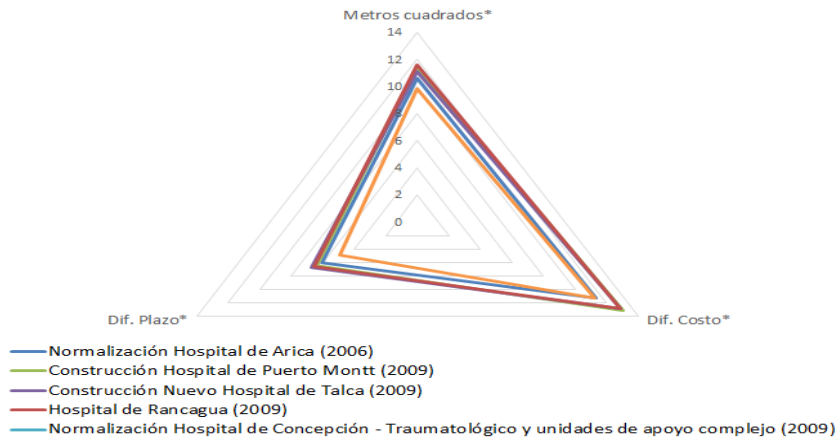
Proyecto	Año llamado licitación	Ponderaciones					
		Oferta económica	Oferta técnica				
			Plazo	Capacidad económica	Experiencia empresa	Experiencia del personal	Experiencia subcontratos
Hospital de Rancagua	2009	50%			30%	20%	
Normalización Hospital Victor Ruiz III Etapa	2009	65%	10%		8,3%	8,3%	8,3%
Diseño y Construcción CRS Puente Alto	2013	45%	5%	5%	45%		
Construcción Hospital de Puerto Montt	2009	40%	18%		24%	18%	
Construcción Nuevo Hospital de Talca	2009	50%		20%	9%	21%	
Normalización Hospital de Arica	2006	50%	10%		10%	30%	
Reparación Torre Hospitalización Paciente Crítico y Urgencia - Hospital de Concepción, II Etapa	2013	70%			30%		
Normalización Hospital de Concepción - Traumatológico y unidades de apoyo complejo	2009	75%			10%	15%	

Fuente: CChC en base a Mercado público.

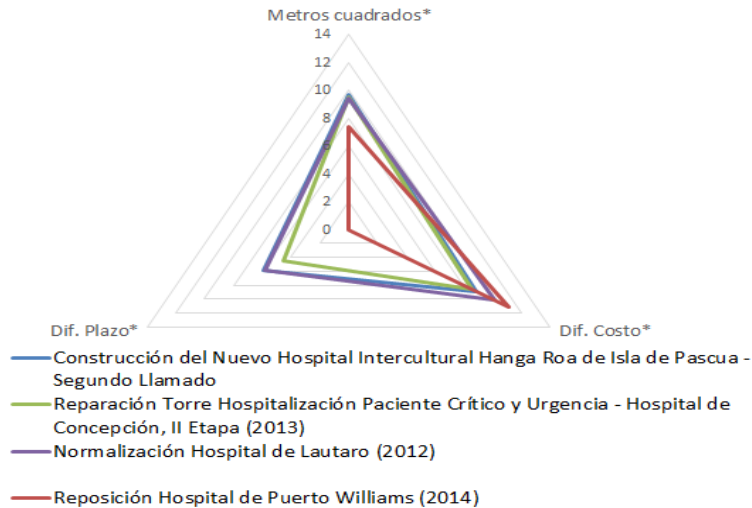
Como se puede observar, cada proyecto considerado cuenta con sus propios ponderadores para distintas variables relevantes consideradas para el puntaje final de cada concursante de la licitación. Esto implica que no existe un proceso de aprendizaje que culmine con la generación mejores bases hacia el futuro, de acuerdo a la experiencia y reconocimiento de buenas o malas prácticas. Sin embargo, se debe reconocer que existen esfuerzos en esta materia por parte de la autoridad pública, en cuanto a la estandarización de las bases de licitación hacia una única para todos los proyectos por igual. No obstante, estas aún se encuentran en proceso de mejora, en la medida que existen distintas versiones de esta (2012, 2014, 2015). De esta manera, considerando los diferenciales en plazos y costos respecto a lo estipulado por bases, estos varían en magnitud de acuerdo con el tipo de estas.

**Figuras 6 y 7: Muestra de hospitales terminados  
Diferencias en costos y plazos por tipo de bases**

**Bases propias de cada proyecto**



## Bases Generales



Nota: Valor cero en la gráfica significa que no existen diferencias entre plazos y costos iniciales y finales.

