



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 14ª celebrada el día lunes 8 de mayo de 2017.

De 15.30 a 17.00 horas

SUMARIO

- La Comisión escuchó a la Unidad de Gestión Centralizada de Camas del Ministerio de Salud.

APERTURA DE LA SESIÓN

La sesión se inició a las 17.01 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, Cariola, Castro, Rathgeb, Robles, Rubilar, Torres y Verdugo don Germán.

CUENTA

Se han recibido los siguientes documentos:

1.- Oficio del Secretario General, señor Miguel Landeros (Nº 13.285), mediante el cual comunica que con fecha 18 de abril de 2017, la Sala acordó acceder a la solicitud de prórroga del plazo de vigencia de la Comisión por 30 días, esto es, hasta el 25 de mayo de 2017, para dar cumplimiento a su cometido.



[2](#).- Oficio de la Ministra de Salud (N° 1332) mediante el cual responde a unos enviados por esta Comisión N°. 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78 y 79 de fecha 18 de enero de 2017. Informa entre otros aspectos, sobre las visitas y auditorias efectuadas en los últimos tres años por las Seremis de Salud del país a las clínicas privadas que presten servicios a la red asistencial de salud.

Respuesta Oficio N°: [64](#), [65](#), [66](#), [67](#), [68](#), [69](#), [70](#), [71](#), [72](#), [77](#), [73](#), [74](#), [75](#), [76](#), [78](#), [79](#)

[3](#).- Oficio de la Ministra de Salud (N° 1353), Mediante el cual responde oficio de la Comisión, sobre diversos aspectos relacionados a convenios de la clínica Ensenada con terceros.

Respuesta Oficio N°: [85](#)

[4](#).- Oficio del Contralor General de la República (N° 173.432/2017), mediante el cual responde oficio de la Comisión, respecto al estado de tramitación de una denuncia que habría hecho el director del hospital San José, sobre temas de personal en dicho centro de salud.

Respuesta Oficio N°: [91](#)

[5](#).- Oficio de la directora del servicio de salud Atacama (S), (N° 1284), mediante el cual responde oficio de la Comisión, respecto de los gastos prestaciones extra sistema, años 1010 al 2016.

Respuesta Oficio N°: [105](#)

[6](#).- Oficio del director del servicio de salud Metropolitana Norte, mediante el cual responde a oficios de esta Comisión, remitiendo cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales con que esa red pública de salud haya contratado servicios de prestadores, en los años 2015 y 2016.

Respuesta Oficio N°: [43](#), [95\(e\)](#)

[7](#).- Oficio del director servicio de salud Metropolitano Central (N°514), mediante el cual responde oficio de la Comisión. Envía detalle de las derivaciones a Clínica Ensenada, período 2014-2016.

[8](#).- Oficio del Contralor General de la República, (N° 16066), remitiendo en formato digital copia de las auditorias, investigaciones especiales, atenciones de referencia de auditoria y resoluciones finales de sumarios, que guardan relación



con el mandato de la Comisión, de acuerdo a lo solicitado en sesión del 20 de marzo de 2017.

ACUERDOS

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

1. Citar a la directora del Fondo Nacional de Salud, a objeto pueda dar a conocer qué entidad determina los criterios y los rankings de prestadores para que la UGCC haga las derivaciones respectivas, como asimismo, qué entidad fiscaliza que los prestadores cumplan con dichos criterios y, por tanto, califiquen en infraestructura e idoneidad, para recibir derivaciones gestionadas por la UGCC.

ORDEN DEL DÍA

La Comisión escuchó a las siguientes personas:

- Jefa de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, señora Patricia Navarrete y la coordinadora nacional de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), señora Pamela Pérez

Dejo a disposición de la Comisión la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=102626&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/cdtvod&VODFILE=PROGC013249.mp4>

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 18.22 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 14ª, celebrada en lunes 08 de mayo de 2017,
de 17.01 a 18.23 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside del diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

Asisten las diputadas señoras Karol Cariola y Karla Rubilar, y los diputados señores Juan Luis Castro, Jorge Rathgeb, Alberto Robles, Víctor Torres y Germán Verdugo.

Concurren como invitadas la coordinadora nacional de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), señora Pamela Pérez, y la jefa de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, señora Patricia Navarrete.

TEXTO DEL DEBATE

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

El señor Secretario va a dar lectura a la Cuenta.

-El señor **LINDHORST** (Secretario accidental) da lectura a la Cuenta.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Terminada la Cuenta.

Los oficios quedarán a disposición de los miembros de la comisión.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, según el plazo mandatado por la Sala que tenemos para investigar, solo quedaría la sesión de hoy, más una ordinaria, a no ser que celebremos una extraordinaria.

Al respecto, sugiero que definamos la metodología de elaboración de las conclusiones, en base a las propuestas de cada parlamentario, en un plazo determinado que debe ser antes de la fecha de expiración, que sería la próxima sesión. Ello, para contar con un borrador y fijar la fecha de votación.

Por último, pedir copia de todos los oficios remitidos a la comisión, que son bastante importantes, como las respuestas de la Contraloría y otras entidades, a fin de conocerlas en detalle.

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



La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, para que Secretaría nos informe si con los últimos oficios de los servicios de Salud Atacama Norte y otros remitidos a esta instancia, se completó el listado o aún queda alguno pendiente.

En el caso de que se hubiese completado el envío de todos los oficios en materia de compras externas y sociedades, quiero saber si se nos puede elaborar un compilado comparativo, con el fin de ver si se repiten los montos y la documentación que hemos recibido. Ello, en orden a tener una mirada más global de toda la información recibida por la comisión.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Me parece bien.

Efectivamente, nos queda solo una sesión para terminar, razón por la cual pedí la lista de todos los invitados y dudo que nos falte recibir el testimonio de algún invitado de nivel jerárquico, tanto de los ministerios de Salud como de Hacienda, pues han asistido sus máximos representantes.

La próxima sesión la podemos dedicar a recibir a nuestro último invitado y el resto de la jornada dedicarla a elaborar el plan de trabajo para el informe final. Les recuerdo que la semana distrital se adelantó para la semana del 22.

Tiene la palabra el diputado Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, me gustaría saber si asistió el doctor Rodríguez, que fue director médico de la Clínica Ensenada.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- A la Clínica Ensenada la hemos invitado en reiteradas ocasiones; incluso, ofrecimos visitas en más de tres ocasiones.

¿Habría acuerdo para proceder de esa manera?

Acordado.

La presente sesión tiene por objeto recibir a la coordinadora nacional de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), señora Pamela Pérez, y a la jefa de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, señora Patricia Navarrete.

En nombre de la comisión, les doy la bienvenida.

Tiene la palabra, señora Patricia Navarrete.

La señora **NAVARRETE** (doña Patricia).- Señor Presidente, la Unidad de Gestión Centralizada de Camas es un ente netamente técnico, cuyo propósito es gestionar la respuesta oportuna y de calidad frente a la necesidad de camas para hospitalización que surge de nuestra red de



establecimientos hospitalarios del servicio público, cuando dicha red local ha agotado su propia gestión.

Para ello, existe un modelo que se ha diseñado desde el ministerio en conjunto con los servicios para ver cómo abordar esta necesidad. Cabe señalar que el mayor porcentaje de los pacientes se hospitalizan en los propios establecimientos hospitalarios de la red y es el menor porcentaje el que requiere de la gestión de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, la cual, primeramente, hace la gestión con las entidades del intraservicio de la red y al no encontrar disponibilidad acude al sistema privado.

La señora Pamela Pérez es la coordinadora de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas y se va a referir a su funcionamiento.

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

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, solo para aclarar que la unidad se llama Unidad de Gestión Centralizada de Camas Críticas, no es de todas las camas.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Gracias señor diputado.

Tiene la palabra la coordinadora nacional de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, señora Pamela Pérez.

