



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 15ª celebrada el día lunes 15 de mayo de 2017.

De 15.30 a 17.00 horas

SUMARIO

- La Comisión escuchó a la directora del Fondo Nacional de Salud, Fonasa.

APERTURA DE LA SESIÓN

La sesión se inició a las 17.03 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, Castro, Hasbún, Rathgeb reemplazado por Berger, Rubilar, Torres, Urrutia don Osvaldo, y Verdugo don Germán.

CUENTA

Se han recibido los siguientes documentos:

1.- Excusa del Director y Gerente General de Clínica Ensenada, debido a otras obligaciones comprometidas con anterioridad. Adjunto remite carta y presentación para entregar a los miembros de la Comisión. En ella se explica, en parte una breve reseña sobre los principales hitos asociados a dicha clínica.



2.- Carta del representante de la Clínica Colonial, mediante la cual manifiesta su preocupación en relación a que en cada sesión de esta Comisión Investigadora se ha tratado de involucrar a dicha Institución. Por tal motivo, describe un breve resumen de su historia, desde 1986, año en que empezó a operar como tal.

3.- Copia de carta de la Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud (N°3965), a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, por la cual informa actualización de ranking de prestadores en convenio de compra por GRD. Entregada copia a cada miembro de la Comisión.

4.- Comunicación del Comité RN, mediante la cual hace presente el reemplazo, en la sesión de hoy, del diputado Rathgeb por el diputado Berger.

5.- Excusa del diputado Robles a la Sesión de hoy.

ACUERDOS

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

1. Que la directora del Fondo Nacional de Salud envíe a esta Comisión el estudio de costos, efectuado por la Universidad Católica de Chile.

ORDEN DEL DÍA

La Comisión escuchó a las siguientes personas:

- Directora del Fondo Nacional de Salud, señora Jeanette Vega.

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=PROGC013276.mp4>

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 18.25 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 15ª, celebrada en lunes 15 de mayo de 2017,
de 17.03 a 18.25 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside el diputado señor Miguel Angel Alvarado.

Asisten la diputada señora Karla Rubilar y los diputados señores Claudio Arriagada, Juan Luis Castro, Gustavo Hasbún, Víctor Torres, Osvaldo Urrutia, Germán Verdugo y Bernardo Berger.

Concurren como invitadas la directora del Fonasa, señora Jeanette Vega, acompañada por la jefa del Departamento de Comercialización, doctora Cecilia Morales; el jefe de Gabinete, señor Pablo Vega, y la asesora de la Dirección, señora Cecilia Jarpa.

TEXTO DEL DEBATE

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

La señora Secretaria va a dar lectura a la Cuenta.

*-La señora **SKOKNIC** (Secretaria) da lectura a la Cuenta.*

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Muchas gracias, señora Secretaria.

Respecto de la Cuenta, reitero que la Comisión siempre estuvo dispuesta a invitar a los directores de las clínicas Ensenada y Colonial, y a representantes de otras instituciones públicas y privadas.

Además, cabe recordar que la presente es la última sesión con invitados. La próxima semana es distrital, por lo tanto, tendríamos dos semanas para discutir y analizar las conclusiones a las que debemos llegar.



La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, el plazo para emitir el informe vence el 12 de junio.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Como tenemos muchos antecedentes, quiero los asesores de los integrantes de la Comisión los revisen en sus respectivos correos electrónicos. Si tienen dudas o no ha llegado algún oficio solicitado, pido que lo informen a la brevedad.

La sesión tenía por objeto escuchar al director y gerente general de Clínica Ensenada, quien excusó su asistencia y envió una carta y una presentación para los miembros de la Comisión. Asimismo, cabe hacer presente que el director de la Clínica Colonial nos remitió un breve resumen de la historia de la institución que preside. Los documentos serán entregados a los señores diputados.

-Ingresan los invitados a la Sala.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Damos la bienvenida a la directora del Fonasa, señora Jeanette Vega, quien ha concurrido gentilmente por segunda vez a la Comisión. Reitero, esta es la última sesión que tenemos con invitados.

Tiene la palabra la directora del Fonasa.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, la Comisión nos consultó sobre la forma en que se elabora el *ranking* de derivación que se utiliza para la compra de camas al sector privado, en el marco de las licitaciones que el Fonasa realiza anualmente.

Al respecto, quiero manifestar que los hospitales públicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud elevan la solicitud de derivación de pacientes a la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), perteneciente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Minsal, ente responsable de la derivación del paciente. Dicha Unidad está conformada por profesionales



que tienen experiencia en pacientes críticos y que gestionan las solicitudes tomando en cuenta la información clínica del paciente, entregada por el profesional médico del establecimiento público, su diagnóstico o sospecha diagnóstica y sus requerimientos clínicos.

Junto con lo anterior, para gestionar la derivación de pacientes a través de la plataforma UGCC, el profesional inicia la búsqueda del prestador de acuerdo con un *ranking* de derivación elaborado por el Fonasa, que explicita tres tipos de requisitos.

El primero es el tipo de camas, el cual considera los siguientes criterios: si el tipo de pacientes es adulto, pediátrico o neonato; si la resolución que requiere cama es médica o médico quirúrgica, la condición clínica del mismo, es decir, si se requiere una cama UTI o UCI o una cama básica, y la capacidad resolutive específica del prestador, de acuerdo a su cartera de servicio. El segundo principio es la ubicación geográfica del paciente a derivar y el tercero es el precio base de los prestadores contratados por el Fonasa.

Por ejemplo, un hospital de la Región Metropolitana requiere trasladar a un paciente adulto con diagnóstico de trauma raquimedular que se encuentra con requerimiento de ventilación mecánica invasiva, que debe ser operado, es decir, que tiene resolución médico quirúrgica y, por lo tanto, requiere una cama crítica. Se informa de dicho requerimiento a la UGCC, la cual inicia la búsqueda de acuerdo a los antecedentes entregados y los criterios especificados. Primer criterio: tipo de paciente; se requiere una cama para paciente adulto. Segundo criterio: categoría de paciente; se requiere un prestador que tenga resolución médico quirúrgica. Tercer criterio: condición clínica; se requiere una cama UCI. Cuarto criterio: capacidad resolutive del prestador; un prestador con



cartera completa, es decir, que tenga ventilación mecánica invasiva y cartera de especialistas. Quinto criterio: ubicación geográfica del paciente a derivar, por lo tanto se inicia la búsqueda dentro de los prestadores privados de la Región Metropolitana, y luego el precio base de los prestadores, es decir, la selección del prestador que cumple esas condiciones va por precio base. Aquella es la manera cómo se hace.