\*Valores transformados (logaritmo natural).

Fuente: Gerencia de Estudios CChC en base a Servicios de Salud y Encuesta socios.

### ii. Según la Institucionalidad del mandante: Servicios de Salud

Como se mencionó, los Servicios de Salud (SS) son la institucionalidad encargada de los procesos de contratación del proyecto hospitalario, en representación del Estado (mandante), y estos están organizados administrativamente según zona geográfica. De acuerdo a esto último, cada uno de estos opera como una entidad independiente unos de los otros, aunque sin embargo todos responden a una institucionalidad superior común, como lo es la Subsecretaría de Redes Asistenciales (en adelante SS).

Dicha autonomía de los SS posee su mejor reflejo en las bases utilizadas para efectos de la licitación, adjudicación y posterior construcción de un proyecto hospitalario, lo cual incide negativamente sobre los costos y plazos finales de la obra.

De esta manera, la falta de coordinación institucional inhibe un proceso de aprendizaje, el cual es necesario dado el nivel de complejidad de las obras a entregar, esto, adicionalmente, debe ocurrir en un momento oportuno. Así, ocurre todo lo contrario, de hecho, las problemáticas generadas a su vez podrían causar otro tipo de problemas fuera de la relación basada en el marco contractual, desviando el foco de los principios de eficiencia y la entrega oportuna de obras para su operación.

### **Más allá de los efectos en el desarrollo de las obras: Disputas judiciales**

Con el objetivo de ilustrar los alcances que pueden tener las problemáticas expuestas en la sección anterior, procedemos a realizar un ejercicio simple de análisis cuantitativo, específicamente respecto a las probabilidades de ocurrencia de disputas judiciales entre las partes. Lo anterior, determinado por modificaciones contractuales, estas últimas reflejadas en aumentos de plazos y costos durante el desarrollo de la obra.



Datos: Los datos a utilizar corresponden a hospitales terminados, en construcción, en adjudicación o en licitación, los cuales, dependiendo de su estado, poseen el siguiente nivel de detalle:

- Costo inicial
- Plazo inicial
- Forma de contratación: Propuesta pública, privada o trato directo.
- Número de adéndums
- Desviaciones en plazos de construcción
- Desviaciones en costos del proyecto
- Bases de licitación aplicadas
- Reclamaciones y conflictos judiciales, si existiesen

Lo anterior, utilizando tres fuentes de información:

- Mercado público: el portal web de carácter público ChileCompra publica todos los contratos de prestación de servicios entre el Estado y particulares<sup>2</sup>. Así, una primera aproximación para contar con los datos necesarios surge a través de la publicación de los antecedentes asociados al llamado y posterior licitación de los proyectos hospitalarios, en cuanto a las bases aplicables, los montos iniciales y los plazos iniciales. Sin embargo, en el portal no se cuenta con información relevante posterior a la adjudicación del contrato, por lo que consta de una fuente parcial que no permite comprobar las hipótesis expuestas.
- Ley de Transparencia: ante las falencias que presenta la fuente de información anteriormente explicada, se procedió a hacer las solicitudes formales de lo requerido a través de la Ley de Transparencia. Lo anterior, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en cuanto a la entrega de información consolidada del nivel de detalle requerido. Sin embargo, ante la negativa del organismo, se procedió a realizar peticiones independientes a los 29 Servicios de Salud que existen a lo largo del país. De estos, respondieron solo 15, de manera parcial, y fuera de los plazos estipulados por ley.
- Encuesta Socios CChC: lo anterior motivó a la recopilación de información de manera interna, es decir, a través de una encuesta a llenar por parte de los socios de la CChC que han participado o participan en la construcción de infraestructura hospitalaria. Lo anterior, con el objetivo de complementar la escasa disponibilidad de información recabada de origen público.

Metodología: Para efectos de probar las hipótesis efectuadas, se procederá de manera inversa, es decir, analizando los determinantes que influyen en la decisión de judicializar un conflicto. De esta manera, tal evento corresponde a una variable dicotómica, la cual puede ser modelada a partir de la siguiente especificación:

$$\pi_i = \Pr(Y_i = 1 | X_i = x_i) = \frac{e^{(\beta_0 + \beta_1 X_i)}}{1 + e^{(\beta_0 + \beta_1 X_i)}}$$

---

<sup>2</sup> A excepción de las contrataciones vía trato directo.

