



**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LAS ADQUISICIONES DE INSUMOS Y PRESTACIONES DE SALUD EFECTUADAS POR FONASA A PRESTADORES PRIVADOS, DESDE EL AÑO 2012 A LA FECHA, CONSIDERANDO SUS DIVERSAS MODALIDADES Y POSIBLES CONDUCTAS DE COLUSIÓN, ASÍ COMO EL EVENTUAL PERJUICIO FISCAL SUFRIDO COMO CONSECUENCIA DE LAS PÉRDIDAS REGISTRADAS EN LOS EJERCICIOS FINANCIEROS, A PARTIR DEL AÑO 2010, Y EL POSIBLE LUCRO CON QUE ESTA SITUACIÓN BENEFICIARÍA A PRESTADORES PRIVADOS DE SALUD.**

**Sesión 12ª celebrada el día lunes 3 de abril de 2017.**

**De 17.00 a 18.30 horas**

### **SUMARIO**

**- La Comisión escuchó al Fiscal Nacional Económico; al Director del Servicio de Salud Metropolitano Central y al Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.**

### **APERTURA DE LA SESIÓN**

La sesión se inició a las 17.06 horas, en la sede de la Cámara de Diputados en Santiago.

### **PRESIDENCIA**

Presidió el diputado Miguel Ángel Alvarado.

### **ASISTENCIA**

Asistieron los diputados integrantes de la comisión señores Alvarado, Arriagada, Coloma, Cariola, Hasbún, Rathgeb, Rubilar, Torres, Urrutia don Osvaldo y Verdugo don Germán.

### **CUENTA**

1.- Respuesta de la directora nacional del Fondo Nacional de Salud a oficio enviado por esta Comisión, mediante el cual se le solicita enviar copia de las guías de hemodiálisis crónicas entregadas a ese organismo y sus costos asociados. (N°24-2016).



2.- Respuesta de la Directora del Servicio de Salud de Atacama, doctora Sonia Ibaceta a un oficio enviado por esta Comisión en relación a las sociedades médicas o comerciales con que ese servicio ha contratado servicios o prestaciones, en los años 2015 y 2016. (N° 38-2017).

3.- Respuesta del Director del Servicio de Salud de Coquimbo, señor Ernesto Jorquera Flores a oficio enviado por esta Comisión en relación a las sociedades médicas o comerciales con que ese servicio ha contratado servicios o prestaciones, en los años 2015 y 2016. (N° 39-2017).

4.- Respuesta del Director (S) del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, señor Juan Carlos González Araya a oficio enviado por esta Comisión en relación a las sociedades médicas o comerciales con que ese servicio ha contratado servicios o prestaciones, en los años 2015 y 2016. . (N° 41).

5.- Respuesta del Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, señor Luis Infante Barros a oficio enviado por esta Comisión en relación a las sociedades médicas o comerciales con que ese servicio ha contratado servicios o prestaciones, en los años 2015 y 2016. (N° 47-2017).

6.- Respuesta del Director (S) del Servicio de Salud O'Higgins, señor Gonzalo Urbina Arriagada a oficio enviado por esta Comisión en relación a las sociedades médicas o comerciales con que ese servicio ha contratado servicios o prestaciones, en los años 2015 y 2016. (N° 49-2017).

7.- Respuesta de la Directora (S) del Servicio de Salud de Concepción, doctora Miriam Perez Henriquez a oficio enviado por esta Comisión en relación a las sociedades médicas o comerciales con que ese servicio ha contratado servicios o prestaciones, en los años 2015 y 2016. (N° 52-2017).

8.- Respuesta del Director del Servicio de Salud de Araucanía Sur, Dr. Milton Moya Krause a oficio enviado por esta Comisión en relación a las sociedades médicas o comerciales con que ese servicio ha contratado servicios o prestaciones, en los años 2015 y 2016. (N° 57-2017).

9.- Respuesta del Director del Servicio de Salud de Chiloé, señor Martín Werner Soto a oficio enviado por esta Comisión en relación a las sociedades médicas o comerciales con que ese servicio ha contratado servicios o prestaciones, en los años 2015 y 2016. (N° 61-2017).



10.- Respuesta de la Secretaria Regional Ministerial de Salud (S) Región de Los Ríos, doctora Denise Herrmann Ortiz (S) a oficio enviado por esta Comisión mediante la cual solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación. (N° 74-2017).

11.- Respuesta de la Directora del Hospital de Quilpué, doctora Javiera Muñoz V. a oficio enviado por esta Comisión, en el que se le solicita información. (N° 88-2017).

## **ACUERDOS**

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

1. Citar al Ministro de Hacienda, a la próxima sesión de Comisión, a objeto de conocer cómo las compras realizadas por Fonasa han impactado el erario nacional y en la deuda hospitalaria y saber su visión respecto a la evolución y proyección de esta deuda, de mantenerse en el tiempo este modelo de compra de servicios.
2. Se informó a la Comisión que el Servicio de Salud Metropolitano Central ha implementado las siguientes medidas en dicho servicio:
  - a. Creación de una unidad de gestión clínica financiera, la que tiene por objeto, disponer de información centralizada e integrada de las actividades asistenciales y administrativas, así como de la derivación y sus costos asociados, de tal manera de contar con herramientas para la toma de decisiones en los distintos niveles de responsabilidad.
  - b. Digitalización de la carta de respaldo. Esta carta tiene por finalidad llevar un registro, trazabilidad y control de las derivaciones realizadas por los establecimientos de la Red al extra-sistema.
  - c. Auditorías en las que se haya incorporado la “derivación” como materia objeto de fiscalización en los Planes Anuales de esa área.

En la convicción de que estas medidas son necesarias de implementar en cada servicio de salud del país, la Comisión acordó dirigir oficio al Ministerio de Salud a objeto tenga a bien, informar si éstas medidas u otras semejantes, se han implementado o podrían implementarse en los otros servicios de salud a lo largo del país.



3. La Comisión tomó conocimiento del detalle de gasto en prestaciones del extra sistema desde el año 2010 al 2016 por parte del Servicio de Salud Metropolitano Central.

Dada la importancia de esta información, la Comisión acordó dirigir oficio al Ministerio de Salud fin tenga a bien explorar la posibilidad que dicho cuadro sea usado como modelo y enviado en blanco a cada servicio de salud del país, a objeto que sea llenado por éstos, de la información relevante que allí se indica.

Interesa especialmente a la Comisión, que cada servicio de salud, junto con llenar el cuadro con los gastos en prestaciones extra sistema, puedan dar los fundamentos que expliquen las alzas en gastos –si las hay- que se vean reflejadas de un año a otro.

4. Prorrogar el término de la sesión hasta la culminación de las respuestas de parte del expositor.
5. Dirigir oficio al director del Servicio de Salud Metropolitano Central, a objeto tenga a bien indicar el detalle de las derivaciones del Servicio de Salud Metropolitano Central a la clínica Ensenada.

### **ORDEN DEL DÍA**

La Comisión escuchó a las siguientes personas:

- Al Director del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Jorge Antonio Martínez Jiménez, quien dejó copia de su presentación a la Comisión y a la cual se puede acceder mediante el siguiente link:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=99695&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

- Al Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, señor Luis Antonio Infante Barros.

- Al Fiscal Nacional Económico, señor Felipe Irrázabal Philippi, quién asistió acompañado por el Jefe División Antimonopolios, señor Gastón Palmucci.

Dejó copia de su presentación a la Comisión y a la cual se puede acceder mediante el siguiente link:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=99698&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>



\*\*\*\*\*

**El debate habido en esta sesión queda registrado en un archivo de audio y video digital, y en acta taquigráfica que se adjunta al final de este documento.**

Audio y video de la sesión:

<http://www.democraciaenvivo.cl/player.aspx?STREAMING=streaming.camara.cl:1935/cdtvod&VODFILE=PROGC013172.mp4>

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 18.50 horas.

**MIGUEL ÁNGEL ALVARADO**  
Presidente de la Comisión

**ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS**  
Abogado Secretaria de la Comisión Especial Investigadora



**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LAS ADQUISICIONES  
EFECTUADAS POR FONASA A PRESTADORES PRIVADOS**

Sesión 12<sup>a</sup>, celebrada en lunes 3 de abril de 2017,  
de 17.05 a 18.50 horas.

**VERSIÓN TAQUIGRÁFICA**

Preside del diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

Asisten las diputadas señoras Karol Cariola y Karla Rubilar, y los diputados señores Claudio Arriagada, Juan Antonio Coloma, Gustavo Hasbún, Jorge Rathgeb, Víctor Torres, Osvaldo Urrutia y Germán Verdugo.

Concurren como invitados el fiscal Nacional Económico, señor Felipe Irarrázabal Philippi; el director del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Jorge Antonio Martínez Jiménez, y el director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, señor Luis Antonio Infante Barros.

**TEXTO DEL DEBATE**

El señor **ALVARADO** (Presidente).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

La señora Secretaria va a dar lectura a la Cuenta.

-La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria) da lectura a la Cuenta.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Señores diputados, nos restan tres sesiones; al parecer, una no la podremos realizar. Por lo tanto, la de hoy esta podría ser la última sesión con invitados.

La señora **SKOKNIC** (Secretaria).- Solo queda una sesión, la del 10 de abril.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tenemos mucha información, por lo que debemos reunir los grupos de trabajo para abocarnos al informe, a las conclusiones. Debiéramos contemplar dos o tres sesiones para esos efectos.

Tiene la palabra el diputado señor Germán Verdugo.

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, tenemos cuarenta y tres oficios sin respuesta. Supongo que se tomará alguna medida o acción al respecto, como reiterarlos, por ejemplo.

La señora **SKOKNIC** (Secretaria).- Están todos los oficios incorporados en el sistema; incluso, hoy se dio cuenta de algunos.