La señora **PÉREZ** (doña Pamela).- Señor Presidente, buenas tardes.

En primer lugar, agradezco la invitación.

Como coordinadora de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas creo que es un aporte presentar el trabajo que realizamos desde el ministerio, tal vez, de forma silenciosa.

La Unidad de Gestión Centralizada de Camas nació en 2009, efectivamente, como una unidad de gestión de camas críticas. Sin embargo, a corto andar, no solo debimos gestionar camas críticas, sino otro tipo de camas, razón por la cual cambiamos el nombre a Unidad de Gestión Centralizada de Camas.

Previo a la creación de la UGCC en 2009, nuestras autoridades carecían de un monitoreo de las urgencias hospitalarias; muchas veces, las autoridades se enteraban por los diarios que había alguna urgencia colapsada. Por lo tanto, no había claridad del uso de las camas críticas, que es un recurso muy valioso en nuestro sistema.



Por otra parte, si había que derivar a un paciente al sector privado, los médicos y enfermeras de turno perdían horas en llevar a cabo esa gestión y si tenían suerte de encontrarse con un colega que habían hecho la beca al otro lado del teléfono, lo más probable es que consiguieran dicha cama. Ahora, si la conseguían, ese profesional no sabía su valor y, muchas veces, el propio director del hospital no sabía que en el turno de noche del sábado 24 había salido un paciente a la clínica equis con una cuenta de millones de pesos. Recién se enteraba cuando llegaba la cuenta a su escritorio.

Como he dicho, los hospitales gastaban, sin tener claridad de lo que estaban invirtiendo, en estos traslados.

Posterior a la UGCC, el desafío que planteó la autoridad en ese momento -participé en su creación, si bien no era la jefa el 2009, la jefatura la asumí a partir del 2010- fue pedirnos varias cosas, por un lado, monitorear las urgencias.

Estuve mirando la presentación de nuestra ministra, quien les comentaba que en su celular, todos los días, los 365 días del año, nuestra unidad le envía un mail a ella, al igual que a todas las autoridades, respecto del estado de las urgencias. Es ahí donde pueden tomar decisiones de qué hacer.

Por otro lado, las subsecretaria también comentó que años atrás, si bien monitoreábamos camas críticas. Camas críticas son para aquellos pacientes que requieren más recursos y que son muy caras en el sistema público. Hubo un momento en que teníamos 140 camas críticas cerradas a nivel país, por distintos motivos, por ejemplo, desde recursos humanos, estructura y otros.

Nuestra unidad también monitorea el uso diario de estas camas críticas, llegando a no más, en este momento, de 30 a 40 camas críticas cerradas a nivel país, que muchas veces tienen un origen de causas de brotes, o alguna en particular, pero también es monitoreado por nosotros. Y el traslado de pacientes que, en el fondo, es por lo que más nos conocen y por el cual estoy citada en esta oportunidad.

Con posterioridad a la UGCC, comenzamos con una asignación ordenada y priorizada de las camas siempre mirando al sector público. Eso quiero dejarlo en claro. Más allá que derivemos al sector privado, en algunos casos, siempre hay una búsqueda pública. Esto se hace a



través de un sistema informático en línea, que se ha ido mejorando. Toda esta información es utilizada por nuestras autoridades para la asignación de recursos.

Por ejemplo, tenemos el caso del hospital de La Serena. Años atrás tenía un gran déficit de neonatología, y con las derivaciones que hicimos, vía UGCC, fuimos capaces de demostrar, señores -refiriéndonos a inversiones de nuestro ministerio-, si van asignar recursos de neonatología, creemos que el hospital de La Serena es un lugar donde se podían asignar estos recursos. Esta información la utilizan los mismos establecimientos para validar sus brechas.

El objetivo de nuestra unidad es optimizar y fortalecer la gestión de camas de la red pública de salud en todo el país -hago hincapié en eso-, a través de una visión integrada y en red, en complementariedad con el sector privado una vez que se ha agotado la red pública.

Objetivo específicos

Asignar de manera ordenada y priorizada las camas de la red pública y privada; monitorear la situación de las urgencias del país y de las camas críticas; gestionar la información para la toma de decisiones (...); y el último objetivo, que ha sido adecuado en el último tiempo, dada la evolución que ha tenido esta unidad, es gestionar recurso cama en contingencias, en emergencias y desastres que han ocurrido en nuestro país.

Como unidad, tenemos varios procesos claves que se entrelazan y que han ido adquiriendo cada vez más importancia: derivación vía UGCC, el monitoreo de las urgencias y el seguimiento de las camas.

Hace poco tiempo lanzamos un proyecto, denominado la unidad de gestión centralizada de quirófanos. Así, como en este momento estamos mirando todo respecto de las camas, nuestras autoridades están comenzando a observar todo lo referente a los quirófanos y su producción a nivel país.

Por otro lado, también facilitamos a nuestras autoridades la visión de los pacientes ley de urgencia. Este sistema, independiente de la UGCC, tiene visión ante nuestra autoridades y Fonasa de lo que son los pacientes ley de urgencia, cuestión que no existía hasta antes del 2013.

¿Quiénes conforman esta red? Hay un equipo de profesionales que trabajan en el Ministerio. Junto con ellos tenemos un equipo de *call center*, conformado por 24



enfermeras y 7 médicos que gestionan ley de urgencia. Las enfermeras están a cargo de la gestión de camas. Funciona las 24 horas del día, los 365 días del año.

Y en las redes hemos logrado instalar lo que es un modelo de gestor de camas. Actualmente, todos los hospitales de mayor complejidad tienen un gestor de camas, en algunos funciona las 24 horas y, en otros, en un horario asignado, pero son nuestros referentes en cada uno de los establecimientos de salud.

Esta es la diapositiva central de nuestra presentación, en la cual quiero recalcar que la solicitud de cama la hace siempre un establecimiento público. No puede venir un paciente equis a solicitar cama, sino que siempre se trata de un paciente que está en un establecimiento público y que fue evaluado por su médico tratante. Ese médico va a solicitar, al *call Center*, la generación de este caso, y la enfermera lo va a generar, en forma inmediata, en el sistema informático. Cada caso tiene un Id, tiene un registro y queda grabado cada una de las acciones que se realizan.

Cuando esta enfermera tiene todos estos antecedentes, es decir, nombre, la identificación del paciente y de la patología, va a hacer uso del sistema informático para buscar camas siempre en la red pública. Si encuentra cupo en la red pública, va a generar una conversación -esto es importante- entre el médico que deriva al paciente y el médico que recibe al paciente. Esa es la responsabilidad.

Por lo tanto, nosotros hacemos de intermediarios, pero el médico es quien le va a decir, por ejemplo, necesita cierta dosis de dopamina, o súbele la FIO2, etcétera. Entonces, hay una conversación de médico a médico, que es absolutamente obligatoria y son ellos quienes deciden el traslado del paciente.

Nuestra unidad va a seguir el caso, hasta que el paciente se traslade. Digo, vamos a seguir el caso, porque hay situaciones en que se demoran más de un día. Hay pacientes que vienen de regiones y muchas veces tenemos problemas de vuelo. Por eso seguimos el caso, desde que se genera hasta que el paciente se acuesta en la cama del otro establecimiento.

Si es que no encontramos cama en la red pública, pasamos a la red privada. Lo hacemos de acuerdo con un *ranking* que nos establece Fonasa. Entonces, cuando ustedes me dicen, por ejemplo, usted deriva a la clínica tanto. No, nosotros buscamos cama en el sector público y



si no hay vamos a derivar camas con un apellido, de acuerdo con el *ranking* que nos establece Fonasa.

En estos momentos lo tenemos estandarizados en el sistema informático. El sistema le va mostrando a la enfermera dónde tiene que llamar, por lo que no queda a la arbitrariedad de cualquier persona esa búsqueda.

