



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 13ª celebrada el día lunes 13 de abril de 2017.

De 15.30 a 17.00 horas

SUMARIO

- La Comisión escuchó al Ministro de Hacienda.

APERTURA DE LA SESIÓN

La sesión se inició a las 15.40 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, Castro, Hasbun, Rathgeb reemplazado por José Manuel Edwards, Robles, Torres, y Verdugo don Germán.

CUENTA

1.- Nota del Jefe de Bancada del Comité de Renovación Nacional, mediante el cual comunica que el diputado Jorge Rathgeb, será reemplazado hoy, por el diputado José Manuel Edwards.

2.- Oficio de la Ministra de Salud, mediante el cual responde a uno enviado por esta Comisión (N°21-2016) y donde complementa respuesta, entre otros puntos, sobre la existencia de reuniones entre los Directores de Servicios de Salud y de Hospitales y directores de clínicas privadas, así como el



funcionamiento de prestadores exclusivos, que no estarían ofreciendo atención ni prestaciones a público y que operarían solo con convenios del Ministerio de Salud.

3.- Oficio de la Ministra de Salud que da respuesta a uno de esta Comisión (N° 23) referido a razones que han motivado no publicación de guía clínica de hemodiálisis por enfermedad renal, desarrollada por la Sociedad de Nefrología en 2012.

4.- Oficio de la Directora Nacional (S) del Fondo Nacional de Salud, doctora Cecilia Morales Veloso, mediante el cual responde a uno enviado por esta Comisión (N° 24-2016) y donde complementa solicitud de guías de hemodiálisis crónicas y sus costos asociados.

5.- Oficio del Director (S) del Servicio de Salud Antofagasta, mediante el cual responde a uno enviado por esta Comisión (N°37-2017) y donde envía respuesta sobre sociedades médicas y comerciales.

6.- Respuesta del Secretario Regional Ministerial de Salud Metropolitano Norte, al oficio de esta Comisión (N° 43), referido a sociedades médicas que contrataron con servicios de su dependencia.

7.- Oficio de la Directora (S) del Servicio de Salud de Concepción, doctora Miriam Pérez Henríquez, mediante el cual responde a uno enviado por esta Comisión (N°52/2017) y donde se complementa información sobre sociedades médicas o comerciales con que la red pública de salud bajo su dependencia ha contratado servicios o prestaciones, en los años 2015 y 2016.

8.- Oficio del Director (S) del Servicio de Salud de Valdivia, mediante el cual responde a uno enviado por esta Comisión (N° 58-2017), donde informa sobre contratos con empresas o sociedades por parte del Servicio de Salud Valdivia.

9.- Oficio del Director del Servicio de Salud de Aysén, mediante el cual responde a uno enviado por esta Comisión (N° 62-2017) y donde informa sobre sociedades médicas a las que el Servicio de Salud de Aysén contrató servicios en los años 2015 y 2016.

10.- Documento complementario, elaborado por la Biblioteca del Congreso Nacional, (Oficio N° 80-2017). "Situación financiera y



presupuestaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud (periodo enero-septiembre 2016)".

ACUERDOS

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

1. Solicitar la prórroga por 30 días la vigencia de esta Comisión

ORDEN DEL DÍA

La Comisión escuchó a las siguientes personas:

- Al Ministro de Hacienda, señor Rodrigo Valdés Pulido, quien asistió acompañado del director de Presupuestos, señor Sergio Granados Aguilar.

Dejo a disposición de la Comisión la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmlD=101082&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISIO>

[N](#)

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/democraciaenvivo&VODFILE=SES013-1401-20170417.mp4>

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 16.59 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 13^a, celebrada en lunes 17 de abril de 2017,
de 15.39 a 16.55 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside del diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

Asisten los diputados señores Claudio Arriagada, Juan Luis Castro, Juan Antonio Coloma, Rojo Edwards, Gustavo Hasbún, Jorge Rathgeb, Alberto Robles, Víctor Torres y Germán Verdugo.

Concurren como invitados el ministro de Hacienda, señor Rodrigo Valdés, y el director de Presupuestos de la misma cartera, señor Sergio Granados.

TEXTO DEL DEBATE

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

La señora Secretaria dará 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.

Tiene la palabra el diputado señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, en primer lugar, entiendo que estamos en los plazos. Les quiero recordar que en el origen de esta Comisión Investigadora había una clínica privada, pequeña, que está en el epicentro del sismo que se provocó cuando estalló este conflicto, que tiene la mayor facturación y frecuencia de pacientes privados internados desde Fonasa, situación que aquí no ha sido aclarada ni por sus empresarios ni por el director ni la visita que se había propuesto.

En segundo lugar, hay un sistema fraudulento denominado telemedicina, que se ha realizado a miles de personas de la provincia de Choapa, por parte de distintos alcaldes, porque la clínica les había hecho creer que serían atendidos virtualmente por especialistas, lo que tampoco se acreditó que fuera verídico.

Señor Presidente, con el respeto que me merece el señor ministro, prefiero que se pida una prórroga discreta para escuchar los testimonios de los representantes de dicha



clínica, que no han asistido, y de telemedicina, que se ha hecho en forma fraudulenta. De lo contrario, no vamos a contar en el informe final con un testimonio respecto de cómo se gestó en su origen esta situación, lo cual es pertinente dejar establecido.

Dejo planteado el punto porque son dos diligencias pendientes que tendrían que ser cerradas antes de concluir esta Comisión Investigadora.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Muchas gracias diputado. Le debo recordar que esta Comisión fue mandatada para realizar una visita a la clínica que usted menciona. En reiteradas ocasiones se solicitó esa visita y las respuestas por parte de ellos fueron evasivas. Por lo tanto, usted comprenderá que por la dignidad del cargo de los diputados, este Presidente no iba a seguir insistiendo más allá de lo prudente, ya que la solicitud se hizo en más de tres ocasiones.

Respecto de las otras situaciones, considero que hemos tenido suficientes invitados como para tomar las consideraciones del caso.

Todavía quedan oficios pendientes, trece de ellos de seremis distintos, pero en dos ocasiones estuvo el seremi de Salud y mi impresión es que sus explicaciones fueron medianamente claras. No estoy interpretando si fueron buenas o malas.

Ahora, si quieren prorrogar la Comisión en una sesión más o si llegamos hasta acá se puede debatir y tomar el acuerdo.

Reitero que en cuanto a la visita a la clínica como tal ya se intentó, y como el particular se negó o se fueron en evasivas, no corresponde seguir insistiendo.

Tiene la palabra el diputado señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, entonces le ruego que reconsideremos una pequeña prórroga.

Un tercer punto. Aquí hay un conjunto de sociedades médicas, distinguidos doctores que por las mañanas tienen horas funcionarias y por las tardes venden sus prestaciones a los hospitales a otro precio; es decir, son perfectamente discriminadores.

En consecuencia, me gustaría que se despejara completamente la realidad de todos aquellos grupos de médicos que están prestando sus servicios profesionales en forma remunerada vía compra AUGE, PAD o prestación privada a los hospitales y que son parte del motivo de



esta Comisión Investigadora, pues sabemos que constituyen un volumen de recursos enorme.