Hemos enviado sesenta y tres oficios solicitando información; de esos, cuarenta y ocho han sido respondidos.

El diputado Verdugo en el total de oficios, las reiteraciones. En definitiva, solo faltan las respuestas a



doce o quince oficios. Mañana trataré el tema con la asesora del Ministerio de Salud, porque a veces esos oficios son enviados a la oficina del presidente de la comisión y quedan allí, de manera que vamos a revisar para determinar cuántos no se han respondido, pero creo que no son más de quince.

En cuanto al cronograma, solo nos queda el lunes 10 de abril para sesionar con invitados.

El día 17 de abril no sesionaremos, porque hay sesión de Sala, en Valparaíso.

El día martes 18 de abril vence el plazo. Después de eso, nos quedarán quince días para elaborar las conclusiones; es decir, hasta el 6 de mayo. Las conclusiones se votarán durante la primera semana de mayo; por lo tanto, habrá que reunirse durante la última semana de abril, antes de la distrital, para discutir las.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- El 17 de abril habrá sesión especial de Sala, en Valparaíso.

La señora **SKOKNIC** (Secretaria).- La sesión especial reemplaza a la del 20 de abril.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, uno de los oficios más importantes es el que tiene que ver con el resumen de las sociedades médicas; sin embargo, me di cuenta que no tenemos respuesta de Antofagasta, del Servicio de Salud Norte, de Valdivia y de Aysén. Al parecer, tenemos respuesta de todos los demás servicios, menos de los cuatro que nombré.

Sería apropiado ser extremadamente exigentes, hacer todas las gestiones para que esos oficios lleguen y, ojalá, hacer una suerte de compilado al respecto, porque este tema es grueso, es relevante y debemos tenerlo en cuenta. Es algo que me complica, porque siento que hemos salpicado un poco en esta comisión, entendiendo que no es una comisión fácil.

Finalmente, descifrando lo que dice la Contraloría respecto de que la glosa permite que la gente que trabaja en el hospital pueda tener sociedades a las que les comprenden prestaciones; eso está validado en la Ley de Presupuestos. Sin embargo, la discusión nunca ha sido acerca de si se puede o no se puede, sino relativa a si los médicos de esas sociedades atienden en la mañana y si entregan las prestaciones que realmente deben entregar.

El conflicto se produce, por ejemplo, cuando en la mañana el profesional dispone de cinco horas y en ese tiempo hace una sola cirugía y, en la tarde, en el mismo lapso, hace quince, porque se las pagan de otra manera.

Debemos determinar quiénes son los médicos involucrados en esas sociedades, qué rendimiento tienen, cuánto se les paga por las jornadas en la mañana versus las jornadas en la tarde; qué proporción tiene el costo de esas prestaciones, por



ejemplo, la compra de hora de médicos anestesiistas en un hospital de urgencia o de llamada versus lo que pagan en la Clínica Las Condes o en la Clínica Alemana, porque si un hospital está pagando por hora de médico anestesista más que la Clínica Alemana, es porque hay algo que no estamos haciendo bien; debemos tener claridad de cuánto nos cuesta tener a esos funcionarios dentro del sistema del hospital, propiamente tal, porque quizás nos cuesta menos que comprar y externalizar. Esos son los análisis que debemos hacer.

Debemos tener los cuatro informes que faltan y la información asociada para poder analizarla, porque de lo contrario es una sociedad vacía y si el contralor nos dice que se puede ¡Eso sería todo! Pero creo que no es eso lo que esta comisión está investigando.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Más allá de lo que plantea la diputada, y teniendo en cuenta la información que han entregado los invitados que hemos tenido en esta comisión, creo que necesitamos más tiempo para decantar con calma todos antecedentes que hemos recogido, los que son de distinto calibre.

No solo debemos contemplar el rendimiento de los contratos, ya sea de profesionales o de otra especialidad, sino también los de trato directo.

Se han registrado situaciones de renuncia, porque al parecer es más conveniente, entre comillas, renunciar al sistema público, pero sí prestar servicios. Esa información también la hemos recogido en esta comisión.

Aunque se dice que no se puede, igual se está haciendo, como el caso que describió uno de los últimos invitados.

Sería importante tomar el acuerdo para citar al ministro de Hacienda, Rodrigo Valdés, quizás a la última sesión, debido a que, durante los últimos años, esto ha generado gastos siderales en salud y no se prevé que vayan a disminuir. Hemos conversado con el ministro y, al parecer, no tendría inconvenientes para venir.

¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

Vamos a revisar cada uno de los oficios enviados para constatar si han llegado o no las respectivas repuestas.

Insisto, debemos tomarnos el tiempo suficiente para reflexionar acerca de esto, porque es súper importante lo que hemos podido auscultar hasta ahora.

Para la sesión de hoy se encuentran invitados el director del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Jorge Antonio Martínez; el director del Servicio de Salud Metropolitano Suroriente, don Luis Antonio Infante; el fiscal nacional económico, Felipe Irrarrázaval.

Pueden ingresar los invitados.

*-Ingresan los invitados.*



El señor **ALVARADO** (Presidente).- En nombre de la comisión, les doy la bienvenida a nuestros invitados, señores Felipe Irarrázabal y Gastón Palmucci.

La sesión está programada hasta la 18.30 horas, por lo tanto, después de su exposición habrá una ronda de preguntas de los integrantes de la Comisión, la cual pretende llegar a identificar cuáles han sido las variables del modelo chileno sanitario en los últimos años en convenios públicos privados, en licitaciones y en tratos directos. Por ende, como el decreto ley N° 211 constituye la normativa orgánica de la Fiscalía Nacional Económica y del tribunal de la Libre Competencia, que tiene por objeto la promoción y defensa de la competencia, además de estar encargado de velar por ella y su aplicación, nos parece importante su visión en este ámbito, que es público y discutido, de heterogeneidad en los valores de las compras de servicios y de tratos directos que existen en las distintas instituciones y del modelo de salud que estamos llevando de 2010 a la fecha de posibles colusiones, precios exagerados que puedan existir o modelos de integración vertical que eventualmente podrían perjudicar.

Tiene la palabra, señor Felipe Irarrázabal.

El señor **IRARRÁZABAL**.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero hacer una breve referencia a nuestra regulación, especialmente en materia de colusión que es uno de los temas por los cuales se nos citó y, luego, haré una revisión de algunos documentos que hemos generado y que, quizá, nos pueden orientar sobre su pregunta que es más estructural de cómo está organizado el mercado, adelantando desde ya que no es una visión profunda, sino más bien a propósito de investigaciones concretas, porque la facultad de hacer estudios de mercados es muy nueva y que justamente fue otorgada por el Congreso a fines del año pasado.

En materia de carteles hay dos situaciones distintas y desgraciadamente hay que hacer la diferencia respecto de cuál era antes de agosto de 2016 y cuál fue después de esa fecha.

Antes de agosto de 2016 la infracción o el tipo era básicamente acuerdo expreso o tácito entre competidores o las prácticas concertadas entre ellos que les confieran poder de mercado que consistan en afectar procesos de licitación. Son tres los requisitos: el primero está bastante supeditado a que se tratara de competidores; el segundo, tenía que conferir al cartel un poder de mercado, el cual era también un requisito nuevamente de la infracción de colusión, y, el tercero, la posibilidad de afectar procesos de licitación, lo cual - entiendo- que a esta Comisión le interesa, en el sentido de que habrían formas de compras que básicamente podrían ser procesos de licitación, así como de otros tipos de adquisición.



Con posterioridad a ello, el nuevo artículo del artículo 3° tiene dos dimensiones: Uno, administrativo económico que, de alguna forma, mantiene, aunque lo hace más liviano desde el punto de vista normativo, la regulación que les acabo de referir anterior a agosto de 2016. Después, tenemos una regulación penal nueva, que es de la ley de 2016.

La sanción o infracción administrativa sancionatoria económica, dice: los acuerdos o prácticas concertadas que involucran a competidores entre sí..

Se fijan que es distinto, porque involucra a competidores. Entonces, podrían estar participando personas que no son competidores, pero que, de alguna forma, tienen un nivel de participación en la infracción, y esos podrían ser infractores de colusión, a pesar de que no sean agentes de mercado, lo cual resulta interesante.

Luego dice: Afectar el resultado de procesos de licitación. Entonces, se mantuvo el mismo lenguaje de antes de 2016, pero se eliminó esto de que le confieran poder de mercado para nuevamente hacer más liviano, más ágil y para demostrar, de alguna forma, la nocividad de la colusión como infracción.

Es interesante hacer notar que esta regulación aplica por una restricción constitucional respecto de hechos que han acaecido o que fueron perpetrados con posterioridad a la publicación de la ley, y eso es a todas las posibles infracciones a partir de septiembre -porque a fines de agosto del año pasado se publicó la ley-.

Ahora, el ámbito penal se encuentra en el artículo 62, que dice: El que celebre u ordene celebrar, ejecute u organice un acuerdo que involucre..

Se fijan que se usa el mismo verbo que hace la conexión con las personas que participan en este cartel, a dos o más competidores entre sí. Entonces, tiene que haber, al menos, dos competidores -puede haber otra gente que no sea competidor- afectando el resultado de licitaciones realizadas por empresas públicas, privadas prestadoras de servicios públicos u órganos públicos. Por lo tanto, desde el punto de vista penal, no están consideradas las licitaciones entre privados o las que se organizan en favor de los privados, sino, más bien, cuando hay un órgano público involucrado.

Lo anterior es en cuanto a la regulación principal y a los cambios en relación con esto. Voy a dejar copia de estos documentos en poder de Secretaría.