Si se encuentra cama en el sector público, nosotros vamos a hacer una conferencia de médico a médico y se sigue el traslado hasta su derivación exitosa.

Nos pasa a veces, en épocas como campaña invierno, en que hemos tenido que trasladar pacientes a otras regiones. De Santiago a la Quinta, a la Sexta, incluso a la Octava Regiones, y viceversa.

Como dijo la doctora Navarrete, en un comienzo, hemos logrado establecer en nuestra red lo que es un modelo de gestión de camas, en que el hospital de origen siempre tiene que hacer la búsqueda de cama en su establecimiento. Si no encuentra en su servicio de salud, de no haber cama en estas dos instancias, va a proceder a llamar el servicio de salud o el establecimiento a la UGCC para la búsqueda de cama.

¿Qué es lo importante que defina ese establecimiento? El tipo de paciente si es adulto, pediátrico o neonatal. ¿Qué tipo de cama necesita? Debemos saber si el paciente se puede trasladar a otra región. Porque muchas veces pasa que los pacientes no pueden salir por su gravedad, por lo que ellos son los encargados de gestionar todo el traslado y hacer seguimiento de los casos. Acá no es llegar y derivar y me olvido del paciente.

¿Cuál es el rol de los actores si la red pública se ha agotado? Como he dicho, Fonasa es el que genera los convenios, define el *ranking* de los prestadores privados y paga esas prestaciones. Nosotros, como UGCC Minsal, realizamos la búsqueda de camas de acuerdo con el *ranking* que establece Fonasa y lo que nos pidió el hospital. No es algo que se nos antoje si no que el hospital decide qué y a quién trasladar. En definitiva, el hospital decide todos los antecedentes del paciente.

¿Qué criterios estableció Fonasa para realizar la compra? En primera instancia definió qué tipo de pacientes íbamos a trasladar: adulto, pediatría o neonatal, las condiciones clínicas del paciente.

Principalmente, en la última licitación que partió el 2015, se focalizó en la utilización de camas de la UCI o de la UTI, la ubicación geográfica estableciendo que este



ranking iba a ser por ciudad y, además, basándose en la capacidad resolutive del prestador y en el precio base que ofrecieron.

Algunos antecedentes de derivaciones UGCC. Miré la solicitud de ustedes y decía que tratáramos de analizar los años 2010 a 2017. Al respecto, el 70 por ciento de nuestros pacientes derivados son pacientes adultos. Sin embargo, hay algo que ha ido variando y que también nos da alerta de lo que ha pasado con nuestra población, y es que los pacientes neonatológicos en un comienzo fue una derivación autolimitada; sin embargo, ya vamos en un 13 por ciento y va *in crescendo*.

En cuanto al tipo de cama, UPC, es decir, UCI y UTI, es el que se lleva el 70 por ciento.

A contar del año pasado empezamos a mirar qué distribución teníamos según género. Estamos derivando pacientes femeninos y masculinos más o menos en un 50 por ciento, y la diapositiva que observan es muy decidora de nuestra gestión.

Cuando la UGCC partió, las autoridades dijeron que esta implementación va a ser para la Región Metropolitana en su momento; sin embargo, regiones, a corto andar, dijeron que también tenían déficit de camas, que también necesitaban trasladar pacientes, y del año 2009 nos saltamos al 2010, donde lo implementamos en todo el país, y esto da cuenta de nuestra gestión: el 58 por ciento de los pacientes trasladados son de la Región Metropolitana; sin embargo, un 42 por ciento son pacientes de regiones. Es decir, estamos dando igualdad de oportunidades a toda nuestra población.

En cuanto a los servicios de salud, información que preguntaba una diputada en algunas de las presentaciones, el servicio de salud occidente, que también es uno de los que tiene mayor población Fonasa, es uno de nuestros mayores demandantes; también vemos el servicio metropolitano sur.

Del servicio metropolitano central uno podría decir que es Región Metropolitana, pero también tenemos servicios como Valparaíso, Viña del Mar, y servicios de salud como Concepción, que son demandantes de nuestra actividad. Esto respalda que estamos trasladando pacientes de los 29 servicios de salud que nos requieren.

Ustedes decían que se trasladaban a las clínicas. Sí, hay una parte que se traslada a clínicas; sin embargo,



hay una parte importante que se traslada a hospitales públicos.

En esta diapositiva pueden visualizar el año 2017. Vamos a la semana 17, ¿qué hospitales nos han dado cama? El hospital Tisné, diría que es uno de los hospitales que más nos recibe camas, sobre todo embarazos, madre e hijo; el hospital del Carmen, que ha sido un aporte para la red; el hospital Las Higueras se caracteriza por ser uno de los hospitales que año a año nos da cama.

Nos aparece también aquí el hospital Barros Luco, y uno podría decir con todo lo demandado que está el Barros Luco, ¿cómo nos ofrece cama? Sin embargo, ellos no nos ofrecen cama adulto, pero sí nos ofrecen cama en el caso de neonatología o binomio madre-hijo. Es decir, hay una red que ha aprendido a ser solidaria, que costó, porque hubo desconfianza de los distintos actores, pero actualmente si tengo una cama la pongo a disposición de la UGCC como hospital.

Un diputado preguntó qué se traslada. En general, si uno mira los diagnósticos cardiovasculares tenemos infartos, insuficiencias cardíacas, paros cardiorrespiratorios, shock cardiogénicos. Si miramos diagnósticos respiratorios, neumonía, insuficiencia respiratoria, EPOC. Y algo que ha entrado en el último tiempo, la falla respiratoria grave.

En el caso del recién nacido, síndrome de estrés respiratorio, prematurez en distintas edades, membrana hialina, hernia diafragmática.

Es decir, si ustedes miran los diagnósticos, la mayoría son pacientes que requirieron cama y que de no haber sido mediados por la UGCC, probablemente habría sido otro su desenlace.

Si uno hace historia de lo que ha sido la UGCC, hemos dado respuesta a contingencias a nivel país hace ya bastante tiempo. Comenzamos con la pandemia en 2009, con más de 1.300 traslados, y el 55 por ciento fue al sector público; el terremoto de 2010, con traslados de las regiones Sexta, Séptima y Octava. Ahí la Región Metropolitana fue un apoyo importante. El terremoto de Iquique en 2014, donde el 90 por ciento de los pacientes fue al sector público; el desastre hidrometeorológico de Atacama, en 2015; el terremoto de Coquimbo, en 2015; apoyos en el traslado de nuestros nuevos hospitales, como Puerto Montt y Rancagua en el pre, intra y postraslado. Fuimos un apoyo derivando pacientes a otros



establecimientos, y nosotros los días de traslado estuvimos en el lugar.

Así como hemos apoyado grandes contingencias o catástrofes nacionales, también hemos apoyado en aquellos casos en que la autoridad ha definido como importantes, como ha sido el traslado del caso Sename en año 2016, o casos como la enucleación traumática que tuvimos el año pasado de una paciente de Aysén, que es de conocimiento de ustedes, o el traslado, hace dos semanas, de unos pacientes quemados desde Chiloé. También han sido gestionados por nuestra unidad y se han ido al sector público.

Hemos realizado apoyo en contingencia en hospitales del Hospital San Juan de Dios, del San José, del Barros Luco, ya sea por problemas gremiales o por gran actividad de estos establecimientos.

Dentro de lo que es el ministerio ya nos están incluyendo en ciertos protocolos y para nosotros es importante hacer un aporte. Por ejemplo, todas las derivaciones que requieren procedimientos como ECMO, desde el año 2013 son mediados bajo un protocolo Minsal por esta unidad.

A contar del año pasado comenzamos a participar en las derivaciones por síndrome cardiorrespiratorio Hanta: 26 pacientes el año pasado; 27, este año.

En las derivaciones de Hanta, a contar del año pasado hemos sido partícipes, y la mayoría de los pacientes se están yendo al sector público, específicamente al Hospital del Tórax.