O bien:

$$\text{logit}(\pi_i) = \log \frac{\pi_i}{1 - \pi_i} = \beta_0 + \beta_1 X_i$$

En donde la variable dependiente toma el valor 1 si corresponde a una demanda judicial cero en caso contrario. Por otro lado, dada la limitación existente respecto a la cantidad de datos disponibles, se utilizarán dos especificaciones utilizando determinantes distintos; el número de adéndums y las desviaciones en los costos del proyecto como porcentaje del costo inicial.

Posteriormente, analizamos los determinantes de las desviaciones en costos respecto de lo inicialmente estipulado, mediante un modelo simple de regresión lineal de la forma

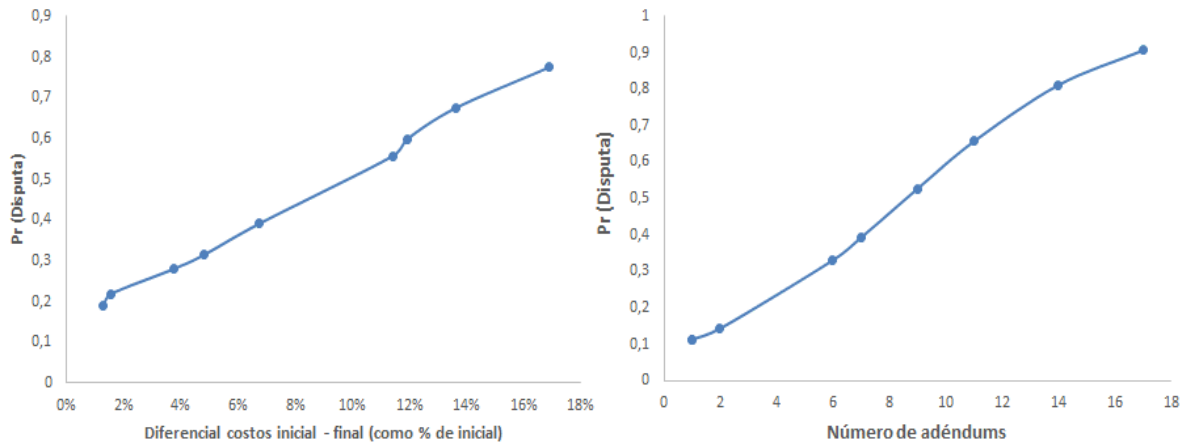
$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \varepsilon_i$$

En donde la variable dependiente es la descrita anteriormente, y  $X_i$  es una variable dicotómica que toma el valor 1 si las bases de contratación son propias del SS y cero en caso contrario.

#### Resultados

Respecto a la primera especificación, los resultados del modelo permiten estimar las probabilidades de demanda para cada observación según la variable independiente utilizada. Es decir, se transforma el evento de ocurrencia en una variable continua que refleja las probabilidades del mismo.

**Figura 8: Predicción de Probabilidades de judicialización**



Fuente: Gerencia de Estudios CChC.

A partir de las figuras, se observa cómo aumenta la probabilidad de judicialización en la medida que existen más adéndums de contrato o desvíos en costos respecto a las condiciones iniciales del contrato. Por otro lado, respecto a lo segundo, existe una relación positiva estadísticamente significativa entre la contratación mediante bases propias de cada SS y esta variable.

**Figura 9: Resultados modelo de regresión lineal**

Variable explicativa	Coeficiente		p-value*
	Estimación	Desviación estándar	
Tipo de bases	0,09	0,23	0,015

\*Significativo al 95%

R<sup>2</sup> ajustado: 0,34

Fuente: Gerencia de Estudios CChC.

De esta manera, la contratación bajo bases propias de cada SS podría implicar un aumento en el diferencial de costo de 9% aproximadamente, lo cual impacta en la probabilidad de ocurrencia de una disputa (50% aproximadamente).

### **Análisis de la judicialización de contratos: Algunos ejemplos**

Para efectos de complementar el análisis en cuanto a las principales problemáticas que posee el sistema chileno de construcción de hospitales, a continuación se analizarán tres casos de hospitales puntuales; dos actualmente en construcción y uno terminado de manera anticipada.

#### Hospital de Puerto Montt

Este hospital se encuentra terminado y en operación desde abril de 2014. Sin embargo, en el desarrollo de la obra se añadieron 17 modificaciones de contrato, las cuales influyeron sobre sus costos y plazos iniciales y finales, como se muestra de acuerdo a los principales antecedentes de este.