En este documento, de febrero de 2016 y que contiene casi 80 páginas, hay una recopilación de las investigaciones de la Fiscalía Nacional Económica solo en materia de salud. Esto es mucho más preciso, puesto que es un resumen de lo que hay detrás de ello, ya que aquí hay muchas investigaciones. Según entiendo, fueron a partir de 2010.



Entonces, ustedes podrán ver que aquí hay un índice, pues todas las investigaciones de la Fiscalía se hacen públicas. No solo la resolución del fiscal Nacional Económico, sino que, además, el informe técnico. En el fondo, el informe que los profesionales de la Fiscalía le entregan al fiscal es público y está en la página *web*.

Reitero, en este documento de 80 páginas hay un índice donde se resumen, pero están explicadas, todas las situaciones que hemos investigado en materia de salud. Esto es bien inusual, nosotros no lo hicimos, pero como estaba tan desperdigado lo que habíamos hecho quisimos juntarlo en un solo documento, el cual dejaré a disposición de la Comisión.

Luego, hay otro documento, con fecha noviembre de 2014, que es el estudio de las licitaciones de compras de medicamentos en establecimientos públicos de salud. Aquí hay una serie de recomendaciones, además que es muy interesante, porque justamente se enfoca en cómo lo están haciendo, cómo los hospitales están comprando y hasta qué punto están siendo eficientes y lo conectan con las compras de Cenabast. No es Fonasa, sino solo compras de medicamentos. No son servicios, pero es muy interesante para que vean el análisis que hace la Fiscalía en esta materia, documento que también dejaré a disposición de esta Comisión.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Muchas gracias.

Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, una consulta al señor Irarrázabal.

¿Son los servicios comprando a través de Cenabast? ¿Solo los servicios?

El señor **IRARRÁZABAL**.- Señor Presidente, son solo los servicios.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- En todo caso, cada uno de los integrantes de la Comisión va a recibir copia de estos documentos.

El señor **IRARRÁZABAL**.- Acá tenemos un estudio, que es más extenso, que hizo la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, en 2012, y que fue encargado por la Fiscalía Nacional Económica, sobre el mercado de la salud privada en Chile. Específicamente, hace un análisis de los temas de restricciones verticales.

Reitero, este estudio es bastante amplio y es con la información pública que se contaba hasta ese momento. Es un documento que fue hecho público en 2012 y es un análisis bastante general y, quizá, es una buena forma de empezar.

Luego, hay una guía que hizo la Fiscalía Nacional Económica para el análisis de restricciones verticales, de junio de 2014. Es muy interesante, porque, de alguna forma, revela y plantea en su conclusión de que hay que tener mucho cuidado en el análisis de las restricciones verticales, porque pueden



tener costos, pero también pueden tener beneficios. Entonces, no hay ninguna regulación en materia de libre competencia que normalmente sea tan tajante respecto a la bondad o la no bondad de las restricciones verticales y lo que hicimos acá está en solo 25 páginas. Esto está basado en un estudio que contratamos, realizado por un profesor francés, quien probablemente es la eminencia mundial más importante en materia de restricciones verticales.

Quien quiera profundizar en el tema lo puede hacer, pero el estudio está en inglés, de unas 150 páginas, en el que hace un recorrido de todas las regulaciones del mundo sobre restricciones verticales. No recuerdo con precisión, pero no me extrañaría que contenga párrafos concretos sobre salud en experiencia internacional.

Por último, y pensando en los textos que podrían ser de interés para la comisión, quiero mostrar uno que sacamos en abril de 2011, llamado "Compras Públicas y Libre Competencia", en el que explicamos las posibles infracciones que podrían ocurrir y las situaciones en las que la autoridad que lidera la licitación debiera tener cuidado. El texto tiene un aspecto preventivo y otro de detección. Preventivo, para que las bases de licitación tengan mayores niveles de competencia y no exista colusión en las licitaciones. Y otro de detección.

Al final tiene unos cuadros en los que simplemente se deben sumar los puntos, con el objeto de concluir si se debe tocar el timbre de la Fiscalía Nacional Económica o no. La idea es que las empresas que están organizando licitaciones públicas sepan dónde podrían ocurrir problemas, y en base a eso que nos hagan llegar sus denuncias.

De más está decir que todas las denuncias son tramitadas de manera muy confidencial, para obtener un éxito en la investigación.

Señor Presidente, esos son los documentos básicos que hemos hecho. Como pueden ver, hay bastante inclinación hacia los temas de salud, porque los consideramos temas sensibles.

Hemos escrito mucho, pero no quisimos traer todos los papeles. Aquí se hace referencia a otros documentos, pero tienen un carácter público. Todos se pueden encontrar en nuestra página web.

Muchas gracias.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo al fiscal nacional económico y a su equipo de trabajo.

Pido al fiscal que explique la colusión que se podría dar entre prestadores individuales. En el fondo, quiero que se extienda más allá del tema de los dos competidores. Por ejemplo, en algún momento se manifestó un problema con



ginecólogos de Chillán, que estaban de acuerdo para no prestar servicios por Fonasa ni por Isapres para cobrar el mismo precio.

¿Cuál es la norma que regula este tipo de situaciones? Entiendo que esos médicos fueron sancionados, pero de todas formas quisiera que se refiera al tema.

Durante la investigación de esta Comisión hemos analizado las prestaciones de las sociedades médicas que se entregan como compras de servicios externos a médicos del mismo hospital. Según entendemos, en la Ley de Presupuestos se especifica que los médicos deben cumplir horas en los hospitales para poder comprar servicios, pero se generan algunos enredos.

No tengo problema con que los hospitales compren servicios a los médicos, siempre que durante sus horas funcionarias atiendan la cantidad de personas que corresponde, porque si en las mañanas atienden a menos personas con el objeto de tener más prestaciones por las tardes, ahí se genera otro conflicto.

Fiscal, usted mencionó algunas recomendaciones para evitar colusión. ¿Ese trabajo está socializado y sensibilizado con los servicios? ¿Son una suerte de normas o de pautas como las bases tipo de la Contraloría?

Además, ¿tienen algún estándar o seguimiento para saber si se están haciendo bien las cosas? ¿Hay alguna relación con la toma de razón que realiza la Contraloría de muchas bases?

Más allá de todo el trabajo que investigan y sancionan, quiero saber cómo eso logra cambios en el Estado.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Este sistema de salud es bastante especial, y no sé si se puede plantear que solo algunas especialidades entregan un servicio monopólico. ¿En los casos que indica la diputada Rubilar se puede hablar de modelos de colusión?

Por otra parte, quiero saber si han tenido la posibilidad de establecer mesas de trabajo con el Ministerio de Salud para proponer reformas legales. ¿O acaso las normas vigentes son suficientes para evitar algún tipo de colusión o cualquier otra situación que afecte negativamente el mercado de las prestaciones de salud?

También le pido que informe respecto de reglas que permitan poner término anticipado a los contratos a fin de no adjudicar al mismo vendedor o laboratorio en el caso de que impliquen costos excesivos o que hayan sido denunciados previamente por colusión, con la finalidad de excluirlos de futuras licitaciones.

Existen costos entre servicios similares que se han hecho público que muestran una asimetría abismante, del orden de 400 por ciento de diferencia. Quiero saber si esa situación fomenta negativamente la libre competencia.



Finalmente, en qué situaciones la fiscalía puede actuar de oficio y en cuáles no. En el fondo, quiero que explique las opciones que tienen para intervenir.

Tiene la palabra el diputado Germán Verdugo.

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, la directora del Fonasa manifestó en esta comisión que este era un sistema que estaba desregulado. De hecho, manifestó que todo el sistema de compras públicas en el área de la salud era un sistema desregulado. Por ello, quiero saber de qué manera podría afectar la libre competencia si se regula.

Entonces, de qué manera habría que regularlo -ahora es absolutamente desregulado, dejando ventanas y puertas abiertas- para que no se genere una serie de problemas y conflictos.

¿Hasta dónde sería conveniente mejorar el sistema para evitar los conflictos que actualmente se generan y aquellas situaciones que aparentemente son contrarias a la normativa?

Sin duda, la desregulación afecta a que el sistema pueda entregar una mejor respuesta a los problemas de salud con los recursos que dispone.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el fiscal Nacional Económico, señor Felipe Irarrázabal.

El señor **IRARRÁZABAL**.- Señor Presidente, quiero hacer cuatro aclaraciones previas que están detrás de lo que ustedes preguntan.

Nosotros somos cien personas y permanentemente se trabaja el fin de semana y no pagamos horas extraordinarias. Estamos mirando veinte mercados, a veces menos y a veces más, a veces veinticinco, y tenemos que ser muy cuidadosos en no tener fijación respecto de un mercado concreto, porque la tentación es grande, porque requiere un esfuerzo entender un mercado. Yo creo que eso ustedes lo saben, porque les pasa lo mismo. Cuando regulan algo, tienen que entender qué es lo regulado.

En el caso nuestro, hemos hecho un esfuerzo con relación a Salud, porque creo que lo merece, pero tenemos que preocuparnos de nuestros otros hijos, que son los otros mercados, y tenemos siempre un equilibrio que mantener, que no nos obsesionemos respecto de un solo mercado.

Lo otro es que nosotros no regulamos, no somos reguladores. En ese sentido, por ejemplo, la regulación de precios requiere mucha sofisticación para que el precio que se obtenga de la regulación sea un precio que simule la competencia, de la mejor manera posible. Esto es típico, por ejemplo, en la superintendencia, en cuestiones que son monopolios naturales, como, por ejemplo, los servicios sanitarios o la electricidad. Bueno, para hacer eso se requieren muchos artículos, una institucionalidad que siempre son más de cien personas, pero solo para obtener la regulación en relación con ese precio concreto.