Lo más probable es que ustedes de a poco van a ir viendo los resultados. Este año llevamos dos fallecidos de los más de 40 traslados que se han realizado.

Se pregunta qué medidas de control interno tenemos.

Por aquí pasan muchos pacientes. Existe un sistema informático estandarizado con trazabilidad de casos; hay una búsqueda ordenada por *ranking* Fonasa; existe auditoría semanal de la supervisora del *call center*, con *coaching* en caso de problemas; hay un flujo de información a las autoridades en caso de detectar cualquier anomalía. Incluso, muchas veces somos nosotros el ente de alerta que decimos que algo está pasando con los VRS. Somos como un sensor del Ministerio.

Tenemos nuestros manuales de funcionamiento, tanto del sistema informático, del *call center* y de nuestra unidad. Por ejemplo, pueden ver en la diapositiva lo que define



el manual. El paciente derivado vía UGCC siempre es responsabilidad del hospital derivador. Toda solicitud UGCC debe ser mediada, si es una cama UPC debe contar con la evaluación del médico de la UCI o UTI. Ellos deben corroborar la situación previsional del paciente; deben informar a los familiares; deben llevar una serie de documentaciones que solicita Fonasa, y son los encargados de seguir el caso, de hacer el cierre en el sistema informático y coordinar el alta del paciente, porque no basta con haberlo derivado. Ellos tienen que recuperarlo a su red.

En cuanto al control externo, nuestra unidad está incorporada a la matriz de riesgo del Ministerio como un ente crítico. Nuestra unidad forma parte de varios indicadores técnicos, tanto H y SIG; *balanced scorecard*, de los establecimientos autogestionados.

Nosotros realizamos un informe semanal de campaña invierno y periódico de todos los indicadores descritos.

En 2012 fuimos auditados por auditoría del Ministerio, con un plan de mejora.

En 2013 fuimos auditados por la Contraloría General de la República, a través de Fonasa, también con algunas observaciones y con nuestro plan de mejora.

En 2015 fuimos auditados a través de los hospitales autogestionados, también por la Contraloría.

Actualmente, en 2017, nos encontramos en auditoría por la Contraloría, a través de los hospitales que derivan pacientes UGCC y a través de los pacientes que se atendieron en el servicio metropolitano oriente y fueron beneficiarios de la ley de urgencia.

Eso en cuanto a los contrales tanto internos como externos. Como ustedes pueden observar, hemos sido auditados casi todos los años sin incidencias graves.

Por último, las ventajas de la gestión de la UGCC para la red pública son las siguientes:

- Oportunidad y acceso al recurso cama, principalmente crítica.

- Médicos y enfermeras dedicados a la atención de sus pacientes.

- Un sistema estructurado y organizado de derivación a camas de la red pública y, de no haber, a la privada.

- Oferta regional que entrega oportunidad de atención a los pacientes.

- Acceso a procedimientos y tecnologías requeridos por nuestros pacientes.



-Desarrollo de confianza de los actores involucrados. En un comienzo hubo muchos médicos o jefes de UPC que nos dijeron que nadie nos iba a otorgar camas y que las iban a esconder. Como señalamos, los hospitales ponen a disposición de la red cuando tienen disponible una cama.

-Permite a través del sistema informático obtener información en línea y en tiempo real del estado de camas críticas, pacientes y derivaciones.

-Trabajo en conjunto con Fonasa.

-Apoyo concreto en contingencias nacionales.

-Equipo de trabajo con profesionales comprometidos en dar una mejor atención a los pacientes.

Eso es todo lo que puedo informar.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, quiero saludar a la señora Pamela Pérez y a la doctora Patricia Navarrete.

Primero, me gustaría que nuestras invitadas se refirieran específicamente a la compra de camas privadas a las Clínicas Ensenada y Colonial durante 2016; a cuál es el volumen de esas compras en dinero y en camas que se han adquirido a ambas clínicas, y a los criterios por los cuales ustedes califican la idoneidad de dichos establecimientos, en cuanto a su estándar clínico para admitir a los pacientes.

Segundo, me gustaría saber cuál es la condición de la Unidad de Paciente Crítico de la Clínica Ensenada. Les pregunto derechamente si tienen la certeza de que este establecimiento es un Unidad de Paciente Crítico. ¿Tiene verificación y validez que le indiquen a esta Comisión que cumple los requisitos para ser una UPC y centro derivador de pacientes de Fonasa a ese lugar?

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saludar a nuestras invitadas y agradecerles su exposición.

Durante su presentación, la directora de Fonasa, a grandes rasgos, nos dijo que en 2014 tuvo una solicitud para hacer un trato directo por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Nos manifestó que terminó haciendo un trato directo con las Clínicas Ensenada, Colonial y otras, y posteriormente esto pasó a licitación. Nos agrega que en Fonasa -nos exhibe un gráfico- las compras, después del periodo solicitado por



la Subsecretaría de Redes, las realizan a través de licitación y que tienen un porcentaje muy bajo de trato directo. Señala que los servicios de salud y los hospitales -nos muestra los gráficos- son los grandes responsables de las compras en trato directo, que no pasan por licitación.

Entonces, quiero saber si nuestras invitadas pueden contextualizar lo ocurrido en 2014. Ustedes comprenderán que la pregunta que formuló el diputado Castro tiene que ver con que esa clínica se crea en 2014, que no tiene autorización sanitaria, pero luego la consigue muy rápido, y que se está llevando pacientes críticos. A nuestro juicio, por la información que obtuvimos -queríamos ir a verla, pero no pudimos-, es una clínica con poca capacidad instalada y poco equipamiento accesorio, sea para instalar un catéter en caso que haya complicaciones, para hacer transfusiones de sangre, etcétera. Para uno, como médico, la sensación es que son cosas básicas para tener una compra tan grande como la que hace Fonasa y que ha continuado haciendo durante todos estos años.

Nos preocupa la situación, porque vemos que estas clínicas, particularmente la Clínica Ensenada, que se crea en 2014 a raíz de la necesidad que plantea la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se convierte en líder del mercado de compras públicas. O sea, de no existir en algún momento pasa a ser "top one". Entonces, cómo se establece el *ranking* de Fonasa. Entiendo que ustedes se guían por aquel, o sea, les abre y les dice a, b ó c y ustedes derivan a, b o c. Me gustaría saber a qué se refiere la directora de Fonasa cuando plantea que los hospitales y los servicios de salud, a través de la UGCC, hacen las compras por trato directo, y ellas no, porque ellas hacen todo a través de licitaciones. ¿A qué se refieren con esto? ¿Cómo ustedes derivan estas compras por trato directo? Me cuesta entenderlo. Entiendo que ustedes se deben enmarcar en esas licitaciones. Entonces, ¿a qué se refiere la directora cuando muestra esos gráficos con los tratos directo de los hospitales y de los servicios de salud? ¿Qué debemos entender cuando ustedes dicen que compran por licitación y los hospitales por trato directo? ¿Qué significa eso? ¿Eso no pasa por ustedes? ¿Es otro tipo de camas? ¿De qué está hablando la directora cuando nos muestra los gráficos?



También tengo una duda muy grande respecto de las clínicas a las cuales se deriva por esa licitación, clínicas que pueden ser Ensenada u otras, y en las que los pacientes terminen complicándose y volviendo a la red. Me gustaría que nos dieran su parecer sobre eso, en particular sobre las licitaciones de la UGCC y los PAD parto, porque no siempre las clínicas, lamentablemente, tienen las condiciones necesarias para enfrentar una urgencia neonatal, y ustedes terminan coordinando la vuelta de esa complicación. También me gustaría conocer alguna estadística de complicaciones de las clínicas a las que ustedes derivan, por lo que los pacientes deben terminar nuevamente en el sistema público. Quiero conocer la situación de vuelta. Asimismo, quiero saber qué tasa de mortalidad o de complicaciones graves tienen en esas clínicas a las cuales han derivado pacientes, comparadas con las clínicas que tenían anteriormente.

