INFORME DE LA COMISIÓN INVESTIGADORA DE LAS ADQUISICIONES DE INSUMOS Y PRESTACIONES DE SALUD EFECTUADAS POR FONASA A PRESTADORES PRIVADOS, DESDE 2012 A LA FECHA, ASÍ COMO LAS PERDIDAS EN EJERCICIOS FINANCIEROS A PARTIR DE 2010, Y EL EVENTUAL LUCRO DE PRESTADORES PRIVADOS DE SALUD. (CEI 35).-

---

HONORABLE CÁMARA.

Vuestra Comisión Investigadora pasa a informaros sobre la materia del epígrafe.

I.- COMPETENCIA DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA, AL TENOR DEL ACUERDO DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS QUE ORDENÓ SU CREACIÓN.

La Cámara de Diputados, en su sesión 76ª, de 4 de octubre de 2016, ante la petición formulada por cuarenta y nueve diputados y diputadas, de conformidad con lo preceptuado en la letra c) del número 1 del artículo 52 de la Constitución Política de la República acordó crear una Comisión Especial Investigadora encargada de recabar información sobre las adquisiciones de insumos y prestaciones de salud efectuadas por Fonasa a prestadores privados, desde el año 2012 a la fecha, considerando las diversas modalidades de compra o adjudicación de contratos, licitaciones y posibles conductas de colusión, así como también respecto del 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.

II.- ANTECEDENTES GENERALES.

La Comisión investigadora fue creada a raíz de los hechos que se dieron a conocer por la prensa, en el sentido que se estarían incrementando en forma exponencial las compras que se realizan por parte de Fonasa y del sector público en salud, al sector privado, con el agravante, según aparecía en la prensa, que el promedio que se pagaba por paciente en el sector privado sería muy superior a lo que costaría dicha atención en el sector público, en caso que se atendiera en este último.

Se agregaba a lo anterior, la circunstancia que, según las mismas noticias aparecidas en los medios de comunicación, la derivación de pacientes se estaría haciendo, fundamentalmente, a tres clínicas privadas, respecto de algunas de las cuales no existiría constancia de su acreditación para trabajar con el sector público, y si contaba con las condiciones necesarias para una adecuada atención.

Breve resumen de antecedentes expuestos por los diputados solicitantes de la Comisión Investigadora.

Los diputados solicitantes hacen presente su preocupación por los hechos acaecidos en relación con la forma cómo se ha afrontado la grave crisis que enfrenta la salud pública en Chile. El problema se ve agravado por el proceso de envejecimiento de la población que se mantiene en forma sostenida, el cambio o evolución en la morbilidad de la población, entre otras circunstancias.

El Estado, como forma de solucionar en el mediano plazo el problema, incorporó la posibilidad de adoptar el mecanismo de compras públicas a privados, mediante procesos transparentes, competentes y que permitieran ahorro y aumento de atenciones de salud a la población. Mediante este sistema, se permitiría entregar cobertura de salud en forma más rápida, oportuna y eficiente, permitiendo dar cumplimiento a la garantía constitucional del derecho a la salud (artículo 19, N° 9 de la Constitución Política).

Se supo, a través de los medios de comunicación, indican los firmantes que solicitan la formación de la Comisión Investigadora, que se ha verificado un alza en 131% -en los últimos siete años- de las compras efectuadas por Fonasa a privados, que en términos de dinero, ha implicado $ 92.527 millones por camas, insumos y otros en 2008, a $ 213.829 millones en 2015. También se denunció, continúan los firmantes, el incremento feroz en gastos de farmacia, que en igual periodo aumento en 150%, de $ 190.184 millones en 2008, a $ 475.490, en 2015.

Lo anterior, sumado a la tremenda deuda hospitalaria, hace pensar que debe establecerse alguna herramienta que permita contener y solucionar tal situación. Debe existir alguna medida que propenda al equilibrio financiero del sistema.

III.- RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO.

La Comisión, para el cumplimiento de su cometido, destinó 20 sesiones ordinarias y especiales, en las que procedió a escuchar las opiniones y las declaraciones de las personas invitadas y citadas, cuya nómina es la siguiente:

FECHA	INVITADO O CITADO
Ma. 02.11.2016	• Sesión constitutiva, elección de Presidente y horario.
Ma. 08.11.2016	• Ministra de Salud, señora Carmen Castillo T. • Subsecretaria de Redes, señora Ana Gisela Alarcón.
Ju. 10.11.2016	• Acuerdos de procedimiento.
Lu. 14.11.2016	• Director (S) de Cenabast, señor Jaime Espina Ampuero.
Lu. 21.11.2016	• Presidente del Colegio Médico, señor Enrique Paris • Presidenta Regional del Colegio Médico, señora Izkia Shiches.

Lu. 12.12.2016	• Presidente del Directorio de Clínicas de Chile AG., y su Gerente General, señor Alfredo Schonherr, señora Ana María Albornoz. • Representante Legal de Sociedad de Prestaciones Médicas y Quirúrgicas Vigilius Limitada. • Presidente del Directorio de la Sociedad Chilena de Nefrología, doctor Eduardo Lorca Herrera.
Lu. 19.12.2016	• Directora del Fondo Nacional de Salud, doctora Jeanette Vega Morales.
Lu. 09.01.2017	• Directora del Fondo Nacional de Salud, señora Jeanette Vega Morales. • Presidente de la Fundación Creando Salud, señor Matias Goyenechea.
Lu. 16.01.2017	• Presidente de la Fundación Creando Salud, señor Matias Goyenechea. • Secretario Regional Ministerial de Salud, Región Metropolitana, señor Carlos Aranda. • Superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic.
Lu. 06.03.2017	• Médico oftalmólogo-retinólogo, señor Armando Pezo Troncoso. • Secretario Regional Ministerial de Salud, Región Metropolitana, señor Carlos Aranda P.
Lu. 13.03.2017	• Superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic: • Director del Hospital San José, señor José Miguel Puccio H.
Lu. 20.03.2017	• Contralor General de la República, señor :Jorge Bermúdez Soto.
Lu. 03.04.2017	• Fiscal Nacional Económico, señor Felipe Irarrá zabal Philippi. • Director del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Jorge Antonio Martínez Jiménez. • Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, señor Luis Antonio Infante Barros.
Lu. 17.04.2017	• Ministro de Hacienda, señor Rodrigo Valdés Pulido. • Director de Presupuesto, señor Sergio Granados.
Lu. 08.05.2017	• Coordinadora Nacional de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), señora Pamela Pérez.
Lu. 15.05.2017	• Directora de Fondo Nacional de Salud, Doctora Jeanette Vega Morales. • Jefa Departamento de Comercialización, Doctora Cecilia Morales.

Cada uno de ellos expuso sus particulares puntos de vista en relación a los temas, tanto de carácter general como particular, que fueron objeto de su invitación o citación, y que se les señaló específicamente, así como manifestaron su punto de vista sobre la situación investigada.

IV.- EXTRACTO DE LAS EXPOSICIONES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS INVITADAS A LA COMISIÓN.

I.- <u>Autoridades de salud</u>.-

--- Ministra de Salud, señora Carmen Castillo Tauche.-

Como antecedentes generales, señaló que la política de compras de prestaciones sanitarias que ha desarrollado el sector salud siempre privilegia la oferta pública por parte de los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El presupuesto del sector salud se orienta al financiamiento de las acciones sanitarias de los establecimientos de la red pública; excepcionalmente, y cuando hay situaciones de brecha de oferta pública, se realizan compras a privados, dentro de las que se encuentran con mayor frecuencia la de camas, porque hay más demanda de camas críticas que no están disponibles en la red pública. Hay brecha de ofertas, también, para prestaciones GES, especialmente de diálisis, radioterapia, y otros ejemplos similares, y otras prestaciones que se requieran específicamente en algún momento y que determinan las distintas instancias técnicas.

Como antecedente general, dijo, en 2009, a partir de la necesidad de estructurar un modelo de compra inteligente de camas al sector privado, dejando atrás un sistema atomizado y gestionado por cada servicio de salud, se implementó un modelo de gestión y compra centralizada de camas, conocido como UGCC (Unidad de Gestión Centralizada de Camas), para complementar la oferta del sector público de salud.

Indicó que la gestión de camas durante la pandemia de la influenza H1N1 se facilitó con la implementación de este modelo y la creación de la UGCC en la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Para ello, Fonasa desarrolló un modelo de compras a prestadores privados que incluye también la clasificación de ofertas de camas de acuerdo con la complejidad y los precios, el que está transparentado para todos.

Agregó que en materia específica de diálisis, la brecha de la oferta pública generó un desarrollo de la modalidad de libre elección por no contar con centros institucionales. Por tanto, los centros privados proliferaron en todo el país. Posterior a su incorporación en el AUGE-GES, pasó a ser cubierto a través de la modalidad institucional, con cobertura 100% para el asegurado, manteniéndose siempre esta provisión mayoritariamente privada, que luego se verá en los porcentajes de cobertura.

La compra de prestaciones GES y no GES a privados se realiza por Fonasa y por los servicios de salud. En general, la compra de todo el sistema es mayoritariamente de Fonasa, precisó.

Compra de Fonasa a privados:

Año	APS	PPV	PPI	Total Transferencia Servicios de Salud	PPV Compra Directa	PPV Bono Auge	Total Compra a Privados	% de Presupuesto de Compra a Privado vs. Compra Pública
2009	602.486	632.303	993.674	2.228.464	91.324	-	91.324	4,1%
2010	681.334	667.287	1.086.581	2.435.203	96.199	-	96.199	4,0%
2011	782.765	574.403	1.274.629	2.631.798	103.160	6.250	109.410	4,2%
2012	908.179	959.667	1.049.974	2.917.821	124.230	1.321	125.552	4,3%
2013	998.764	1.125.781	1.237.641	3.362.188	115.226	2.480	117.707	3,5%
2014	1.117.761	1.255.587	1.452.246	3.825.595	137.637	3.454	141.091	3,7%
2015	1.254.433	1.302.664	1.857.144	4.414.243	180.795	2.996	183.791	4,2%
PPTO VIGENTE 2016	1.416.395	1.323.370	1.819.158	4.558.924	193.475	3.262	196.738	4,3%

Fuente: Departamento de Comercialización, FONASA 2016. En base al presupuesto de cada año.

Mencionó que en la presentación hay una tabla en la cual se puede ver el mecanismo de financiamiento con que cuenta el sistema. En ella se ve la proporcionalidad entre compras realizadas en atención primaria (APS), en prestaciones valoradas (PPV) y en prestaciones indiferenciadas (PPI), que constituyen el monto destinado a las prestaciones que se ejecutan. En 2009, el total de transferencias a los servicios de Salud fue de dos billones doscientos veintiocho millones de pesos, y a compra directa se destinaron noventa y un mil millones de pesos, lo que equivale al 4,1%. Asimismo, en 2010, ese porcentaje fue de 4%; en 2011, 4,2%; 2012, 4,3%; 2013, 3,5%; 2014, 3,7%; 2015, 4,2%, y en 2016, de acuerdo con el presupuesto vigente, 4,3%. Esa es la proporción en relación con las transferencias de los servicios de salud.

Respecto de la evolución de la compra de prestaciones, el gráfico de barras muestra la proporción del total de transferencias a los servicios de salud y de lo que se destina a compras al sector privado.

Hizo presente que la compra de prestaciones que hace Fonasa al sector privado no supera el 10% autorizado legalmente. Tampoco sobrepasa el 5% del presupuesto. Por lo tanto, está bastante ajustado a lo que exige la ley, lo que considera de alto interés para el sector.

Distribución del presupuesto de compra directa de Fonasa en MM$.

CONCEPTO	2009 MM$	2010 MM$	2011 MM$	2012 MM$	2013 MM$	2014 MM$	2015 MM$	2016 MM$
Ley de Urgencia	-	-	-	-	-	-	27.446	15.523
Camas	2.452	8.294	11.478	19.437	4.298	17.957	23.992	34.724
Diálisis	78.249	82.399	87.786	100.807	108.400	117.279	126.789	137.321
Otros Compra Directa	10.621	5.505	3.894	3.985	2.527	2.400	2.567	5.906
Bono GES	-	-	6.250	1.321	2.480	3.454	2.996	3.262
Total	91.324	96.199	109.410	125.552	117.707	141.091	183.791	196.738

Comentó que al lado izquierdo de la imagen precedente se observan los conceptos como Ley de Urgencia, Camas, Diálisis, Otros Compra Directa y Bono GES. En 2015, la Ley de Urgencia, que antes no existía, fue de veintisiete mil millones de pesos; en 2016, quince mil millones de pesos.

Respecto de las camas, en 2009 se destinaron dos mil cuatrocientos millones de pesos a ese ítem, y en 2016 se han destinado treinta y cuatro mil setecientos veinticuatro millones de pesos. Explicó que esto se debe a que antes los servicios de salud destinaban los fondos directamente desde sus propios servicios de salud; en cambio, ahora Fonasa los destina directamente a través de la agrupación centralizada por medio de los mecanismos de pago de Grupos Relacionados por el Diagnóstico, GRD, especialmente para camas críticas adulto, pediatría y neonatología.

Hizo saber que desde fines de agosto de 2015 se opera con camas integrales, que son mejores que las camas asistenciales, que antes eran más indiferenciadas respecto de las indicaciones específicas. Por lo tanto, no se cobra un adicional sobre las estadías de los pacientes a los establecimientos de origen, lo que antes se cobraba y, muchas veces, demoraban años en pagarlo.

Respecto de las compras en diálisis a privados, en 2009 se destinaron setenta y ocho mil millones de pesos y, en 2016, ciento treinta y siete mil millones de pesos.

Para otras compras directas se destinaron diez mil millones de pesos en 2009, y en 2016, cinco mil millones. En general, se trata de compras directas para el apoyo de diagnóstico, precisó.

En 2016 se comenzó a cancelar la centralización de compras de prestaciones en radioterapia, lo que es importante para ellos por la necesidad de realizar ese tratamiento en el momento en que se reemplaza el equipamiento con nuevas tecnologías que están ingresando a sus establecimientos asistenciales de

la red pública. Por tanto, esperan que el alza no sea determinante, especialmente en radioterapia.

En cuanto al bono GES, dijo que se puede ver en el gráfico que bajó de seis mil millones, en 2011, a tres mil millones en 2016. Comprende la totalidad de los recursos para el pago de incumplimientos o de garantías retrasadas para un segundo prestador, el que también paga Fonasa.

Al comparar los años 2015 y 2016 se observa un incremento de 32% en las derivaciones, lo que se puede atribuir a que hubo una alerta sanitaria ese año que requirió mayor número de ofertas de camas en un corto período. Lo llamativo del análisis que están haciendo de esta alerta sanitaria es que tuvo dos curvas epidemiológicas, que fueron tremendamente altas en relación con los cuadros respiratorios, situación que les exigió y sobreexigió la asistencialidad en sus unidades de emergencia y en el requerimiento de camas críticas.