El señor ministro nos podrá decir cuánta compra de prestaciones privadas el sistema público está ejecutando en la actualidad sin tener el control adecuado sobre las inhabilidades que existen, conflictos de interés o determinadas circunstancias en las cuales se es juez y parte al mismo tiempo; en la mañana se es jefe de servicio y por la tarde prestador privado. Es fundamental despejar esa arista antes del cierre de esta Comisión Investigadora.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Gustavo Hasbún.

El señor **HASBÚN**.- Señor Presidente, en la misma línea de lo que ha planteado el diputado Castro.

En primer lugar, me parece que si todavía tenemos dudas para terminar una investigación de manera objetiva entonces sería prudente pedir una ampliación de plazo que no supere los 30 días. Eso nos permitirá recabar toda la información y los antecedentes para llegar a las conclusiones que nos está pidiendo a gritos la opinión pública y de esa forma demostrar que somos capaces de controlar y de fiscalizar un área tan sensible como lo es la salud.

En segundo lugar, lo más probable es que de estos mismos antecedentes se desprenda que podría existir algún tipo de delito, los que tendríamos que ponerlos a disposición del Ministerio Público.

Por ello, comparto lo que dice el diputado Castro, en el sentido de que no me cerraría a la posibilidad de pedir una ampliación prudente del plazo de esta Comisión para que podamos recabar toda la información necesaria a fin de tener un juicio de valor objetivo al momento de sacar las conclusiones que correspondan, y no solo para hacer modificaciones legales que prevengan este tipo de situaciones, sino también para que en la eventualidad de que existieran antecedentes que pudieran ser constitutivos de delitos se entregue toda la información al Ministerio Público.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Germán Verdugo.

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, es solo para solicitar que recabe el acuerdo, ya que este tema lo hemos tocado en otras oportunidades y no se ha tomado el



acuerdo para pedir una ampliación de plazo por 30 días a fin de terminar con el tema de la investigación.

Por otro lado, tengo dudas de si se pidió al ministerio que se informara respecto de las sociedades médicas a las que se refería el doctor Castro. Si se ha pedido, no sé si ha llegado esa información.

Todo esto me llama mucho la atención, porque eso se aprobó en la glosa presupuestaria. Por lo tanto, no veo cuál pueda ser la dificultad, salvo los valores pagados por las prestaciones que se han otorgado. El hecho de que pertenezcan al mismo recinto hospitalario o clínica es una condición para que puedan ser contratados como sociedades.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Antes de recabar el acuerdo, a modo de aclaración, les recuerdo que esta comisión investigadora ha sesionado en forma permanente; de hecho, ninguna sesión ha sido suspendida. De todas formas, señor Secretario, solicito que envíe una lista con los posibles invitados que aún deberíamos escuchar.

Tiene la palabra el diputado Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, no tengo problema en dar la unanimidad al acuerdo que propone, siempre que la comisión concluya el día 30 de la prórroga, pues aún están vigentes varias comisiones investigadoras en las que debemos trabajar. De hecho, ahora debo asistir a la comisión que investiga eventuales irregularidades en licitaciones hospitalarias, que sesiona simultáneamente con esta, y comprenderán es imposible estar presente en ambas a la vez.

No olvidemos que este ha sido un arduo año en cuanto a investigar posibles irregularidades en nuestro país. Me hubiese encantado escuchar las presentaciones del ministro de Hacienda, señor Rodrigo Valdés, y del director de Presupuestos, señor Sergio Granados.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero que el diputado Torres aclare si se quedará a esta sesión.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, lamento no poder quedarme.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Muy bien, señor diputado.



Solicito la anuencia de los señores diputados y de las señoras diputadas para solicitar a la Sala la prórroga de 30 días para el funcionamiento de esta comisión.

¿Habrá acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el ministro de Hacienda, señor Rodrigo Valdés.

El señor **VALDÉS** (ministro de Hacienda).- Señor Presidente, asistimos a esta comisión investigadora para explicar cómo las compras que efectúa Fonasa han impactado en el itinerario nacional y en la deuda hospitalaria. La idea es entregar una visión sobre la evolución y la proyección de esta deuda, dado que este modelo de compras de servicios se ha mantenido en el tiempo.

Antes de realizar un análisis más detallado sobre el tema, es importante señalar que en materia de compras a privados, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), para brindar atenciones o prestaciones de salud a sus beneficiarios, necesariamente debe complementar la oferta sanitaria disponible en la red pública de salud.

Es sabido que existe un déficit en la capacidad instalada, como en los recursos humanos que operan en el sector salud. De hecho, el reconocimiento de este déficit ha estado presente en la formulación presupuestaria desde hace bastante tiempo y se ha tratado de apaciguar a través de planes de inversión en infraestructura y de formación de especialistas.

El año pasado ejecutamos un proyecto especial de mejoras y beneficios para los trabajadores del sector salud por más de 150.000 millones de pesos anuales. Es una cifra significativa en la discusión presupuestaria, pues contempla un gasto mayor al del reajuste de pensiones, que se votó después de aprobar el Presupuesto de la Nación.

Necesito que comprendan que para lograr garantías legales que ofrezcan oportunidades de atención relacionadas con las Garantías Explícitas en Salud (GES) y con la Ley de Urgencia, y porque para concretar esas atenciones influye la fluctuación e impredecibilidad de la demanda, entre otros muchos factores, es necesario comprar prestaciones extra-sistema, es decir, compras a privados a través del Programa de Prestaciones Valoradas de Fonasa.



En términos simples, el sistema privado funciona como un "colchón" para las necesidades de los pacientes. Es un sistema de "rebalse" para el sector público, que otorga la mayoría de las prestaciones, aunque no todas. Contar con este "rebalse" o "colchón" es una necesidad, por lo que el mandato debe contar con los mecanismos más eficientes para su desarrollo; por ejemplo, que sea lo más barato y con la mejor calidad posible.

Respecto de números, es importante mencionar algunas cifras. Del monto total de recursos asignados a Fonasa para gastos en salud, un porcentaje bajo se destina para compras privadas. Específicamente, en 2016 se destinaron 229.000 millones de pesos, equivalente a 4 por ciento del gasto de salud que financia directamente Fonasa. En otras palabras, el 4 por ciento del gasto total de Fonasa es para prestaciones privadas; el 16 por ciento corresponde a la Ley de Urgencia, y el 63 por ciento -una mayoría sustancial-, corresponde a compras para hemodiálisis.

Un paréntesis en este tema es que una decisión *ex professo* del sistema es externalizar...

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, ¿63 por ciento de ese 4 por ciento?

El señor **VALDÉS** (ministro de Hacienda).- Sí, señor Presidente, el 63 por ciento de ese 4 por ciento. El director de Presupuestos presentará más detalles sobre estos números, pero de todas formas quería explicarlos a grandes rasgos.

Continuando con el detalle, el 18 por ciento corresponde a gastos para compras de camas críticas y el 2 por ciento a rebalse del Sistema AUGE. En el caso de las camas críticas se ha avanzado hacia sistemas de pago más eficientes; por ejemplo, a través de compra por grupos relacionados por diagnóstico, lo que permite un pago asociado a la complejidad del caso y, además, incluye todos los servicios requeridos para su resolución.

En el fondo se ha avanzado en cómo se compra, de manera de minimizar costos, pues comprar para cada caso es una receta que solo conlleva a pagar mucho. Asimismo, se ha avanzado en las licitaciones, como sucedió en el caso de la clínica que ustedes mencionaron.