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

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, de acuerdo con la exposición que hicieron nuestras invitadas, entiendo que alrededor del 51 por ciento de las necesidades de camas se resuelven a través del sector público. Esto quiere decir que el 49 por ciento va al sector privado. ¿Cuáles son los rangos de los valores que se pagan por el tipo de cama que ustedes contratan en el sector privado, a diferencia de lo que se paga en el sector público? ¿Cuántas unidades de camas serían necesarias para satisfacer los requerimientos en el sector público y evitar el contrato a las clínicas privadas? ¿Existe la posibilidad de alcanzar una solución vía sector público y qué habría que hacer para ello? A lo mejor, en eso está la construcción de los hospitales. En definitiva, ¿cuál es la brecha de camas existente?

Desde mi punto de vista, lo fundamental es conocer los valores, porque extraña mucho las diferencias de precios que se pagan entre una y otra clínica, amén de la dificultad que existe en el sector público para satisfacer esas necesidades. Ustedes decían que, en ocasiones, llegan cobros millonarios al hospital. Tal vez los médicos podrían tener alguna idea del costo que tiene un día cama.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la doctora Navarrete.



La señora **NAVARRETE** (doña Patricia).- Señor Presidente, me referiré a dos temas genéricos y después Pamela Pérez responderá consultas a nivel operativo.

En relación con lo que mencionó la directora del Fonasa, la verdad es que no sabemos mucho, pero podemos afirmar que la UGCC no hace trato directo y se apega estrictamente al *ranking* que el Fonasa envía, el cual queda incorporado al sistema operativo. Si bien no puedo responder de forma clara esa pregunta, sí quiero aclarar que ese es el rol que juega la unidad al respecto.

En segundo lugar, la mayoría de los pacientes que diariamente requieren cama de hospitalización, se hospitalizan en el propio sistema, en el propio hospital, pero algunos requieren salir de su red local. Un porcentaje se resuelve en la red pública y, el otro, con el apoyo del sector privado. Sin embargo, la gran mayoría de los pacientes se resuelven en el propio sistema, dependiendo de la disponibilidad de camas y porque, además, en muchas regiones la capacidad para hacerlo o la tecnología se encuentra solo en el sector privado. La excepción puede ser la Región Metropolitana, que cuenta con las clínicas más grandes, pero en el resto del país, la mejor opción que puede tener el usuario es el sistema público, porque no hay otros desarrollos. Por consiguiente, el sector público sigue siendo el que da la respuesta más fuerte.

Al respecto, tendríamos que observar los porcentajes, pero corresponden a la necesidad que surge cuando la red local no ha sido capaz o ha sido insuficiente para dar una respuesta.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Pamela Pérez.

La señora **PÉREZ** (doña Pamela).- Señor Presidente, respecto de la presentación que hice sobre la forma de derivar y de supervisar del hospital, la doctora Navarrete dijo que nuestro trabajo diario es más bien técnico.

Si bien trabajamos en conjunto con el Fondo Nacional de Salud, el *ranking* es entregado por dicha entidad, y con esa información se carga el sistema informático. Si, por ejemplo, una clínica X sale en primer, segundo, quinto o décimo lugar, no lo determinamos nosotros.

Ahora bien, los criterios que determinó el Fonasa para establecer su *ranking* son los siguientes: tipo de



paciente, condición clínica, ubicación geográfica, capacidad resolutive y precio base.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero preguntar lo siguiente: ¿Al Fonasa le corresponde certificar que las clínicas cumplan con los criterios establecidos en su licitación?

La señora **PÉREZ** (doña Pamela).- A la UGCC le corresponde derivar, no calificar. Nosotros no calificamos.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Entiendo que ustedes derivan de acuerdo con el *ranking* del Fonasa, que es la postura que vienen a explicar a la comisión. Pero mi pregunta es quién tiene la responsabilidad de velar que los lugares donde se derivan los pacientes, de acuerdo con el *ranking*, cumplen con los requisitos; ¿el Fonasa, la Subsecretaría de Redes Asistenciales o la seremi de Salud? ¿A quién le corresponde velar que la Clínica Ensenada cumpla con esos criterios para ocupar el primer lugar del *ranking*?

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Patricia Navarrete.

La señora **NAVARRETE** (doña Patricia).- Señor Presidente, para que el sector público haga convenios con cualquier prestador, este último debe estar acreditado, no puede no estarlo. Sin embargo, no nos corresponde a nosotros evaluar la acreditación, así como tampoco hacer la licitación, ni las bases, ni verificar los requisitos.

Entendemos que el ente que llama a licitación tendrá que verificar, al momento de la adjudicación, si se cumple con todo aquello que se presentó como antecedente para la licitación.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Fonasa?

La señora **NAVARRETE** (doña Patricia).- Ellos hacen la licitación.

La señora **PÉREZ** (doña Pamela).- Cuando expliqué la forma de derivar y les mostré el diagrama, les dije que hay una responsabilidad clínica de médico a médico. Es decir, quien autoriza finalmente la derivación a la clínica A, B o C es el médico; el médico es quien evalúa, de acuerdo con la información proporcionada por nosotros, en base a la disponibilidad de cama o a la entrega del paciente. Él es quien evalúa si es pertinente o no. Incluso, dije que muchas veces teníamos que trasladar



pacientes de regiones, y el médico es quien informa si corresponde o no hacerlo. Repito, es él quien define si se traslada a esa clínica o no.

Respecto de 2014, si bien la subsecretaría solicitó al Fonasa ampliar la oferta de camas, no establecimos determinadas clínicas, porque en ese momento la red pública no tenía suficientes camas. Las clínicas que estaban en el *ranking* ese año no daban abasto y necesitábamos trasladar a otros pacientes. En ese momento, ante nuestro requerimiento, el Fonasa dijo: "ok señores UGCC, ustedes van a derivar a estos dos prestadores y lo harán en caso de presentarse solo estos diagnósticos". O sea, no podíamos derivar a cualquier paciente. Si, por ejemplo, se trataba de una pielonefritis, cumplía con el criterio y podíamos derivar al paciente a ese establecimiento, pero no todos podían ir a esos dos prestadores. Fue un evento puntual durante el período de campaña de invierno de 2014. Sin perjuicio de que en 2015 y 2016 se haya incluido posteriormente en el *ranking* a las dos clínicas mencionadas por ustedes, pero nuestra solicitud fue por campaña de invierno y porque, si mal no recuerdo, hubo alerta sanitaria ese año.

Respecto de las compras, UGCC solo traslada pacientes que estén en convenio con Fonasa, y si ese convenio no da abasto, porque no quedan camas disponibles, como ocurre durante las campaña de invierno, podemos trasladar a otros prestadores. Sin embargo, no aceptamos, por ejemplo, convenios que eventualmente pudiera tener el Servicio Metropolitano Sur con la Clínica Colonial, por ejemplo. No pasa por nosotros, ya que solo tenemos en convenio las clínicas que nos oferta el Fonasa.

Ante la complicación de pacientes, en general, son eventos centinelas, aislados, y siempre la responsabilidad del paciente es del hospital de origen. Pero si el hospital dice que no puede recibir un paciente que hay que operar urgente de un aneurisma, por ejemplo, lo derivamos a otro prestador que cuente con la cartera de servicio, o sea, esa prestación sí la hacemos. Es decir, ese paciente no se queda botado o abandonado en algún prestador que no le puede dar respuesta, o responde el hospital de origen o nosotros, con traslados a otro hospital público o a algún prestador privado.