En cuanto al aumento de requerimiento de traslado de pacientes neonatológicos, explicó que en la población hay mayor cantidad de recién nacidos complejos, porque las madres, aunque son jóvenes, se determinan y definen como añosas, porque tienen hijos sobre los 35 años de edad, lo que puede generar problemas debido a las patologías y los problemas de salud que pueden sufrir los niños por diversas causas, por ejemplo, por prematurez.

Por otra parte, dijo, han tenido movilizaciones gremiales, especialmente en la unidad de emergencia de la Asistencia Pública y en el Hospital Barros Luco, establecimiento en el que la presión asistencial los obligó a buscar camas para reemplazar las disponibles en ese sector. Asimismo, hubo contingencias en los hospitales San Juan de Dios y San José, las que son de todos conocidas, porque fueron expuestas a través de la prensa. También mencionó el apoyo en el proceso de traslado del hospital de Rancagua, antes, durante y después, por la magnitud del establecimiento, lo que requería dedicación para resolver el problema de las camas disponibles en ese recinto, debido a la cantidad de pacientes.

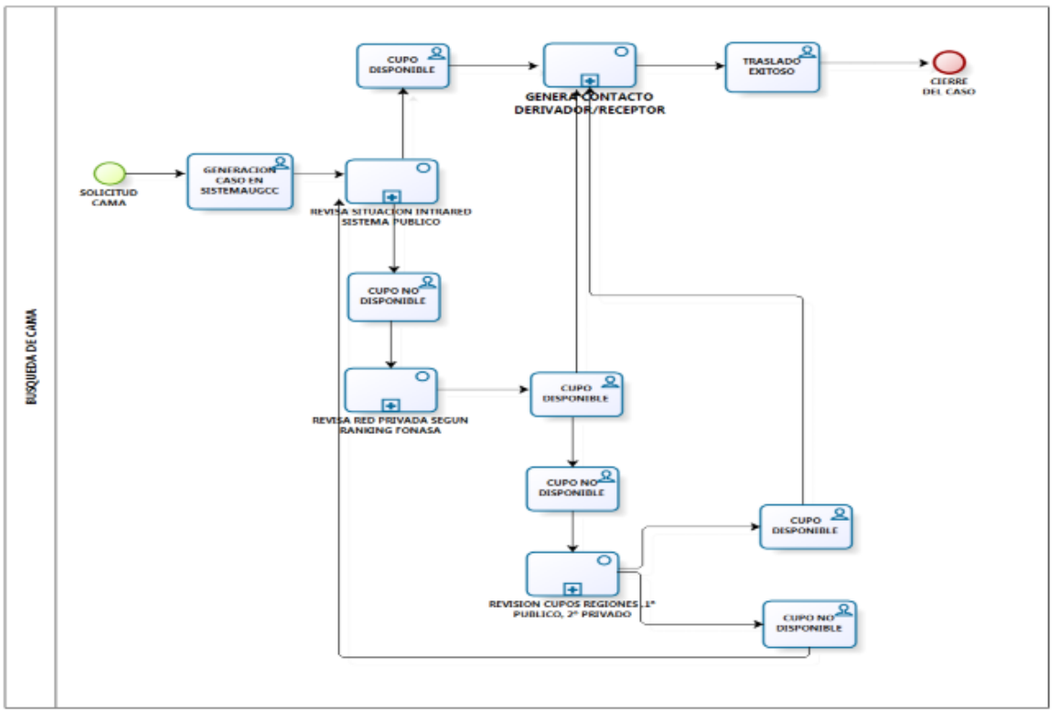
¿Qué es la UGCC y cómo funciona? Indicó que la Unidad de Gestión Centralizada de Camas depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y su objetivo general es optimizar y fortalecer la gestión de camas de la red pública de salud en todo el país, a través de una visión integrada y en red, en complementariedad con el sector privado. Sus objetivos específicos son dar oportunidad de atención, es decir, una asignación ordenada y priorizada de camas públicas y privadas según nivel de complejidad del paciente, optimizando siempre el recurso financiero; monitorear la situación de las unidades de emergencia hospitalaria, camas críticas y traslado de pacientes por requerimiento de camas en hospitales de mayor complejidad del país. Además, gestionar la información para el diagnóstico y desarrollo de estrategias de mediano y largo plazo en la toma de decisiones. No es solamente intervenir puntualmente, sino en todo lo que significa un análisis integral de la problemática.

Señaló que los procesos claves de la UGCC tienen que ver con derivaciones, con el monitoreo de la unidades de emergencia hospitalaria, para determinar los volúmenes de presión o requerimiento de camas que existen, con seguimiento de las camas críticas, porque si se libera alguna se debe disponer de ella para que sea ocupada por un paciente del sector público. También, están las camas quirúrgicas, identificadas con la sigla UGCQ, las que son muy necesarias. Asimismo, se vela por la ley de urgencia, puesto que se maneja y se evalúa la

pertinencia de si realmente las personas están aplicando adecuadamente la mencionada ley, y si el paciente llega a un establecimiento privado se deben preocupar de su rescate y traslado al ámbito público lo antes posible, por los costos que conlleva el término de la urgencia en los recintos privados y su posterior traslado a otra unidad del mismo establecimiento. Consideran que ese era un punto muy débil que existía antes de tener el control centralizado y el registro adecuado.

¿Cómo está estructurada la UGCC? Mencionó que en ella trabajan profesionales de gestión instalados en la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Es un *call center,* integrado por 24 enfermeros y seis médicos profesionales de la ley de urgencia que trabajan en sistema de turnos y controlan todo el sistema de requerimiento de camas en los servicios de salud. Existe también un correlato en los hospitales, en los que hay gestores de camas, cuya responsabilidad es actualizar permanentemente la información en la medida en que se ocupan las camas quirúrgicas y no quirúrgicas.

La siguiente imagen muestra el flujograma para el proceso de búsqueda de camas vía UGCC.



Luego, explicó el proceso licitatorio señalando que se lleva a cabo a través de la compra de servicios de salud de patologías agudas o problemas agudizados, a través de mecanismo de pago por GRD, Grupo Relacionado al Diagnóstico, que agrupa a los pacientes sobre la base del consumo de recursos que se requieren para su atención. Los beneficiarios serán derivados por un establecimiento del sistema nacional del servicio de salud, a través de la UGCC; no puede ser directo. Tienen un sistema que evita la relación directa para tener mayor control y conocer las debilidades institucionales que necesitan reforzar, a través de dotación de personal, mayor cantidad de camas, reconversión de ellas, etcétera, lo que les permitió salvaguardar la seguridad de las personas durante

este período de tremenda presión por la alerta sanitaria, que terminó el 14 de octubre pasado, y que fue muy exigente para el sector público.

Agregó que Fonasa generalmente realiza contratos por un máximo de 18 meses, para así tener la posibilidad de acceder a la atención de sus pacientes.

Indicó que los servicios que se contratan son preferentemente unidades de paciente crítico, lo que no excluye que para su recuperación y resolución integral puedan requerirse otros tipos de unidades de menor complejidad. Es decir, lo que más se necesita son unidades intensivas, pero también se puede requerir otro tipo de cama, si lo ameritan las necesidades.

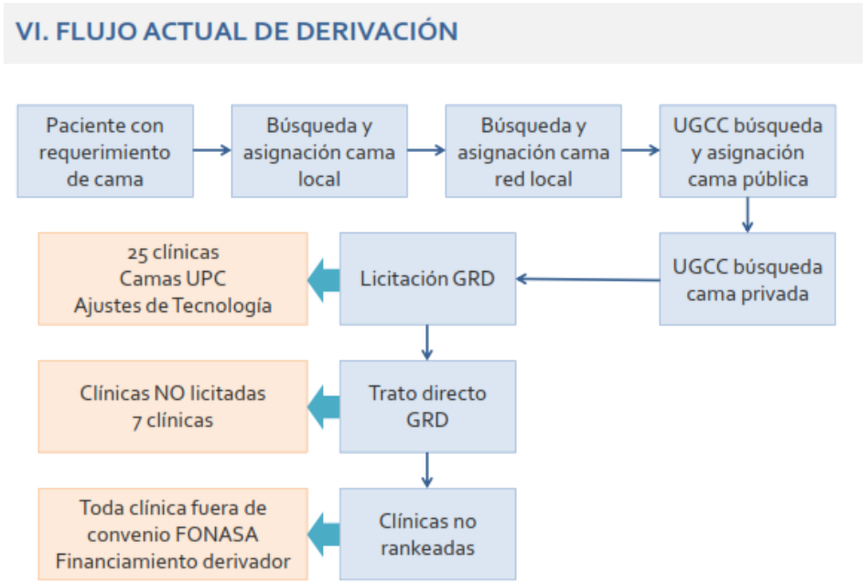
Señaló que el modelo de contratación de las prestaciones de salud deberá tener carácter integral, a fin que solucione toda la problemática. Las prestaciones de salud son con foco en los resultados, es decir, hasta lograr el egreso como alta médica. La integralidad de las atenciones incluye todas las prestaciones que se requieran durante el proceso de atención. Asimismo, incluye traslados desde el hospital de origen y –también- si se requiere un nuevo traslado, cuando esté excedida la capacidad resolutiva del prestador privado.

Comunicó que los criterios de selección en el momento de la derivación parten por evaluar el tipo de paciente, su condición clínica, la capacidad resolutiva del prestador y la ubicación geográfica, porque si están en Arica no pueden llevar a cabo una licitación en Santiago, y siempre es necesario tener presente el precio base. Las ventajas que se ven con la gestión que están efectuando –agregó- son, entre otras, la resolución integral hasta el alta médica, lo que mejora la calidad de la atención; evitar el rescate y los costos adicionales para el hospital de origen, lo que para ellos es muy importante, porque muchas veces el rescate se efectuaba tardíamente, lo que significaba costos para el sector público adicionales a la ley de urgencia que ya estaba cubierta; se aumentaron en diez los prestadores de camas, cinco de ellos en regiones; la inclusión de tecnologías para la totalidad de los beneficiarios, y en caso de rederivación, la UGCC ubica otro prestador. Si una clínica efectúa el tratamiento inicial y no puede continuar después de un diagnóstico con otro tipo de tratamiento más específico, se redestina cuando hay alguna situación especial en que lo requiera el paciente.

Señaló que tienen un sistema informático automatizado con *ranking* de clínica. Así tienen una forma ordenada de búsqueda de clínicas, que están “ranqueadas” de acuerdo con distintos ítems que incluyen precios, pero siempre teniendo en cuenta la calidad. El supervisor revisa en forma diaria las derivaciones con apoyo de los enfermeros de llamada, es decir, la Unidad de Gestión Continuada de Camas revisa diariamente si se está cumpliendo bien o no con la gestión e informa a la subsecretaria de Redes Asistenciales en caso que haya algún problema. Los informes mensuales se dirigen a las autoridades con los resultados. Agregó que tienen un registro diario y todos los días ve las camas disponibles o los requerimientos de camas de cada establecimiento de salud de alta complejidad. Todo el sistema está atento a cualquier requerimiento, dijo.

Además se efectúan auditorías por parte de las diversas instituciones. El Ministerio les ha hecho auditorías y también Contraloría ha evaluado si administran adecuadamente el sistema. Existe un alto número de profesionales comprometidos con el trabajo, tema que también ven como una ventaja.

En relación con el flujo actual de las derivaciones, indicó que si un paciente requiere cama, se busca una cama local y se asigna, en caso de existir; la unidad de gestión busca una cama pública, en caso de no estar en nivel local. Si no existe, se pasa a la búsqueda de cama privada, con tres alternativas: en primer lugar, utilizando la licitación del GRD existente. Existen 25 clínicas que tienen camas críticas, que pueden brindar tecnología adecuada. En segundo lugar, si aquellas están absolutamente copadas, pueden suscribir un trato directo. En este caso se trata de 7 clínicas que no están licitadas, más el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que tampoco está en el listado de las clínicas licitadas. Como tercera alternativa están las clínicas no “ranqueadas”, es decir, todas aquellas que están fuera del convenio de Fonasa. Si se requiere trasladar a un paciente, el nivel local precisa muchas veces de una búsqueda externa para encontrar otra alternativa.



Señaló que todos los oferentes adjudicados se encuentran publicados de acuerdo a lo que establece la ley de transparencia, de modo que está disponible en todos los niveles que corresponde.

En cuanto a las medidas para mejorar la eficiencia, señaló que el Fondo de Farmacia (Fofar) colabora para estabilizar cualquier descompensación de hipertensión y de diabetes; con eso disminuye enormemente. Agregó que deben evaluar ese impacto con algún estudio que determine en cuánto disminuye la cantidad de descompensados que llegan a sus servicios de urgencia, que son adultos mayores que generalmente no compran los medicamentos debido a la imposibilidad económica de hacerlo, posibilidad que el Fofar les ha brindado. Lo anterior se extiende también a los casos de colesterol alto, acotó.

Mencionó también el énfasis en el cumplimiento de las garantías con problemas de salud GES; tales como la prevención secundaria de la insuficiencia renal crónica terminal, de la diabetes mellitus y de la hipertensión arterial.

Otra medida para mejorar la eficiencia es potenciar el tratamiento de peritoneodiálisis en la red pública. Están trabajando fuertemente para que eso sea una realidad, con la firma de compromisos de gestión en cada servicio de salud, lo que ya está en pleno proceso. El tratamiento de la peritoneodiálisis tiene ciertas exigencias; por ejemplo, debe existir disponibilidad de una casa adecuada para la gestión del recambio de los elementos que se usan, así como de una persona que

entienda adecuadamente las indicaciones. A su vez, el paciente no debe tener problemas abdominales, por ejemplo, una cirugía con posibles adherencias que le impidan efectuar adecuadamente la peritoneodiálisis. No obstante, el cambio de calidad de vida es enorme para las personas que tienen la posibilidad de someterse a ese tratamiento.

Otro factor de eficiencia, dijo, es el apoyo y la implementación de centros de diálisis en los hospitales públicos. Están facilitando la implementación de centros de diálisis públicos a través de todas las vías, para que puedan resolverlos, y también están evaluando el sistema para mejorar ese proceso.

Respecto de los trasplantes, afirmó que tienen más de 1.700 personas en espera de un trasplante renal y lo más probable es que se tenga más a futuro. Dijo que quieren resolver los problemas asociados al trasplante renal por medio del fomento a la donación de órganos, que muchas veces, a pesar de ser ley, se ve inhibida por los parientes directos del potencial donante, que rechazan la donación por distintas razones. Ojalá los donantes expresaran su voluntad a sus familias directamente para tomar esa decisión, pero no en momentos en que exista una crisis o un problema agudo, sino antes.