Esos son algunos elementos de varios que forman parte de un todo, de un aprendizaje y de una profundización sobre cómo comprar para bajar costos.

También es importante señalar que la deuda de los servicios de salud es inherente al gasto operacional de los mismos servicios. Es decir, inherente al gasto que se ejecuta en los subtítulos 21 y 22 y, en general, a las compras de privados que se realizan directamente. Por lo mismo, las compras de privados no se reflejan en esta deuda.

Es muy importante distinguir entre compras de prestaciones médicas y compras a privados que efectúan los servicios de salud, pues refleja su propio gasto operacional respecto de aquellas que efectúa Fonasa como complemento de las prestaciones de la red de salud pública.

Señor Presidente, la idea es que el director de Presupuestos sea quien entregue un análisis más detallado de todos los números involucrados.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, como expliqué hace un momento debo asistir a otra comisión, por lo que lamentablemente no podré escuchar la intervención del señor Granados, pese a que tiene todo mi interés.

Respecto de lo que planteó el ministro de Hacienda, me gustaría ahondar en las decisiones que se toman para determinar ciertos gastos, sobre todo para compras a privados. En el fondo, quiero saber cómo ha fluctuado anualmente el presupuesto en materia de compras, pues entiendo que habitualmente aumenta, por mucho que uno quisiera que fuese diferente.

El aumento del gasto para compras de servicios se relaciona con el mayor costo de las prestaciones y la mayor cantidad de prestaciones que se compran, y si esta mayor cantidad de prestaciones compradas es producto de una mayor ineficiencia del sistema público o por una mayor cantidad de problemas de salud. No sé si logro darme a entender.

Creo que esto es importante porque es muy distinto que un gobierno decida en su estructura financiera traspasar recursos del Estado al sistema privado por una convicción. Es obvio que un gobierno de Derecha tendría esa convicción, es decir, da lo mismo quién resuelva por lo que hay una laxitud respecto de ello y no se



percibiría como un problema el aumento de la cantidad de compras a privados, pese a que esto puede terminar siendo mucho más caro.

Pero lo anterior es diferente a tener un sistema que no logre absorber la capacidad resolutive por un aumento en la cantidad de problemas de salud o por enfrentar un encarecimiento de las prestaciones, lo que termina aumentando los costos.

Así, aparece una cuestión muy particular que se ha planteado en los debates de la Comisión de Salud. Muchas veces se ha pesquisado que las unidades médicas que operan con funcionarios que están contratados, no necesariamente resuelven en su horario laboral las prestaciones que se requieren a través del sistema público. Esto ocurre, sobre todo, en regiones o en lugares más aislados, donde la cantidad de especialistas es tan pequeña que esos médicos de las unidades médicas son los mismos que forman parte de las sociedades privadas.

Entonces, no resuelven las prestaciones solicitadas en la mañana y se genera una distorsión de la demanda o del requerimiento que obliga al hospital o, eventualmente, a Fonasa, a comprar a ellos mismos esa prestación. Por lo tanto, no necesariamente existe un control sobre el cumplimiento en los horarios de los médicos como funcionarios que terminan siendo contratados, lo que genera una demanda distorsionada.

No sé si ustedes han logrado pesquisar aquello, para determinar si el aumento en el gasto en las compras responde a requerimientos normales en el proceso de encarecimiento de las cosas año a año o si se trata de una especie de adquisición encubierta o manipulación de los requerimientos.

No digo que este proceso se origine en los ministerios, sino que, muchas veces, se produce por la acción de los mismos prestadores que buscan ganar más recursos con este tipo de prestación.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el ministro señor Rodrigo Valdés.

El señor **VALDÉS** (ministro de Hacienda).- Señor Presidente, me gustaría que el director hiciera una descripción más general de los números.

En todo caso, para expresarlo en la jerga de los economistas, creo que hay tres factores básicos: cantidades, precios y complejidades, que son de distinta



magnitud, y en esos tres ámbitos hay problemas o inflaciones.

Más allá de eso, también hay un tema de organización industrial en cómo se compra y los conflictos de interés que se provocan.

Dicho todo eso, no vemos un cambio en las participaciones, en los tipos, en las formas de comprar o en las prestaciones, que nos indique que ha ocurrido un cambio sustancial. Por ejemplo, la compra de prestaciones del subtítulo 22, desde los servicios, ha permanecido estable, en torno al 10 u 11 por ciento por siete u ocho años, de acuerdo a los números de que dispongo. Por lo tanto, no se ve una inflación particular en una forma u otra, pero lo que muestra tampoco es suficiente para decir que ninguna de las hipótesis que usted mencionó es verdadera, porque alguna puede ser verdadera y contaminar todo el resto, y afirmar o negar que el costo del lado estatal suba porque en el lado privado sube.

Esto es más complicado. Pero, al menos, sabemos que ninguno ha escalado a números que permitan decir que hay algo raro o especial que no pasaba antes.

Hay un estudio -no sé si lo han visto- de la deuda hospitalaria que hizo la Dipres, respecto de distintas hipótesis acerca de cómo se genera lo anterior, y sería interesante revisarlo en esta discusión.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, agradezco la respuesta del señor ministro. Me parece muy interesante, además contestó la inquietud que expuse y también sobre la información que podamos tener, porque en el debate que se realiza hay cuestiones que son interesantes, sobre todo en la proyección de las decisiones de política pública posterior.

Por ejemplo, usted habló de la compra de camas críticas o del costo de la compra de hemodiálisis, y hoy se está definiendo infraestructura hospitalaria nueva que va a funcionar, a lo mejor, en cinco años más, que debería absorber parte de la demanda y con ello disminuir la compra de camas críticas o la compra de hemodiálisis porque, por ejemplo, estamos poniendo unidades de hemodiálisis en los hospitales nuevos que se debieran construir.

Por lo tanto, el Estado debería, en algunos años más, disminuir las compras en ese sentido.



Es interesante, y diciéndolo en principio con un poco de ironía, es también una necesidad cierta el diálogo entre Hacienda y Salud por cuanto se nos genera una cierta frustración por no poder tener esta conversación de manera más seguida para orientar nuestros planteamientos respecto de las políticas públicas que se requieren para disminuir, incluso, el monto de los recursos utilizados en salud que podrían ser gastados de manera más eficiente, lo que no solo tiene que ver con la construcción de los presupuestos -no solo se trata de echarle la culpa a Hacienda-, sino también con la forma como gastamos los recursos contemplados en esos presupuestos.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Señor ministro, hemos tenido un sinnúmero de invitados en la comisión, desde el ente técnico que está con los enfermos, el contralor General de la República, la ministra de Salud, etcétera, pero en general la mirada ha sido bastante crítica en relación con tener un sistema que no logra responder a las exigencias que plantea la ley de urgencias, el GES o la autogestión de hospitales, pero que, por otro lado, muestra gigantescas inversiones en infraestructura y un aumento continuo de los gastos.

¿Usted cree que es factible mantener en el tiempo el modelo que tenemos actualmente, sin que provoque un mayor desfonde económico al cubrir estos gastos?

El señor **VALDÉS** (ministro de Hacienda).- Señor Presidente, me gustaría, si es posible, ir a la presentación y tratar de volver a esta cuestión más general de hacia dónde va la situación.