Básicamente, ellos tienen un *ranking* que muestra específicamente la clasificación, de mayor a menor, de los prestadores por cada uno de los tipos de camas para cada una de las regiones.

Por ejemplo, si estamos hablando de una resolución de patologías agudas de paciente adulto en estado crítico, están los establecimientos que tienen esa condición para todas las regiones del país. En segundo lugar, resolución de patologías agudas de pacientes en estado crítico que requiera atención médico quirúrgica, es decir, no solo médica, está disponible el listado de prestadores por orden de precio. En tercer término, resolución de patologías agudas en pacientes pediátricos que requieren atención médica, lo mismo. Cuarto lugar, resolución de patologías agudas en pacientes pediátricos que requieren atención médico quirúrgica, lo mismo. Luego, resolución de patologías agudas en estado crítico que requieren atención médica de neonatos y lo mismo para neonatos en resolución médico quirúrgica. Esos son los criterios.

El *ranking* se envía anualmente a la Subsecretaría de Salud a través de un oficio ordinario, en el cual se especifica cuáles son los criterios de derivación y el *ranking*.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, ¿es posible tener copia de la presentación o el escrito de la



directora del Fonasa para formular consultas? Nos gustaría conocer el listado al que la señora Vega está haciendo referencia.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Sí, señor Presidente.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Se suspende la sesión.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Continúa la sesión.

Señora directora, de acuerdo con su experiencia en salud pública, ¿el modelo de resultados de marcadores biomédicos es acorde con el financiamiento que como país destinamos a fines sanitarios, sobre todo en salud pública y gestión de camas? ¿Ha dado resultados? Pensando en un modelo a futuro, ¿es óptimo?

Más allá del tema puntual, ¿cuál sería su mirada global?

La ministra de Salud ha sido tajante al proponer una reforma sanitaria.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, creo que los mecanismos de compra centralizada de cama son siempre la mejor opción porque son a escala. Lo ideal es tener un mecanismo de compra centralizada de camas cuando se debe recurrir al sector privado, porque se rebasa el sector público, como es el caso.

No obstante, no sé si este mecanismo es el más adecuado. Podríamos plantear un mecanismo automático, en el cual se ingresara los algoritmos a un sistema informático, como el sistema RightNow que se está aplicando en el Fonasa para determinadas cosas. Este genera un algoritmo por el cual se compra lo relacionado con el segundo prestador AUGE y de esa forma nadie interviene.

Sin embargo, como concepto, la idea de una compra centralizada de cama es lo que habitualmente se hace en todas partes, sobre todo en economías de escala.



El señor **ALVARADO** (Presidente).- Dentro del mismo contexto de mirada futura, incluso por las características geográficas de nuestro país, ¿gestionar núcleos de desarrollo regionales facilitarían el mecanismo de compra de camas?

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Efectivamente, hay núcleos de desarrollo regionales para algunas especialidades, por ejemplo, radioterapia y algunos tratamientos de cáncer. En primera instancia, el sistema manda al usuario al hospital regional base, ya que, obviamente, los núcleos regionales no necesariamente dan abasto para las necesidades. Por lo tanto, hay que avanzar en generar más oferta a nivel regional.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Cuando asistió a esta comisión el presidente de la asociación gremial Clínicas de Chile A.G., señor Alfredo Schönherr, declaró que han tenido nuevas reuniones o planteamientos con Fonasa. En su momento dijo que todavía existen posibilidades de negociar, o de establecer nexos o conexiones con el área privada, y que habría disponibilidad para ello.

¿Ha ocurrido eso en el último periodo de tiempo?

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, lo que hemos cambiado es la manera en que se compra. Actualmente compramos por medio de licitaciones públicas que tratamos de hacer una vez al año, o una vez cada un año y medio, dependiendo de cuándo vence la adjudicación anterior. En ellas invitamos a participar a todo el sector privado, cuando se rebasa el sector público.

Insisto en esto, porque es muy importante. No se trata de que compremos de manera independiente, sino solo cuando se rebasa el sector público. Desde ese punto de vista, en el proceso licitatorio introdujimos la compra por resultado y hasta ahora acumulamos un ahorro de alrededor de 14 por ciento para el mismo tipo de diagnóstico. Eso no significa necesariamente que estemos



gastando menos, porque depende de cuántos pacientes es necesario derivar cada año, y la derivación depende de cómo viene el invierno, de cuántos pacientes existen en espera, etcétera.

Si se hace una comparación costo/promedio/caso, eso es más o menos lo que estamos ahorrando.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, una de las dudas originales planteadas en esta comisión se refiere a la situación que describe una misiva enviada por la Clínica Ensenada, en la que elogia las virtudes de atención que ha tenido hacia los pacientes del sistema público. Dicha situación hace alusión a la tercerización de ciertos servicios, como rayos X, banco de sangre y diálisis.

Por su intermedio, señor Presidente, formularé una consulta a la directora de Fonasa. La Clínica Ensenada reconoce que fue acreditada recién en febrero de 2017 por la Superintendencia de Salud; lo dice en su carta. Vale decir, durante el año 2016, que fue uno de los periodos examinados por la comisión, no contó con la acreditación de la Superintendencia de Salud, sino que la obtuvo recién hace tres meses.

La coordinadora nacional de la UGCC, quien asistió a esta comisión la semana pasada, nos indicó que ellos hacen las compras de camas o de servicios sobre un *ranking* predeterminado. En su minuto, el seremi metropolitano de Salud nos informó que él había hecho su evaluación en el año 2014.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, consulto a la doctora Vega si en la compra de camas, de esa clínica o de otra, cuando se trata de pacientes críticos, para Fonasa es normal que el estándar de esas clínicas es que estén tercerizados tres tipos de servicios, según ellos mismos han declarado. ¿Eso es parte del estándar que



existe en el sistema público? ¿Existe para los usuarios de Fonasa algún hospital público en que el banco de sangre no esté disponible, sino que haya que llamarlo; o los rayos X, en sus distintas variantes de imagenología; o la diálisis? ¿Eso no forma parte de los requisitos para la acreditación que se hace a los hospitales públicos en materia de Unidad de Pacientes Críticos? ¿Es el mismo patrón de referencia o no?