Entre las medidas de eficiencia para la compra a privados mencionó las siguientes:

- Centralización de compra de camas, a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (MINSAL) con oferta privada licitada por FONASA.
- El Programa de Gobierno contempla la incorporación de 200 camas críticas en los hospitales públicos. A la fecha se han incorporado 48 nuevas camas, a las que se sumarán otras 66, el año 2017.
- Aumento de cupos bajo la modalidad de Hospitalización domiciliaria en la Red Pública de Salud.
- Revisión del modelo de atención y gestión de urgencias en red en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) del país.
- Fortalecimiento del uso del mecanismo de pago por resultados (Grupo Relacionado por Diagnóstico, GRD), vigente desde agosto del año 2015 para la compra de camas críticas. El GRD considera el pago de acuerdo a la complejidad del caso y hasta su resolución total, lo que significa compartir el riesgo con el prestador privado.

Tras varias consultas referidas al detalle de las compras de Fonasa, servicio por servicio; a la identificación de los prestadores privados de salud; a los eventuales conflictos de intereses entre jefes de servicio y clínicas privadas, la señora Castillo indicó que la instrucción que ellos tienen es hablar sobre la función de Fonasa y no de los servicio de salud. Muchas de las consultas que se están efectuando tienen que ver con componentes de los servicios de salud; con compras a los servicios de salud y, en ese sentido pidió reevaluar la situación.

--- Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Ana Gísela Alarcón Rojas.

En referencia a la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, que se refiere exclusivamente al ámbito exclusivo de pacientes de emergencia, es decir, de pacientes que están en las unidades de emergencia hospitalaria; no se está hablando de otro tipo de derivaciones. En el último tiempo, en forma excepcional, se ha incluido la derivación de pacientes, menores, con necesidades de camas infanto-juvenil psiquiátrica, dada la situación del Sename. Pero, en lo habitual, la

Unidad de Gestión Centralizada de Camas solo responde y gestiona el ámbito de los pacientes que están esperando una cama en una unidad de emergencia hospitalaria, y que están hospitalizados, pero en una situación inadecuada, en espera de una cama definitiva en la unidad señalada. En tal sentido, crearon la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, con la misión de estructurar una compra inteligente, centralizada, y que pudiera dar cuenta, en forma sistémica, sobre lo que estaba ocurriendo en las unidades de emergencia, porque, hasta ese minuto, ocurría en esas unidades lo mismo que sigue ocurriendo en un plano que hoy es de pacientes electivos. Cada servicio de salud y cada hospital, enviaba al paciente de emergencia, al que no podía entregársele una cama, a la clínica que le pareciera, con la que tenía convenio o un trato directo, de manera que no había ninguna sistematicidad de esa gestión y, claramente, lo que hace la UGCC, no es solamente derivar pacientes, sino que también evalúa, día a día, cuál es el número de pacientes que están esperando camas en cada unidad de emergencia. Cada unidad de emergencia, de acuerdo con su capacidad de gestión de camas al interior del hospital tiene un umbral crítico, luego del cual, cuando se excede en horas de pacientes, la Unidad de Gestión de Camas entra en lo que se llama contingencia y, por lo tanto, en la búsqueda de camas, primero, en el sector público; segundo, en el sector privado -y aquí opera el *ranking*, el cual no dice relación con la eficiencia, que es lo que apareció hace un tiempo en el diario de los GRD, sino que se trata del *ranking* que les entrega Fonasa, el que denominan de precio y calidad.

¿Qué dice ese *ranking*? Que si necesitan, por ejemplo, enviar un paciente a una clínica con un diagnóstico de infarto al miocardio, ellos le dicen: primero, tiene que enviarlo a tal clínica. ¿Por qué ocurre eso? Porque dentro del grupo de las clínicas que fueron licitadas para atender, vía GRD, el paciente busca cuál es la más barata, y tiene que primero buscar en esa, y después seguir a las que siguen por orden de precio. El *ranking* lo entrega Fonasa cada vez que hace la licitación y entrega esta especie de mandato para derivar, sobre la base de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, de manera que no es posible saltarse ese *ranking*. Por eso, han tratado que el sistema informático sea cada vez más riguroso y haga que la enfermera que está distribuyendo al paciente, cumpla con ese *ranking*. Eso ha sido motivo de diversas auditorías, y en estos dos años, por lo menos, han pedido auditorías preventivas y estado siempre vigilando que ese *ranking* se cumpla y no se salte ninguna etapa.

La primera etapa, continuó, es buscar la cama en un hospital público, como primera medida, y hay hospitales que reciben un gran número de derivaciones intrapúblicos. Entre ellos, pueden señalar al San Borja y al San Juan de Dios, que son hospitales, y también algunos recintos hospitalarios de la Región de Valparaíso que reciben también muchos pacientes del sistema público.

Enfatizó que les preocupa que la capacidad institucional sea la que primero esté resguardada, porque, si no, se crean mecanismos que claramente son perversos, en términos de no ocupar lo que se tiene, debido a lo cual se deriva. En ese marco, contó que cuando asumieron esta administración, en marzo del 2014, se encontraron con que por varios meses habían tenido a nivel nacional 140 camas bloqueadas en las Unidades de Cuidados Intensivos. Entonces, dijeron: “Esto no puede ser, porque tienen que poner en marcha sus camas para evitar esta derivación extrema. Hoy, los promedios con los que trabajan están entre 30 y 35 camas bloqueadas. No han llegado nunca a tener cero camas bloqueadas en pacientes críticos, porque eventualmente hay problemas de personal o de aislamiento por brotes infecciosos que hacen que se bloquee alguna

cama. Pero hay preocupación permanente para que esa cama crítica que está disponible en otro sistema esté abierta, disponible y en trabajo. Así, aclaró la derivación no es selectiva, sino que la mayoría es de pacientes críticos. Por lo tanto, la mayoría de las camas que están licitadas son camas críticas con resolución vía GRD, para pacientes que están en las unidades de emergencia esperando una cama.

En relación con las zonas lejanas, señaló que se hacen licitaciones en cada región del país, en forma diferenciada. De modo que cada región tenga un grupo de prestadores privados a los cuales pueda recurrir con estas regulaciones, consideraciones y algoritmos.

En relación con la situación de diálisis, dijo que comparten la preocupación y están trabajando, porque el hecho de que un paciente entre a diálisis, finalmente significa que ha fracasado la anticipación del daño. La mayor causa de diálisis es la diabetes mellitus, y si no han logrado controlarla a tiempo, el paciente entra en diálisis. Y si no son capaces de trasplantarlo a tiempo, se mantiene en diálisis, con un deterioro grande de su calidad de vida.

En ese sentido, afirmó que se están revisando las guías clínicas del GES; se están haciendo todos los esfuerzos por mejorar la prevención del daño renal crónico, sobre todo secundario: diabetes, hipertensión arterial. Ahí está el Fondo de Farmacias (Fofar), que ya está teniendo un incremento de compensación en pacientes diabéticos e hipertensos.

Se han reforzado las instrucciones para las comisiones derivadoras que existen en cada hospital, integrada por diversos profesionales, que son los que deciden cuándo un paciente tiene que irse a diálisis en un establecimiento privado, y a dónde tiene que ir derivado. En ese ámbito, están realizando una auditoría a nivel de todo el país respecto de cómo ha sido la derivación de pacientes a diálisis; no solamente en términos de los conflictos de interés que pudiera haber, sino también si el paciente está correctamente derivado, en términos de que tenga los niveles de creatinina o falla renal que ameriten entrar en una diálisis crónica. Afirmó que están recibiendo los datos de todo el país y el equipo de auditoría de ellos, que es el mismo que procesó la auditoría de compra de hospitales, está pronto a emitir un informe que ha ido recibiendo los antecedentes de todo el país.

Señaló que están preocupados por esta situación, no solo por el mayor gasto que hace Fonasa en compras -el 39% del gasto de Fonasa está en hemodiálisis-, sino, además, porque no se está usando suficientemente el peritoneodiálisis, que debiera ser la primera prioridad en la gran mayoría de los pacientes.

En relación con el tema de producción asistencial, señaló que en el caso de la compra de camas críticas, se ha señalado que su preocupación permanente es hacer que las camas disponibles estén en trabajo.

En el resto de los temas, dijo, excede al mandato de esta Comisión que deban entregar todos los datos que tienen respecto de la situación de las compras en los hospitales, algunos de los cuales tienen que ver con sociedades médicas y otros con médicos que actúan como particulares. En todo caso, señaló que están trabajando en mecanismos de regulación. Por eso, están poniendo algunas glosas en el proyecto de Ley de Presupuestos para 2017, con la finalidad de acentuar los mecanismos de regulación y control, para que se cumpla con la producción y programación médica. Por tanto, se ha definido algunos algoritmos

en términos del directorio de compras; han establecido los directorios de compra y no tiene nada que ver con lo que hace una UGCC, sino que están hablando de otro terreno, que es la compra que se hace en los hospitales o en los servicios de salud.

Además, mencionó un tema que para ellos es importante, cual es, reinstalar los directorios de compra, los cuales tienen como mandato, en primer lugar, chequear que se requiera la compra. ¿Cómo se chequea eso? Con el análisis de la capacidad institucional en cuanto que la prestación esté claramente sobrepasada. Si no ocurre así, no se debiera autorizar la compra. En caso que de igual forma se requiera una compra, en la misma lógica de los GCC, sea compra a un hospital público, se va a transferir a través del programa de prestaciones valoradas (PPV) de un hospital hacia el otro. En tercer lugar, se pasa a un sistema privado con precios conocidos. Eso es parte del plan integral en el que se está trabajando, y que aborda -entre otros temas- las auditorías que han sido publicadas. Tales auditorias las realizó el equipo del Ministerio de Salud; es primera vez que se hace y están trabajando no solo en las sanciones, sino que también en la revisión de procesos, porque eso es más profundo que una sanción, y también en otros ámbitos, como chequear y mejorar la regulación de la producción institucional, además de mejorar la oferta pública.

Los otros temas, consultados por los diputados, abordan exclusivamente la gestión de Fonasa, como verificar si las clínicas tienen autorización sanitaria. Para tal efecto, Fonasa les envía el listado de clínicas y el orden al que tienen que derivar.

Respecto del índice de eficiencia o índice funcional, que trata de reflejar la eficiencia de un sistema, mencionó que ellos estuvieron revisando lo publicado en la prensa. Al respecto, tienen más antecedentes y tienen diferencias con la metodología que se utilizó. En términos generales, los grupos relacionados por el diagnóstico utilizan el consumo de recursos para una determinada patología, y establecen que frente a una determinada patología, que ya tiene un consumo de recursos definido, el establecimiento que se excede de eso está siendo ineficiente, porque está consumiendo más recursos de los que debiera y, por ende, excede el índice funcional de 1 y se estima más ineficiente que un establecimiento que mantiene el índice funcional de 1.

Afirmó que esa es la lógica de los GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico), que son una herramienta de gestión clínica, y que les ha permitido mejorar la función de compra, dado que antes debían trasladar al paciente y pagar por días cama. Si el paciente tenía que recibir después otros procedimientos y tratamientos, se generaban entonces otros gastos y otros usos de recursos hospitalarios. Hoy, la licitación es por el gasto total y los diferentes prestadores, en este caso las clínicas, definen dónde termina el paciente su tratamiento, por eso que puede cambiar de cama, pero el monto es por la solución completa del problema. Añadió que la mayoría son problemas cardiovasculares en adultos, pero se han incrementado de manera importante los de neonatología. Así cuando necesitan trasladar a una paciente con su recién nacido -habitualmente son embarazos múltiples los que provocan estos traslados-, muchas veces tienen que financiar la estadía de la madre y la del recién nacido.

--- Ministro de Hacienda señor Rodrigo Valdés Pulido.

Señaló que su intervención se circunscribiría a explicar cómo las compras que efectúa Fonasa han impactado en el itinerario nacional y en la deuda hospitalaria.

Destacó que en materia de compras a privados, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), para brindar atención o prestaciones de salud a sus beneficiarios, necesariamente debe complementar la oferta sanitaria disponible en la red pública de salud. Es sabido, dijo, que existe un déficit en la capacidad instalada, como en los recursos humanos que operan en el sector salud. De hecho, el reconocimiento de este déficit ha estado presente en la formulación presupuestaria desde hace bastante tiempo y se ha tratado de apaciguar a través de planes de inversión en infraestructura y de formación de especialistas.

Recordó que el año pasado (2016) ejecutaron un proyecto especial de mejoras y beneficios para los trabajadores del sector salud por más de 150.000 millones de pesos anuales. Es una cifra significativa en la discusión presupuestaria, pues contempla un gasto mayor al del reajuste de pensiones, que se votó después de aprobar el Presupuesto de la Nación.

Reiteró que para lograr garantías legales que ofrezcan oportunidades de atención relacionadas con las Garantías Explícitas en Salud (GES) y con la Ley de Urgencia, y porque para concretar esas atenciones influye la fluctuación e impredecibilidad de la demanda, entre otros muchos factores, es necesario comprar prestaciones extra-sistema, es decir, compras a privados a través del Programa de Prestaciones Valoradas de Fonasa. En términos simples, dijo, el sistema privado funciona como un “colchón” para las necesidades de los pacientes. Es un sistema de “rebalse” para el sector público, que otorga la mayoría de las prestaciones, aunque no todas. Contar con este “rebalse” o “colchón” es una necesidad, por lo que el mandato debe contar con los mecanismos más eficientes para su desarrollo; por ejemplo, que sea lo más barato y con la mejor calidad posible.

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

Pregunta ¿63% de ese 4%?. Respuesta Sí, el 63% de ese 4%. Continuó mencionando que el 18% corresponde a gastos para compras de camas críticas y el 2% a rebalse del Sistema AUGE. En el caso de las camas críticas se ha avanzado hacia sistemas de pago más eficientes; por ejemplo, a través de compra por grupos relacionados por diagnóstico, lo que permite un pago asociado a la complejidad del caso y, además, incluye todos los servicios requeridos para su resolución.

En el fondo, dijo, se ha avanzado en cómo se compra, de manera de minimizar costos, pues comprar para cada caso es una receta que solo conlleva a pagar mucho. Asimismo, se ha avanzado en las licitaciones. Esos son algunos elementos de varios que forman parte de un todo, de un aprendizaje y de una profundización sobre cómo comprar para bajar costos.

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

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

Consultado a qué obedece el aumento del gasto en salud, indicó que hay tres factores básicos: cantidades, precios y complejidades, que son de distinta magnitud, y en esos tres ámbitos hay problemas o inflaciones. Más allá de eso, también hay un tema de organización industrial en cómo se compra y los conflictos de interés que se provocan.