Entonces, nosotros no regulamos, sino más bien actuamos en relación con casos específicos y concretos que podrían, de alguna forma, incumplir nuestra ley, que tiene una naturaleza general, no una naturaleza especial. Entonces, también tenemos que ser bien cuidadosos en la armonía entre nuestra regulación, que es general, con la regulación especial.

La última aclaración es que nosotros tenemos que ser muy cuidadosos, porque no somos abogados de empresas u órganos públicos. No podríamos serlo, porque seríamos muy malos abogados, porque podríamos estar demandando al órgano o a la empresa pública. Nosotros tenemos la posibilidad de tener como legitimado o entablar acciones en contra del sector público. Lo hemos hecho; hemos entablado acciones en contra de la Dirección General de Aguas, en contra de Ferrocarriles. Entonces, nosotros no podemos dar servicios... O sea, podemos explicar en cuestiones generales, de promoción, pero no podemos dar asesoría legal. La asesoría legal la tiene que buscar cada servicio, en forma específica, pero no a través de nosotros. Y en eso somos bien conscientes de esa limitación, porque nos podría poner en una situación en donde estemos dando una asesoría y, por ejemplo, después, a propósito de la asesoría, encontremos que hay una posible infracción, y en esa infracción, en ese cartel, participa el organismo público que nos pidió la asesoría. Entonces, nos crearía un problema filosófico en relación con qué interés estamos defendiendo, y como nuestro cliente es el interés general de la colectividad, es lo que sale en la ley, entonces tenemos que tener esa preocupación.

Sobre la colusión de Chillán, eran personas naturales, pero lo que pasa es que ellos eran los agentes económicos. Por eso hay una sanción en contra de ellos. Y no solo eran los agentes económicos, sino que representaban el 95 por ciento del mercado. No me acuerdo de memoria, pero era casi el cien por cien del mercado. Y no solo eso, sino que se logró analizar que el acuerdo a que ellos llegaron, que está en las actas, porque crearon una asociación gremial, que se disolvió justamente para poder materializar su cartel, fue efectivo. Ellos lograron aumentar el precio de las prestaciones en relación con los pacientes. ¿Saben qué pasó? Disminuyó el número de prestaciones, porque opera la economía, porque como el precio es más alto, fueron menos las pacientes; fueron menos al doctor.

Incluso, analizamos si a pesar del área geográfica -que es otro tema supercomplicado para nosotros-, si esas pacientes se habían trasladado a otros centros asistenciales de lugares que estuvieran cercanos a ese, y la respuesta nuestra fue que no, porque lo chequeamos caso a caso, a través del paciente a paciente, para ver si llegaron a doctores que estuvieran atendiendo en otras áreas.



Esto es para decirle que estos casos son bien caros, porque no basta la acusación, sino que es bien profundo poder detectar cuál es el impacto, cuáles son los efectos, quiénes son las personas, porque puede ser también uno bien injusto en quiénes son las personas que efectivamente participaron, cuál es la evidencia de los contactos entre ellos para los efectos del cartel.

Respecto del tema de las sociedades médicas, lo vemos más como un tema de regulación, y podría haber infracciones. Pero, de nuevo, no somos expertos en derecho administrativo. No somos ni pretendemos ser la Contraloría General de la República. Así como también si hubiese algunas infracciones que pudiesen tener el carácter de penales, no somos órganos persecutores penales. De hecho, sería una infracción a la Constitución, porque hay un monopolio ahí del ministerio público en esa materia.

Sobre la asociabilidad con los servicios, tiene la limitación que acabo de explicar, pero en muchos de los casos hay un trabajo conjunto. Por ejemplo, en un caso, a propósito de un cartel -de ese prefiero no hablar tanto, porque se está litigando en este minuto- para ventas a la Cenabast de unos productos determinados, y tuvimos el apoyo de la Cenabast en forma bastante intensa para detectar esa situación.

También tuvimos un caso -ustedes lo deben conocer, el remedio Celebra- muy interesante, incluso discutido internacionalmente. En este caso la agencia encargada de los temas de propiedad intelectual, el Inapi, nos ayudó a hacer ese caso exitoso, y es un ahorro increíble para el sector público, porque entiendo que eran del orden de los seis a diez millones de dólares de costo de compra a ese medicamento, que logramos que nos tuviera bajo la protección de unos productos de marca. Entonces, se liberó eso justamente a propósito de una garantía en un trabajo donde nosotros tuvimos que incluso encargarle a un experto en Estados Unidos para que hiciera un informe sobre cómo, de alguna forma, esto juega con las normas de propiedad intelectual, porque ahí había un choque entre lo que era la libre competencia y la propiedad intelectual.

Entonces, hay ciertas conexiones. Hemos hecho promoción y los conocen, y hemos tenido ciertas reuniones, porque nos interesa ir mejorando los niveles de competencia, pero con la restricción de que tratamos de no hablar de casos específicos, salvo que tengamos claro que en ese caso específico el servicio público no está dentro de la lista de potenciales infractores, porque ahí se hace muy complicado tener una relación más fluida.

Sobre el impacto de esto, eso también es superinteresante. Pero, claro, hay que ser muy selectivo en elegir. Es muy difícil, es muy caro hacer impacto. Y además tiene algo difícil, porque tiene que hacer escenarios contrafactuales,



suponer que si no lo hubiera hecho, la cosa habría terminado de otra manera, y hacer esa comparación. Pocas agencias del mundo tienen los recursos para hacer eso de la situación de impacto. A nosotros nos interesa, pero creo que es una cosa que ha sido poco explorada hasta ahora, porque uno focaliza los recursos más bien en los casos que requiera desarmar un cartel.

Sobre el tema de las especialidades, es un requisito para poder ejercer, dentro de la profesión, ciertas labores concretas. Evidentemente, eso le da un poder de mercado.

Justamente, a propósito del caso Chillán, vimos hasta qué punto lo que hacía un ginecólogo, lo puede hacer alguien que no sea ginecólogo, como un doctor general. Es un ejercicio que uno tiene que hacer, a propósito de los casos anteriores al 2006; se tiene que plantear. Después del 2006, eso es un poco distinto.

Respecto de las mesas de trabajo, creo que ya algo respondí.

Sobre las reglas claras de compra, creo que hay bastantes reglas. O sea, de hecho, usted va a la ley de Bases, está el artículo 9, sobre cómo los órganos públicos compran.

Después, va a la ley de ChileCompra, la ley de compras públicas, y ahí tiene una regulación. Luego, hay reglamentos.

Entonces, puede ser que Salud -no lo sé; lo desconozco- no tenga regulaciones específicas, pero hay regulaciones generales que se le tendrían que aplicar.

Podría haber regulaciones que no estuvieran al nivel de leyes, sino regulaciones de decretos supremos o de otros tipos, o a través de instrucciones, etcétera, que podrían tener los organismos. Esa situación la desconozco.

Lo que sí puedo decir es que en materia de libre competencia no conozco regulaciones específicas que se apliquen a propósito de los temas de salud. Eso sí que les puedo decir. Ahí nos bastan las regulaciones generales.

Sobre el término anticipado de contrato, nosotros podemos terminar contrato, pero esto después de un juicio.

A todo esto, la Fiscalía es solo un órgano persecutor, entonces los tiempos de nosotros nos son los tiempos que requiere un servidor público con un cargo de una cierta jerarquía política, porque la investigación que hacemos demora por lo menos un año o un año y medio, y después tenemos que litigar y la litigación demora dos años, tres años y después tenemos que ir a la Corte Suprema.

Entonces, esta es una de las razones de que el instrumental nuestro, como temas de libre competencia, es un instrumental que tiene que ser bien selectivo para los grandes casos y dar ciertas señales a propósito del caso. Pero no arregla las cosas en dos o tres años, los efectos se ven bastante después y son cuestiones más bien estructurales.



A propósito del caso concreto, se resuelven cosas más bien estructurales, pero en un tiempo que es distinto al tiempo del que está apremiado, del que necesita comprar un servicio mañana, porque tiene que proveerlo, y de nuevo nosotros no nos metemos en temas de derecho administrativo.

Entonces, esto podría ocurrir a propósito de una infracción, tendría que ser un caso que lo amerite, y nosotros de alguna forma tenemos que hacer referencia al nexo causal, pero esto podría ser más bien un tema de la Contraloría General de la República. Nosotros también somos bien cuidadosos en tener deferencia en cuáles son las prerrogativas de cada organismo.

Sobre el tema de simetría, aquí hay varias referencias; por ejemplo, hay asimetría en relación con el paciente; hay asimetría en relación con los que compran; en relación con los laboratorios, con los médicos.

Entonces, nosotros hemos analizado especialmente la asimetría en la relación de los médicos con los pacientes, en que los médicos tienen una posición privilegiada en relación con los pacientes. Los pacientes no hacen un *due diligence* ni van a un segundo doctor para saber si el primer doctor lo hizo bien o no. Entonces, el doctor puede o podría verse tentado a recibir cierto incentivo-beneficio de nuevo, y eso entiendo que ustedes lo han arreglado a propósito de la regulación, a propósito del código CIP, y ahí se estableció una prohibición más estricta. Nosotros miramos la regulación anterior e hicimos sugerencias de cambio hace un par de años cuando se estaba tramitando esa ley para hacer más estricta esa norma.

Después vemos lo mismo en la farmacia, también la persona, el que atiende en la farmacia, tiene una posición de privilegio. En ese caso, nosotros instamos a que se hicieran las góndolas y se pusieran los productos que no fueran peligrosos, pero que se pusieran a expendio de la gente para hacer competir a los productos en la góndola y que las personas tuvieran más derecho de comparar productos, esto que se llaman los *over-the-counter* (OTC), así que ahí por lo menos hemos visto dos ámbitos donde existen asimetrías.