Tenemos hipótesis también acerca de esto, porque no creo que respecto de este tema alguien tenga una teoría comprobada, pero si tenemos una hipótesis que podemos conversar.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- No hay problema, señor ministro.

Tiene la palabra el director de Presupuestos señor Sergio Granados.

El señor **GRANADOS**.- Señor Presidente, creo que en esta discusión se ha planteado un enfoque distinto al que nosotros desarrollamos, porque nos enfocamos en el requerimiento que era las compras a privados de Fonasa. Sin embargo, como señaló el ministro, el año pasado publicamos un estudio sobre cómo se configura el "Sobregasto Operacional del Sistema de Salud".



Tal vez, podemos actualizar esos datos -que están hasta el 2015- y enviarlos a la comisión, pues esa información es más pertinente a lo que se está discutiendo ahora.

Nos enfocamos en Fonasa, que era el requerimiento...

El señor **ROBLES**.- ¿Ese estudio podría llegar luego?

El señor **GRANADOS**.- Podemos actualizar los datos hasta 2016, antes de que termine el funcionamiento de la comisión, pero nos deben dar un tiempo porque el proceso de actualización no puede ser instantáneo.

Como decía, nos enfocamos en lo que señaló el señor ministro, y lo podemos hacer sucintamente porque la discusión es otra: cómo se genera la deuda en los servicios de salud.

Fonasa, y lo debe haber expuesto la directora, compra a privados necesariamente en estos cinco componentes, a saber: Convenios de Prestaciones no AUGE, Convenios por Compra de Hemodiálisis, Prestaciones y Garantías AUGE, Prestaciones de Ley de Urgencia y Bono AUGE.

Debo señalar que en este cuadro -que no se ve muy bien desde tanta distancia-, dentro de lo que gasta Fonasa en el Sistema de Salud, las compras a privados, ya sea por Convenios de Provisión de Prestaciones Médicas, Bono AUGE, Asistencia Médica FAM de la Medicina de Libre Elección, representan el 4 por ciento, y es bastante estable: 149 mil millones de pesos en 2012 y ahora estamos gastando 228 mil millones de pesos en 2016, lo que significa que se ha producido un aumento significativo de 53 por ciento en el gasto.

¿Por qué se origina esto?

Las compras a prestadores privados en Fonasa y Servicios de Salud tienen su origen, en primer lugar, en la insuficiencia de la oferta de la capacidad instalada de camas de cuidados intermedios e intensivos, de pabellones quirúrgicos, de procedimientos de diagnóstico y de cirugía mayor ambulatoria, principalmente. También, de hospitalización y de cuidado domiciliarios, y de rehabilitación y de postrados. Estos dos factores son importantes para desocupar camas en el sistema. Por lo tanto, estas compras son relativamente un poco más baratas y permiten desocupar camas y eliminar o neutralizar compra cara.

También, por insuficiencia de recursos humanos médicos, falta -ya se ha señalado- básicamente la suficiente oferta de especialistas y la concentración territorial de la oferta médica, y la creciente competencia del sector



privado por personal sanitario encarece los sueldos y las posibilidades de atraer personal al sistema público.

Finalmente, por aumento de la demanda de la población beneficiaria por Auge, por "ley de urgencia" y en complejidades, específicamente en enfermedades crónicas: infartos, accidentes cerebrovasculares, cánceres, etcétera.

Como dije, nosotros nos enfocamos en el Fonasa, que, ampliando un poco la mirada, en realidad el sobregasto importante se produce en los servicios de salud. Y los servicios de salud tienen una evolución de compras a privados, que no son estas, son adicionales a estas.

Y como señalaba el ministro, en ese estudio hay datos específicos, por componentes que se van actualizando.

Ahora si se mira el dato de los servicios de salud, entre el año 2012 y el 2016, solamente en el subtítulo 22, las compras por exámenes y procedimientos, con personal externo y compra de consultas médicas, pasaron de 73.000 el año 2012 a 152.000 millones el año 2016, es decir, se duplicaron. Ese es un factor que influye en la determinación del sobregasto y, por ende, de la deuda.

Nosotros, este estudio lo hicimos en conjunto con Salud y determinamos que había una serie de factores, como los que señaló el ministro, factores que son demográficos, por envejecimiento de la población, por complejidad de las enfermedades, en la necesidad de las camas críticas y factores que son propios de la gestión de los servicios de salud, donde observamos falta de compras estandarizadas, tanto de medicamentos como de horas médicas.

Hay efectos de insuficiencia en la resolutiveidad de la atención primaria. En la medida en que la atención primaria no resuelve diabetes e hipertensiones, estos son ocupantes de camas críticas, y esas son más caras. Así que echamos de menos una mayor integración de la red. O sea, una mejor administración de la red permitiría resolver este tipo de problemas y, por lo tanto, bajar las presiones de gastos en el sistema secundario.

También, es difícil decirlo, pero notamos que falta un enfoque más directivo de recursos humanos. Recién señalaba, no sé si usted mismo o el doctor Castro, la cantidad de pabellones que están desocupados, porque las estructuras de contratos no permite que los pabellones se ocupen ciento por ciento, durante el día. Eso, dentro de un enfoque más integral de lo que tiene que ser la



gestión, como decía el ministro hay un problema de organización industrial, hay un problema de modelo de resolutiveidad, que tiene que ser abordado desde el Ministerio de Salud.

Tal vez, un par de cosas que discutimos en la ley de Presupuestos. El diputado Robles se puede acordar de algunas glosas que pusimos en el presupuesto del servicio de salud, en todas aquellas que son comunes a los servicios de salud.

En primer lugar, la Subsecretaría de Redes Asistenciales nos solicitó incluir una glosa que permitiera fijar un valor único de acuerdo a cada macrozona para la hora de reemplazo de profesionales contratados mediante la ley N° 19.664, y para los contratados mediante la ley N° 15.036. Esa resolución ya la emitió el ministerio y entiendo que no fue fácil para el ministerio, no obstante que los mismos directores del servicio lo consideraron una necesidad. Esto es para evitar la dispersión entre el precio más bajo y el precio más alto que cobran los prestadores en regiones, porque todos se iban a ceñir al más alto. Entonces, de alguna manera la subred determinó un valor hora de reemplazo para los contratos que están establecidos en cada servicio.

En segundo lugar, pusimos una glosa en el subtítulo 22, que puede ser un poquito controversial, pero que obliga a que los prestadores tengan la calidad de titular o contrata, para evitar otro tipo de negociaciones. Eso, la subredes instruye a los servicios de salud, que solo podrán contratar directamente cuando no sea posible programar el servicio requerido, además. Es una condición que está en la glosa. Eso debería ser informado a las respectivas comisiones, ya sea en la comisión mixta como en las comisiones de salud.

En tercer lugar, introdujimos que los servicios de salud y los establecimientos dependientes, autogestionados, no van a poder contratar personal que no sea médico, porque en algunos contratos están consignadas las secretarías o personal no sanitario, también por la vía de contratación con sociedades.