Indicó que no ve un cambio en las participaciones, en los tipos, en las formas de comprar o en las prestaciones, que les indique que ha ocurrido un cambio sustancial. Por ejemplo, la compra de prestaciones del subtítulo 22, desde los servicios, ha permanecido estable, en torno al 10 u 11%, por siete u ocho años. Esto es más complicado, afirmó, pero dijo saber que ninguno ha escalado a números que permitan decir que hay algo raro o especial que no pasaba antes.

El Director de Presupuestos señor Sergio Granados. Indicó que Fonasa compra a privados necesariamente en cinco componentes, a saber: Convenios de Prestaciones no AUGE, Convenios por Compra de Hemodiálisis, Prestaciones y Garantías AUGE, Prestaciones de Ley de Urgencia, y Bono AUGE.

Señaló que dentro de lo que gasta Fonasa en el Sistema de Salud, las compras a privados, ya sea por Convenios de Provisión de Prestaciones Médicas, Bono AUGE, Asistencia Médica FAM de la Medicina de Libre Elección, representan el 4%, y es bastante estable: 149 mil millones de pesos en 2012 y ahora están gastando 228 mil millones de pesos en 2016, lo que significa que se ha producido un aumento significativo de 53% en el gasto.

¿Por qué se origina esto? Las compras a prestadores privados en Fonasa y Servicios de Salud tienen su origen, en primer lugar, en la insuficiencia de la oferta de la capacidad instalada de camas de cuidados intermedios e intensivos, de pabellones quirúrgicos, de procedimientos de diagnóstico y de cirugía mayor ambulatoria, principalmente. También, de hospitalización y de cuidados domiciliarios, y de rehabilitación y de postrados. Estos dos factores son importantes para desocupar camas en el sistema. Por lo tanto, estas compras son relativamente un poco más baratas y permiten desocupar camas y eliminar o neutralizar compra cara. También, por insuficiencia de recursos humanos médicos, falta básicamente la suficiente oferta de especialistas y la concentración territorial de la oferta médica, y la creciente competencia del sector privado por personal sanitario encarece los sueldos y las posibilidades de atraer personal al sistema público. Finalmente, por aumento de la demanda de la población beneficiaria por Auge, por “ley de urgencia” y en complejidades, específicamente en enfermedades crónicas: infartos, accidentes cerebrovasculares, cánceres, etcétera.

Hizo saber que ellos se enfocaron en Fonasa, que, ampliando un poco la mirada, en realidad el sobregasto importante se produce en los servicios

de salud. Y los servicios de salud tienen una evolución de compras a privados, que no son estas, son adicionales a estas.

Ahora, dijo, si se mira el dato de los servicios de salud, entre el año 2012 y el 2016, solamente en el subtítulo 22, las compras por exámenes y procedimientos, con personal externo y compra de consultas médicas, pasaron de 73.000 el año 2012 a 152.000 millones el año 2016, es decir, se duplicaron. Ese es un factor que influye en la determinación del sobregasto y, por ende, de la deuda. Este estudio lo hicieron en conjunto con Salud y determinaron que había una serie de factores, como son demográficos, por envejecimiento de la población, por complejidad de las enfermedades, en la necesidad de las camas críticas y factores que son propios de la gestión de los servicios de salud, donde observaron falta de compras estandarizadas, tanto de medicamentos como de horas médicas.

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

También notaron que falta un enfoque más directivo de recursos humanos. La cantidad de pabellones que están desocupados, porque las estructuras de contratos no permite que los pabellones se ocupen ciento por ciento, durante el día. Eso, dentro de un enfoque más integral de lo que tiene que ser la gestión, hay un problema de organización industrial, hay un problema de modelo de resolutividad, que tiene que ser abordado desde el Ministerio de Salud.

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

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

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

Y, finalmente, dijo, una glosa que no va a ser fácil cumplir, pero que al menos el 60% del gasto en medicamentos debiera ser provisto por Cenabast, y

en aquellos casos de existir una provisión de insumos o medicamentos en mejores condiciones de precios, a los que acceda la Cenabast o con imposibilidad del servicio de asegurar la provisión de los mismos, las entidades antes señaladas podrán comprar y remitirán los antecedentes a la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Es decir, se dejó una posibilidad de hacer esa compra. Pero hay cuatro glosas que permiten facilitar la gestión de la Subsecretaría de Redes que pueden ayudar en reducir la incidencia de un factor de gestión, que está implícito en el sobregasto que genera la deuda. La deuda, al 31 de diciembre de 2014, fue de 110.000 millones, después de entregar los recursos que les entregaron extraordinariamente cada año. El año 2015 subió a 131.000 y el 2016 subió a 193.000. En promedio, han puesto 200.000 millones. El año 2015 pusieron 186.000 millones adicionales. Si se le suma a la deuda, se llega a una estimación de sobregasto sobre los 300.000 millones. El año pasado pusieron 256.000 millones, que sumado a la deuda, da un sobregasto de 450.000 millones aproximadamente. O sea, vienen con un gasto creciente que se explica por estos factores que están señalando, pero también porque hay que reconocer que ha habido mayor resolutividad en listas de espera, que en términos de la terminología que usa la Subsecretaría de Redes, han mejorado los tiempos de espera en las listas más antiguas. O sea, se han resuelto listas más antiguas, sin embargo, igualmente hay listas de espera más nuevas, pero los tiempos de espera han disminuido en forma significativa, o por lo menos importante.

Pregunta. La cifra del 4% que aludió el Ministro, ¿es la cifra nacional de mayor gasto? ¿Cómo se compatibiliza con la que cada servicio tiene asignada?

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

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

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

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

Pregunta ¿Cómo se puede regular el mercado del trabajo médico en el mundo público para terminar con los incentivos perversos que estimulan gastos

crecientes vía compra de servicios, honorarios, etcétera, lo que termina en estos gastos escandalosos?

El señor Valdés señaló que se va convergiendo en el diagnóstico de que el problema no se soluciona con otorgar más plata al sistema, pues se trata de un problema estructural de incentivos y de reglas que no se soluciona con más plata. Cree que es un paso muy sustancial de convergencia, aunque no todos los actores del mundo de la salud están de acuerdo.

Respecto del origen de los costos, dijo, cree que hay un poco más de complejidad y de producción, pero claramente hay un problema de inflación de costos y de precios que domina los números, los que en diez años más que duplicaron el gasto. Está de acuerdo con que hay pocas consecuencias para los directores de salud cuando gastan más del presupuesto asignado por la Dipres. Eso no pasa en el resto del sector público. Si un director de un servicio que no pertenece al área de Salud gasta más de lo asignado, sufre consecuencias muy graves. Cree que tiene que avanzar para juntar esos dos mundos. Si bien hay razones para dar esa laxitud a un director de salud, cree que se debe trabajar más en fomentar la idea de que hay que cumplir las restricciones presupuestarias. Al final del día, Hacienda debe dejar que la deuda suba y no pagarla rápidamente, porque la única manera de controlar los gastos es que los proveedores digan hasta aquí llegamos, ya que, de lo contrario, este puede ser un gasto que no termine nunca de crecer. Afirmó que este es un tema que hay que trabajar con el Ministerio de Salud, ya que son un actor más.

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

Las enfermedades no AUGE son un tema central. El AUGE está funcionando bien y el rebase no es tan grande; pero las patologías no AUGE tienden a tratarse como tales, por lo que terminan rebasando el sistema. Entonces, hay que apretar. Afirmó que este tema preventivo-curativo lo sobrepasa, pero dada la cantidad de reformas, eso tendrá que quedar para un tiempo posterior.

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

Consultado respecto del diseño presupuestario de 2018, podría pedirse ver por separado los 29 servicios de salud?

El señor Granados dijo que se puede aun cuando nunca lo han hecho a nivel de servicio, tanto a nivel de producción como de costos.

En el estudio que han hecho relaciona producción con el aumento de gastos. La verdad, dijo, es que no están cerca de la productividad, no hay aumentos de egresos que permitan justificar el mayor gasto, sobre la base de las propias estadísticas de salud. Van a tratar de actualizarlo.

Este año, dijo, con el primer pago de la deuda devengada, se trató de dar un incentivo a los servicios que controlaban mejor sus gastos. Plantearon a Salud qué hacen con los que no son controladores de gastos, pero no obtuvieron respuesta. Por lo tanto, quedaron con una deuda más grande, la cual tendrán que pagar y que supera los 45 días autorizados en la glosa. Entonces, tendrán que pagar esa deuda en una segunda etapa, pero no hay consecuencias para esos servicios.

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

El señor Valdés, agregó que están tramitando un proyecto de ley, conocido como “pronto pago”, que tiene que ver con la protección a los proveedores de grandes empresas, que regula la situación en caso de que no se pague a tiempo y establece consecuencias para el Estado, siendo la deuda de salud la más importante. Al respecto, han evaluado, pero no decidido porque no es tan simple, la forma de establecer mejores incentivos y consecuencias para los directores de salud por el no pago de la deuda, que es otra manera de inducir a no endeudarse o a no gastar más del presupuesto. Es una de las tantas vías que han analizado para premiar o castigar las distintas gestiones.

--- Directora del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), señora Jeanette Vega Morales.

Señaló, en primer lugar, en términos de antecedentes generales, en el sector salud la política de compra privilegia la oferta pública por parte de los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud, razón por la cual el porcentaje mayoritario del presupuesto del sector Salud se orienta al financiamiento de las acciones sanitarias de todos los establecimientos de la Red Pública. Sin embargo, excepcionalmente, por situaciones de brecha de oferta pública, se realizan compras a privados; así, por brechas de camas, lo que fundamentalmente se produce en invierno –gran demanda- y faltan camas en todo el país, y por brechas de oferta para prestaciones GES que están garantizadas con un plazo; por tanto, efectivamente tienen que comprarlas al prestador que tenga disponibilidad si es que ese plazo está vencido y algunas otras prestaciones muy específicas en general y que tienen que ver con alta complejidad en que no existe la oferta, como la radioterapia en cáncer.

Comentó que en 2009, se implementó en conjunto con el Ministerio de Salud, un Plan de Gestión y Compra Centralizada de Camas para complementar la oferta del sector público de Salud. Hasta ese momento, la compra se hacía por cada servicio de salud. En concordancia con lo anterior, Fonasa desarrolla un modelo de compra de camas a prestadores privados por licitación anual, la cual incluye, dentro de los términos de referencia, la clasificación de la oferta existente de acuerdo con la complejidad y precio. Por cierto, no es lo mismo una cama privada crítica que una cama básica y, por tanto, tampoco lo son los precios.

En materia de diálisis, a partir de la incorporación en el AUGE-GES, ésta es cubierta a través de la modalidad institucional, lo que significa que todas las personas están cubiertas 100%. Sin embargo, históricamente, la provisión de la diálisis ha sido por centros y establecimientos privados.

La compra de prestaciones GES y No GES a privados es realizada tanto por Fonasa como por los servicios de Salud y hospitales.

Compra de camas de Fonasa a privados.

EVOLUCIÓN DE LA COMPRA DE PRESTACIONES DE FONASA EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO (2009-2016) EN MM$ (DE CADA AÑO)

Año	APS	PPV	PPI	Total Transferencia Servicios de Salud	PPV Compra Directa	PPV Bono Auge	Total Compra a Privados	% de Presupuesto de Compra a Privado vs. Compra Pública
2009	602.486	632.303	993.674	2.228.464	91.324	-	91.324	**4,1%**
2010	681.334	667.287	1.086.581	2.435.203	96.199	-	96.199	**4,0%**
2011	782.765	574.403	1.274.629	2.631.798	103.160	6.250	109.410	**4,2%**
2012	908.179	959.667	1.049.974	2.917.821	124.230	1.321	125.552	**4,3%**
2013	998.764	1.125.781	1.237.641	3.362.188	115.226	2.480	117.707	**3,5%**
2014	1.117.761	1.255.587	1.452.246	3.825.595	137.637	3.454	141.091	**3,7%**
2015	1.254.433	1.302.664	1.857.144	4.414.243	180.795	2.996	183.791	**4,2%**
PPTO VIGENTE 2016	1.416.395	1.323.370	1.819.158	4.558.924	193.475	3.262	196.738	**4,3%**

Indicó que lo que tiene que ver con compra directa, corresponde a un porcentaje bastante pequeño, por lo que si se suma PPV compra directa más PPV bono auge, entonces, el porcentaje de compra a privados nunca llega al 5%, a pesar de que la ley permite a Fonasa llegar a comprar hasta el 10% de las prestaciones al sector privado.

Mencionó que la compra directa (5%) se distribuye fundamentalmente en cinco ítems.

DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE COMPRA DIRECTA FONASA (2009 – 2016) EN MM$

CONCEPTO	2009 MM$	2010 MM$	2011 MM$	2012 MM$	2013 MM$	2014 MM$	2015 MM$	2016 MM$
Ley de Urgencia	-	-	-	-	-	-	27.446	15.523
Camas	2.452	8.294	11.478	19.437	4.298	17.957	23.992	34.724
Diálisis	78.249	82.399	87.786	100.807	108.400	117.279	126.789	137.321
Otros Compra Directa	10.621	5.505	3.894	3.985	2.527	2.400	2.567	5.906
Bono GES	-	-	6.250	1.321	2.480	3.454	2.996	3.262
Total	91.324	96.199	109.410	125.552	117.707	141.091	183.791	196.738

El primero, es el ítem Ley de Urgencias, que es relativamente reciente, ya que rige desde que se aprobó esa ley; el segundo, es el ítem camas, que corresponde fundamentalmente a camas críticas; el tercero, a diálisis y otras compras directas que tienen que ver con compras de prestaciones de alta complejidad, respecto de los cuales hay un agudo problema de oferta.