Si podemos actuar de oficio, sí. De hecho, la mitad de los casos nuestros son de oficio. En el caso de los médicos de Chillán, creo que esa fue una denuncia de un senador, pero normalmente actuamos de oficio.

Si el sistema de compras públicas es desregulado, eso ya lo contesté y evidentemente siempre, y eso es lo que hemos visto nosotros en las licitaciones públicas especialmente en los temas de salud hay muchas tensiones, sobre todo cuando se trata de servicios, cuando son cosas que no se pueden "stockear". En todas esas situaciones "de emergencia", quien presta el servicio puede tener una situación de privilegio, comparado con licitaciones que las hace muy de antemano y las planifica, y normalmente paga más caro.



Esto es un poco como cuando uno quiere viajar para Semana Santa o para el fin de semana largo, obviamente los pasajes pueden ser más caros, y estoy hablando en abstracto, pero la misma situación podría ocurrir en relación con licitaciones o solicitudes que se hagan o *spots* y cuando la necesidad es muy apremiante.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero decirle al fiscal que me tocó presidir la sesión a la que asistió hace un tiempo, en la investigadora de medicamentos, y recuerdo haberle comentado una preocupación que tenía Cenabast en aquel entonces. Este servicio sentía que todas las empresas que podían presentarse a las licitaciones no lo hacían y que era como que se distribuían los hospitales, de modo que unos postulaban en esta y otros postulaban en la otra.

En aquel entonces usted fue extremadamente prudente, lo que me parece bien, y mi pregunta es respecto de las sociedades médicas, dejando de lado las infracciones administrativas que puede haber y que le corresponden a Contraloría, ¿es posible que se suscite algo similar? Es decir, nosotros nos repartimos una suerte de territorio en estos hospitales. No sé, en el Central postulan algunas empresas nomás y yo así me aseguro de tener un monto mucho más elevado, y me voy al norte, donde postulo yo nomás, y qué sé yo, y generarse una suerte de... ¿Es ese un concepto que entraría dentro del delito de colusión; es decir, de ponerse de acuerdo de no postular y con eso encarecer artificialmente los precios y no generar competencia entre los servicios?

El señor **IRARRÁZABAL**.- Sí, creo que sí.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Señor Felipe Irarrázabal, estamos muy agradecidos de su presentación, vamos a entregar copia a cada uno de los miembros de la comisión.

A continuación, vamos a invitar al director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, señor Luis Antonio Infante Barros, y al director del Servicio Metropolitano Central, don Jorge Antonio Martínez.

Tiene la palabra el señor Jorge Antonio Martínez, director del Servicio Metropolitano Central.

El señor **MARTÍNEZ**.- Señor Presidente, antes de entrar de lleno a la especificidad de la citación, quiero explicar el modelo de atención en red asistencial y sus componentes. Tenemos el tema comunitario, la atención ambulatoria y en lo ambulatorio tenemos fundamentalmente los servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), el SAMU y los centros de salud y terminamos con la atención cerrada, en la que nuestra red cuenta con tres hospitales.



Nuestra red es muy amplia y diversa en términos de territorio; sin embargo, hay un elemento en común en toda la red, que vamos a ver acá qué significa.

En términos poblacionales, somos 1.234.000 aproximadamente. Sin embargo, desde el punto de vista epidemiológico, tenemos una población altamente envejecida, que es transversal a todas las comunas a las cuales nosotros territorialmente tenemos que dar atención en salud.

El porcentaje de la población madura es de alrededor de 4 a 7 por ciento del total de la población mayor de 65 años. Maipú sería la población más joven que nos toca atender, y en Estación Central, Cerrillos y Santiago tenemos ya un envejecimiento sustantivo.

La derivación al extrasistema. Las derivaciones en general tienen estos cinco componentes: camas, procedimientos, exámenes, intervenciones quirúrgicas y consultas. He acá donde se focaliza la gran compra a privados.

Las derivaciones a privados, entre el período 2010-2016, las tenemos reflejada en esta gráfica. En 2013 se produjo un peak, que sobresalió de la media; veníamos reflejando alrededor de 4.000 anuales y se disparó cerca de 10.000.

Posteriormente, en 2014, se empezó a regularizar la compra de servicios a Extrasistema, fundamentalmente, optimizando los mecanismos de gestión internos para dar resolutiveidad a nuestros pacientes, la gran mayoría dentro de nuestra red asistencial, que fue nuestro objetivo inicial.

¿Qué tenemos acá? El tipo de derivación, vía compra directa, realizada por los hospitales autogestionados, sustantivamente lo hacen sin consulta -eso lo quiero mencionar-, en nuestra red y la UGCC, que es la unidad de gestión de camas, centralizadas en el Ministerio de Salud, o por vía Servicio de Salud.

Entonces, el 91 por ciento de las derivaciones o las compras directas al Extrasistema son realizadas directamente por los hospitales, y en eso los autogestionados son quienes se llevan la gran cantidad de derivaciones.

Acá podemos apreciar los números de derivaciones por prestación a privados, entre el período 2010-2013, con un total de 22.741. Esto es: camas, exámenes, procedimientos, consultas y otros, para poder dimensionar.

En este gráfico hay una sustantiva compra exponencial, que refleja alrededor de 20.400 derivaciones al prestador privado.

Entre los años 2014 y 2016, tenemos un total de 12.615 prestaciones, en donde prácticamente se rebajó a la mitad de lo que se había realizado en 2013. Indudablemente, estos elementos de sustantiva baja están fundamentalmente gatillados por optimizar los elementos de gestión al interior de cada hospital.



Acá podemos observar el número de derivaciones, fundamentalmente en el tema de camas. Por ejemplo, la Posta Central tiene mayor derivación en términos de compra de camas al Extrasistema, fundamentalmente a la Clínica San Andrés y a la Clínica Ensenada.

El Hospital San Borja Arriarán, en 2016, realizó 3.094, fundamentalmente, debido a pacientes de extrema gravedad en el Hospital San Borja Arriarán y en el HUAP (Hospital de Urgencia Asistencia Pública), pacientes quemados y de alta criticidad o politraumatizados.

Estas fueron las empresas donde se derivaron o se hicieron compras de servicios, entre los años 2010 y 2016, con sus respectivos porcentajes, en términos de montos totales, de cada año.

La cantidad está dada en la lámina anterior.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Claudio Arriagada.

El señor **ARRIAGADA**.- ¿Cuáles son las razones que ustedes registraron por las cuales se disparó la compra de servicios médicos de diálisis, que llegó a 672.000?

El señor **MARTÍNEZ**.- Según mi impresión, hay varios factores asociados al respecto. Primero, mayor diagnóstico de pacientes con insuficiencia renal crónica; segundo, como apreciación personal, una disminución de la detección precoz en los pacientes con enfermedades cardiovasculares, fundamentalmente, asociado a diabetes o hipertensión, los cuales no están siendo debidamente compensados en la atención primaria. Por lo tanto, el aumento de volumen, el rescate y el diagnóstico precoz de esos pacientes está haciendo aumentar, en nuestra opinión, desde el punto de vista médico, esa cantidad de pacientes.

Por otro lado, un fenómeno que se ha ido dando, pero se está recuperando, dice relación con el tema de que muchas de las diálisis instaladas en los hospitales, como en el de San Borja Arriarán, no están funcionando a plenitud.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Osvaldo Urrutia.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- ¿Por qué no están funcionando a plenitud?

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, ¿podemos preguntar al tiro?

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Continúe diputado Urrutia.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Para complementar la pregunta que hizo el diputado Claudio Arriagada, en orden a por qué suben las diálisis durante ese período, la respuesta del jefe del servicio es que no estarían funcionando a plenitud en el hospital mencionado, que es el San Borja Arriarán. Entonces, repito, la pregunta es: ¿por qué no están funcionando adecuadamente? ¿Cuál es la razón?



El señor **MARTÍNEZ**.- Señor Presidente, como dije, no es solo un tema unicausal, sino que tiene multicausalidades.

Ahora, para dar una respuesta a cabalidad a la pregunta del diputado Urrutia, sugiero tener una mirada mucho más profunda y, quizá, para una sesión posterior, traer los fundamentos concretos al respecto para dar una mirada más integral al tema.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo y agradezco al director del Servicio de Salud Metropolitano Central su presencia en la Comisión.

Personalmente, me gustaría entender el alza de 2013, que se visualiza en un gráfico como exponencial de prestaciones. ¿Cuál es la explicación que tiene de esa alza, que se ve bastante inusitada? ¿Hay alguna razón epidemiológica o no al respecto? Lo pregunto, porque cuando uno observa el gráfico, que posteriormente usted tiene del costo de las prestaciones de la compra al Extrasistema, se encuentra con que durante ese año, 2013, que está bastante disparado, la suma es de 18.000 millones de pesos; posteriormente, baja bastante en cantidad de prestaciones, pero no en cantidad de montos; de 18.000 baja a solo 16.000 millones de pesos, es decir, 2.000 millones de pesos. Pero la cantidad del N, de las prestaciones propiamente tales, ese sí baja.

Entonces, o estamos comprando prestaciones más caras u otro tipo de prestaciones fuera. Por ello, quiero entender ese cambio, más aún si consideramos que cuando uno mira qué cambios de prestaciones hay, pongámonos en el contexto de que entra en funcionamiento El Carmen. Obviamente, eso nos permite tener una mayor cantidad de prestaciones dentro del sistema público propiamente tal. Quiero saber cuánto de eso afecta.

Asimismo, me llama la atención, por ejemplo, la compra de atenciones de urgencia de ese mismo año, 2013; según la información, dice: 8 millones de pesos. ¿Es así? ¿Estoy bien? Posteriormente, da un tremendo salto en compra de atención de urgencia, es decir, de 8 millones de pesos baja a 174.000 pesos.