El caso del PAD parto no pasa por UGCC, que es otro carril que estableció el Fonasa en algún momento, así es



que no me pronunciaré al respecto. Siempre dije, cuando les mostré el flujo de derivación, que la solicitud de cama la hace un hospital. El paciente puede estar o en la urgencia o en alguna otra unidad, pero solo en hospitales. El PAD parto es en clínicas, y eso nosotros no lo deberíamos tocar.

La superintendencia emitió una nueva circular, la cual establece que aquellos niños que nazcan en una clínica y permanezcan en riesgo vital, pueden entrar bajo el marco de ley de Urgencias. Como tal, el equipo de ley de Urgencias hace poco empezó a trasladar a esas guaguas. Primero, lo decretó la superintendencia, lo asumió el Fonasa y, durante este año, nosotros, porque el equipo de ley de Urgencias también depende de esta unidad, en paralelo, y nosotros hicimos las consultas a la División Jurídica de nuestro ministerio, que nos confirmó que debían entrar bajo el paraguas de la Ley de Urgencias, pero es una materia distinta a la que se está tratando en esta sesión, que es puntualmente la labor de derivación por parte de la UGCC.

En relación con la tasa de mortalidad de las clínicas, no cuento con esa información en este momento, pero se las puedo hacer llegar como antecedente anexo a mi intervención.

En cuanto a los valores de pago y cualquier otro dato de las licitaciones, les pido remitirse a Fonasa. Vi la presentación que hizo la doctora Vega, ella les mostró los valores y las clínicas, de modo que les pido remitirse a esa fuente en todas aquellas materias que sean de índole comercial, así como en cuanto a las brechas de cama.

Si bien nosotros entregamos información y hemos sido un apoyo para aquellos establecimientos que quieren demostrar su brecha de cama, no es pertinente que nuestra unidad informe cuántas camas faltan en el país o a qué tipo pertenecen.

Eso puedo comentar, señor Presidente.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, a la luz de lo que nos han dicho la señora Pamela Pérez y la doctora Patricia Navarrete, existe una contradicción, porque hace unos meses se nos informó que la UGCC tenía poder calificador para resolver los lugares de derivación, eso consta en las actas de esta comisión. En esa oportunidad



se formuló a la directora de Fonasa la misma pregunta que hicimos acá hace pocos minutos y esa fue su respuesta, que está grabada y consignada en los audios.

Este es un tema muy delicado, porque estamos en el meollo del origen de esta comisión investigadora, que tiene que ver con una pregunta esencial, que es quién, cómo y de qué manera establece que un recinto privado se ajuste a un cierto *gold standard* que rige tanto para los establecimientos públicos como privados que reciben enfermos del sistema público, porque finalmente el seguro público es el garante -y así corresponde que lo sea Fonasa- de que ese paciente sea igualmente atendido, en cualquiera de los dos subsectores.

Por tanto, sigue rondando una calificación que hasta hoy nadie ha podido acreditar, que certifique que existe una unidad de pacientes críticos que cumpla los criterios que cumple cualquier otra unidad de pacientes críticos en el sistema público, que también lo haga la Clínica Ensenada, la Clínica Colonial u otras que puedan existir. En nuestro caso, estas son las que tienen más volúmenes de pacientes, según la información oficial.

Por lo tanto, solicito que asista una vez más a una sesión de esta comisión la directora de Fonasa, porque existen dudas que emergen de la situación que hemos conocido hoy y otras que no han sido aclaradas hasta el presente, incluso por la Contraloría, respecto de cómo se llegó al fenómeno que comenzamos a investigar hace ya casi seis meses. Por distintas razones, todavía cuesta establecer los verdaderos motivos de que llegáramos a este punto, en que el prestador privado -impunemente, a mi juicio- sigue atendiendo a pacientes sin que nadie acredite si está en condiciones de hacerlo o no.

Quiero decirle a nuestras invitadas que, cuando aquí se le preguntó al seremi metropolitano de Salud por las condiciones en que validó esto, titubeó un momento, después aclaró que lo hizo en el año 2014, pero no ha habido seguimiento posterior, nunca ha habido una visita sanitaria a la Clínica Ensenada y sabemos que el banco de sangre y el servicio de radiología están externalizados.

Pregunto: ¿Existe algún hospital público en que el servicio de radiología -desde el convencional hasta el de resonancia, pasando por el escáner- y el banco de sangre estén externalizados? ¿Podemos ofrecerle eso hoy a un paciente público, diciendo que es a lo menos igual a lo



que recibiría en un hospital tipo uno con una unidad de paciente crítico? Esa es la pregunta.

Tenemos un problema. Por eso, pido que se cite a la directora de Fonasa, porque debemos dilucidar algo que quedó enredado y confuso, a la luz de lo que usted ahora nos acaba de explicar: a ustedes les dan una pauta, un *ranking*, se atienen a eso, ustedes deben derivar, deben salir del caso día a día, poner una cama, está bien, pero no son ustedes quienes califican. Eso nos queda claro.

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

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, por su intermedio me dirijo a nuestra invitada. Usted dice que a ustedes no les corresponde saber la cantidad de camas, pero el objetivo general de la unidad de gestión está definido como optimizar y fortalecer la gestión de camas de la red pública, en complementariedad con el sector privado. Pienso que, para poder optimizar, ustedes deben tener la información general y además deben poder manejarla.

Entre los objetivos específicos se establece lo siguiente: asignar de manera ordenada y priorizada las camas públicas y privadas, según nivel de complejidad y a través de un sistema informático en línea.

Creo que, si no tienen esa información, estamos ante una falencia importante para realizar la tarea que ustedes se han fijado, tanto como objetivos generales como objetivos específicos, porque, para poder optimizar y fortalecer, y para asignar de manera ordenada y priorizada, tanto las camas públicas como las privadas, es fundamental saber con cuántas camas públicas se cuenta y cuántas son las que en definitiva se requieren, es decir, cuál es la brecha que existe.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, haré otra consulta.

Según la información sobre derivaciones de la UGCC por tipo de cama, de acuerdo con el gráfico que expusieron, uno se encuentra con que, en general y a grandes rasgos, desde 2010 a la fecha las derivaciones más grandes han sido siempre de la UCI. Sin embargo, en 2016 tienden a acercarse bastante la UCI con la UTI, a diferencia de otros años.



Le consulto qué pasó, cuál fue la razón de esa variación. ¿Existe una razón especial? ¿Eso se va a mantener? ¿Ocurrió solamente en 2016? Etcétera.

Mi segunda pregunta se refiere al *ranking*: si a Fonasa le ponen en el sistema informático cinco clínicas de derivación, ¿ustedes deben llenar obligatoriamente los cupos de la primera para pasar a la segunda, o pueden elegir cualquiera de las cinco que figuran en el *ranking*?

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la doctora Navarrete.

La señora **NAVARRETE** (doña Patricia).- Señor Presidente, la UGCC tiene información que actualizamos todos los años, referida a la dotación de camas con que se cuenta en el país. Lo anterior incluye las camas críticas, las camas agudas, que existen en el sector público y no en el privado, las camas básicas y algunas otras.

Esa información está, pero la UGCC no tiene información sobre la brecha. Sí la tiene la División de Gestión de la Red Asistencial (Digera), la tenemos en el ministerio, pero no la unidad de gestión centralizada de camas. En el caso de los niños, la necesidad de camas es variable durante el año, ya que se genera una mayor demanda durante el invierno. En el caso de los adultos es más estable; varía en alguna medida, pero ellos trabajan bien con la dotación.

Si la comisión requiriese conocer la brecha, la UGCC no podría aportar la información, pero sí la Digera.

La UGCC sí tiene información sobre la dotación con que trabajan los establecimientos, como también de cuántas camas están bloqueadas y ese es parte del trabajo que desarrollan, hacer las gestiones para poner a disposición de la red todas las camas.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, ¿podemos tomar el acuerdo de citar a la directora de Fonasa?