Explicó que lo que aquí se aprecia es que hay un aumento importante de los recursos que se utilizan. Específicamente, entre 2015 y 2016. Los factores que propician dicho aumento son: primero, que en ambos años hubo alertas sanitarias, por lo que hubo autorización para compras de trato directo, a fin de resolver los problemas derivados de esas alertas sanitarias. Segundo, hubo un cambio en la manera de licitar de Fonasa: ya no licitan por cama crítica, básica o privada, sino que por resolución de problemas, que se denomina Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD). Eso significa que en relación con una persona que padece de apendicitis, ya no pagan por el número de días que haya estado hospitalizado debido a esa enfermedad, sino que por el paquete de la resolución de apendicitis. Para ello utilizan el sistema estandarizado internacionalmente que se llama Grupos Relacionados por Diagnóstico. Ese sistema es como el de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), pero clasifica las distintas intervenciones sanitarias, de acuerdo con la complejidad. Por lo tanto, no se paga lo mismo por una apendicitis que por un trasplante, ya que clasifica cuánto pesa cada una de las resoluciones que resuelven las patologías, y lo compara con un promedio de cuánto cuesta una resolución de una hospitalización promedio en el sector salud. Por su parte, hubo un aumento importante en el requerimiento de traslado de pacientes de neonatología, ya que la sobrevida de los niños prematuros extremos ha ido en aumento. Entonces, ahora es usual que sobrevivan bebés que nacen de 600 gramos, pero implica que pasan un tiempo importante en camas críticas. En consecuencia, uno puede esperar que en la medida en que la sobrevida de prematuros extremos siga mejorando, necesitarán más camas críticas neonatológicas, lo que implica un importante problema de oferta en Chile. Cuarto, se han generado algunas movilizaciones gremiales que generaron un agudo déficit de oferta pública. Cuando una persona padece un problema agudo grave, no pueden esperar que la movilización termine para atenderlo, por lo que deben salir a comprar el servicio correspondiente. En la última movilización hubo momentos en que les faltaron hasta 400 camas al día, por lo que andaban desesperados buscando en todo el sector salud dónde derivar

a los pacientes en estado grave. Finalmente, en quinto lugar, han realizado algún apoyo a contingencias de hospitales, como el San José y San Juan, a lo que han apoyado incluso con las Fuerzas Armadas, con las que han instalado hospitales de campaña y otros dispositivos que permitieran subsanar las esperas de hasta ocho horas. También ha habido apoyo en el proceso de traslado del Hospital de Rancagua, lo cual ha sido muy importante, dado que es un hospital grande.

Principales procesos licitatorios de compra de camas. Reiteró que se hace una licitación anual, pues antes se hacía por tipos de cama, pero, ahora se hace por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), que agrupa a los pacientes de acuerdo con el consumo de recursos para determinar el precio. Los beneficiarios son derivados por un establecimiento del Sistema Nacional de Servicio de Salud (SNSS), es decir, la red deriva a los pacientes a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Cama (UGCC); o sea, si un hospital requiere una cama, llama a la UGCC, la que define a dónde va.

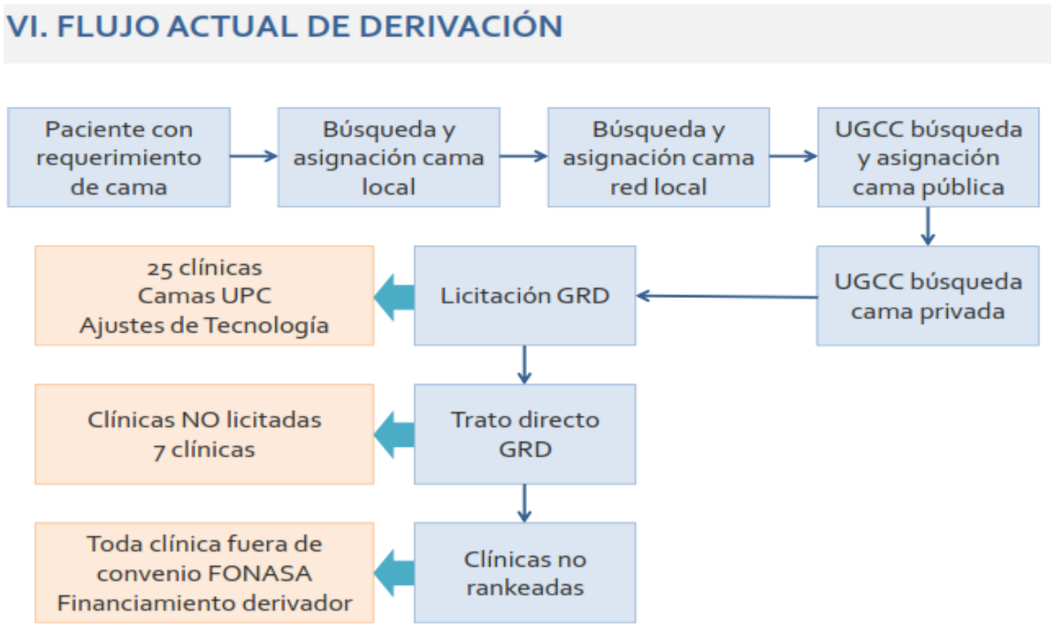
El rol de Fonasa, dijo, es licitar por periodos de dieciocho meses. Los servicios que se contratan corresponden en general a diagnósticos que tienen que ver con pacientes críticos, lo que no implica que para su recuperación y resolución no se requieran otro tipo de camas.

Los criterios de selección al momento de la derivación. Hay diversos criterios, como la existencia del ranking de precios que tiene Fonasa, en que los prestadores están ordenados por dicho *ranking,* lo que se llama precio base; el tipo de paciente, y evitar que ocura que se mande un paciente crítico a un lugar que no tenga UTI; la condición clínica del paciente, para evitar que se envíe a un paciente infartado en estado grave a un centro que no tenga la complejidad necesaria, que es lo mismo que la capacidad resolutiva del prestador; y, finalmente, la ubicación geográfica, que implica mandar a los pacientes a un centro cercano al que viven, porque sería un despropósito mandar a un paciente de Punta Arenas para tratarse en Antofagasta.

Ganancias del nuevo modelo de GRD implementado. Hay resolución integral hasta el alta, lo que mejora la calidad de la atención; ahorro significativo de recursos, ya que el precio del día cama disminuyó, en promedio, de $ 913.360 a $ 827.236 pesos; aumento de diez prestadores respecto de los que tenían antes, de los cuales cinco corresponden a regiones; se evita el rescate y costos adicionales para el hospital de origen, porque uno de los problemas históricos que existen es que los pacientes eran derivados, pero una vez estabilizados, se llamaba al hospital de origen para que los rescatara. El problema es que si el hospital está colapsado hoy, también lo estará mañana, por lo que los pacientes se empezaban a quedar, lo que aumentaba los costos del sector público. Ahora, dijo, se licita el problema hasta el alta. En consecuencia, si el paciente se complica, es un problema del hospital; pero si el paciente es muy bien tratado y sale antes, gana más el hospital. Es decir, hay un incentivo a la calidad de la prestación; se ha incluido tecnologías para la totalidad de beneficiarios; existe un sistema informático automatizado, elaborado por la UGCC, para la derivación a los distintos prestadores privados -en consecuencia, este *software* define automáticamente hacia donde se envía a los enfermos-; el supervisor de la UGCC revisa diariamente las derivaciones, con apoyo a enfermeros de llamados; se realiza informe mensual a las autoridades del Ministerio de Salud sobre los resultados; diversas instituciones efectúan auditorías del proceso –a Fonasa, el Minsal; al Ministerio de Salud y Fonasa, la Contraloría General de la República-;

por último, se cuenta con un alto número de profesionales, quienes deben estar coordinados para que funcione todo lo anteriormente señalado.

Flujo actual de pacientes.



Si el paciente requiere cama, se busca y se trata de asignar la cama localmente. Si se encuentra la cama, se asigna a la red local. La UGCC busca y asigna la cama pública. Si no hay busca cama privada. Esta cama privada está regulada por la licitación del GRD, que realiza Fonasa. Hay 25 clínicas inscritas en el convenio a las cuales se pueden enviar pacientes. También tienen trato directo con algunas clínicas, las que están ubicadas en lugares donde no hay otra oferta, por lo que no queda otra alternativa que realizar un trato directo, que corresponde a 7 clínicas adicionales, que se agregan a la oferta de las 25 clínicas licitadas.

Si no se encuentran camas en el sector público, en el sector privado licitado o en las clínicas con trato directo, los servicios y la UGCC tienen la posibilidad de enviar a los pacientes a cualquier clínica no *rankeada*, pero si mandan a un paciente a una clínica que no está licitada dentro del convenio, el Servicio de Salud y el establecimiento hospitalario se hacen cargo de pagar directamente, y no Fonasa,

La siguiente imagen muestra los oferentes.

OFERENTES ADJUDICADOS LICITACIÓN GRD

RANKING	NOMBRE DEL OFERENTE	REGIÓN	PRECIO BASE OFERTADO
1	SERVISALUD (CLÍNICA LOS CARRERA)	V	2.730.000
2	MUTUAL	RM	2.960.000
3	EDUSALUD	RM	3.665.628
4	CLÍNICA ENSENADA	RM	3.990.000
5	SANATORIO ALEMÁN	VIII	4.350.000
6	CLÍNICA VESPUCIO	RM	4.430.000
7	CLÍNICA COLONIAL	RM	4.500.000
8	CLÍNICA LOS ANDES	VIII	4.600.000
9	CLÍNICA LIRCAY	VII	4.850.000
10	CLÍNICA DÁVILA Y SERVICIOS MÉDICOS	RM	4.890.000
11	HOSPITAL SUR	VIII	4.900.000
12	CLÍNICA PUERTO MONTT	X	4.950.000
13	ISAMÉDICA	VI	4.986.000
14	TABANCURA	RM	4.991.277
15	CLÍNICA CIUDAD DEL MAR	V	5.090.000
16	CLÍNICA REGIONAL LA PORTADA DE ANTOFAGASTA	II	5.099.000
17	CLÍNICA ATACAMA	III	5.150.000
18	HOSPITAL FACH	RM	5.300.000
19	CLÍNICA BICENTENARIO	RM	5.400.000
20	CLÍNICA LAS CONDES	RM	5.548.450
21	CLÍNICA INDISA	RM	5.573.825
22	HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR	V	5.573.890
23	HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE	RM	6.890.000
24	CLÍNICA MAGALLANES	XII	6.900.000
25	CLÍNICA REGIONAL DEL ELQUI	IV	7.890.000

Explicó que las clínicas aparecen en esta tabla ordenadas por rango de precio que va desde $ 2.730.000 hasta $ 7.890.000. Esta amplitud en el rango es producto, por una parte, de la complejidad de los pacientes que los establecimientos son capaces de atender, porque no es lo mismo una clínica que tiene una capacidad de atención de alta complejidad técnica que otra con una capacidad de atención más básica y, por otra parte, con otras condiciones. Por ejemplo, en Magallanes y en Elqui la atención es mucho más cara, entre otras cosas, porque no se dispone de otros prestadores, existiendo allí, en este sentido, una especie de monopolio de la oferta. Por tanto, uno de los parámetros que considera la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) al derivar un paciente, es el precio, además de las otras condiciones mencionadas.

En la lámina, aparecen enumeradas las 25 clínicas oferentes que están en licitación pero, adicionalmente, hay otras clínicas con trato directo, que son: Cordillera, Avansalud, Santa María y el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile en la Región Metropolitana; las clínicas Miraflores y Valparaíso en la Quinta Región, y la clínica El Teniente en la Sexta Región.

Hay una segunda razón por la cual todavía quedan algunas clínicas por trato directo. Explicó que cuando iniciaron la licitación, no todas las clínicas tenían implementada la codificación por GRD, que era uno de los requisitos para participar en el proceso, por lo que en la medida en que estas clínicas han cumplido con el requisito técnico de tener un buen sistema GRD, en esta primera licitación han hecho algunos tratos directos para enfrentar la persistente falta de oferta, pues necesitan tener disponible esta posibilidad para cuando el sector público no logra dar abasto durante el Invierno.

Si se toma en cuenta el tipo de paciente y el destino, básicamente el mayor número de derivaciones corresponde a adultos, luego a pacientes neonatológicos, y luego a pediátricos. En general, las derivaciones de pediatría se concentran en invierno, las de adultos en pacientes críticos y las neonatales en prematuros extremos. Al evaluar por GRD, se observó que también había algunas derivaciones de embarazadas, atendido que se trata de mujeres con parto prematuro y que se derivan porque si el niño que nacerá es prematuro extremo, debe estar en un establecimiento que le dé las mejores probabilidades de sobrevida.

Respecto a las derivaciones, afirmó que el que tiene el mayor número de derivaciones, en 2016, es el Hospital San José seguido del Hospital San Juan de Dios. En general, se observa que hay bastante correlación entre los hospitales con mayor número de derivaciones y aquellos en que ha ocurrido algún tipo de movilización gremial o alguna situación especial. Al final, estas contingencias, también implican un mayor gasto para el sector salud.

Respecto de los prestadores privados de salud, afirmó que el que tiene el mayor número acumulado de casos de derivación es Ensenada, seguido por Colonial, Bicentenario y Las Condes. ¿Por qué? Porque en el ranking tienen más peso y son más baratos, lo que les hace mas derivables, pero si se analiza según el monto de los pagos, el primer lugar lo tiene la clínica Las Condes y el segundo lugar lo tiene la Clínica Indisa, bastante lejos del resto, porque estos establecimientos tienen mayor capacidad para prestar atención en servicios críticos. Por lo tanto, los pacientes derivados a éstos suelen ser los más críticos, como pacientes con infarto agudo al miocardio complicado cuya atención es más cara que la de un paciente al cual hay que operar de colecistectomía. Por eso es que esos cuestan más, precisó.

En cuanto a los hospitales públicos, cuáles son los que reciben pacientes cuando la UGCC busca en la red pública. Mencionó que el establecimiento público de salud que más recibe es el hospital Félix Bulnes, luego el hospital Del Carmen y, a continuación, el hospital Luis Calvo Mackenna en niños. El punto a destacar en esto es que la red de salud actúa de manera solidaria y cuando sobran camas en algún hospital, inmediatamente, se ponen a disposición del sistema para que, si se requiere una cama, se traslade al sistema público primero, y solo si no hay camas disponibles en parte alguna del sistema público, se empieza a buscar en el sistema privado. Hizo notar que cerca del 70% de las derivaciones han sido a camas de pacientes críticos, y en 2016 la cifra fue del 82%.

En otras palabras, dijo, es evidente que el déficit principal de camas es las que corresponden a pacientes críticos, lo que significa que se deben construir UTI, UCI y UTI pediátricas en todos los nuevos hospitales.

En 2014, cuando se compró por trato directo antes de que se implementara la licitación por GRD, lo que sucedió fue que el Ministerio de Salud dictó - mediante decreto N° 121- una alerta sanitaria -el 26 de junio-. La Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través del ordinario CN° 2364, de 17 de julio de ese mismo año, solicitó a Fonasa que, en virtud de la campaña de invierno y la alerta sanitaria, se ampliara la oferta de camas en prestadores privados para suplementar la cantidad disponible por la licitación vigente -en ese momento todavía se licitaba por tipo de cama- para todos aquellos pacientes que fueran trasladados vía UGCC dependiente de dicha Subsecretaría. Para cumplir con lo requerido en esta solicitud y en el marco jurídico de esta alerta sanitaria que

autorizaba, específicamente, hacer tratos directos si se requería con urgencia, Fonasa suscribió con tres clínicas -Colonial, Ensenada y Nueva Cordillera- convenios de trato directo para tener más camas disponibles, y durante ese período se derivó el número de pacientes que la tabla muestra.