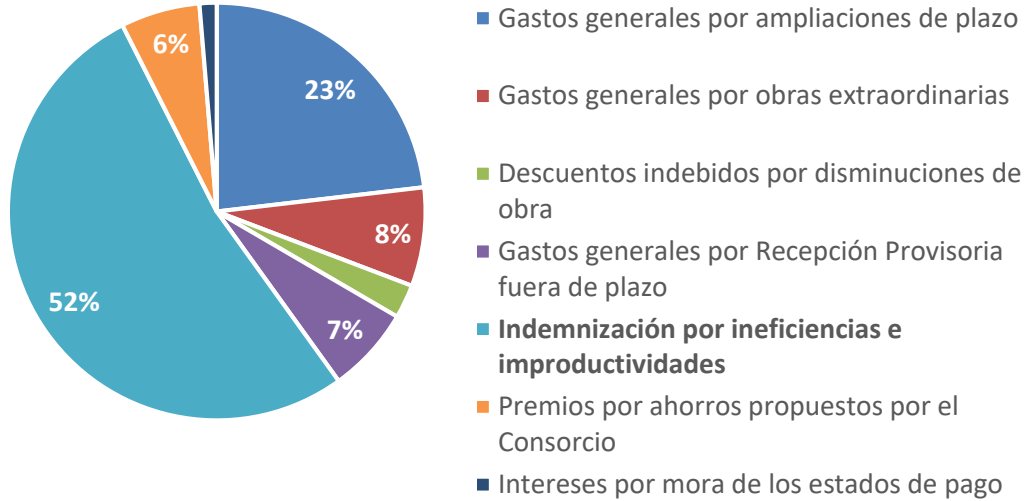
**Figura 10: Principales antecedentes Hospital de Puerto Montt**

<b>Empresa adjudicataria</b>	Moller/Besalco
<b>M<sup>2</sup></b>	90.509
<b>Servicio</b>	Reloncaví
<b>Monto adjudicado (c/IVA - CLP)</b>	69.312.953.022
<b>Costo proyecto final</b>	79.078.178.920
<b>Fecha llamado a licitación</b>	01-01-2009
<b>Fecha adjudicación</b>	01-11-2009
<b>Fecha acta entrega terreno</b>	25-01-2010
<b>Plazo inicial (días corridos)</b>	950
<b>Fecha termino inicial</b>	01-09-2012
<b>Plazo final (días corridos)</b>	1.553
<b>Fecha termino</b>	27-04-2014
<b>Bases de licitación</b>	Propias

Fuente: CChC en base a SS Reloncaví.

De esta manera, lo anterior derivó en que, en abril de 2016, el contratista demandara al Servicio de Salud correspondiente en tribunales, con lo cual el caso se derivó al Consejo de Defensa del Estado como representante de los intereses del fisco. La indemnización exigida por parte del primero se encuentra desglosada de la siguiente manera:

**Figura 11: Desglose monto reclamado en demanda al fisco  
UF 567.628 + IVA (18% del monto del contrato final)**



Fuente: Gerencia de Estudios CChC en base a Poder Judicial.

Se observa que gran parte del monto exigido posee estricta relación con ineficiencias e improductividades derivadas de los cambios efectuados al proyecto y por cargos no realizados a gastos generales por concepto de ampliaciones de plazo (75% del monto reclamado).

#### Hospital de Calama

La construcción del Hospital Carlos Cisternas de Calama ha sido licitada en dos oportunidades, siendo el desarrollo del primer contrato terminado de manera anticipada cuando las obras se encontraban con 87% de avance físico. Actualmente se encuentra en construcción.

**Figura 12: Principales antecedentes primera licitación: Hospital de Calama**

<b>Empresa adjudicataria</b>	Comsa/Pilasi
<b>M<sup>2</sup></b>	34.462
<b>Servicio</b>	Antofagasta
<b>Monto adjudicado (c/IVA - CLP)</b>	30.880.959.000
<b>Fecha llamado a licitación</b>	14-01-2010
<b>Fecha adjudicación</b>	22-04-2010
<b>Fecha acta entrega terreno</b>	18-08-2010
<b>Plazo inicial (días corridos)</b>	657
<b>Fecha termino inicial</b>	05-06-2012
<b>Plazo final (días corridos)</b>	1.169
<b>Fecha termino estimada</b>	30-10-2013
<b>Bases de licitación</b>	Propias

Fuente: CChC.

El 24 de mayo de 2013, a 160 días aproximadamente de la fecha de término de las obras, SS de Antofagasta decide terminar el contrato, el cual ya poseía un incremento en el plazo de 78% respecto a la fecha inicial y de 36% en relación a los costos. Esta situación suscitó una demanda por parte del consorcio hacia el Servicio de Salud, por concepto de revisión de la legalidad de la resolución del Término Anticipado del Contrato, restitución de este o su correspondiente indemnización, y pagos adeudados por avance de obras. Este se encuentra actualmente en la Corte de Apelaciones, y la disputa se extiende desde mayo de 2013.