Y, finalmente, una glosa que no va a ser fácil cumplir, pero que al menos el 60 por ciento del gasto en medicamentos debiera ser provisto por la Cenabast, y en aquellos casos de existir una provisión de insumos o medicamentos en mejores condiciones de precios, a los que



acceda la Cenabast o con imposibilidad del servicio de asegurar la provisión de los mismos, las entidades antes señaladas podrán comprar y remitirán los antecedentes a la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Es decir, se dejó una posibilidad de hacer esa compra. Pero hay cuatro glosas que permiten facilitar la gestión de la Subsecretaría de Redes que pueden ayudar en reducir la incidencia de un factor de gestión, que está implícito en el sobregasto que genera la deuda.

La deuda, al 31 de diciembre de 2014, fue de 110.000 millones, después de entregar los recursos que les entregamos extraordinariamente cada año. El año 2015 subió a 131.000 y el 2016 subió a 193.000. En promedio, hemos puesto 200.000 millones. El año 2015 pusimos 186.000 millones adicionales. Si lo sumo a la deuda, llego a una estimación de sobregasto sobre los 300.000 millones. El año pasado pusimos 256.000 millones, que sumado a la deuda me da un sobregasto de 450.000 millones aproximadamente. O sea, venimos con un gasto creciente que se explica por estos factores que estamos señalando, pero también porque hay que reconocer que ha habido mayor resolutivez en listas de espera, que en términos de la terminología que usa la Subsecretaría de Redes, han mejorado los tiempos de espera en las listas más antiguas. O sea, se han resuelto listas más antiguas, sin embargo, igualmente hay listas de espera más nuevas, pero los tiempos de espera han disminuido en forma significativa, o por lo menos importante.

Señor Presidente, ofrecemos actualizar los datos del estudio y enviarlos a la comisión a la brevedad posible, porque la discusión que usted planteó es sobre la totalidad de los gastos de los servicios. Nosotros nos enfocamos en el Fonasa. Así que, en la próxima oportunidad le podemos exponer sobre los servicios.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, entiendo que el 10 por ciento del presupuesto de cada servicio de salud es manejable para el gasto en compras de prestaciones privadas, el tope o el techo. La cifra del 4 por ciento que aludió el ministro, ¿es la cifra nacional de mayor gasto? ¿Cómo se compatibiliza con la que cada servicio tiene asignada?



El señor **VALDÉS** (ministro de Hacienda).- Señor Presidente, me gustaría precisar los conceptos que el director explicó justamente para esto.

Hay dos líneas de compra privadas que son distintas: una, es la que hace el Fonasa, directamente, que significa bono Auge, camas críticas, diálisis, que es el 4 por ciento del total del gasto Fonasa, y otra cosa distinta de compras es que, después de que el Fonasa le pasa recursos a los servicios de salud, que los servicios de salud reciben directamente, basales, ellos mismos pueden comprar también en el sector privado. Esas compras son distintas, son de otra naturaleza.

Si se ve en qué está ese gasto -recordemos que el Fonasa dijimos que gastaba del orden de 229.000 mil millones anuales; aquí estamos hablando del 2015-, se aprecia que el gasto total del Subtítulo 22 es del orden de 1.4 billones, es decir, un poquito menos de siete veces más de la cifra que mencionábamos anteriormente como un total. Pero de esa cifra diez por ciento, es decir, 140 mil millones, más o menos estables, corresponden a las compras de prestaciones, 10 por ciento del subtítulo 22, que es una fracción del total de lo que gastan los servicios de salud.

Lo que mencionaba antes es que esto ha estado relativamente estable durante diez a doce años; sin embargo, lo notorio es que se ha multiplicado por 2,2 en ocho años el gasto total del subtítulo 22. O sea, de todos los números que discutimos, tamaño de deuda, lo que uno quiera, el corte que quiera, aquí lo que llama la atención, por lejos, es cómo tenemos un gasto que es más del doble en pocos años y con una sensación de calidad y satisfacción que está lejos de lo deseado.

La pregunta central que debemos hacer es por qué el gasto en salud crece tanto sin una contraparte de satisfacción. Es importante lo de los privados, la deuda, pero la pregunta que salta claramente es esta.

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

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, desde la perspectiva del Fonasa, la información que tenemos, aparte del aporte que está haciendo la doctora Vega, que me parece un muy buen trabajo, sobre todo porque la única cosa que llama la atención desde el punto de vista del gasto en Fonasa es el aumento en el costo de las diálisis que ha tenido entre 2015-2016. Casi subió un 50 por



ciento sin mayor explicación, porque no se están dando mayor cantidad de prestaciones.

Se nos explicó en la Comisión que algo que para muchos de nosotros no es suficientemente racional es el aumento de la cantidad de dializados que ha tenido el sistema en los últimos años. Se nos explicó que se debe al aumento de la hipertensión y la diabetes, pero la prevalencia de estas enfermedades no ha crecido respecto de otros países del continente tan exageradamente y, sin embargo, se está dializando más.

Los médicos tenemos un problema y es que nosotros somos los que determinamos la demanda; somos los que favorecemos la demanda de los pacientes. En ese aspecto tenemos un problema serio, pero creo que el tema de Fonasa no es realmente gravitante, pero el servicio sí.

Sobre esta materia es necesario que el Ministerio de Hacienda haga una evaluación, porque lo que está pasando es lo mismo. A mi juicio, es un tema que va a explotar rápidamente en el sistema público si no se controla. Me explico. La glosa que pusimos para que no se pudiera pagar más, en términos de horas médicas de contrato, es porque en los servicios clínicos con mayor frecuencia los médicos no están haciendo horas de urgencia.

Antes, en el pasado, los colegas se contrataban en horas de urgencia por el mismo valor que tenía el médico en términos de la remuneración pública. Hoy usted no encuentra ningún médico que quiera ir al sector Urgencia a hacer reemplazo de ningún tipo por la misma hora que el colega contratado, lo que está provocando un problema grave.

El problema es que el médico que hace el reemplazo a veces gana el doble o el triple del médico que está contratado por horas funcionarias públicas y, por lo tanto, el incentivo está puesto hoy en que los médicos se salgan del sector público y sean contratados a través del Subtítulo 22 y de las sociedades médicas para dar prestaciones públicas dentro del mismo hospital. Eso es grave y está aumentando en todos lados. Lo que antes se veía solo en Santiago, hoy se ve en regiones cada vez más, y en regiones como la mía, en que la cantidad de especialistas es poca, con mayor razón.

El otro tema tiene que ver con los carteles médicos, carteles de anestesistas y otros, de traumatólogos cada vez más fuerte; de neurocirujanos. El último caso que tuvimos en la región me parece que amerita una mirada muy



particular del gobierno. Se lo he planteado a la ministra en reiteradas oportunidades, porque necesariamente tiene que ver con gestión. Es decir, no me cabe en la cabeza que se le pague a un neurocirujano 30 millones de pesos al mes por la atención que hace el neurocirujano en la región.

Con eso el costo es enorme, y además no hay incentivo para el resto de los médicos, porque es tan importante un problema neuroquirúrgico como un problema de cirugía general o de obstetricia, en un caso determinado.

Ahí hay un tema que se debe evaluar. No sé si en las cifras que ustedes están evaluando, la diferencia del gasto, ese 10 por ciento del gasto a privados en términos del subtítulo 22, ha cambiado. Si antes ese gran porcentaje iba a medicamentos, hoy está yendo a horas médicas y a compra de horas funcionarios. Creo que en ese punto puede haber una diferencia notoria y me gustaría conocerla.