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a la directora de Fonasa.

En primer lugar, pido disculpas por mi demora; esto se debió a que me encontraba reunida con la agrupación de electrodependientes.

Como contexto, recordaré que cuando vino a exponer a esta comisión la coordinadora nacional de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, señora Pamela Pérez, nos dijo: Nosotros solamente podemos derivar a los prestadores que Fonasa ha puesto en un *ranking* que está en el sistema. Solamente podemos derivar a esos listados de prestadores y no tenemos injerencia en esa elección. Es una determinación que toma Fonasa en la elaboración de su *ranking*.

Considerando lo anterior, formularé mi primera consulta.

Cuando la directora de Fonasa explicaba que la institución a su cargo compra en general mediante licitación y no a través de trato directo, y que el problema radica más que nada en los servicios, que tienen una tasa más alta de trato directo, sin licitación, ¿a qué prestaciones se refería? ¿Entiendo que no son las que pasan por la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, o sí?



Quiero entender esa parte de la exposición que hizo en su momento la directora de Fonasa, para que aclaremos dicha situación, porque en ese momento la directora nos contaba que ella compraba casi todo por licitación y que los servicios hacían esas compras un poco más desordenadas. Le pido que nos aclare a qué compras se refería, si la Unidad de Gestión Centralizada de Camas dice que solamente compra a través de los prestadores licitados por Fonasa. Esa es mi primera pregunta.

La segunda tiene que ver con la presentación que nos hizo llegar la directora, de la que amablemente nos permitió sacar copias.

Dice: Se adjunta *ranking* de prestadores GRD (Grupos Relacionados a Diagnóstico) para la derivación de pacientes con las actualizaciones correspondientes. Dice además que, debido a la fecha de término del contrato respectivo, a contar del 30 de abril no se seguirán derivando pacientes a la Clínica Colonial. Respecto de esa misma materia, no encuentro la información referida a la Clínica Ensenada.

Le pregunto qué pasó, si eso es solamente una fecha de vencimiento, si habrá otra licitación en que participen las clínicas, porque la encargada de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas nos comentó que en el último tiempo se había derivado mucho menos a la Clínica Ensenada. Le pido que nos explique por qué esas dos clínicas, y en particular Ensenada, han sido análisis de esta comisión.

Mi tercera pregunta tiene que ver con la Clínica Ensenada. Entiendo que ustedes fijan algunos estándares para entrar a ese *ranking*, tema que vimos en su presentación y en la de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas. Me gustaría saber quién certifica que esas clínicas cumplen con los estándares necesarios para entrar en la lista de entidades prestadoras que van a participar en las licitaciones.



En la información de Clínica Ensenada dice que Fonasa la destacó durante las primeras semanas de 2016 como la clínica que más pacientes críticos recibe, de todos los oferentes de la licitación GRD. Por su intermedio, señor Presidente, le leeré a la directora de Fonasa una presentación de la Clínica Ensenada que dice lo siguiente:

En efecto, Clínica Ensenada, según información originada por Fonasa, se destacó como clínica que más pacientes críticos recibe entre todos los oferentes de licitación GRD, clínica que recibe a los pacientes más graves y con mayor riesgo de muerte, como porcentaje del total, clínica que recibe la mayor cantidad de pacientes con ventilación mecánica invasiva, clínica con el menor costo unitario de todos los oferentes -eso lo vimos en la presentación- y con menor valor integral por paciente atendido.

Pregunto a la señora directora si eso es efectivo. ¿Esta es la clínica que recibe más pacientes críticos, más graves, con mayor riesgo de muerte, etcétera, y a pesar de un menor costo? ¿Quién certifica a Fonasa que esa clínica cumple con los requerimientos para recibir a ese tipo de pacientes? ¿Es el mismo Fonasa, se hace una consulta a la superintendencia, se le pregunta a la red o a la seremi de Salud?

No sé, me gustaría saber quién acredita las condiciones en las cuales están esos pacientes tan graves y con riesgo de muerte -un poco por las preguntas del diputado Castro-, porque a uno le llama la atención que sean derivados a una clínica que debe externalizar un montón de cosas y que no tiene una atención presta, en ese minuto.

Si es posible, también me gustaría entender eso.

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



El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, por su intermedio me dirijo a la directora de Fonasa para saber si en las clínicas, una vez terminado el contrato por vencimiento del plazo, han hecho una evaluación de los resultados de las derivaciones.

Porque más importante que la acreditación o si Fonasa contrata los servicios es saber si estas clínicas realmente cumplieron con las expectativas que el servicio tuvo al momento de contratarlas. Es decir, si los pacientes derivados a esas clínicas tuvieron la atención que correspondía, que se esperaba y que debía darse de acuerdo con los contratos.

Asimismo, el impacto que pudo haber causado el hecho de que se hubieran tercerizado los servicios respecto de las defunciones de los pacientes.

No soy médico, pero pienso que lo que debe evaluarse es el resultado de las clínicas, más que si estuvo acreditada o en qué fecha lo hizo. Lo importante es si en el servicio se prestaron las condiciones que Fonasa esperaba y si el resultado para esos pacientes fue favorable y nunca estuvieron en riesgo de tener una complicación mayor respecto de las enfermedades que padecían.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Voy a tomar la palabra para preguntar a la directora de Fonasa si en ese *ranking*, las clínicas son homologables de acuerdo a los criterios que ella mencionó.

Tiene la palabra la señora Jeanette Vega.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, lo primero que quiero señalar es que cuando hablamos de compras, nos referimos a toda la compra que hace Fonasa, no solo de camas críticas. Fonasa compra las listas de espera del plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE), lo que dice relación con diálisis y todo lo que se denomina "Ley de Urgencias".



Todos estos procesos, excepto la "Ley de Urgencia" que tiene una ley especial, los hacemos a través de licitaciones públicas, las que están abiertas a todos los proveedores que quieran, y hay una definición de una comisión con requisitos escritos, información que, por lo demás, está en el portal, y de acuerdo a la ley de compras es cómo los adjudicamos.