Me gustaría entender mejor esas cifras. Me llama la atención la diálisis, como consultó el diputado Arriagada, pero más aún el tema de las compras de atenciones de urgencia entre los años 2013 y 2014.

¿Qué razón tiene para tener ese nivel de diferencia? Lo mismo en otras compras de servicios y convenios, que en 2013 pasan de 741.685 pesos a 4.600.000 pesos. ¿De qué otras compras y convenios hablamos para que se genere un cambio tan exponencial?

Le pido que nos ayude a entender la diferencia de dineros entre 2013, 2014, 2015 y 2016, con la entrada en vigencia del



Hospital El Carmen y con los cambios a nivel de montos, que usted menciona. No es tan fácil compararlo y sería mejor con los **ene** al lado, pero quiero que me haga entender qué es lo que vemos en esa gráfica.

El señor **MARTÍNEZ**.- Señor Presidente, el Hospital El Carmen entró en marcha blanca en noviembre de 2013, por lo que no tendría incidencia en las compras de servicio al extrasistema.

Se explica en 2013 que el aumento exponencial fue por compras para resolución de listas de espera, ya sea GES o no GES; en 2014 se mantiene una línea en relación con lo que se hacía, sin embargo, los 16.000 millones de pesos de 2014 se fundamentan por la continuidad de pagos de facturas anteriores.

Respecto del Hospital El Carmen, en 2014,...

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Perdón, pero no me cuadran los números. ¿Los 16.000 millones de pesos de 2014 equivalen a la sumatoria de todas las compras?

El señor **MARTÍNEZ**.- Sí, exactamente.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Lo que pienso es que podría estar pagando, pero en todos los servicios, no particularmente en los 8.000.000 de pesos de la compra de atención de urgencia.

Lo que señaló la señora diputada es que en 2013 usted tuvo compras de atención de urgencia por 8.267.382 de pesos y en 2014 usted baja a menos del 2 por ciento. Entonces, ¿por qué se produce ese salto? Hay otras cifras que llaman la atención, pero esa quizá es la más significativa.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, el director explica muy bien que en 2013 hay un salto exponencial. Quiero entender qué pasó. Dice: compra de prestaciones GES y no GES. Tenemos 9.574. Este es el salto exponencial, porque antes había 5.000 o 4.000, pero se saltan a más de 9.000 prestaciones en 2013, y eso cuesta 18.000 millones de pesos.

A 2014 tenemos -según el mismo cuadro del director- 4.172 compras, es decir, es la mitad de lo que se compró en 2013. Sin embargo, se paga 16.000 millones pesos, es decir, solo 2.000 millones de pesos. Se baja a la mitad, pero se baja en pagos 2.000 millones de pesos. Si usted me dice que todo es deuda de arrastre de 2013, es obvio que podría ser, aunque no debiera, ya que se debiera devengar siempre; pero podría ser.

En 2015 también bajamos a 4.127 y seguimos casi en 16.000 millones de pesos. Entonces, es claro que estamos comprando más caras las prestaciones o estamos cambiando lo que compramos. Tal vez compramos más complejo u otra cosa..., pero no calza.

El señor **MARTÍNEZ**.- Señor Presidente, habría que considerar dos aspectos. Uno, el pago de rebase de la ley de urgencia, que se aumentó sustantivamente en 2016, y en 2014 se logró



estabilizar esa línea y se tuvo que pagar. Es decir, cuando pacientes han ido a los hospitales de la Católica o de la Chile por la ley de Urgencia, esas facturas se empezaron a pagar en 2014. Fundamentalmente se explica por ese tema.

En 2014 y 2015, por ejemplo, en el tema diálisis, en El Carmen no hemos podido abrir diálisis, lo cual ayudaría sustantivamente, pero más bien a dar garantía a los pacientes de Maipú, porque no tiene la capacidad para atender a la red, ya que son solo 10 sillones de diálisis. Por eso, los servicios de diálisis han ido aumentando a 2016 igual, a pesar de que tuvimos una baja en 2012 y 2011. El tema de las diálisis es muy precario en nuestro servicio y a los pacientes se les envía principalmente al sector privado.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Y las otras compras por convenio, que aumentaron tanto? ¿Cuáles son esos que pasaron de 741.000 a 4.600.000, en el ítem otras compras de servicios y convenios? ¿Cuáles son esas otras compras?

El señor **MARTÍNEZ**.- Esas otras compras no están detalladas con especificidad en la glosa respectiva. Simplemente, algunos están referidos fundamentalmente el pago de quemados, el que nos aumenta considerablemente el gasto. En el privado hay solo 2 clínicas que prestan ese servicio: la Clínica Indisa y el Hospital del Trabajador, aparte de la Posta Central.

En esta lámina se observa el detalle del gasto en prestaciones al extrasistema. Este es un cuadro más resumido de lo anterior.

En el pago de rebases de ley de Urgencia ustedes ven que hay un aumento sustantivo en 2014; respecto de los exámenes y de procedimiento se incluyen los exámenes de alto costo, como las radioterapias, fundamentalmente en los pacientes con cáncer, red que es utilizada principalmente por el Hospital San Borja Arriarán.

Luego tenemos la compra de atención de urgencia, más compra del servicio. El Hospital San Borja Arriarán en 2010 presentó una compra de servicios de 1.247 millones de pesos y actualmente está en 760 millones de pesos -estamos hablando de atención de urgencia, ley de urgencia fundamentalmente-; en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, en 2010 con 5.015 millones de pesos, y hay un aumento de aproximadamente 400 millones de pesos a 2016.

La DAP es nuestra atención primaria, que tuvo algunos... No puedo dar una explicación exacta de por qué la atención primaria utilizó la ley de Urgencia en 2010 y 2011; sin embargo en los otros años no se ha dado, aunque se presume que son algunos pacientes, ya sea con infarto, que no tienen cupo, mediante la Unidad de Gestión de Camas, en los hospitales, por lo que se les envía directamente del consultorio a las clínicas.



Respecto de las acciones que hemos ido generando en vista de esas cifras, que muchas veces llaman la atención, en 2015 se creó la Unidad de gestión clínico-financiera, que monitorea la actividad asistencial como la administrativa, así como de la derivación oportuna y sus costos en los distintos niveles de responsabilidad, lo que nos permite tomar decisiones para optimizar la gestión interna de cada establecimiento.

Las cartas de respaldo no estaban digitadas, sino que simplemente se hacían a mano en cada hospital. Eso generaba un cierto grado de desorden, que estimulaba a que cada hospital gestionara la salida de enfermos por cuenta propia.

Se realizaron dos auditorías durante 2015 y 2016, fundamentalmente a la Clínica Los Coihues, por la prestación de servicios de rehabilitación, y se realizó una auditoría al flujo en el proceso de derivación al extrasistema al Hospital de Urgencia Asistencia Pública, en junio de 2016.

La licitación pública que realizó la Posta Central, en 2016, para normar y regular la compra de servicios de cama al extrasistema, se encuentra en proceso de contratación.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Osvaldo Urrutia.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, el director del Servicio de Salud Metropolitano Central manifiesta que han tomado dos acciones importantes: la creación de la unidad de Gestión Clínica Financiera y la digitalización de la carta de respaldo.

Me imagino, con el objeto de tener trazabilidad hacia quién se dirige, quiénes son los beneficiarios, dónde se hace el servicio.

Sin embargo, manifestó que fue por iniciativa propia, o sea, tomaron esa decisión para ordenar este tema, pero no es una medida que todo el resto de los servicios de salud hayan implementado.

Me gustaría saber si solo lo llevó a cabo el Servicio de Salud Metropolitano Central.

El señor **MARTÍNEZ**.- No tengo el dato del resto de los servicios de salud.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, solicito que se oficie al Ministerio de Salud para saber si en el resto de los servicios de salud existe digitalización de la cartera de respaldo y una unidad de Gestión Clínica Financiera para controlar los gastos y hacer un seguimiento de los mismos, porque sin esa unidad el tema es bastante caótico.

Quiero saber si existe esa obligación, si lo han hecho, si existe alguna instrucción del Ministerio de Salud para ello o si esta iniciativa es solamente de un servicio porque el director tomó la decisión al respecto.

Si esto no se ha hecho en los otros servicios se presta para el desorden que hemos visto en muchas de las compras.



El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo con la solicitud del diputado Osvaldo Urrutia?

**Acordado.**

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, me gustaría tener claridad respecto de los cambios, como las otras compras de servicios y convenios por el aumento tan grande, que se mantiene, y a quién le compran.

Además, lo mismo en imprevistos y todo lo que llame la atención que haya aumentado demasiado en 2013, para saber qué pasó y cuál es la explicación.

Si es posible, pedir que los servicios llenen el cuadro que nos permite ver los aumentos, las bajas, qué ha pasado, las entradas y salidas, etcétera. Tal vez enviar el cuadro a los otros servicios de salud con el objeto de que lo devuelvan con sus respectivos datos.

Me gustaría que el director nos explicara los cambios, porque me llama la atención el aumento de prestaciones en 2013, pero al dividir en simple -sé que no puede ser de esa forma- el costo de prestación es de 1.900, en 2013, por la cantidad, y aumenta a más de 3.000, en 2014. Entonces, quiero saber si se está comprando más complejo o antes se compraba solo consultas y por eso se podía hacer muchas, y ahora se compra camas de UCI. No sé, pero quiero entenderlo, porque estos números son vacíos; se toman decisiones no porque cuesten más o menos, sino por la necesidad, y quiero saber qué pasa en la red.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Muy bien. Al Minsal.

Un par de preguntas. Al ver los gastos macro de 2010 a 2016, casi se han duplicado. Por tanto, si se cruza con las inversiones que han llevado a cabo los distintos gobiernos en la construcción de Cesfam, usted ha tenido una compleja labor con los hospitales, y con esa inversión, más esto, aparentemente no se observa ningún impacto.