La otra cosa que me parece importante -lo dije hace tres años- es que si uno mira la cifra de productividad del sector, en términos de consultas médicas en atención primaria, consultas médicas en atención secundaria, en especialidades, horas-pabellón, cantidad de cirugías realizadas en pabellón público, uno ve que la productividad no aumenta al ritmo que aumentan los costos de salud. Es decir, a mi juicio, estamos con un problema de aumento importante de los costos sin aumentar la cantidad de prestaciones que realiza el sector público como un componente adicional. Se han puesto muchos recursos en el sector salud, pero en términos de gestión no se ve un impacto.

Lo que me preocupa, y esta es otra cosa que el Ministerio de Hacienda debiera evaluar, y lo hemos pedido al Ministerio de Salud, es que no hay repercusión cuando la gestión no es buena. Muchas veces en términos de gestión hay servicios de salud que se esmeran en hacerlo bien, en mantener la deuda controlada y que hacen contención para evitar el aumento de las deudas. Sin embargo, hay otros servicios que no hacen nada respecto de control de gestión y al director de ese servicio no le pasa absolutamente nada, sigue estando en su cargo, etcétera. No hay ninguna decisión en términos de señales que digan que al que lo hace bien lo premiamos y, por lo tanto, le pagamos la deuda, y al que lo hace mal, algo haremos.



Pero durante muchos años -esto es algo permanente en el sector; no estoy diciendo que sea de ahora- no ha habido ninguna repercusión con los gerentes del sector público, sobre todo ahora que son designados por Alta Dirección Pública. Entonces, me parece que tenemos un problema de gestión serio en el sector.

Quiero terminar señalando que lo que más me preocupa es un problema ético que se produce cuando los médicos mantenemos y aumentamos nuestras demandas. En efecto, cuando se estableció el AUGE, dado que se tomó una decisión, a mi juicio, de carácter economicista, lo que hoy ocurre es que los servicios de salud tienden a desarrollar más rápidamente las prestaciones AUGE, porque de lo contrario se ven afectados en términos económicos.

Por lo tanto, los médicos están orientados a resolver los problemas AUGE en distintas especialidades, y lo que está ocurriendo con mayor frecuencia es que al no ser vistos los problemas no AUGE por el aparato público, se derivan al sector privado, con lo cual se demandan aquellas prestaciones de salud que no están en el sistema AUGE y el sector privado empieza a aumentar la cantidad de camas.

He visto el aumento exponencial de camas en el sector privado y no así en el público, lo que me llama mucho la atención porque si seguimos con esa tendencia vamos a tener con mayor frecuencia un costo mucho más alto en la atención de las patologías no AUGE.

Señor Presidente, respecto de las preguntas, me parece que algo que dijo el director de Presupuestos -llevo años planteándolo y voy a seguir insistiendo en eso, porque es vital hacerlo en Chile- es que el gran problema que tenemos en la salud es la desintegración del sistema. Eso lo he venido diciendo desde hace veinte años o más.

La desintegración del sistema la hizo el gobierno militar, separando la atención primaria de la secundaria desde un punto de vista no de lógica sanitaria, sino de lógica economicista; es decir, la atención primaria ve todo lo ambulatorio y el sector salud ve lo hospitalario.

El ser humano no funciona así. Cuando usted ve un paciente en el sector privado, el mismo médico debiera hacerse cargo de lo ambulatorio y de lo hospitalario. Es el mismo prestador el que hace todas las funciones, y eso es perfectamente posible en un sistema sanitario en el que la atención primaria se dedique a lo preventivo y la atención secundaria a lo curativo, que son dos visiones



distintas de la salud. Se habla de lo curativo cuando la enfermedad se trata de principio a fin, es decir, desde lo ambulatorio hasta que dan de alta al paciente, en cambio la atención preventiva se puede asociar más bien a una mirada más territorial, si se quisiera hacer así. Particularmente, soy de los que cree que hay que desmunicipalizar la salud, tanto o más que la educación, porque la calidad de la gestión médica está dada por un aspecto integral desde la atención del paciente diabético, desde que uno lo conoce, hasta cuando tiene nuevas patologías de retiro. Pero él debe ser seguido desde el punto de vista de su enfermedad en forma continua, que es lo que se hace en el sector privado.

Por eso, me llama mucho la atención que no avancemos en esto, pero sí en políticas sanitarias más bien reforzando mucho en términos de los recursos económicos para la alta tecnología y no para resolver los temas que, a mi juicio, son de gestión sanitaria. Lo planteo porque he visto que en mi región los especialistas se están yendo cada vez más del sector público y siendo contratados a través de las sociedades médicas para que los atiendan en el mismo sector público, generando así un mayor costo para el sector y no mayor eficiencia desde el punto de vista del usuario.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Germán Verdugo.

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, lamento no haber participado íntegramente en esta sesión, pero en la Comisión de Relaciones Exteriores se encontraba presente el agente Grossman, quien es representante de Chile en La Haya, justamente tratando un tema muy importante. Además, soy integrante de dicha Comisión. Fundamentalmente, me interesa hacer un aporte en esta materia.

Quiero recordar la participación del presidente de la Asociación de Clínicas Privadas. Me llamó mucho la atención que manifestara que, en reiteradas oportunidades, él manifestó que había solicitado al Ministerio de Salud ser considerado dentro del Sistema Nacional de Salud y que nunca había tenido respuesta a ese planteamiento que se estaba haciendo.

Por otro lado, de acuerdo con los comentarios que he recibido conversando con algunas personas relacionadas con la salud, me han manifestado que el sector privado no podría subsistir sin el sector público. No tengo la explicación de eso ni tampoco se me explicó por qué eso



es así. Se dijo que el sector privado de salud no sobrevive sin el sistema público. Entonces, me hace mayor razón el planteamiento que se estaba haciendo, porque, desde ese punto de vista, tal vez las negociaciones que se hicieran con el sector privado ya no serían del hospital, del servicio de salud o de Fonasa con una u otra clínica. Eso genera una dispersión de contratos que se hace con valores totalmente distintos por recinto hospitalario, por región y otra serie de factores que inciden en los valores que se cancelan en la contratación de las prestaciones de salud. A propósito del planteamiento que se hizo, si fuera considerado como un solo sistema nacional de salud y se incorporara y negociara directamente con las clínicas, a lo mejor los valores que se pagarían por las prestaciones serían mucho menores de los que en algunos casos se están cancelando al comprar en forma tan dispersa, como en este momento se hace en un sistema tan desregulado, como aquí manifestó la directora de Fonasa. No sé si el Ministerio de Hacienda ha tomado conocimiento de esta posibilidad para, a lo menos, estudiar si es conveniente o no y si puede ser una alternativa para bajar los costos que en este momento se están pagando por prestaciones que parecen absolutamente inconvenientes para el sistema. Cualquier cantidad de recursos que se disponga para salud van a caer dentro de un saco sin fondo que va aumentando permanentemente y sin conocer cuál es el resultado de eso, porque las listas de espera aumentan o se mantienen cada vez más para atender a los pacientes en clínicas y hospitales públicos.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero indicar al ministro que en 1994 era ministro de Salud don Carlos Massad. Él hizo una reunión con todos los directivos de salud de la época en la ciudad de Caldera, oportunidad en la que emitió el llamado "Informe de la Productividad Médica de Caldera", que en ese tiempo -estamos hablando de hace 23 años- provocó un gran revuelo en el mundo médico y de la salud, porque introdujo los criterios de productividad que auguraban lo que usted señaló hace algunos minutos, en el sentido de que a crecientes incrementos del gasto en materia de remuneraciones médicas, la curva de productividad no tenía ni siquiera la mínima secuencia de ese nivel de



gastos, sino que estaba aplanado y en algunos casos en descenso. Estoy hablando de 1994. Hoy claramente esa situación no da para mucho más así como está.