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Bien, solicito el asentimiento de los diputados presentes para tomar el acuerdo de citar a la directora de Fonasa.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

La siguiente sesión es la última que tendremos. Me parece adecuado, como corolario del trabajo de esta comisión.

Formularé a continuación una consulta. Este modelo lleva tiempo y también está en otras partes, no es un invento nuestro, creo. Ustedes han hecho análisis de los



costos indirectos que significa eso. No es lo mismo trasladar a un paciente desde el Hospital Félix Bulnes al Hospital Barros Luco que desde Arica a Valparaíso, al Gustavo Frické, etcétera. Esos costos indirectos, después de casi siete años, por lo menos en la gráfica que tiene usted, ¿los han analizado? ¿Se ha visto eso? Me refiero al ministerio, no tanto en la unidad.

La señora **NAVARRETE** (doña Patricia).- Señor Presidente, tengo entendido que en el ministerio, en el ámbito de presupuestos, puede haber algunas estimaciones en relación con esa materia, porque el traslado en sí mismo es una situación compleja. Puede ser por vía aérea o terrestre y tiene costos importantes, más allá del valor de la clínica.

Por lo tanto, esa información podría estar concentrada en el área de presupuestos.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- La otra situación que observamos en algunos hospitales, por lo menos en regiones, es que en los fines de semana largo es difícil encontrar médicos especialistas, sobre todo en los sistemas de turnos.

¿Hay facilidades para derivar a los enfermos ante complicaciones menores? ¿Buscan o solicitan ayuda?

De hecho, los pagos a la gente que hace los reemplazos, versus el titular, son mucho más caros, por lo tanto, encarece el modelo.

Parece ser un muy buen negocio que un privado instale camas sin ningún otro respaldo, como ha pasado en la Clínica Ensenada. No nos podemos poner vendas en los ojos ante esas situaciones.

La señora **PÉREZ** (doña Pamela).- Señor Presidente, pido la palabra para responder.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la coordinadora nacional de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), señora Pamela Pérez.

La señora **PÉREZ** (doña Pamela).- Señor Presidente, desconozco si el modelo está en otras partes del mundo, pero como UGCC, por lo menos en Latinoamérica, nos han venido a mirar de algunos países. Lo hemos desarrollado localmente.

El modelo se basa en que hay profesionales de por medio. Uno podría decir que una unidad que traslada pacientes es una puerta abierta. Sin embargo, llevamos casi ocho años funcionando y, de forma muy responsable, puedo señalar que al otro lado del teléfono hay un médico



con criterio clínico que decide derivar un paciente. No se derivan porque sí.

Insisto, eso lo digo de forma muy responsable en relación con los profesionales que nos solicitan camas. Podría haber algún caso, pero la mayoría de ellos - llevamos más de 41.000 traslados de pacientes entre público y privado- son justificados, por eso traje los diagnósticos, porque una de las dudas era si se justificaban o no, y la mayoría se justifica. Puede haber algún caso que no, pero diría que la mayoría se justifica y que no se ha hecho un mal uso de ese sistema.

La señora **NAVARRETE** (doña Patricia).- Señor Presidente, para complementar la respuesta en relación con lo expuesto por la señora Pamela Pérez, trabajamos con la técnica conocida como ECMO, que es una situación que hasta hace poco tiempo se resolvía mayoritariamente en el sector privado.

Fortalecimos el sector público y se instaló un sistema de control centralizado en el Hospital del Tórax para dar precisamente el visto bueno al requerimiento de traslado de los pacientes, porque se trata de pacientes de extrema gravedad, y con muy buena respuesta. Se han salvado un buen número de pacientes portadores de virus Hanta, grupo que era bastante ominoso. Esa es una cosa que se ha logrado con el trabajado coordinado con los profesionales.

En nuestra opinión, no lo tenemos medido ni cuantificado, pero los pacientes se trasladan con bastante responsabilidad.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saber si hay alguna explicación para el aumento del traslado de camas a la UTI en 2016.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Pamela Pérez.

La señora **PÉREZ** (doña Pamela).- Señor Presidente, a mediados de 2015 comienza la nueva licitación.

La nueva licitación que nos entregó Fonasa se centra principalmente en camas UCI y UTI. Por ello, comenzamos a derivar una serie de pacientes que antes no tenían respuesta oportuna por procedimientos de mayor complejidad, que no necesariamente van a una cama UCI, pero que necesitan de respaldo un Intermedio.



Entonces, allí podría estar la explicación del aumento de camas en Intermedios.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, solicito que envíen la información de ese aumento de camas y a dónde fue esa derivación.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Quisiera saber si nos podrían hacer llegar un análisis económico al respecto y también de los costos indirectos que significan los traslados, no solo de la cama, porque todo eso lleva asociado otro tipo gastos. Por ejemplo, las patologías no son homologables, los traslados y los tiempos de estadía de los pacientes.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, en ese mismo tenor, que nos hagan llegar la información que tenga el ministerio -sobre esa materia habrá que preguntarle a la directora del Fonasa- respecto de la contención de costos a través de la compra con GRD, porque no me queda claro cuánto se ha ahorrado con este nuevo mecanismo en comparación con el sistema que había anteriormente. Si tiene la información, les pido que la hagan llegar, de lo contrario Fonasa nos informará al respecto.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Karol Cariola.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, por su intermedio, estaba en una reunión por una tarea que me entregó la Comisión de Salud y no sé si respondió esta pregunta, pero quisiera conocer cuáles son las razones que entrega la coordinadora nacional de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas respecto de la derivación o la compra de camas a la Clínica Ensenada, particularmente en la zona norte.

Nos preocupa esa situación. Lo preguntamos a la directora de Fonasa en varias oportunidades, porque entiendo que son los que establecen el *ranking* y probablemente a ustedes solo les queda la responsabilidad final de tomar la decisión cuando no existen otras alternativas, que probablemente es la tarea más ingrata de toda esta gestión, que significa comprar a privados. Por lo que se ve en los gráficos que ustedes nos entregaron queda claro que se ha hecho un esfuerzo por tratar de disminuir la compra de camas.

Entonces, desde su perspectiva, ¿qué ha pasado respecto de esta situación en particular? Nos llama la atención



ese hecho por el tipo de infraestructura que muestra la Clínica Ensenada.

Sabemos que hay problemas concretos del sector público en la zona norte. El Hospital San José es un establecimiento que no da abasto, presenta problemas de médicos, de atención y en Urgencia.

Varios parlamentarios de esta comisión incentivamos un acuerdo entre Fonasa y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, doctor José Joaquín Aguirre, considerando que es un hospital de propiedad del Estado que funciona autofinanciado, incluso, se incorporaron una cantidad importante de recursos.

Entonces, cómo se hace esa relación a propósito de que el Estado está inyectando más recursos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que está en la zona norte y frente al Hospital San José. Pero la mayor parte de las compras de camas, de servicios o prestaciones se da a la Clínica Ensenada, que a todas luces no cuenta con las condiciones mínimas. Está ubicada en un mini *mall*; es pequeña. Sin embargo, la cantidad de prestaciones que entrega al servicio norte es impresionante, y quiero saber más sobre esa materia.

La señora **PÉREZ** (doña Pamela).- Señor Presidente, por su intermedio, efectivamente, ya lo conversamos. Lo consultó el diputado Castro.

Nuestro rol es derivar siempre a la red pública. Si no hay camas en la red pública, derivamos al privado en un orden establecido por Fonasa. Incluso, ese orden está ingresado en nuestro sistema informático. Es decir, la enfermera que hace la derivación no se puede saltar de un prestador a otro sin llamarlo, y debe dejar registrado con quien habló.

¿Por qué recalco esto? Porque ese orden lo entrega Fonasa. Nosotros vemos la parte operativa.