Posteriormente, en septiembre de 2015, se volvió a licitar el hospital por las obras faltantes, por un monto de M\$ 55.012.268 a finalizar en 540 días corridos, contratadas bajo Bases Generales MINSAL 2014. A la fecha, estos han aumentado en 8,2% y 34,5% respectivamente (respecto de lo estipulado inicialmente en la resolución de adjudicación del contrato).

De esta manera, a agosto de 2017 y considerando todos los eventos asociados al desarrollo y paralización de la obra, esta posee un costo 319% superior a lo estipulado en la primera licitación, y posee un plazo actual de 2.678 días corridos, aproximadamente 400% respecto a lo conciliado hacia 2010.

Este último caso ilustra la esencia de la problemática, en cuanto a las falencias significativas en cuanto a la provisión de servicios médicos de manera oportuna para la población. Lo anterior, en cuanto a que una obra que debió haber estado operativa hace 4 años aproximadamente, continúa en construcción y con una demanda judicial pendiente.

#### 4. CONCLUSIONES

La provisión oportuna de servicios hospitalarios es clave para el bienestar y desarrollo de la población. Por lo tanto, la infraestructura asociada debe estar en buenas condiciones y sus estándares en concordancia con las tendencias demográficas presentes en nuestro país, como lo es el inminente

proceso de envejecimiento y los consecuentes aumentos en la demanda por servicios asistenciales más complejos. En esa línea, es que el foco del documento corresponde a los hospitales públicos pertenecientes a la red terciaria, lo cuales absorben gran parte de la atención médica a nivel nacional. Específicamente, aquellos mandatados por el Estado a constructoras privadas a través del Ministerio de Salud.

En este ámbito, se evidencia que las principales problemáticas en las relaciones contractuales entre el Estado y los contratistas en materia de construcción de infraestructura hospitalaria, se gestan en la forma de la contratación de su ejecución. Aspectos institucionales y de marco contractuales resultan claves a la hora de caracterizar las falencias en el desarrollo de un contrato de obra hospitalaria, específicamente respecto a sobre costos y plazos originados por modificaciones contractuales. Por otro lado, más allá del desarrollo de la obra, tales problemas podrían escalar hacia episodios de conflictividad fuera del contrato celebrado, como son la existencia de disputas judiciales entre las partes.

Debido a lo anterior, se sugieren una serie de medidas a efectuar por parte de la autoridad. Por un lado, la utilización de Bases de Licitación homogéneas -en desmedro de las Bases Propias para cada proyecto- permitiría avanzar hacia un marco de buenas prácticas en materia de transparencia y probidad en los procesos de licitación y adjudicación de los proyectos, en la medida que los requerimientos de participación no son gestionados de manera discrecional por parte de los SS y son iguales para todos los competidores a lo largo del territorio. En este ámbito es importante destacar los esfuerzos por parte de la autoridad, la cual ya puso en marcha un proceso de transición hacia la utilización de bases homogéneas en las licitaciones actuales.

Por otro lado, existen espacios de mejora a partir de la reformulación del rol institucional que poseen los SS como mandantes de obra de infraestructura pública. El carácter descentralizado que poseen y el hecho que los servicios de construcción no sean su giro principal -como lo son la provisión de servicios médicos- sugieren que sus aptitudes para llevar a cabo este tipo de tareas sean limitadas. En cambio, un organismo institucionalmente responsable de llevar a cabo todos los procesos de contratación a lo largo del país permite la especialización y promueve el aprendizaje continuo -en la medida que las experiencias fallidas se tomen en consideración de cara a nuevos procesos de contratación en el futuro- incidiendo en procesos virtuosos de mayor eficiencia en su gestión.

Finalmente, y no solo para este tipo de obras, es que se debe avanzar hacia un modelo de transparencia en el accionar del Estado respecto a procesos de contratación al sector privado. Lo anterior, en cuanto a rendir cuentas al público sobre el uso de los recursos públicos. Para el caso de la construcción de hospitales, por ejemplo, correspondería a sincerar las modificaciones contractuales y/o las justificaciones pertinentes en el caso de retraso en obras o sobre costos en el desarrollo de la construcción de un proyecto. Lo anterior, con el objetivo de mejorar los tiempos de entrega y el uso eficiente de los recursos, lo cual impacta de manera positiva en el bienestar agregado de la sociedad en su conjunto.