Ahora bien, en el caso específico de los requisitos del proceso, en el anexo 1, que podemos enviarles, se señalan todos los requerimientos y dicen relación fundamentalmente con lo que exige la seremi de Salud respecto de la autorización sanitaria, instalación y dirección técnica del establecimiento asistencial.

Por ley, no podemos dejar fuera ningún establecimiento que cumpla con la autorización sanitaria, porque podríamos declarar la licitación desierta. Además, hasta donde sabemos, hay una serie de decretos y normas, que son las que aplica la seremi de Salud para dar la autorización sanitaria. Por ejemplo, todo lo que son las normas técnicas básicas para establecimientos de atención en salud abierta, para establecimientos de atención cerrada y para la obtención de autorización sanitaria de procedimiento y pabellón en cirugía menor, etcétera. Ese no es mi ámbito, pero eso es lo que exigimos por ley en términos de autorización sanitaria.

Ahora bien, hay una pregunta que usted me hizo que fue respondida previamente, cuando conversamos. Desconozco lo que mandó decir la Clínica Ensenada, y esa será su propia interpretación, pero lo que puedo decir es que los pacientes que recibe la Clínica Ensenada son pacientes con menor grado de criticidad que los que van, por ejemplo, a la Clínica Las Condes, cosa que usted misma señaló en una presentación anterior, en la cual nosotros después le enviamos el análisis detallado, causa por causa, y que responde a la pregunta que usted nos hace, que muestra



que no hay diferencias en términos de resultado clínico cuando uno compara una u otra, respecto del riesgo sanitario. Por lo tanto, está ajustado.

Ahora, ¿por qué la Unidad Gestión Centralizada de Camas (UGCC) manda más pacientes a la Clínica Ensenada? Porque está primera en el *ranking* para el tipo de pacientes que ellos requieren y porque está primera en el *ranking* para ese tipo de pacientes por precio. Por lo tanto, se cumple en general el *ranking* de precio.

Respecto de que la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) no puede derivar, quiero contarle que nosotros hemos tenido en enero 39 derivaciones que fueron enviadas y no ranqueadas; 21 derivaciones en febrero; 38 en marzo, solo el primer trimestre, y que además tenemos tres derivaciones por un convenio privado del Ministerio de Salud.

Por lo tanto, el *ranking* se cumple en un porcentaje muy importante de los pacientes, pero no es mandatorio. Es decir, si la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) por un criterio clínico determina que debe mandar a los pacientes a otro lugar, lo hace.

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

El señor **ARRIAGADA**.- Señor Presidente, la pregunta es si en las bases de licitación de adquisición de prestaciones está establecido como requisito la tercerización de lo que el paciente requiera, me refiero a laboratorio, etcétera. No está establecido en las bases.

En lo personal, me interesa que el paciente derivado sea atendido. Si la clínica a la cual fue adjudicado, de acuerdo con las bases, terceriza un servicio, una prestación de laboratorios, de exámenes, personalmente me complica.



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

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, respecto del resultado.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Jeanette Vega.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, ustedes tienen en sus antecedentes un informe que enviamos, en el cual hacemos el análisis de todos los indicadores, en respuesta a una consulta de la diputada Rubilar, en que fuimos examinando clínica por clínica, y después, cuando ella nos dijo que el riesgo era distinto, lo analizamos con el mismo *ranking* de enfermedades, y lo que mostramos es que no hay diferencias cuando uno ajusta por el tipo de pacientes entre las clínicas. Eso lo deberían tener en la carpeta.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, ¿lo tenemos?

La señora **SKOKNIC** (doña Ana María).- En este minuto, no.

Está, incluso, en la página web. Todo lo que ellos entregan está en la página web escaneado.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Antes de las próximas sesiones, solicito que revisen con sus equipos de asesores la información y me hagan saber lo que falta para hacerlo llegar a los correos respectivos, porque a partir de la próxima sesión ya no tendremos invitados, sino que nos abocaremos a las conclusiones.

Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, Respecto del término de contrato con la Clínica Colonial. Además, no encuentro la información de la Clínica Ensenada.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Jeanette Vega.



La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, le entrego la información inmediatamente.

Lo que ocurre es que ahora estamos en el proceso de adjudicar la licitación que viene. Entonces, en diciembre entraron las bases a Contraloría General de la República y se lograron sacar en marzo.

El 10 de marzo venció el convenio con la Clínica Ensenada y el 30 de abril el de la Clínica Colonial. Las otras todavía no vencen; por lo tanto, a las otras les continuamos derivando pacientes.

Las clínicas que tienen vencimiento salen del *ranking* hasta que se hace la licitación y nuevamente entran todos los prestadores que se presentaron a la licitación.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Podría responder la consulta del diputado Claudio Arriagada?

Tiene la palabra la señora Cecilia Morales.

La señora **MORALES** (doña Cecilia).- Señor Presidente, las bases permiten que algunos servicios complementarios sean contratados a terceros, y el prestador tiene que presentar los contratos y las condiciones de estos en el momento de hacer su oferta técnica.

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

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, me llaman la atención los valores de la Mutual de Seguridad, tanto respecto de la atención médica de los pacientes críticos que requieren atención, como la de los que requieren médicos quirúrgicos, en que se observa un valor de 2.960.000 en relación a 4.900.000, 5.400.000, 5.500.000, etcétera, y el otro igual.

Al respecto, mi consulta es si tienen una idea, porque quiero saber si eso está subsidiado, quién lo subsidia o por qué se produce esta diferencia de precios tan significativa.



Porque si ese es el valor real y eso es lo que cuesta y no están perdiendo dinero con ese valor, eso quiere decir que el resto está siendo un negocio redondo y vergonzoso. Por lo tanto, quiero claridad respecto de esa parte y entender por qué se produce esta diferencia. A lo mejor, alguien los subsidia, y me gustaría saber si es así.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Quiero referirme a dos temas, uno de los cuales afecta especialmente a la Región de Coquimbo.

Se habla mucho de las clínicas Ensenada y Colonial, pero la Clínica Elquí pasa subrepticamente, por cuanto es la más cara de Chile y triplica el valor de la Mutual, que es de excelencia y de alta complejidad.