Por otro lado, quién decide si finalmente ese paciente se va a la clínica A, B o C, es el médico que está con el paciente. Nosotros hacemos de facilitador en buscar una cama. La búsqueda, en la Región Metropolitana, se hace por ranking, entendiendo que es una sola región. No se hace una elección, por ejemplo, en que los del San José se van a la Ensenada, o los de El Salvador a otro centro, sino se hace como Región Metropolitana. Incluso el ranking de este período ya ha ido bajando las derivaciones a esos prestadores que ustedes mencionaban.



Sin embargo, la búsqueda siempre se hace por región, y no de un hospital a otro.

En cuanto al hospital clínico de la Universidad de Chile, si bien está incluido en el ranking que tenemos para cama adulto y para cama de neonatología, la oferta de camas es bajísima debido al volumen de pacientes que ellos atienden. Por lo tanto, escasamente trasladamos a este prestador.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, me parece bien interesante el dato que se entrega, a propósito de que finalmente pasa a ser un acto más bien administrativo, después de agotar todos los recursos en el sistema público, lo que me parece que es bien relevante de resaltar a propósito de la responsabilidad.

Quiero consultar cuál es el criterio que utiliza Fonasa para establecer el ranking, porque siendo un ranking tan inamovible, es decir, tan estricto para la unidad de gestión de camas, personalmente me queda la preocupación absoluta respecto del ranking y sus criterios. Está claro que puede haber criterios, pero también es importante saber quién determina que ese es el ranking y así saber por qué la clínica Ensenada tiene tanta disposición de camas o tiene tanta disposición de prestaciones. Lo vuelvo a resaltar, esto es como tener un sombrero mágico, pareciera ser que uno entra a esa clínica y fuera algo que no se ve desde afuera, porque es impresionante el dato que obtuvimos en esta Comisión, y fue una de las razones por las cuales se incentivó el desarrollo de esta investigación.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Quisiera saber si la doctora nos puede enviar la disponibilidad de camas críticas desagregadas por regiones. Es curioso que desde hace casi siete años no hayamos tenido una política pública que, a poco andar, nos haya dado cuenta de la necesidad urgente de cambiar el modelo. Porque si lo seguimos consolidando, en siete años más, es decir, luego de catorce años, vamos a seguir en la misma situación.

Me cuesta aceptar los *call center* para temas médicos. Creo que el paciente debe ser atendido por un médico de cabecera. Consolidaron un sistema que, aparentemente, ya está a través de este modelo, y no generar divisiones en el país. Puede que sirva este modelo; pero es extraño que desde Arica se traslade a un paciente, de manera



reiterativa, a clínicas como Tabancura, Las Condes, o al J.J. Aguirre o al Luis Tisné. En términos de distancia, es como pasar varios países.

Entonces, preocupa que en siete años no hayamos sido capaces de generar una política pública en salud, de darnos cuenta de esto, de generar, quizá, grupos norte, centro norte, centro, sur, etcétera. Además, el déficit de camas en el sistema público no ha sido una motivación central de las autoridades de Salud, y más bien ha ido bajando el número de camas. Espero que el nuevo censo nos dé las cifras precisas, toda vez que estamos bajo el rango con el que nos solemos comparar, que es el de la OCDE.

Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, la información desagregada que usted está solicitando, sugiero pedirla por servicio, a propósito de que la Región Metropolitana tiene más de un servicio.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para solicitarlo así?

Acordado.

Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, me interesa entender por qué han ido aumentando las derivaciones de neonatología. ¿Tiene esto que ver con que salvamos más niños prematuros? Me gustaría entenderlo, porque es un escenario epidemiológico que nos va a ir acompañando.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Pamela Pérez.

La señora **PÉREZ** (doña Pamela).- Señor Presidente, respecto de la consulta de la diputada Karla Rubilar, hemos notado un aumento de los embarazos con síntomas de parto prematuro.

En general, cuando estaba en la universidad, 500 gramos era la definición de aborto. Actualmente, esas pacientes se salvan. Lo que sí se ha definido es que en esos casos hemos preferido trasladar *in utero*. Entonces, se puede decir que hay un doble traslado, pero es preferible trasladar a esa mamá con esa guagüita -dos pacientes- con 28, 32 o 34 semanas *in utero*.

Hay algunos servicios de salud que particularmente tienen mayores derivaciones, y ello obedece a la mayor demanda.



El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, respecto de los criterios, entiendo que se mezclan varios de ellos. Uno de ellos es el precio, que es un elemento que debe ser bien importante dentro de la definición, más todavía si se trata de un paciente de la zona sur de la Región Metropolitana que es trasladado a la clínica Ensenada. Entonces, como el traslado es en la región, imagino que prima el precio base más que la capacidad del paciente o la condición clínica del paciente en algunos ámbitos. Por lo tanto, lo que quiero saber es cómo se establece este ranking: si es automático, es un software que indica el lugar de traslado y, por tanto, ustedes no tendrían ningún criterio que incorporar dentro de ese proceso.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Pamela Pérez.

La señora **PÉREZ** (doña Pamela).- Señor Presidente, en la diapositiva que estoy mostrando se lee: criterios de derivación definidos por Fonasa. Es decir, son los criterios que utilizó Fonasa para hacer su ranking.

El orden es el siguiente:

Tipo de paciente; adulto, pediatría, neo.

Condición del paciente; si es UCI o UTI.

Ubicación geográfica; se hizo la distribución de las clínicas por ciudad y no por región.

Capacidad resolutive evaluada por Fonasa.

Precio base; precio que fue ofertado a Fonasa.

Ellos, utilizando todos esos criterios, nos dijeron que si UGCC tenía que trasladar a un paciente *neo*, con cama *UCI*, en la ciudad de Santiago, en primer lugar se debe trasladar a la clínica A, luego a la B y en tercer lugar a la C.

Nosotros tomamos ese ranking tal cual y lo ingresamos a nuestro sistema informático. Entonces, cuando la enfermera busca, si quiere *UCI*, *neo* y *Región Metropolitana*, le van a aparecer la clínica A, B, o C. Y la enfermera llamará a la clínica A consultando por disponibilidad de cama. Lo que le respondan será corroborado con el sistema informático, y así suma y sigue. El sistema está cargado con el ranking que no estableció Fonasa. Esto no es algo que la persona pueda decidir. Por eso hice hincapié en que la personalidad final en ese traslado es del médico que deriva y del



médico que recibe. Ahí hay un acto médico de por medio; son los médicos los responsables de que ese paciente se vaya a la clínica en la cual se le está ofertando cama. Es más, muchas veces ese mismo médico nos dice que para tal o cual paciente solo se debe buscar cama en la Región Metropolitana, porque no se le puede sacar de la región, dada su por gravedad.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, en la priorización que se hace, ¿el sistema descarta a priori la capacidad de cama del sistema público y luego se abre el sistema privado?

La señora **PÉREZ** (doña Pamela).- El sistema dice: "Cama UCI Neonatología Región Metropolitana", y le va a mostrar los hospitales Tisné, San José, Félix Bulnes, es decir, todos aquellos que tienen ese tipo de pacientes y ese tipo de camas en la Región Metropolitana. Primero muestra el sistema público y una vez que agota dicho sistema, pasa al sistema privado.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, solo para hacer una acotación, porque encuentro que la señora Pamela Pérez tiene razón. Efectivamente, hay un acto médico de por medio, esto es exactamente igual que cuando uno se inscribe en una universidad acreditada que después quiebra y cierra, porque hubo alguien que me certificó que estaba acreditada y yo confié. Ahora, si al médico le dicen que las camas que puede derivar son en tales instituciones, siempre es responsabilidad del médico, eso es innegable, pero también hay una responsabilidad del Estado que certifica que esos son los lugares adecuados para trasladar pacientes.

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

Ofrezco la palabra.

En nombre de la comisión, les agradezco su colaboración y concurrencia.

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

-Se levantó la sesión a las 18.23 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Jefe Taquígrafos Comisiones.