Es un tema para discutir, porque hay personas que incentivan mucho la atención primaria, ¿pero se está haciendo realmente atención primaria, prevención, promoción de salud?

Además, me gustaría saber más respecto de los grados de autonomía que mencionó, y también el contralor, de los hospitales autogestionados.

Habría que hacer un estudio económico sobre cuántos millones de dólares se han gastado en Cesfam, hospitales y esto, porque en realidad es una cifra bastante brutal.

El señor **MARTÍNEZ**.- Señor Presidente, indudablemente el gasto que ha identificado desde 2010 a 2016 ha aumentado en diferentes ámbitos. Como lo señalé anteriormente al diputado Osvaldo Urrutia, es multifactorial.

Por un lado, tenemos la atención primaria, cuya función debemos realzar y reforzar, lo cual es absolutamente necesario



para visualizar una población relativamente sana en el futuro, y con ello, de alguna forma, tener un costo relativamente bajo en los grandes centros asistenciales.

Regularmente, nuestra población está sobre los 65 años, y diría que con un envejecimiento promedio de alrededor del 8 por ciento. Ya tenemos la evidencia de que el envejecimiento en nuestro país, de las comunas que estamos hablando, primero, es policonsultante, una característica importante; segundo, con más de dos patologías asociadas. Es decir, no solamente ser viejo, sino que además con dos patologías asociadas.

Según la investigación que hemos llevado a cabo en nuestro servicio, de las enfermedades fundamentales que tenemos en la atención primaria, que es hipertensión y diabetes, solamente el 35 por ciento de todos los pacientes están compensados. El resto permanentemente vive en la descompensación y se adaptan a ello. Entonces, al sufrir una enfermedad aguda los días de hospitalización y la necesidad de exámenes aumenta considerablemente.

Por eso, al examinar el aumento y cuál es el impacto, la atención primaria se merece un capítulo especial, porque ahí está el foco de nuestro modelo de salud y no tenemos respuestas contundentes hasta el momento.

Tenemos dos comparativos: una salud dependiente del servicio, atención primaria, y la salud municipal.

No quiero hacer un debate respecto de si es mejor la municipal o no. Hay dos servicios en el país que tienen el tipo dependiente: Aysén y el Central.

Los indicadores señalan que la salud dependiente tiene un cumplimiento ligeramente mejor, pero no sustantivamente mejor. Es decir, también nos hacemos cargo de ese tema. Pienso que lo fundamental debe ir por el lado de la atención primaria.

Ahora, en cuanto al gasto hospitalario, indudablemente los factores de la atención primaria también tienen multifactoriales a través del tiempo.

O sea, como bien señaló, señor Presidente, pienso que eso sería materia de un estudio totalmente diferente, a objeto de dar una respuesta apropiada, con la finalidad de tomar las mejores decisiones en el Congreso y también a nivel del gobierno.

Señor Presidente, dejaré, como anexo a la presentación, las sociedades profesionales que están funcionando en el servicio; las derivaciones al extrasistema de un informe de la unidad de gestión clínico financiero; una auditoría al programa de paciente crónico y las derivaciones al extrasistema de otras auditorías que hemos realizado al interior del servicio.

El Señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la hora de término de la sesión?

**Acordado.**

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.



La señora **RUBILAR**, (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, en relación con los documentos que ha entregado el director, quiero saber si viene lo que se derivó de Ensenada.

El Señor **MARTÍNEZ**.- Efectivamente; viene en el cuadro. Además, está en la presentación.

La señora **RUBILAR**, (doña Karla).- Sí, vi el número, creo que es el 46; pero mi tema saber si viene lo que se derivó, qué enfermedades...

El Señor **MARTÍNEZ**.- ...Ese detalle no, pero lo podemos enviar.

La señora **RUBILAR**, (doña Karla).- Señor Presidente, podemos acordar que nos envíen el detalle de lo que se derivó en Ensenada.

El Señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

Tiene la palabra don Luis Antonio Infante, director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

El señor **INFANTE**.- Señor Presidente, no traje presentación, porque asumí que les había llegado la información por correo.

En esa información nos remitimos a los gastos del servicio, asumiendo que Fonasa va a dar cuenta de los gastos en que ha incurrido por distintas prestaciones en los diferentes servicios de salud.

En síntesis, nuestro servicio, que es el más grande de Chile, tiene un presupuesto cercano a los 260 mil millones. La compra que hemos hecho a privados, es de 11 mil millones, en servicios, principalmente a empresas vinculadas a médicos del hospital Sótero del Río o del hospital de la Florida.

Además, en el listado viene la nómina de personas contratadas en el sistema. Hemos gastado alrededor de mil millones anuales en compra de camas, esencialmente, a la Clínica Colonial. Fueron dos camas de intensivos, dos camas de intermedio, y camas de agudo, las que tienen variaciones estacionales.

La señora **RUBILAR**, (doña Karla).- ¿Mil millones?

El señor **INFANTE**.- Mil millones al año. A través de un correo les puede hacer llegar el detalle de las camas. En definitiva, compramos más en invierno que en verano.

En resumen, nuestro gasto global es de 11 mil millones en servicios y mil millones en camas. Además, la deuda del servicio asciende a 14 mil millones y la producción que hemos hecho a Fonasa, y que no está pagada por Fonasa, es de 21 mil millones.

La señora **RUBILAR**, (doña Karla).- ¿Fonasa aún no la ha pagado?

El señor **INFANTE**.- (Asiente con la cabeza) El servicio ha reducido significativamente los días de espera. Además, ha hecho uso intensivo de los pabellones, tanto en el Sótero del Río como en La Florida. Entonces, si Fonasa pudiera pagar todo



lo que el servicio produce, tendría un excedente de 7 mil millones.

Esa es la realidad del servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

El Señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR**, (doña Karla).- Señor Presidente, me rondan dos preguntas y que son las que siempre le hago a los directores de servicio que nos visitan, sobre todo a aquellos que compran en sociedades médicas.

Una de esas preguntas es que si ellos creen que, en la eventualidad de que tuvieran los cupos y pudieran contratar con mejores sueldos y condiciones, de manera de poder competir con las clínicas privadas por profesionales médicos, saldría mucho más caro de lo que actualmente compran a través de sociedades médicas, o sería en similares condiciones.

El Señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Infante.

El señor **INFANTE**.- Señor Presidente, hay un tema interesante en la discusión de aumentar o no nuestro gasto del producto en la salud pública.

La deuda actual del sistema está en torno al 10 por ciento del presupuesto, o menos. Esto significa que habría que aumentar en 10 por ciento, al menos, para tener el rendimiento que obtenemos.

Una alternativa podría ser, tal como lo hicieron los neozelandeses, trasladar los hospitales públicos a las empresas. Lo que ellos denominaron "las empresas de la Corona", algo similar a lo que tenemos en las sociedades de la Corfo: una administración centralizada de los hospitales como industria, a quienes se les paga por producción.

Por lo tanto, si tuviéramos ese sistema, los hospitales funcionarían doce horas; no tendríamos límites de personal a honorarios, de planta, ni las restricciones que actualmente nos pone el Ministerio de Hacienda. Con esto se terminaría la crítica de que el sistema público es ineficiente.

En la actualidad, somos ineficientes producto de la cantidad de cortapisas que tenemos. Si ven el último balance, la distancia entre el gasto Isapre versus sector público, en 2010 fue de 2,5 en las Isapres contra el 1 del público. Actualmente, la diferencia es de 1,25.

En definitiva, nos acercamos en dignidad. Esto tiene que ver con su pregunta, diputada, en el sentido de si hay impacto o no. Claramente hay un fuerte impacto en dignidad y en los indicadores. Por tal motivo, ha bajado el pié diabético, han bajado los infartos en mortalidades, ha bajado el accidente cerebral, etcétera.



Sin duda que, el diputado Arriagada podrá dar cuenta de lo que son los Centros de Salud versus lo que fueron cuando comenzamos a trabajar.

Señor Presidente, el Servicio de Salud Público chileno es lejos el mejor del mundo, si lo miramos en costo-efectividad. Tenemos indicadores del primer mundo con financiamiento del tercer mundo. Si le diéramos rienda suelta a nuestro gasto, sin duda que tendríamos hospitales que producirían al máximo.

Actualmente, en La Florida y en el Sótero del Río tenemos hospitalización domiciliaria de alrededor de 300 camas. Las estamos manejando domiciliarmente, lo que nos ha permitido crecer, en la práctica, en otro hospital. Asimismo, tenemos telemedicina, y estamos copiando lo que hace Talcahuano con la cardiología a distancia.

En definitiva, si tuviera más financiamiento, el sistema público podría hacer maravillas con la tecnología.

Piensen que Chile debe ser el país con la atención primaria más compleja del mundo. Por ejemplo, tenemos desde médicos a podólogos. Los desafío a que visiten cualquier consultorio del mundo y vean si tienen médicos y podólogos, pasando por psicólogos, kinesiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, etcétera.

Entonces, esta sociedad es injusta con el sistema público, porque en el privado uno tiene libre acceso: pide hora, paga y lo atienden.

Señor Presidente, si existiera la posibilidad de que pagaran por lo que hacemos, haríamos lo mismo que los privados. No habría lista de espera, porque tendríamos médicos dispuestos a estar siempre.

Diputada Rubilar, la pregunta suya es tremenda, porque ¿por cuánto está dispuesto a quedarse un médico en el sistema público? Eso es variable.

Hoy día, un pinche oftalmólogo gana alrededor de 20 millones mensuales; un anestesista senior, entre 30 y 40 millones mensuales. Obviamente, a ese costo no somos capaces de retener.