Lo otro que me interesa saber es cómo se regulan estos precios. Haciendo una analogía, me tocó participar en la Comisión de Energía con el exministro Pacheco, donde se consiguieron precios muy bajos.

Me referiré solo al ámbito financiero y no médico, en el cual se obtuvieron precios históricos en procesos licitatorios similares al proceso que estamos viendo.

En este sentido, en todos los procesos de licitación en Chile se ponen topes máximos de ganancia. Quiero saber si en este modelo existe la posibilidad de poner topes máximos. Lo consulto porque debe haber una explicación muy razonable para entender, como habitante de la Región de Coquimbo, que la Clínica Elquí supere con largueza a Indisa, a la Mutual o a las clínicas de la Región de Valparaíso, que en términos de distancia, no están lejos, y se podría ahorrar mucho más y con mejores resultados.

Entonces, quiero saber si dentro de la base licitatoria hay límites o hay un porcentaje. Por ejemplo, el proceso licitatorio de las carreteras tiene un límite de electricidad, y a mi juicio, Chile obtuvo muchos beneficios, lo que podría ser discutible.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.



La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, en relación a las preguntas recién planteadas y en el entendido de que la compra de las licitaciones es por GRD, me interesa saber cuánto cuesta comprar una cama de las mismas condiciones en el sistema público; es decir, cuánto le paga Fonasa a una compra de una cama en el sistema público. Lo consulto producto del bajo precio de la Mutual en relación a las otras clínicas.

Me gustaría compararlo también con el sistema público, porque uno de los cuestionamientos que se hizo en su momento a la Clínica Ensenada es que el hospital San José cerró el policlínico Maruri, por otras razones.

Pero mi consulta es si no era más eficiente mejorar las condiciones en las que atendía el consultorio Maruri y tener esas cuarenta camas dentro del sistema, en vez de comprarle a la Clínica Ensenada, que, por mucho que las bases lo permitan, tiene que comprar un montón de servicios externalizados, más aun cuando -reitero- se pudo hacer algo con el policlínico Maruri.

Creo que finalmente esa es la pregunta de esta Comisión Investigadora, que dice relación con saber cuánto de la compra a privados es porque no somos capaces de ser eficientes o de pagar mejor a los médicos, y no pagarles por fuera, así como también habilitar ciertas camas en ciertos lugares, etcétera.

En consecuencia, me interesa saber cuál es la mirada que tiene Fonasa, como seguro, respecto de este tema.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Jeanette Vega.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, creo que las cuatro preguntas realizadas son extraordinariamente importantes, porque de alguna manera reflejan los problemas que tiene el tema del financiamiento global en nuestro sector.



Intentaré ir contestándolas y ampliándolas al mismo tiempo, para ver lo que ocurre con cada una.

Cuando nosotros partimos, durante la primera licitación para poder armar esto, que es la que todavía está rondando, tuvimos que hacer una apuesta de cuánto era el precio base en el sector privado, el que no necesariamente es el mismo que en el sector público, porque finalmente el costo tiene que ver con cuánto se paga en recursos humanos y con una serie de cosas.

Por lo tanto, el único dato que teníamos en ese momento era el valor de la norma GRD promedio en el sector público, que era alrededor de 1.500.000. Entonces, hicimos una estimación inicial en base a los datos que teníamos en ese momento, que nos dio una cifra de alrededor de 3.000.000.

Entonces, pusimos como rango que se podían pasar del precio base, pero no más de dos veces, y que debían justificar.

¿Qué es lo que ocurre? Porque, además, todas las clínicas estaban partiendo con su estimación de costos GRD; por lo tanto, solo los que tenían dato de codificación, que eran los menos, sabían cuánto les costaba a ellos.

¿Qué ocurrió, entonces? Tuvimos clínicas que en términos del costo salieron perfectas en el sentido de que tuvieron una pequeña ganancia, pero que en realidad ganaron más bien por volumen. Ejemplo de esto es la clínica Las Condes. Esta clínica calculó un precio base de 5.500.000, y para la cartera que tiene, que responde un poco una de las consultas, es un precio bueno, porque todos son pacientes en estado gravísimo. Por lo tanto, ellos están ajustados a cartera y a riesgo.

Ahora, eso lo supimos después, cuando tuvimos el análisis de lo que habían enviado. En ese momento, vimos cuáles estaban ajustados a cartera y a riesgo, y cuáles



no. Por ejemplo, se pudo ver que la Clínica Las Condes está ajustada; que la clínica de la Universidad Católica se comienza a exceder, y que hay clínicas que al ser monoproveedores, es decir, las únicas que existen, decididamente se subieron por el chorro.

Entonces, en la segunda licitación, que es ahora, corregimos todos esos factores. Nos pusimos mucho más estrictos, porque ahora tenemos una idea. Pusimos criterios adicionales y también bandas. A pesar de eso, hubo algunas que quedaron afuera de la primera. Como anécdota, les comento que hubo un par de clínicas en que era insostenible que quedaran afuera. ¿Cómo iban a quedar afuera si son las proveedoras más cercanas del sector público? Les tuvimos que hacer casi un tratamiento especial para que pudieran entrar, en el sentido de hacer después un trato directo mientras tanto, etcétera, porque habían pedido una cosa insólita y, entonces, quedaron afuera de la banda.

La doctora Cecilia Morales puede explicar las cosas adicionales que se pusieron en la licitación que se hará ahora.

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

La señora **MORALES** (doña Cecilia).- Señor Presidente, soy la jefa del Departamento de Comercialización de Fonasa.

Básicamente, con la experiencia que hemos recabado durante este año y medio de funcionamiento, tanto por parte nuestra como por parte de los prestadores, establecimos que hay dos grupos de pacientes que se derivan a prestadores privados: hay un grupo, que es el mayoritario, de pacientes complejos -todos estos pacientes van a camas críticas- y dentro de ellos hay un grupo que son pacientes con un perfil de problema de salud médico que son derivados, muchas veces, por



requerimiento de ventilación mecánica, ya sea por proceso de tipo respiratorio o por infecciones, que cuando son categorizados a través de la herramienta que nos da GRD, nos da como resultado un peso relativo, que es una medida de la complejidad del paciente, de una mediana complejidad.