Durante 2015 y 2016, la Comisión de Salud, que integramos la mayoría de los diputados presentes, recibió sendos proyectos de ley, refrendados en gloriosas ceremonias, en que constaban acuerdos entre los gremios de la salud y las autoridades, entre los cuales había distinguidos médicos, la Fenats, Fenpruss y otros. Ustedes saben mejor que yo las cifras que involucraron esos acuerdos gremiales, todos con pagos de remuneraciones, incentivos, bonificaciones, retiros anticipados, etcétera. Nos hemos dedicado dos años a eso.

Entonces, la pregunta que me hago es qué lógica estamos teniendo para que hayamos hecho todo ese ejercicio, que no desmerezco llegar a acuerdos razonables con sectores de la producción y del mundo de la salud, pero que no tienen ni un solo correlato con la eficiencia del trabajo que corresponde o con los niveles de satisfacción o de expectativa que se tiene en una materia tan sensible como esta. Más aún, tengo la impresión de que hay un conjunto de directores de servicios de salud que son los menos contenedores del gasto. ¿Qué hacen ellos? Tienen prerrogativas para hacer arreglos de grados, contratos a titulares y jugar un poco con su *pool* de horas y quedan impecablemente bien con los gremios, incluso les hacen homenajes, porque ellos están con la gente, "escuchan a los trabajadores" y atienden las demandas de este sufriente pueblo que trabaja dentro de la estructura de salud, a diferencia de aquellos que se han puesto en los zapatos del Estado de Chile para decir que deben contener el costo del ítem 22 y no soltar la manga para dar grados, o pasar a funcionarios de honorarios a contratados, o hacer todo tipo de malabares para dejar contento a mi público. La mayoría de ellos quiere evitar sus propios conflictos, que les tomen el servicio, que hagan una huelga, etcétera. Eso tiene un punto de cierto quiebre, porque si uno se pregunta cómo era la situación en 2015 y 2016, hemos consagrado y puesto la firma y dado el voto unánime en esta Comisión a todos los proyectos de ley que fueron refrendados por amplia mayoría en la Sala. En este periodo todos los gremios tienen plena satisfacción de todas sus demandas en este. Sin embargo, lo que siempre hemos invocado, es decir, cómo va apareada esa mejor remuneración con su rendimiento y productividad, no



tenemos nada. Particularmente, desde el punto de vista médico, eso requiere una reformulación del modelo de trabajo de los médicos en los hospitales. No es posible que hoy un oftalmólogo prefiera tener una mini jornada de 11 horas semanales para así tener libertad en el resto de la jornada y él mismo ser el prestados privado que le vende al hospital la cirugía de catarata, de retina, etcétera. A mi juicio, esa es una situación insostenible, como manifestó el diputado Robles. Hoy todo está puesto para privatizarse y entrar en un convenio para no tener relación funcionaria o que sea de exclusividad. Aunque sé que no podemos resolver todas cosas, quiero colocar un punto de reflexión, porque veo que los hechos son deplorables.

¿Cómo podemos enfrentar esto de una forma distinta? ¿Cómo podemos regular el mercado del trabajo médico en el mundo público para terminar con los incentivos perversos que estimulan gastos crecientes vía compra de servicios, honorarios, etcétera, lo que termina en estos gastos escandalosos?

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el ministro Rodrigo Valdés.

El señor **VALDÉS** (ministro de Hacienda).- Señor Presidente, me preocupaba que la discusión concluyese en que es necesario aumentar los gastos en los servicios porque no es suficiente la estructura que tenemos, porque pagamos mal, etcétera. No obstante, me voy gratamente sorprendido, ya que vamos convergiendo en el diagnóstico de que el problema no se soluciona con otorgar más plata al sistema, pues se trata de un problema estructural de incentivos y de reglas que no se soluciona con más plata. Creo que es un paso muy sustancial de convergencia, aunque no todos los actores del mundo de la salud están de acuerdo.

Por lo tanto, reconozco que el hecho de que los diputados Robles, Castro y el Presidente tengan esa percepción ayuda mucho a establecer un diálogo más constructivo que el que percibí hace dos años, al inicio de mi labor como ministro de Hacienda, de que siempre era necesario otorgar más recursos. Quizá esto estaba más maduro, pero es la sensación que tenía al comienzo.

Respecto del origen de los costos, creo que hay un poco más de complejidad y de producción, pero claramente hay un problema de inflación de costos y de precios que



domina los números que vemos, los que en diez años más que duplicaron el gasto.

Estoy muy de acuerdo con que hay pocas consecuencias para los directores de salud cuando gastan más del presupuesto asignado por la Dipres. Eso no pasa en el resto del sector público. Si un director de un servicio que no pertenece al área de Salud gasta más de lo asignado, sufre consecuencias muy graves. Creo que tenemos que avanzar para juntar esos dos mundos. Si bien hay razones para dar esa laxitud a un director de salud, creo que se debe trabajar más en fomentar la idea de que hay que cumplir las restricciones presupuestarias. Al final del día, Hacienda debe dejar que la deuda suba y no pagarla rápidamente, porque la única manera de controlar los gastos es que los proveedores digan hasta aquí llegamos, ya que, de lo contrario, este puede ser un gasto que no termine nunca de crecer.

Claramente, es un tema que hay que trabajar con el Ministerio de Salud, ya que somos un actor más.

No puedo estar más de acuerdo respecto de la complejidad de de esto. El diputado Robles mencionó que el doctor, al igual que el chef o el *sommelier* de un restaurante, recomienda cuánto, pero en este caso hay una complicación mayor, ya que la asimetría de información comunicacional es brutal; en consecuencia, el usuario del servicio de salud, a diferencia del que está sentado en un restaurante, no puede decir si le gusta esto o lo otro. Peor aún, no paga, ya que lo hace el sistema, a lo más tendrá que asumir un copago. Por lo tanto, el lineamiento de incentivos en materia de salud es mucho más complejo que en el resto de las interacciones en que participan proveedores y demandantes. Eso requiere más apriete por el sistema.

Tenemos la misma percepción respecto de que las enfermedades no AUGE son un tema central. El AUGE está funcionando bien y el rebase no es tan grande, como mencioné al comienzo; pero las patologías no AUGE tienden a tratarse como tales, por lo que terminan rebasando el sistema. Entonces, hay que apretar.

Para ser franco, me sobrepasa este tema preventivo-curativo, pero dada la cantidad de reformas, eso tendrá que quedar para un tiempo posterior.

Sin embargo, es necesario abordar el caso que mencionó el diputado Castro, cual es que debe estar mucho más claro el pago contra eficiencia. Considero que ayudaría



mucho empezar a hacer métricas de seguimiento, que ustedes las demanden y que se tengan que presentar.