	Trato Directo por Alerta Sanitaria año 2014*		
PRESTADOR	N° Derivaciones	Monto efectivo Cancelado	Costo Promedio por Caso
Cordillera	4	8.360.000	2.090.000
Ensenada	190	509.840.000	2.683.368
Colonial	118	553.660.000	4.692.034
Total general	312	1.071.860.000	

Así, a la clínica Cordillera se derivó cuatro pacientes, porque ese convenio se hizo a finales de 2014; a la clínica Ensenada se derivó 190 pacientes y a la clínica Colonial, 118. La tabla muestra el costo promedio del costo de cada uno de los 312 pacientes derivados. En el mismo período, los pacientes que fueron derivados al resto de las clínicas adjudicadas corresponden a un total general de 2.000 pacientes, con un monto total pagado $ 17.712.727.975, cuyo monto promedio por caso fue de 8.699.768 pesos. Indicó que ese es el costo promedio por caso de los tratos directos, que tuvieron en aquellos que estaban licitados por tipo de cama. Es una de las razones por la cual también cambiaron el tipo de licitación al año siguiente, porque ese era un costo promedio altísimo. Una hospitalización por paciente les salía en promedio más de 8 millones de pesos.

En la siguiente lámina está el orden de las derivaciones:

PAGOS REALIZADOS A PRESTADORES ADJUDICADOS LICITACIÓN CAMAS AÑO 2014			
PRESTADOR	N° DERIVACIONES	MONTO TOTAL A PAGADO 2014	MONTO PROMEDIO POR CASO
CLINICA LAS CONDES S.A.	306	4.256.447.537	13.909.959
Clínica INDISA	202	3.097.227.082	15.332.807
SERVICIOS MEDICOS TABANCURA S.A	260	1.606.392.940	6.178.434
Hospital FACH	211	1.281.756.556	6.074.676
CLINICA CIUDAD DEL MAR	95	945.817.610	9.955.975
Clínica SAN CARLOS DE APOQUINDO	93	884.036.712	9.505.771
Clínica VESPUCIO	110	867.817.387	7.889.249
CLINICA DE SALUD INTEGRAL S.A.	61	715.268.749	11.725.717
Clínica LOS CARRERA(Quilpué)	129	657.215.218	5.094.692
HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE	98	488.540.000	4.985.102
Clínica MIRAFLORES (Viña del Mar)	94	448.385.750	4.770.061
Clínica ISAMEDICA	69	441.494.171	6.398.466
Clínica VALPARAISO	66	440.661.602	6.676.691
Hospital Clínico FUSAT	51	408.781.250	8.015.319
Clínica SANTA MARIA	45	408.524.161	9.078.315
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE	19	199.350.000	10.492.105
CLINICA BICENTENARIO SA	26	165.885.000	6.380.192
CLINICA DAVILA Y SERVICIOS MEDICOS S.A.	24	156.870.417	6.536.267
Sanatorio Alemán (Concepcion)	43	127.858.333	2.973.450
Hospital Clínico Viña del Mar	8	43.855.000	5.481.875
CLINICA DEL MAULE	6	28.500.000	4.750.000
CLINICA ATACAMA	1	17.820.000	17.820.000
CAPREDENA - LIMACHE	9	12.382.499	1.375.833
NUEVA CLINICA CORDILLERA PRESTACIONES HOSPITALIZADAS S.A. (*)	8	9.500.000	1.187.500
CAPREDENA - LA FLORIDA	2	2.340.000	1.170.000
Total general	**2.036**	**17.712.727.975**	**8.699.768**
(*)PRESTADOR POSTULO A LICITACIÓN DE CAMAS CON CAMAS BASICAS			

Con respecto a la acreditación para prestaciones GES, señaló que hay un grupo de prestadores privados en convenio, cuya acreditación se encuentra acogida a las excepciones definidas en el artículo 14 del decreto supremo N° 3, de 2016, que es el decreto GES 2016, año en que entró en vigencia la garantía de calidad, que implica que los establecimientos solo pueden hacer atenciones GES para aquellos casos que estén acreditados.

Sin embargo, dijo, hay una excepción en dicho artículo 14 para aquellos que solicitaron acreditación antes del 30 de junio de 2016. Esta excepción comprende las siguientes instituciones: el hospital clínico de la Universidad de Chile, la Clínica Valparaíso, la nueva Clínica Cordillera, la Clínica Miraflores, el hospital clínico de la Universidad Católica, Salud Integral, Clínica Lircay, Clínica Ensenada, Clínica Los Carrera, Clínica Loa Andes, de Los Ángeles; Clínica Hospital del Profesor y Clínica Dávila. Todos esos establecimientos, con excepción del hospital clínico de la Universidad Católica y la Clínica Dávila, no tienen acreditación y están todos acogidos a esta excepción.

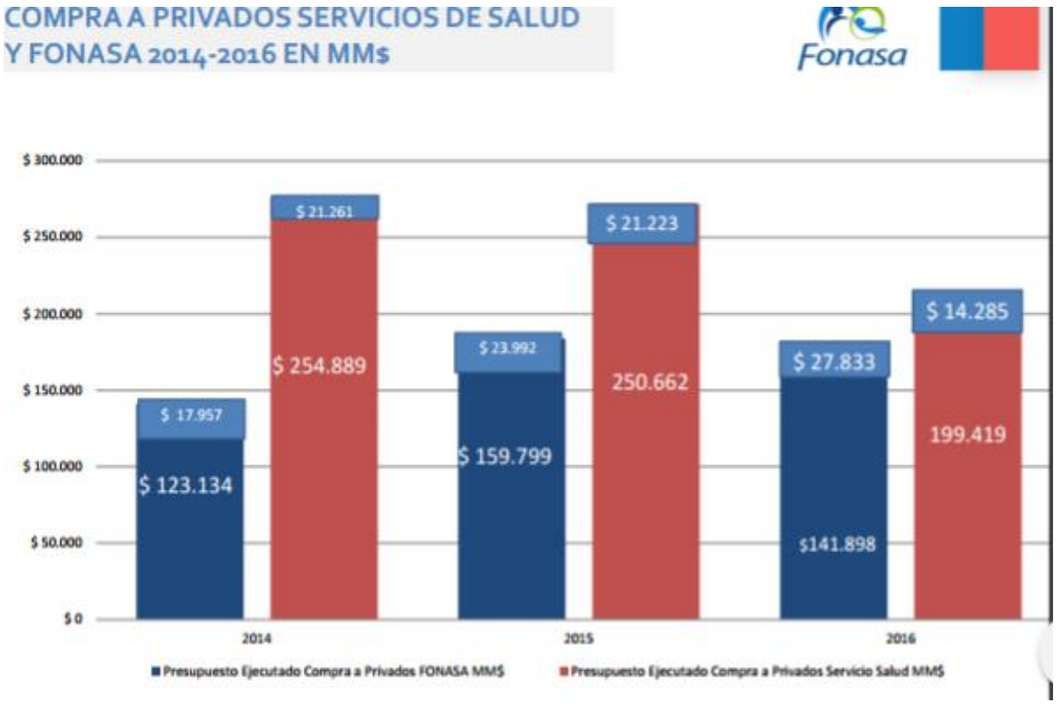
Señaló que están tratando que en el decreto rectificatorio GES, el último que va a salir este año (2016), se contemple una excepción para los hospitales de las Fuerzas Armadas, porque lo que ocurre con dichos hospitales es que la previsión de las Fuerzas Armadas no tiene cobertura para el Auge. Por lo tanto, no se han acreditado. Sin embargo, se ha conversado con sus representantes, señalándoles que se requiere que inicien el proceso de acreditación porque ahí hay otra oferta de camas, que es a precio público, aquel sector público que no está siendo utilizada. Pero además de eso, dijo, en la licitación del Fonasa se especifican las condiciones de entrega de los servicios: que el prestador, para participar en la licitación o para tener un trato directo con

Fonasa, debe contar con una autorización sanitaria de instalación y funcionamiento vigente, otorgada por la autoridad sanitaria correspondiente y, además, cumplir con la exigencia establecida en la normativa sanitaria vigente y con las normas técnico-administrativas de la modalidad institucional, que son las normas que rigen cómo se hace la atención institucional. Por lo tanto, se trata de una cláusula específica en la licitación del Fonasa. Si no cumple, no se puede presentar, y si se presenta, es descalificado. Por lo tanto, no existe ningún prestador privado que no cumpla con este requisito en las licitaciones que efectúa Fonasa.

Hizo presente que Fonasa lleva el registro de todas las audiencias de prestadores privados. No tienen audiencia ni otro tipo de comunicación con prestadores privados que no sea por ley de *lobby*.

Dijo estar en conocimiento que ha habido alguna inquietud por comparar la compra de camas del Fonasa y que hay una compra de camas de los servicios de salud. Explicó que ellos monitorean esto desde el Fonasa, a pesar de que la compra de camas la hacen los establecimientos y los servicios de salud, pero hacen una función de monitoreo. Cómo: todos los años se pide al Mercado Público que les mande la lista de todo lo que se ha comprado en el año y se analiza qué ha ocurrido; ahí no hay sesgo, y es lo más completo que existe.

La siguiente lámina muestra la compra en los años 2014, 2015 y 2016. Se ve la comparación entre la compra que hace Fonasa y la que hacen los servicios de salud. Lo que se aprecia es que la compra que hace Fonasa es de alrededor de un 50 o 60% de la compra que hacen los servicios de salud.

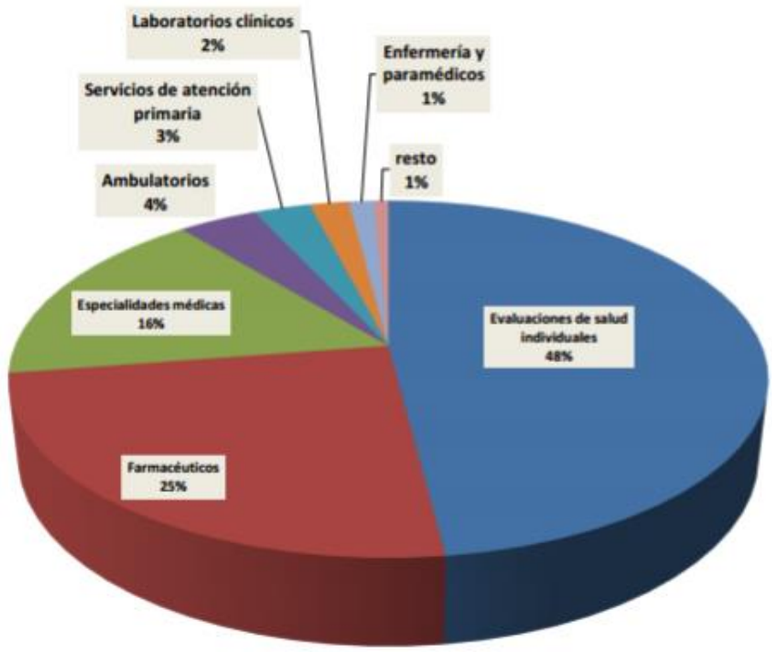


En 2015, el total comprado en el sector salud, es de 488 mil millones. De esa cifra, Fonasa compró el 25%, en tanto que los hospitales compraron el 57%, los servicios de salud el 17% y el Ministerio de Salud el 1%.

Qué significa eso. Significa que la mayor cantidad de compra que se está haciendo al sector privado es a través de los hospitales. Y, qué compran: en global, evaluaciones de salud individuales, 25%; especialidades médicas, 19%; farmacéutica, 9%,. Y dentro del rubro 'otros' está la compra de diálisis, fundamentalmente.

Qué se compra en siete hospitales. Esta es una muestra. Son los siete hospitales mayores compradores.

Distribución de Compra por Área de Salud, 7 Hospitales Mayores Compradores



Fundamentalmente, casi la mitad de las compras corresponden a evaluaciones de salud individuales; el 25% a fármacos; el 16% a atenciones de especialidades médicas, y compras quirúrgicas, y el resto corresponde a prestaciones de carácter ambulatorio, como enfermería, paramédicos y laboratorios clínicos.

Agregó que cuando uno mira las compras según modalidad y ve cómo compran Fonasa, los servicios de salud y los hospitales, se observa que la gran mayoría de las compra realizada por Fonasa se hace por licitación, y cuando se habla de licitación privada, significa que se llama a los prestadores; es decir, hay una lista de prestadores que son invitados, que en general son todos los que existen, y un porcentaje muy pequeño por trato directo.

En el caso de los servicios de salud, hay un porcentaje mayor que es por trato directo, y en el caso de los hospitales, la gran mayoría de la compra es por trato directo, todo lo cual implica que se está comprando de forma desregulada; eso es un problema mayor. Por qué eso es tan importante: pues porque cuando en Chile se creó y se generó Fonasa como seguro, la idea fue separar las funciones: la función financiera del sector, que se hiciera centralizadamente a cargo del seguro público, y la función de prestador, por los prestadores públicos. Ese fue el sentido de la reforma de 2005, en la idea de que una compra mayor es más eficiente, porque se compra mucho más. Desafortunadamente, dijo, en el mismo DFL N° 1, de 2005, se agregó como función del director del servicio respectivo, "celebrar convenios con universidades,

organismos, sindicatos", etcétera, para que estos tomen por cuenta del servicio algunas acciones de salud por vía de la delegación o de otra modalidad de gestión, y el párrafo dos, que es el complejo, señala que "Los Servicios podrán pagar prestaciones en que sean sustituidos por acciones realizadas, mediante el traspaso de los fondos presupuestarios correspondientes u otras formas de contraprestación". En resumen, dijo, se transformaron en contratistas que subcontratan a otras empresas, y eso es muy complejo desde el punto de vista del sistema en su conjunto. Es complejo porque obliga a que tengan una apertura que permite hacer una compra desregulada y que no es a escala: si se compra en un hospital chico, las condiciones en las que se compra son mucho peores que si existe un solo comprador. Es lo mismo que la Cenabast para los medicamentos. Hay que comprar a través de la Cenabast y potenciarla, porque en la medida en que se siga comprando de a poco, el sistema se encarece y se genera deuda.

Luego viene el monitoreo, para determinar si el servicio es correcto y bueno. Se debe monitorear la calidad de los registros, el promedio de diagnósticos, y el promedio de procedimientos. Lo primero que se concluye, en general, es que el promedio de diagnósticos en los establecimientos privados se encuentra por sobre el promedio de establecimientos públicos; promedio de diagnósticos en los establecimientos privados es de 3,9, y el de procedimientos es de 7,3: para un paciente, implica que sale del hospital con un promedio de 4 de diagnóstico, y con un promedio de 7 en procedimiento. O sea, si ingresa por un infarto, sale con diagnóstico de infarto, de hipertensión arterial, de diabetes, lo cual no tiene ninguna connotación de valor.