Hay otro grupo de pacientes, minoritarios en volumen, de muy alta complejidad, que tienen procesos quirúrgicos cardiológicos complejos o infecciones de muy alta complejidad, que requiere la utilización de tecnología de más alta complejidad, que tiene un peso relativo muy alto con esta herramienta agrupadora de GRD.

Entonces, lo que hicimos en esta licitación fue pedir a los prestadores que ellos postularan dos precios bases: uno, para aquellos pacientes que categorizaban bajo 2,5 de peso relativo y, otro, para aquellos pacientes que categorizaban sobre 2,5. Ahora, eso es algo que hemos podido hacer en la medida en que hemos podido analizar toda la casuística y ver que una gran cantidad de nuestros pacientes tiene complejidad médica bajo 2,5, que requieren un período de internación en unidad crítica, pero que no se justifica que se utilice tecnología de extraordinaria complejidad, más allá de la ventilación mecánica.

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

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, ese fue el caso en particular de la clínica Elqui. Ya me referí a la regulación de precios y un poco a lo que hemos ido aprendiendo.

Ahora, con respecto específicamente a su pregunta, esa es la gracia que tienen lo GRD, cual es que las clínicas o los hospitales se van concentrando y tienen el mejor rendimiento en su complejidad. Es decir, si tengo un hospital comunitario, va a tener el mejor rendimiento en



los problemas comunitarios, nadie le podrá competir en esa área. Ahora, si tengo un hospital supercomplejo, nadie le podrá competir en los resultados que tiene para esos pacientes. Por eso, el sistema GRD, al mismo tiempo, va ordenando la cartera desde el punto de vista de gestión. Para que los prestadores no pierdan plata, tienen que focalizarse en aquel perfil de pacientes para el cual son más eficientes.

Eso hemos visto que ha ido ocurriendo. Ahora, hemos visto que han ocurrido varias cosas: primero, que se ha ido ordenando la cartera; segundo, que se han ido ordenando los precios y ya los prestadores saben muy bien cuánto cuesta y nosotros también, por lo que en esta segunda licitación comenzamos a conversar en otro escenario, y tercero, adicionalmente nosotros costeamos este año camas básicamente privadas y públicas, para calcular, más o menos, cuánto era.

Les puedo decir que la cama pública GRD está subvalorada, porque nos costó 2.000.000. Por lo tanto, acabo de mandar un oficio a la ministra, solicitándole que sea cambiada la norma de GRD de 1.500.000 a 2.000.000, porque nosotros hicimos un estudio de costo directo -miramos varios hospitales- y tenemos seguridad de que ese costo es real.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿De la cama crítica pública?

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- No, de la cama pública promedio, porque el precio base es el costo de una estadía media en un hospital medio. El promedio de lo que cuesta a Chile una hospitalización es 2.000.000. Ahora, ¿cuánto cuesta el paciente que tiene cáncer y el que tiene un resfrío? Esa información la da el peso relativo.

Entonces, eso es lo que hemos hecho. Contesté las preguntas relativas a la clínica Elqui, al rango del precio base y a la especialización, es decir, cómo se van



especializando en la demanda. Me falta contestar qué sería mejor hacer.

Ahí hay dos preguntas, porque una cosa es cuánto pago y otra es cuánto me cuesta, pero el problema es que la respuesta a cuánto me cuesta en este momento está confundida, por la nueva manera de contratarse de nuestros colegas, que significa que se contratan un rato por salario y otro rato por compra. Por lo tanto, lo que me cuesta está distorsionado, porque un porcentaje lo pago a valor prestación, que es la manera más ineficiente en que uno puede pagar.

Entonces, si uno dijera que va a potenciar el sector público, mejorando los salarios y las condiciones estructurales, por supuesto que sí, pero si por potenciar el sector público se entiende que voy a meter los pacientes adentro y voy a contratar a la gente que está adentro versus contratar una entidad global que se haga cargo afuera, como una clínica específica, probablemente me sale más caro. Esa es mi hipótesis -es una creencia y no un hecho-, porque tiene que agregar a lo que está pagando el costo fijo del salario.

Entonces, por esa razón estamos proponiendo este año cambiar el presupuesto de histórico a GRD. En estos momentos tenemos una simulación completa del cambio presupuestario a GRD para los 62 hospitales. Por cierto hay que cambiar todo lo hospitalario, porque no puede cambiar la atención abierta adosada, pero sí puede cambiar todo el componente hospitalario, que es lo que están haciendo en otros lugares, para moverse hacia un presupuesto por GRD.

En general, lo que ocurre en los países en que esto se hace es que, más o menos, el 70 por ciento queda en GRD y lo que es costo fijo, que en el fondo son bonos variables, inversiones, etcétera, queda como presupuesto histórico.



Esa es la manera en que se hace, porque en estos momentos tenemos mucho más porcentaje de presupuesto histórico y si agrega a ese presupuesto histórico -que sí o sí la debe tener- una inflación brutal de cuánto está pagando lo otro, queda con un problema mayor, porque, en el fondo, queda desbalanceado y lo que no paga va a deuda, porque yo puedo decir que no pago, pero el gasto es igual. Entonces, se va produciendo una deuda que, al final, lo que genera es que, si no fuera por este incentivo perverso allí, a un hospital le sería mejor hacer menos para mantenerse financiado que hacer más. Pero, como está este incentivo de la compra, digo que es compra privada en establecimientos públicos. Este factor distorsiona la ecuación. Por lo tanto, raya para la suma: si queremos avanzar en cambiar el modelo de financiamiento y de hacerlo más eficiente, es un cambio global; no basta con un pedacito o el otro. Hay que mirarlo de manera global, porque si no se deshilacha por algún lado.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, la directora es extremadamente clara.

Finalmente, esta Comisión -y lo dije desde el inicio, y tal vez los colegas lo recuerden- era una oportunidad única para transparentar ciertas cosas y hacerlas mejor.

Sigo insistiendo en que es el sentido de la Comisión. No debiera haber otro.

Quién debiera hacer estudio, más allá de que esté terminando el gobierno; que es una discusión de Estado; que al que venga le va a tocar enfrentar esta discusión, porque no era tan fácil de decir que el gobierno anterior era el que le compraba a privados y porque había un negocio del ministro cuando el gobierno sigue comprando a privados, porque es lo que plantea la directora. Se



rebalsa el sistema público y ¿qué vamos a hacer? No vamos a dejar a la gente sin atención. Ya sea Perogrullo o quien sea el que va a tratar de tomar las herramientas que tiene.