Se ha dado un aumento de las promociones. Rápidamente, en los próximos años, vamos alcanzar cifras interesantes en términos de médicos por cada mil habitantes y de especialistas. Incluso, ha llegado un número importante de especialistas venezolanos que en el hospital Sótero del Río nos ha permitido prescindir en parte de la compra de servicios de anestesia. Cada vez tendremos más disponibilidad de médicos y, por lo tanto, podremos ir disminuyendo las tarifas.

No obstante y desgraciadamente, la situación está totalmente mercantilizada. Hoy, por ejemplo, el médico más joven que llega a trabajar pregunta: ¿cuánto se paga la hora? No pide honorarios ni contrata ni titularidad, pues no le interesa. Uno les habla de las leyes N<sup>os</sup> 19.664 y 15.076, y está



nombrando casi como que fueran temas de extraterrestres. Al tipo solo le interesa saber cuánto va a ganar por hora.

Tenemos que llegar a un acuerdo. Personalmente, me encantaría que los médicos dejaran de ser funcionarios públicos e hiciéramos un sindicato médico-nacional, igual al Kaiser Permanente en Estados Unidos. De tal modo que, el dueño de las camas, el Estado, se relacione con el sindicato médico mediante contratos a cinco años; de esta forma, los riesgos serían compartidos. En cambio hoy, el médico no está corriendo ningún riesgo con nosotros, por lo tanto, surgen las dificultades que tenemos; nos tratan mal, porque saben que hoy son imprescindibles. Sin embargo, en el mediano plazo, dejarán de serlo, pero para lograr aquello necesitamos recursos.

Contamos con sistema de salud excepcional; sin embargo y desgraciadamente, la población no lo quiere, a diferencia de lo que ocurre con el sistema inglés, en donde la gente se muere por este servicio de salud. Pero, aun así, nuestro sistema es más eficaz que el inglés.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero plantear al director del Servicio de Salud Metropolitano Central la misma pregunta respecto del tema que me preocupa: ¿cuánto gastamos en compra de servicios versus cuánto podríamos mejorar las condiciones?

En segundo lugar, preguntar si a los médicos a quienes ustedes les compran servicios en la tarde, les hacen un control de sus prestaciones. ¿Aquello está normado, regulado y estandarizado?

El señor **MARTÍNEZ**.- Es de sentido común.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- No era tan de sentido común; era un grave problema.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿El horario se marca?

El señor **MARTÍNEZ**.- Sí.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Han sentido que en las licitaciones de compras de servicios se da una suerte de repartición de territorios para que algunas sociedades se ganen ciertos lugares y, finalmente, ellos les impongan el precio? ¿Han vivido esa experiencia o no tiene sospecha de que aquello ocurra? Quiero saber si el olfato les dice algo.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Jorge Martínez.

El señor **MARTÍNEZ**.- Señor Presidente, respecto de los carteles que se reparten los territorios, quiero señalar que la respuesta es sí. Hemos sospechado con bastante justificación que se da dicha práctica, tras lo que ocurrió con el hospital El Carmen, pues se presentó a la licitación solo una empresa anestesista, o bien lo que sucedió en el hospital San Borja Arriarán, donde se presentó una sola



sociedad y las otras se abstuvieron de concursar. Por consiguiente, nos queda la duda razonable de que puede existir algún entendimiento tras bambalinas, fundamentalmente respecto de las anestесias.

Sin embargo, frente a ese fenómeno que se nos planteó y del cual nos dimos cuenta, decidimos, primero, que todos los médicos del hospital El Carmen deberán tener 22 horas para optar a un horario y continuar en la jornada de noche o de día.

Segundo, cabe señalar que en la Posta Central todos los médicos anestесistas son ley y en el hospital San Borja Arriarán, luego de las indicaciones que impartió el propio Ministerio de Salud para ir regularizando el tema de las sociedades, se está reduciendo paulatinamente el contrato con una empresa de anestesia. Dicho servicio lo vamos a ir reemplazando, en cierta medida, con colegas venezolanos y con los propios médicos del equipo de anestesiólogos para que realicen los turnos respectivos y le den continuidad a la atención.

Tercero, respecto de si la compra que estamos haciendo al privado la invertimos indudablemente en los colegas u otros tipos de mecanismos de gestión, creo que salimos ganando. Es decir, va a ser beneficioso para el sistema poder ajustar un nuevo contrato con los médicos. Más o menos creo, a diferencia de lo que piensa Antonio -indudablemente hay un grupo de médicos que necesitan 20, 25 millones mensuales-, existe una gran cantidad de colegas que están por asumir. Por ejemplo, realizamos una encuesta rápida y hay algunos que señalaron que se quedaban las 24 horas por 7.000.000 de pesos.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Son cifras espeluznantes.

Tiene la palabra el diputado Osvaldo Urrutia.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, me llamó la atención algo que dijo el doctor Luis Infante, director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, en orden a que ellos -me corrigen si entendí mal- serían mucho más eficientes si en vez de pagar por hora, pagaran por atención prestada. El señor Infante hizo una introducción y sostuvo que son muy eficientes, no obstante están amarrados, pero sus indicadores biomédicos son buenos y la mejor relación costo-beneficio del mundo es la que hay en Chile. No tengo los elementos para arribar a esa conclusión que usted afirma.

Otra cosa que me llamó la atención fue que hoy a los médicos se los contrata por hora y si no se les contratara por hora, sino por atención afectivamente prestada, podrían tener los ingresos suficientes para financiar este tipo de atenciones. Aquello se lo respondió a la diputada Karla Rubilar.

Quiero saber si lo anterior es un error o una afirmación. ¿Entendí bien? ¿Es así? ¿Los otros médicos están de acuerdo con aquello? Recuerdo que, y pido disculpas por la reflexión,



hace algún tiempo, en los servicios de atención primaria, se facturaba por atención prestada y después se cambió el sistema a uno per cápita. Incluso, una de las excusas que dieron fue que el sistema era muy mercantil.

Ahora bien, cuando el sistema operaba mediante Facturación por Atención Prestada (FAP) funcionaba y los consultorios sabían cuánto rendían los médicos y cuánto era lo que efectivamente hacían. En cambio hoy opera un sistema per cápita mediante el cual es bastante difícil conocer el total de atenciones. Por eso me llamó la atención su comentario.

Por lo tanto, quiero saber si es así, y que el invitado lo confirme.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el doctor Infante.

El señor **INFANTE**.- Señor Presidente, no afirmé lo que sostiene el diputado Osvaldo Urrutia.

El pago por prestaciones es una perversión y toda la literatura recomienda que uno suscriba pactos de productividad o por población a cargo. En el fondo, el per cápita es probablemente una de las mejores formas de pagar, porque teóricamente los funcionarios van en el riesgo.

Ahora, que nuestra salud municipal esté adecuándose a la literatura, creo que hay discusión, porque aparecieron unas perversiones de los indicadores de atención primaria o las metas que, finalmente, distorsionan lo que es fijarse en lo que pasa en la población y más bien se preocupa de indicadores.

Entonces, si tuviera la posibilidad de escoger tendría médicos con población a cargo. El sistema inglés ha llegado a conjugar que hacen un per cápita por la vulnerabilidad del territorio y, por tanto, el servicio de salud ve cómo hace adentro y cómo equilibra los distintos prestadores para responder a la realidad epidemiológica y a la vulnerabilidad del territorio. Nosotros deberíamos llegar a eso.

El diputado Osvaldo Urrutia se refirió al FAP, también trabajé con el FAP y el FAPEN, y era la perversión más brutal. Acuérdesse que Hacienda tuvo que establecer un techo al FAP, porque el municipio hacía lo que se facturaba y no lo que no se facturaba. Incluso, recuerdo que los ginecólogos facturaban bien, entonces, en el consultorio aparecieron más ginecólogos que médicos generales. La odontología se facturaba bien. Por eso digo que el FAP fue una perversión, por eso se cambió al FAPEM, al que también hubo que ponerle techo. El Ministerio de Hacienda siempre ha puesto techo, porque estamos trabajando por presupuesto y no por respuesta a las necesidades de la población. Ahora, si nos decidimos a trabajar por respuesta a las necesidades de la población, que es lo que hoy hace el sector privado, tendríamos un sistema público que trabajaría con las manos mucho más sueltas. Eso lo logra el sistema



inglés con enormes dificultades. En un artículo de la revista "The Economist" se señala que para el sistema inglés el problema son los viejos, porque el sistema municipal no es capaz de hacerse cargo de una red de protección para la tercera edad. Nosotros estamos viviendo exactamente lo mismo. Hoy, entre el Hospital Sótero del Río y el Hospital Clínico Metropolitano La Florida debe haber 60 pacientes sociosanitarios, que no tienen redes de protección y los cuales están siendo pagados por el fisco con el costo día-cama que estamos pagando. Eso no aparece. Los ministerios de Vivienda y de Desarrollo Social se desentienden de eso, pues nos cargan la ineficiencia para hacer todo lo que hacemos y, además, responder a dichos pacientes.

En mi opinión, es sumamente injusto lo que se le quiere endosar al sistema de salud.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Muchas gracias.

La Comisión de Salud pidió hace mucho tiempo la información respecto de todos los hospitales de Chile donde existe lo que antes se denominaba "casos sociales".

En nombre de la Comisión, agradezco la concurrencia de nuestros invitados, pues ambos tienen mucha experiencia en el tema, por lo que sus observaciones han sido muy valiosas para nuestro trabajo.

No cabe duda de que una de las conclusiones a que arribaremos es que el sistema de salud requiere cambios urgentes. Creo que de ninguna esfera política se quiera mantener ese tipo de modelo.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

*-Se levantó la sesión a las 18.55 horas.*

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,  
Redactor  
Jefe Taquígrafos Comisiones.