Parte del problema que hemos tenido con los gremios ha sido la lógica de evitar conflictos. Al final, hemos pagado por no tener conflictos. No obstante, creo que hay un espacio para trabajar con ellos respecto de la eficiencia. No veo que haya una animadversión de ese mundo por producir mejor.

Esas son las reacciones iniciales que puedo entregar. Creo que en esta materia podemos ser más socios de lo que esperaba. Podemos avanzar pensando en tener un presupuesto y en cómo amarrar algunas cosas para mejorar prestaciones no solo en base a la entrega de recursos.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, respecto del diseño presupuestario de 2018, podría pedirse ver por separado los 29 servicios de salud. ¿Podremos hacer un examen caso a caso, en vez de hacerlo como siempre lo hemos hecho? Porque ahí vamos a encontrar sorpresas. Hay otro escenario económico. Lo dejo planteado.

El señor **VALDÉS** (ministro de Hacienda).- Podemos estudiarlo. Tenemos preparada una batería de datos que nos permite realizar una discusión de esa naturaleza, pero no sé si necesariamente podamos verlo por servicios.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Sergio Granados.

El señor **GRANADOS**.- Señor Presidente, considero que el diputado Castro tiene razón, por lo que podemos elaborar una batería para esa discusión, ya que nunca la hemos hecho a nivel de servicio, tanto a nivel de producción como de costos.

En el estudio relacionamos producción con los aumentos de gastos. La verdad es que no estamos cerca de la productividad, no hay aumentos de egresos que permitan justificar el mayor gasto, sobre la base de las propias estadísticas de salud. Vamos a tratar de actualizarlo, pero sí podríamos discutir sobre detalles. En el seguimiento de la comisión mixta se puede hacer eso. Hablaremos con el diputado Ortiz para hacer un análisis por servicio, específicamente en el caso de la deuda.

Este año, con el primer pago de la deuda devengada, se trató de dar un incentivo a los servicios que controlaban mejor sus gastos. Planteamos a Salud qué hacemos con los que no son controladores de gastos, pero no obtuvimos



respuesta. Por lo tanto, quedaron con una deuda más grande, la cual tendremos que pagar y que supera los 45 días autorizados en la glosa. Entonces, tendremos que pagar esa deuda en una segunda etapa, pero no hay consecuencias para esos servicios.

Al respecto, hay que revisar que, por ser un cargo de Alta Dirección Pública (ADP), los directores tienen convenio de desempeño. Los establecimientos de autogestionamiento se rigen por normas de desempeño; por ende, alguien tiene que hacerlas cumplir, y ese alguien es la autoridad de salud.

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

El señor **VALDÉS** (ministro de Hacienda).- Señor Presidente, de hecho, estamos tramitando un proyecto de ley, conocido como "pronto pago", que tiene que ver con la protección a los proveedores de grandes empresas, que regula la situación en caso de que no se pague a tiempo y establece consecuencias para el Estado, siendo la deuda de salud la más importante.

Al respecto, hemos evaluado, pero no decidido porque no es tan simple, la forma de establecer mejores incentivos y consecuencias para los directores de salud por el no pago de la deuda, que es otra manera de inducir a no endeudarse o a no gastar más del presupuesto. Es una de las tantas vías que hemos analizado para premiar o castigar las distintas gestiones.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, no creo que se necesiten más recursos en salud. El porcentaje del PIB que se destina a la salud pública de Chile es menor al de muchos países de Latinoamérica. Por eso debe haber una justa dimensión entre los recursos que se necesitan y los controles y la gestión que se requieren realizar. No se puede soltar la gestión, ya que la considero muy relevante, por lo que me parece muy importante que se controle. El Estado no tiene un organismo que controle la gestión de las metas. Me parece poco razonable que existan directores de servicios que se preocupen y hagan el esfuerzo por mantener cierto control, y haya otros que no hagan absolutamente nada. Por ejemplo, lo que ocurre con algunos directores de hospitales, que tienen contratado personal de cirugía, con médicos que ganan cierta cantidad de sueldo, y contratan médicos



extranjeros por el doble o triple para hacer la misma labor que el otro. Trabajan juntos, tienen la misma productividad y uno gana más del doble que el otro. Ese tipo de cosas desincentivan a los médicos titulares contratados por el sistema normal si llegan otros con mejores contratos, remuneraciones más altas y que incluso no resuelven lo relacionado con la productividad como lo hace el médico permanente del servicio.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Señor ministro, esta comisión partió en octubre y existe una inquietud que preocupa profundamente a todos sus integrantes. Si bien Chile registra buenos indicadores biomédicos, pero se debe a una tradición más que centenaria y a un fuerte compromiso con la salud pública y con la calidad de vida que se encuentra en las medidas de higiene, de vacunación, sin embargo, en los últimos 15 años, este modelo está en una crisis profunda por estímulos perversos para intentar solucionar situaciones urgentes hacia el enfermo.

Efectivamente, el AUGE se planteó como un mecanismo para 42 patologías y ya hay más de 80, y si usted estuviera en este Congreso se podría dar cuenta de que cada tres meses se presentan mociones para incluir otras enfermedades al AUGE.

Por otra parte, el alza desmesurada versus el rendimiento llama la atención, porque en otras áreas del desarrollo de Chile económico, por ejemplo, el ministro Pacheco fue felicitado por poner límite en las licitaciones a las ganancias. Hoy, un profesional gana una cifra estratosférica y en la misma situación otro gana la cifra que corresponde. ¿De qué manera trabajamos ese problema? Es un tema delicado.

En Estados Unidos, la salud se toma la agenda país, y también debemos hacerlo porque es muy grave lo que ocurre.

El modelo de autogestión de los hospitales hay que someterlo a revisión, porque ya lleva más de una década. Comparar el trabajo que hizo el ministro Massad, cuando ya pasó más de 30 años, para ver si hemos avanzado o hemos profundizado esa vivencia.

La modernización del sistema de salud en Chile. Estamos trabajando en un edificio que rememora la Unión Soviética de los años 70, desde allí se distribuye a todo el país, algo que a mi juicio no está acorde con el desarrollo tecnológico de la medicina del siglo XXI. Probablemente,



en 30 años más no vamos a necesitar radiólogos ni otras especialidades médicas, porque el desarrollo tecnológico ha ido creciendo.

En mi opinión la comisión está en ese espíritu y por esa razón la pregunta inicial, si mantenemos este tipo de modelo qué posibilidades tenemos de ser exitosos o seguir en un saco sin fondo.

Tiene la palabra el diputado José Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, solo decir, luego de su alusión a Europa del este, que tiene razón, y comentarle al ministro que sería conveniente una reflexión sobre el tema, y me voy al terreno menos operativo, sino más bien a una reflexión política respecto de la forma en que enfrentamos ese desafío los sectores que apoyamos una candidatura única de la Nueva Mayoría. Queremos llegar con un programa que ojalá contemple una modificación a las reglas de la salud, y que pase, por ejemplo, por las nuevas reglas para el mundo médico en la salud pública o un rediseño que permita salir al paso de los problemas que hemos relatado muchas veces, pero que no hemos abordado, y han pasado muchos años.

Por último, agradecer la presencia del ministro en la comisión y haberlo impresionado por no ser inductores de mayores costos, sino reguladores de ellos.

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

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

-Se levantó la sesión a las 16.55 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Jefe Taquígrafos Comisiones.