La pregunta es ¿cómo hacemos este estudio para saber cómo enfrentar esta situación? Porque entiendo lo que plantea la directora, en el sentido de que si solamente pienso en poner unas camas más por aquí y por allá, y saco la raya para la suma, me va a salir de que, a veces, es mejor comprar afuera. Eso es así. Y ese peso ahorrado comprando afuera, en vez de lo otro, significa atender a otra persona. Aunque algunos no lo quieran entender, esa es la realidad. Peso mal ocupado, es un peso que se deja de invertir en otra persona. Es así en materia de salud.

Entonces, ¿cómo podemos saber esto? Porque la hipótesis de la directora es eso, una hipótesis, y que tiene asidero, pero es una hipótesis. Cómo hacemos este estudio para ver si vale la pena invertir en mejores sueldos para los profesionales, para que no se vayan a las clínicas; si vale la pena inyectar todos los recursos para tener hospitales que tengan camas críticas, y no solamente a los más chiquititos. ¿Quién? ¿Cómo? ¿La academia? ¿Fonasa? ¿Redes? ¿Cómo lo hacemos? Creo que es la pregunta del millón de dólares. Porque, si no, vamos tener esta discusión todos y cada uno de los gobiernos.

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

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, quiero hacer una consulta al inicio de la sesión relacionada con el tema de las clínicas privadas. Aquí estuvo el presidente de la Asociación de Clínicas Privadas, quien manifestó que había planteado la posibilidad a Fonasa y al Ministerio que la Asociación de Clínicas Privadas fuera considerada parte del Sistema Nacional de Salud, y que eso nunca tuvo una respuesta, ni favorable ni negativa. Entonces ¿cómo



incidiría en los temas que estamos tratando y en los precios el hecho de que pudiera que se lograra una negociación a nivel con las clínicas privadas? Y me sigue dando vueltas este planteamiento que hizo aquí. Y, por otro lado, también escuché algo que me llamó profundamente la atención. Y que me manifestó la persona que está involucrada en el tema, que el sistema privado no subsistiría sin el sector público.

Si eso es así, ¿cómo no se puede negociar en mejores condiciones que en las que actualmente se negocia?

Me quedó la duda cuando me dijeron que el sector privado no subsistiría sin el sector público.

Ahora, me queda claro, porque quedé en la duda de si era así o no. Si eso es así, ¿cómo no influye o incide en esta negociación? ¿Cómo no se puede llegar a una negociación, si el sector privado necesita necesariamente al sector público? ¿Por qué no se puede negociar en mejores términos para lograr una mejor solución?

Ustedes están en el sistema. Lo veo como un paciente más y que me interesa que sea más barato.

Bueno, esas son mis preguntas.

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

El señor **ARRIAGADA**.- Por una experiencia en la comuna de La Granja, nos quedó claro una relación entre los especialistas en urología y la derivación de estos pacientes a Centros de Diálisis Privados, y había un maridaje de los dueños de los centros de diálisis con nuestros especialistas de los hospitales públicos.

Y la misma relación que hoy uno puede plantearse en una discusión con mayor altura de miras respecto de la defensa de los gremios en los hospitales, tú tienes un ingreso de personal que va desde el médico, del cirujano, hasta la personas de la función más sencilla, marcando a las ocho de la mañana, efectuando la primera intervención



a las 11.30 o 12.00 del día, y saliendo a las tres de la tarde del hospital público. Y son ellos mismos los que construyen la lista de derivación a la compra privada. Y tiene que ver con la parte importante del análisis que tenemos que efectuar en estas conclusiones sobre la parte de compra que efectúan directamente los servicios en las áreas correspondientes.

Es un tema muy importante, porque si uno apuesta sin ningún sesgo ideológico respecto del rol del sector privado en la salud, donde está presente el tema de la libre elección, con la cual no tengo ningún inconveniente. Pero sí que hace falta un debate y, ojalá, que sea parte de la discusión el cómo modernizamos las relaciones laborales, garantizamos los desempeños y las carreras funcionarias en los hospitales, pero también le ponemos un urgente sentido ético al tema. Ese es el problema que tenemos.

No es un tema menor. Nos quedó claro que costó dos años y medio, y fue la primera experiencia inédita en Chile. Nosotros creamos un centro de diálisis, y las razones están ahí escritas. La población que me tocaba representar, estimado colega, retornaba a la comuna de La Granja a las 03.00 de la madrugada. Y fue por el control de la hora extraordinaria. No renunciaba a ninguna cosa de controlar, y en el control de la hora extraordinaria que pagábamos, nos dimos cuenta que los conductores de ambulancias retornaban a las 04.00 de la mañana. Y pregunto por qué este señor entró a las 04.00 de la mañana. Porque nuestros pacientes son derivados al centro de diálisis de la Clínica Bilbao, y ni siquiera existían clínicas en la comuna. Y como eran de la categoría de Fonasa más precaria, ingresaban a la 01.00 de la mañana y salían a las 04.00. Eran cuatro horas conectados a la máquina. En el día se atendía a la gente adscrita a las Isapres. Y eso nos motivó a jugar nos la creación de un



centro de diálisis municipal, rompiendo todos los obstáculos, porque nos antepusieron mil dificultades. Nos demoramos dos años, y recibimos una excelente colaboración y patrocinio profesional.

Entonces, lo que estoy planteando es de extremada gravedad, porque he tenido presentaciones, en mi oficina, de personas que han muerto esperando atención Y es horroroso cuando uno revisa los vacíos de la ley de urgencia, te das cuenta que hay una persona que lleva cinco años esperando una operación.

¿Quién define el paciente crítico? ¿Cómo puede ser que la misma instancia que efectúa la compra de derivación desde el servicio sea la que define al paciente crítico?

Lo que uno percibe es que se están asegurando el número de pacientes que van a derivar hasta fines de diciembre de 2017. ¡Me parece impresionante! Esta comisión tiene gran importancia y sus conclusiones deben tener la rigurosidad de una visión humana, ética y de Estado. De esa manera me dejaría tremendamente satisfecho haber participado en esta instancia.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Personalmente, conozco la extraordinaria labor del centro municipal de diálisis de La Granja.