Pero lo más preocupante es la diferencia de procedimiento, porque los procedimientos son definidos por el médico tratante, y en la medida en que no esté normado qué exámenes pedir, los médicos tienen cierta tendencia a pedir muchos, lo cual no necesariamente sirven todos para el diagnóstico, sino que puede que sirva la mitad y la otra mitad podría habérsela ahorrado si se mira desde el punto de vista económico. Sin embargo, allí entra en juego el criterio médico para definir lo que se debe pedir.

Lo otro que destacó es que saben que el 64% de los egresos hospitalarios se concentran en seis clínicas: Ensenada, Las Condes, Colonial, Bicentenario, Indisa y Tabancura, y lo que muestran los egresos, el porcentaje de *outliers*, que son aquellos pacientes que están mucho más tiempo del que se esperaría si hubiera una gestión de calidad, y también el porcentaje de fallecidos, y lo que se observa básicamente es que en general no hay tremendas diferencias ni en porcentaje de *outliers* ni en porcentaje de fallecidos.

Probablemente, indicó, la clínica que se debe mirar un poco más es la clínica Indisa y un poquito más la clínica Las Condes, pero algunos pacientes se pueden quedar un poco más. Por ejemplo, si un paciente tiene una muerte cerebral, porque hay que buscar hasta que lo logran sacar, ese paciente contribuye a que aumenten los días de estadía. Pero ellos, fundamentalmente, monitorean los indicadores biológicos.

Lo otro que resaltó es que la mayor cantidad de derivación es por ventilación mecánica. Nuevamente se vuelve a que faltan camas críticas y ventiladores, porque están derivando una gran cantidad de pacientes para ponerlos en respirador mecánico. Si se tuviera esta tecnología en el sistema público, podría evitarse la derivación, porque se trata de un paciente que tiene alto costo. Entonces, no basta con construir hospitales, hay que implementarlos, de

manera que efectivamente cubran la oferta que se requiere. Eso con respecto a las camas, acotó.

Hizo saber que lo segundo que se compra es diálisis, y esta compra es compleja, porque no se puede restringir, pues está en el AUGE; por lo tanto, para los pacientes que tienen insuficiencia renal crónica y requieren diálisis, este servicio debe ser comprado. Ahora, se podría decir que la manera de bajar la compra es mejorando el tratamiento al paciente hipertenso y diabético, porque llegarían menos insuficiencias renales crónicas, y mejorando los tratamientos en pacientes que son super añosos, que se pueden manejar con tratamiento convencional. Por ejemplo, si se tiene un paciente de 80 años que padece cáncer, la indicación de ponerlo en hemodiálisis, aunque tenga una insuficiencia renal crónica, es compleja; la guía clínica de insuficiencia renal crónica no ha sido modificada desde 2005; por lo tanto, eso es algo que es urgente hacer. Los centros de diálisis son, fundamentalmente, privados, y más del 50% de ellos corresponden a una multinacional. No más de 1/3 son centros que pertenecen a grupos específicos de médicos.

Desafortunadamente, la participación del sector público se ha mantenido constante; no más del 11% en 2015. A pesar de que ha habido esfuerzos durante años por tratar de aumentar la oferta pública, ha sido extremadamente complejo lograr que esa oferta efectivamente aumente.

En cuanto al monitoreo de calidad, señaló que están conectados todos los centros de diálisis del país, los que reportan los resultados de cada uno de sus pacientes de manera mensual, con indicadores. Primero, una buena diálisis tiene que mantener a los pacientes con una hemoglobina entre 10 y 12 gramos por decilitros; es decir, no pueden ponerse super anémicos; segundo, deben tener una albúmina mayor de 3,5 gramos, es decir, no pueden perder proteínas; tercero, deben tener un acceso vascular con una fístula, en lugar de catéter; cuarto, deben tener un Kt/V mayor o igual a 1,2, que es un indicador específico de que la diálisis está bien hecha; quinto, tiene que funcionar su metabolismo de calcio y fósforo, porque si la diálisis está mal hecha empiezan a distorsionarse y, por cierto, deben tener una mortalidad similar a la que ocurre en las series mundiales. El Kt/V, que es el indicador de calidad de diálisis, promedio país, indica que el 84% de los centros de diálisis cumplen con la norma; es decir, el 84% de los centros de diálisis pueden demostrar que la diálisis es de óptima calidad. El indicador de albúmina, señala que el 86% de los centros cumplen con este indicador de manera óptima. Estos son los que funcionan bien, respecto de los cuales tienen espacio para mejoría. El indicador de hemoglobina demuestra que solo la mitad de los pacientes tienen su anemia controlada. El indicador de calcio y fósforo indica que solo el 20% los tienen controlado. Esto ocurre así en todos los países. Cuando uno empieza a monitorear estos parámetros, dijo, se puede comprobar cómo se van normalizando. Esto no se había hecho antes, agregó.

Medidas para mejorar la eficiencia de la compra de camas. Hizo presente que se está haciendo énfasis en hacer una compra eficiente de las garantías de los problemas de salud GES que les provocan más gastos, como la prevención secundaria de la insuficiencia renal crónica terminal, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Se está llevando a cabo una serie de acciones en el ámbito de la insuficiencia renal crónica, respecto de las cuales se han hecho auditorias; potenciación del tratamiento de peritoneodiálisis en la red pública, y

apoyo e implementación de centros de diálisis en los hospitales públicos y aumento de recursos para trasplante renal.

En cuanto a las medidas concretas, se mantiene la centralización de compra de camas a través del AUGE CC y se sigue licitando todo. Es decir, su visión es que Fonasa no compre nada que no esté licitado. Además, se fortalece el uso del mecanismo de pago por resultados, vigente desde agosto de 2015, para la compra de camas críticas. Las bases ya están en Contraloría General de la República para la toma de razón.

A su juicio, esta es la mejor estrategia para que la compra de camas sea eficiente.

Consultas y observaciones.

Consultada sobre las consecuencias que genera la compra desregulada del sistema de salud y cómo podría manejarse, indicó que hay un aumento de la deuda sectorial, dado que no hay concordancia entre la compra y la oferta institucional y que, al comprar de manera desregulada, hay escasa o nula gestión de precios y de factores comerciales, puesto que la compra es pequeña y, por tanto, no hay un factor de posibilidad de negociar con los proveedores de manera más sintonizada.

En relación con qué hacer al respecto, le parece que hay dos acciones posible o viables: primero, establecer una política de mayor eficiencia en el uso de los recursos, optimizando el gasto derivado de la compra de servicios, para lo cual lo que han hecho y lo que están haciendo es lo siguiente: en primer lugar, han reinstalado los directorios de compra macrozonales, lo que significa que se negocia y se discute sobre las compras a nivel del directorio de compras, en que participan los servicios de salud y también Fonasa.

Qué se dice cuando se habla de estrategias de directorios de compra. Sobre el particular, señaló que los directorios de compra son un mecanismo mediante el cual se asume el control y la pertinencia de las compras de servicios para racionalizar y optimizar el uso de los recursos. Lo que se hace es que se ve cuál es la oferta y la demanda que existe en cada una de las macrozonas y se define cómo se va a hacer la compra, pensando, en primer lugar, en potenciar la compra interna. En concreto, eso significa que si un hospital, por ejemplo, de una región no tiene la capacidad para dar algunas prestaciones, pero sí existen en algún hospital de otra región, que es parte de esa macrored, se refiere primero a ése. También permite tener una mayor claridad de las brechas de oferta existentes en zonas regionales específicas; también se revisan (en esos directorios) los protocolos vigentes para la estrategia de compra. Por su parte, agregó, se determina un mercado de compra más amplio a nivel macrorregional, agregando demanda y regulando precios. Sobre esa estrategia específica, hay una persona en Fonasa que está a cargo y que coordina la estrategia global a nombre del Ministerio de Salud y de Fonasa, en conjunto.

Consultada por las glosas que se agregaron en el Presupuesto, indicó que la primera es la glosa 09, que es la partida del Ministerio de Salud en general que, básicamente, define que el Ministerio tiene que informar trimestralmente dentro de los treinta días siguientes al término del período respectivo en la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, todas las compras efectuadas a prestadores privados por parte de los servicios de salud, individualizándose para cada una de ellas las prestaciones realizadas. Dicho

informe tiene que ser desagregado por servicio de salud y comuna, y tiene que dar cuenta del valor pagado por cada prestación y del mecanismo de selección de cada prestador, así como del estado de pago de las prestaciones otorgadas.

La glosa 01, asociada al subtítulo 21 “gastos en personal”, indica que durante el mes de enero de 2017, la Subsecretaría de Redes Asistenciales determina, mediante una resolución, el valor único por macrozona para la hora de reemplazo de aquellos profesionales contratados mediante ley N° 19.664 y para los contratados mediante ley médica N° 15.076. Todo ello, con el objetivo que no suceda lo que ha ocurrido ahora –señaló-, en que se contrata a profesionales en un servicio y el servicio de al lado contrata 50 pesos más arriba, o 500 y tienen una competencia interna de contratación.

La glosa 02, asociada al subtítulo 22, “bienes y servicios de consumo”, básicamente, indica que los servicios de salud dependientes, los establecimientos de autogestión en red y los establecimientos que se crearon mediante los decretos con fuerza de ley N^{os}. 29, 30 y 31 del Ministerio de Salud, deben aplicar, para la contratación de servicios con sociedades de profesionales de servicio de medicina u otros de similar naturaleza, los procedimientos establecidos en la ley N° 19.886, de bases sobre contratos administrativos de suministros y prestación de servicios, debiendo los profesionales que se contraten como parte de estas sociedades médicas, ser profesionales que tengan la calidad de titular o a contrata en el sistema público de salud; además, los respectivos directores solo podrán contratar por vía de trato directo cuando no sea posible contratar el servicio requerido. Agregó que trimestralmente, todos los servicios de salud y establecimientos, tienen que informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales las contrataciones de servicios a que se refiere el párrafo anterior.

Manifestó que la Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene la tarea de consolidar los informes y remitirlos a la Comisión Mixta de Presupuestos dentro de los quince días restantes. Además de eso, se agrega que los servicios de salud y sus establecimientos, incluidos los autogestionados, no podrán contratar bajo la modalidad de compras de servicios profesionales, la provisión para recursos humanos de jornadas permanentes y, además, al menos el 60% del gasto en medicamentos e insumos médicos, deberán ser provistos por la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y en caso de que exista una provisión de medicamentos de insumos médicos en mejores condiciones de precios a las que acceda Cenabast o por imposibilidad de dicho Servicio de asegurar la provisión de los mismos, las entidades antes señaladas los podrán comprar y deberán remitir los antecedentes a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para evitar los sobreprecios en medicamentos cuando se compran de manera aislada o desregulada.

Ante la pregunta de qué significaría para el sistema de salud incorporar a las clínicas privadas a la red pública del servicio de salud, respondió que siempre se intenta completar la brecha con la oferta pública. Sin embargo, saben que en estos momentos no cuentan con la oferta pública necesaria y tienen una brecha, fundamentalmente, de camas en el sector público que hace que se deba comprar prestaciones en el sector privado.

Hoy, remarcó, se potencia la red pública en lo referido a infraestructura, hospitales, equipamiento y recursos humanos, el plan de recursos humanos, optimizando los polos de desarrollo y las redes existentes. También se complementa la red pública con la red privada y para ello se ha cambiado el sistema de condiciones contractuales, previamente definidas, hacia una condición

de contratos por resolución de problemas más que por días camas u otros. Para cautelar los recursos del sector, opera la compra en la cual se comparte el riesgo, que asegura calidad, con protocolo de referencia y contra referencia.

En relación al impacto de considerar a la red privada como parte de la red pública, hizo presente que tendría que cambiarse el marco legal de Autoridad Sanitaria, porque se requeriría una dependencia más profunda en términos de lo normativo y regulatorio de la Subsecretaría de Salud Pública y de la cartera de provisión de servicios de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y en términos de dependencia de Fonasa respecto de las reglas comerciales y financieras, lo que en la práctica significa precios públicos y, eventualmente, financiamiento público. Lo que sí se puede plantear, comentó y que es factible, es contar con una red integrada funcionalmente, desde el punto de vista privado y público, si los mecanismos de compra son con una mirada pública. Es decir, que se generen los mismos incentivos y se acerquen los precios lo más posible en base a los aranceles de Fonasa, que es lo que hacen. Cuando compran al sector privado asumen que el arancel es igual al público, más 30%, que incluye los gastos fijos, más 10% que asumen de ganancia. A su juicio, más allá de eso significaría la necesidad de cambio legal del DFL N° 1, de 2005.

En cuanto a la consulta efectuada sobre diálisis dijo que las razones de por qué no hay ajustes de precios y no se toman en cuenta el transporte y otros gastos, es porque de acuerdo con los últimos estudios de costos disponibles de 2011, de la PUC para diálisis (porque tienen estudios más recientes para la gran mayoría de las prestaciones, alrededor de 2.500 de las 5.000 que están en todos sus aranceles, todos actualizados al 2016), el valor de la canasta se ajusta adecuadamente al precio del arancel vigente. Cada año se reajusta el precio de diálisis de acuerdo con el inflactor para modalidad institucional. Para 2017 es de 3%.

Respecto del transporte de las personas que se someten a diálisis, señaló que efectivamente es un problema. El Fondo Nacional solo puede financiar las prestaciones que están señaladas en el decreto GES; por lo tanto, si no está contemplado en la canasta el traslado, no lo pueden financiar. Actualmente, el decreto GES solo garantiza el transporte de personas con urgencia vital. Por eso, están colaborando con la División de Atención Primaria del Minsal respecto de un estudio de costo para saber cuánto significaría trasladar a estos pacientes en hemodiálisis para incorporar en el proyecto presupuestario, dicho monto, en la partida de atención primaria, para que las comunas puedan apoyar directamente el traslado de sus pacientes, no solo de pacientes en diálisis, sino ampliarlo a pacientes crónicos que tengan dificultades para acceder a la atención en su comuna.

También se le preguntó por qué no se aumenta el número de personas dializadas en la misma relación que el gasto, a lo cual informó que, en general, las prestaciones de salud crecen más en precio de lo que crece el PIB y el resto de las cosas. En los últimos años han tenido 7% de aumento anual de personas y 9% anual en gasto; la diferencia se explica por el reajuste anual de precios para incorporar el aumento de costos.

Con respecto a la diálisis, también se le preguntó si, según los datos que se manejan, existe aumento de diálisis como nicho de negocio. El incremento de pacientes que ingresan anualmente es de 7%, por varias razones: cambio de perfil epidemiológico de la población con un aumento de las enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión; el 90% de los casos que llegan con

insuficiencia renal crónica corresponde a pacientes cuyo problema primario es la diabetes o la hipertensión.