La información será enviada al correo de los diputados, para que, en forma previa, podamos ir trabajando en las conclusiones. Por ejemplo, podemos incluir estas reflexiones.

Pocas autoridades han hablado con esa franqueza. Da la impresión de que no existe un sistema público como tal. Se añora el sistema antiguo, en el sentido de hacer una carrera en el sistema público. No sé si la solución pasa por aumentar los sueldos para que los médicos se queden las 44 horas en los hospitales -aquí se apunta principalmente a ellos- y resolver las patologías o por efectuar el otro modelo.



En este momento tenemos el modelo privado de las isapres, que tienen sus clínicas, y el otro modelo "público", que en un horario funciona como público y en otro con la compra de servicios, los estímulos del PAE y todos los pagos asociados, pero no existe un modelo público propiamente tal.

Incluso, parece revolucionario volver al antiguo sistema del Sermena. Cuando un cirujano entraba a trabajar en urgencias como primer ayudante, su máxima aspiración era quedarse como jefe de turno. Ahora, ese sentimiento, con suerte, dura una semana.

Si nos sacamos los sesgos ideológicos que influyen muchísimo, vemos que ustedes tienen la experiencia. Por consiguiente, quiero preguntar cuál es el camino que debemos seguir.

Tiene la palabra el diputado señor Osvaldo Urrutia.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, me gustaría precisar lo que señaló.

En general, la salud que es efectuada por el Estado o por los privados es un tema público. Que una actividad tan importante como la Salud sea pública no significa que sea estatal. Ahí existe una diferencia conceptual, porque la salud preocupa a los privados y al Estado, es decir, es un tema público que se puede abordar a través de ambos. De hecho, el Estado mayoritariamente financia la salud de los ciudadanos chilenos, pero también hay privados que asumen ese rol de la actividad pública.

Ahora, un parlamentario que me antecedió en el uso de la palabra preguntó cómo podemos mejorar el rol que cumple el Estado, en el sentido de este obtenga mejores precios por estar financiando gran parte de las prestaciones. Lamentablemente, la mala noticia es que el Estado no puede negociar en ningún sector y, generalmente, paga las cosas mucho más caras que los privados. Por ejemplo, en el área de la construcción de



viviendas sociales, el Estado paga más que si estas se hacen a través de un privado, lo cual se debe al modelo de licitaciones públicas. La única forma de solucionar la situación es generando buenos incentivos en materia de licitaciones.

En esta comisión pudimos comprobar que, en la contratación de camas para pacientes crónicos o camas críticas, "la zanahoria" estaba tan mal puesta que se malgastó innecesariamente una millonada de pesos.

Ahora, como los chilenos somos ocurrentes tardíos -lo dijo Pablo Neruda-, después se nos ocurrió el sistema de los GRD, lo cual ha mejorado considerablemente la forma de contratación y para el Estado ha sido más conveniente.

El gran desafío está en cómo generamos los mecanismos y los incentivos para que en las licitaciones públicas de los servicios que financia el Estado, por un tema público que a todos nos interesa, los privados también puedan participar, con el fin de que esos servicios sean de mejor calidad y a más bajo precio.

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

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, según mi experiencia, en ningún país del mundo existe solo provisión pública. Hay que diferenciar entre financiamiento y provisión. Un sistema público de salud se define por el financiamiento público y por la compra con bases públicas, es decir, se compra como público. Nadie diría que el sistema canadiense es privado; sin embargo, la provisión es fundamentalmente privada, y lo mismo ocurre en Alemania.

Por tanto, en salud pública, lo público está dado por cómo se financia. Ahora, la provisión siempre es mixta, porque no existe país en donde solo pueda proveer el sector público. Este problema lo tiene todo el mundo.



El único mecanismo encontrado hasta ahora para ordenar la provisión es generar criterios de compra y cambiar los mecanismos de compra, que son las reformas del pago a *providers*. En la práctica, eso significa moverse desde presupuestos históricos a presupuestos por resultados -no por prestaciones-; es decir, resolver el problema. Eso se puede hacer en el nivel primario, secundario, etcétera.

En el nivel primario es distinto, porque, como se debe garantizar que las personas no se enfermen -está todo lo promocional y lo preventivo-, lo que se hace es capita el 70 por ciento y poner el énfasis en el 30 por ciento restante; juega por resultados. La capitación no significa que no nos preocupemos de que las personas estén sanas, que estas no sean atendidas y ni siquiera lleguen al consultorio.

En el nivel secundario, se genera una mezcla de GRD o equivalentes, *bundled payments*, con compra histórica. Esa ha sido la única manera en que se ha podido avanzar.

La propiedad de los establecimientos es tema ideológico. Algunos creemos que es mejor que la propiedad sea del Estado y otros creen que da lo mismo, pero, en el contexto general de la discusión, ese es un tema pequeño.

En ese escenario, en Fonasa todos estos años hemos tratado avanzar hacia esa dirección. Cuando decimos que nuestro segundo objetivo estratégico es cambiar la manera en que Fonasa compra, nos referimos a eso, y hacia allá vamos.

¿Qué vamos a dejar? El costeo y el presupuesto fantasma armado si es que hacemos el cambio. ¡Eso va a quedar hecho! También van a quedar hechos el diseño y todos los estudios del costo de implementación; otra cosa es que se implementen en este presupuesto. Estamos terminando de trabajar en eso y lo vamos a dejar instalado este año.

Creemos que la gran reforma de la salud que viene dice relación con la reforma de lo que denominamos



prestadores, lo cual no solo tiene que ver con que no exista tanto médico que se mueva al domicilio, con incluir telemedicina, etcétera, sino con la manera en que compramos, pero para eso se necesita una discusión mayor.

El tema de fondo es qué podemos hacer con los pacientes en espera. ¿Tenerlos de rehenes de un sistema hasta que veamos cómo resolvemos la situación? Por lo tanto, ordenar el tema de la salud es una urgencia como país.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Quién hizo ese estudio?

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Lo licitamos y lo hizo la Universidad Católica. Nosotros licitamos todo.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para solicitar ese estudio?

Acordado.

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

-Se levantó la sesión a las 18.25 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Jefe Taquígrafos Comisiones.