Al observar qué estaba ocurriendo con la indicación de diálisis, se hizo una auditoría en 2016, en conjunto con la Superintendencia de Salud. Se detectó la existencia de dificultades en la indicación de diálisis, entre otros, porque no estaban claramente especificados algunos grupos, por ejemplo, el grupo de pacientes mayores. En base a esto, se originó una completa revisión de la normativa vigente: guías clínicas no actualizadas desde el año 2005; decreto GES de 2016 con problemas; normas técnico-administrativas para manejo de enfermedad renal crónica; y el reglamento de los centros de diálisis. Lo anterior, para poner el incentivo en un mejor tratamiento previo a la llegada de la indicación de diálisis y cambiar hacia una garantía de enfermedad renal crónica más que a la garantía netamente focalizada en diálisis.

Señaló que es sabido que el sector público históricamente no ha absorbido toda la demanda de pacientes que requieren diálisis. Actualmente, no más del 10% de los pacientes se dializa en el sector público. Por lo tanto, dado que esto es GES, tienen que completar la oferta pública con la privada, realizándose el 90% de la compra en el sector privado. Lo que hacen es garantizar el monitoreo de la calidad del tratamiento, a través de indicadores biológicos que implementaron este año. Es decir, indicadores que tienen que ver con los resultados en los pacientes, más que indicadores que tengan que ver con que si las mangueras están bien puestas, si los equipos miran al sur o al norte.

Lo señalado demuestra que se han hecho esfuerzos por aumentar las diálisis en el sector público, y aumentar la frecuencia de la diálisis peritoneal. Sin embargo, ha sido difícil lograr ambos objetivos. En realidad, se ha tenido poco éxito, a pesar de que se ha puesto incentivos (como pagar por adelantado para que se hagan los cambios en infraestructura para instalar diálisis). La última idea es conversar con alcaldes para ver si apoyan a nivel comunal con centros de diálisis.

Con respecto a las camas. Por qué la compra de camas disminuye a 4.200 millones en 2013 y luego aumenta tanto. Las razones son muy claras, dijo, en junio de 2012 concluyó la licitación de día cama que existía, que hicieron entre 2010 y 2012 para esta prestación, pero Fonasa adjudicó la nueva licitación un año después, en junio de 2013, y la Contraloría tomó razón de los convenios el último período del trimestre de 2013 y en el primer trimestre de 2014. En la práctica, eso significó que toda la derivación en el período enero y julio de 2013 fuera comprada directamente por los servicios de salud, y que el resto, aquello de lo que no se tomó razón, fue comprado directamente. Entonces, lo que ocurrió no fue que el gasto haya disminuido, sino que el gasto en la compra directa a Fonasa disminuyó, pero este se trasladó al de los servicios de salud. En 2014, Fonasa retoma la mayoría de esas atenciones y paga mucho de lo que ya se había hecho mediante compras centralizadas en 2013, debido a que no estaban en toma de razón, el cual con posterioridad se estabiliza.

Respecto del aumento de listas de espera y de la compra derivada del paro de funcionarios, el cuadro que se muestra a continuación representa el total de cirugías y consultas de especialidades suspendidas por día a nivel nacional: desde el miércoles 26 de octubre al martes 15 de noviembre hubo un total de 9.399 cirugías electivas no realizadas y 43.076 consultas de especialidad suspendidas o no programadas.

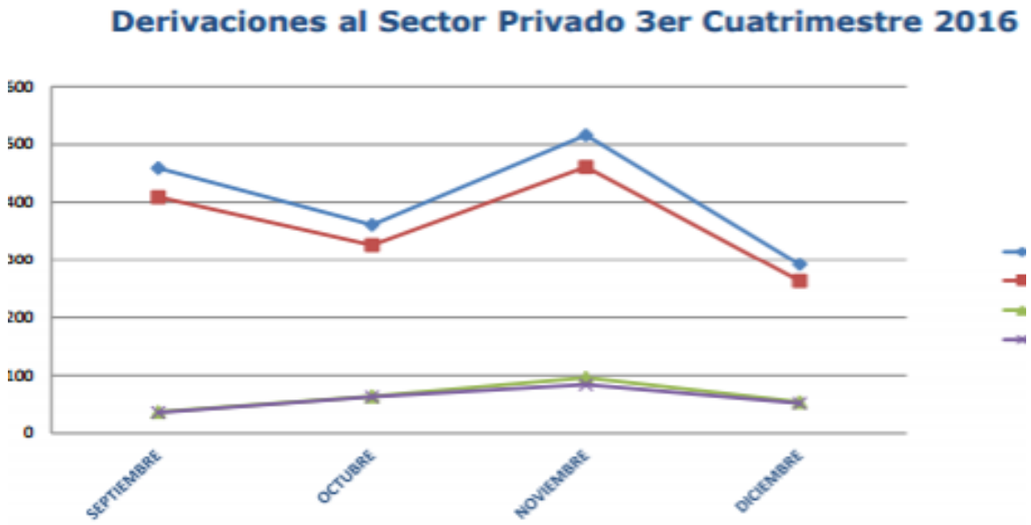
Total cirugías y consultas de especialidades suspendidas a nivel nacional (Piñera)

Fecha	Número de Cirugías electivas no realizadas (suspendidas o no programadas)	Número de consultas de especialidad suspendidas o no programadas
Miércoles 26/10	710	2.490
Jueves 27/10	769	3.117
Viernes 28/10	767	2.689
Miércoles 2/11	811	4.245
Jueves 3/11	552	2.989
Viernes 4/11	813	2.499
Lunes 7/11	620	2.573
Martes 8/11	653	2.591
Miércoles 9/11	734	3.491
Jueves 10/11	769	3.700
Viernes 11/11	644	2.877
Lunes 14/11	796	4.330
Martes 15/11	761	5.485
Total	9.399	43.076

El efecto, en ese mes, fue un aumento de los retrasos en las garantías GES en alrededor de 3.000, y en estos momentos están retomando la estrategia que tenían previamente, la que ha sido reforzada para seguir la curva de disminución que se vio truncada.

En cuanto a las otras consultas que se formularon, indicó que una de ellas -de la diputada Karol Cariola-, en relación con el Hospital San José, para que explique a qué se refiere con que el aumento en las listas de espera y las compras hayan sido derivadas en parte y por qué conectaron el aumento de las compras y de las listas de espera al paro, señaló que en el caso de ese hospital los servicios más afectados fueron el de urgencia y de neonatología, razón por la que se debió derivar a pacientes al sector privado. También, fueron afectados el servicio de imagenología, los pabellones y el consultorio de especialidades, y el total de derivaciones del Hospital San José en el mismo período, solamente para los casos mencionados, fue de 2 en el período de la semana 43 a 45 en 2015, y de 79 en 2016.

En la siguiente lámina se pueden observar las derivaciones por mes. Se aprecia la curva de derivaciones al sector privado para el total de derivaciones, la que se representa en color azul, para el total de derivaciones por GRD, que está en rojo, para el total de derivaciones del Hospital San José y para el total de derivaciones en GRD de ese recinto hospitalario. Lo que allí se aprecia, desde el punto de vista de las fechas, es que se produjo un aumento en el período del paro.



Afirmó que también tienen evidencias de las consultas de especialidades y procedimientos de imagenología suspendidas: en atención dental se suspendieron 185; en gastroenterología 118 prestaciones; en traumatología, 100, y en procedimientos de diagnóstico, escáner y ecografías, se suspendió el servicio durante dos semanas completas.

En la próxima lámina figura el aumento de las garantías rechazadas debido al paro de funcionarios. Se observa que llegaron a la cifra mínima, de 2.656 en agosto; en septiembre hubo un pequeño aumento, pero se produjo un salto muy importante entre octubre y noviembre, de 2.832 a 3.067. Indicó que –a la época de la sesión- se monitoreaba la situación. En realidad, han concluido que se debe llevar a cabo casi un monitoreo diario de las garantías para que tengan la derivación cuando corresponde y la alerta inmediata para que puedan hacer la compra, en el caso de las garantías vencidas.

Hizo saber que el sistema del segundo prestador se utiliza para mitigar las garantías retrasadas, mediante la compra directa a Fonasa, y en ese aspecto se puede observar que el efecto del paro es evidente. El aumento que hubo entre octubre y noviembre, de 27 a 81, es solo comparable al *pick* anterior, que se produjo cuando estaban en plena campaña de invierno, con el mayor rebase de todos los servicios, en todo el resto hubo un aumento muy evidente.

Respecto de GRD, se les consultó si todavía tienen licitaciones por cama o si están todas bajo el modelo GRD. Ante esa pregunta, expresó que Fonasa actualmente no tiene licitaciones día cama, de allí que todas las derivaciones de pacientes críticos se realizan a través de la UGCC y su mecanismo es por GRD.

En cuanto a por qué hay diferencias en los precios base ofertados, indicó que eso se produce porque en el proceso de licitación pública por GRD la oferta de cada prestador se lleva a cabo sobre la base de dos aspectos, la complejidad de su capacidad resolutiva y la completitud de su cartera de servicios. Por lo tanto, si un hospital tiene una cartera de GRD poco compleja y solo un grupo etario, su precio base es distinto que el precio base de un hospital o de un establecimiento privado, que tiene una alta complejidad de su cartera y que, además, por ejemplo, tiene neonatos y UCI, entre otros servicios. Es así como los establecimientos cuya cartera de servicio es más específica y menos compleja tienden a tener precios base menores que aquellos establecimientos cuya cartera de servicio abarca una mayor diversidad, tanto de tipo de pacientes: adulto, neonato y pediátrico, como tipo de resolución: médico y médico-quirúrgico.

Respecto del pago por GRD, se les preguntó por qué habían incorporado a la Clínica Ensenada, cuáles fueron las condiciones y qué ocurrió en ese caso. Recordó que en 2014 la Subsecretaría de Redes Asistenciales les solicitó formalmente ampliar la cartera e incorporar a todos aquellos prestadores privados, porque estaban en una situación de alerta sanitaria. En base a ello, ese año ampliaron la cartera en tres clínicas. En 2015 establecieron la licitación pública por GRD y cambiaron el mecanismo de pago por día cama a pago de resolución del programa completo. Se adjudica a 25 prestadores, entre ellos la Clínica Ensenada. Tanto para la suscripción del trato directo como para adjudicar la licitación, era requisito contar con autorización sanitaria. Para la Clínica Ensenada, dicha resolución es la N° 027154, de 18 de julio de 2014, otorgada por la Seremi de Salud de la Región Metropolitana.

En relación con la acreditación, dijo que dicha institución se encuentra acogida a la excepción establecida en el decreto N° 3, artículo 14, del decreto AUGE 2016. Previo a esto, no existía la garantía de calidad, en términos de acreditación, por lo que no era exigible. Por tanto, al momento de su postulación y posterior adjudicación, esa institución cumplía con la normativa vigente. La compra de servicios para esa institución corresponde a resolución de patologías agudas o agudizadas de paciente adulto en estado crítico, que requiere atención médica. Eso es lo específico que se compra. Precisó que no es la única clínica en esta situación. Al ver el listado de todos los hospitales bajo la misma excepción, algunos de ellos se mantendrán en el decreto modificatorio GES, que entiende que está en tramitación.

Ahora, por qué el Hospital Clínico de la Universidad de Chile actúa como privado, en circunstancias que es público. Para responder, mencionó que la letra b) del artículo 3 de la ley N° 19.886 excluye de la ley de compras públicas los convenios que celebren entre sí los organismos públicos enumerados en un

artículo específico. Por su parte, el artículo 29 del decreto ley Nº 3.529, de 1980, excluyó a la Universidad de Chile de la aplicación del decreto ley Nº 1.263, de 1975, Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado. En la práctica, significa que la Universidad de Chile, pese a ser un organismo público, no está eximida de la aplicación de la ley de compras públicas por las prestaciones de salud que otorga en Fonasa. Por lo tanto, para estos efectos, deben tratar a la Universidad de Chile como inserta en el marco regulatorio de la ley de compras públicas, lo que significa que debe postular como todos.

Respecto de la Clínica Ensenada, se le preguntó si se separaba la compra de camas de la compra de servicios. La compra de camas a la Clínica Ensenada, o a cualquier otra, realizada por Fonasa corresponde a la modalidad de compra por GRD, que significa el pago de un monto calculado de acuerdo con la complejidad del caso, que incluye todos los servicios, como exámenes, cirugías, medicamentos, que el paciente requiera desde su ingreso hasta el alta.

Sobre cuándo se eligió a la Clínica Ensenada, qué tiempo de acreditación tiene, por qué se eligió, cuándo fue la última vez que se acreditó y cuál es el detalle de los servicios que se están comprando. Indicó que en 2014, el Ministerio de Salud dictó alerta sanitaria mediante el decreto N° 121, de 26 de junio. Adicionalmente, la Subsecretaría de Redes Asistenciales solicitó a Fonasa, en virtud de la campaña de invierno y de la alerta sanitaria decretada, que contratara oferta adicional de camas a prestadores privados. En cumplimiento de esa solicitud, Fonasa suscribío convenios bajo la modalidad de trato directo con 3 clínicas: Colonial, Ensenada y Nueva Cordillera, con objeto de tener más camas disponibles. Recalcó que el *ranking* para hacer la referencia se elaboró fundamentalmente a precios y cartera; están por orden de precios, y la derivación de todos los pacientes corresponde a la unidad de gestión centralizada de camas. Fonasa no tiene ninguna injerencia en cómo se derivan los pacientes.

En cuanto a cómo se comportan los hospitales Barros Luco y Padre Hurtado en relación con compra a sociedades y cómo se compara con los otros. Señaló que Fonasa cuenta con la información de compras públicas que le entregó Chile Compra para 2015 y hasta mayo de 2016. De eso, el total de compras efectuadas a sociedades medicas por los hospitales Barros Luco y Padre Hurtado representa 3,53% y 0,035%, respectivamente, del total de las compras, ocupando los lugares 7 y 91 a nivel nacional, respectivamente.

Frente a varias consultas sobre la compra de camas a Clínica Ensenada; su funcionamiento; grado de complejidad en la atención y alta mortalidad, la señora Vega señaló que en salud hay separación de funciones y a Fonasa le corresponde comprar de acuerdo con las leyes vigentes y en base a licitaciones públicas o trato directo en el caso de concurrir medidas excepcionales. En las leyes vigentes se establece que tienen que comprar por licitación pública y el requisito para que un proveedor acceda a una licitación pública es contar con autorización sanitaria o, desde que entró en vigencia el decreto, en junio del 2016, estar acreditado o excluido de la acreditación de dicho decreto. Lo descrito, recalcó, es la función de Fonasa, de acuerdo con la ley, y ellos le dan cumplimiento.

Se le consultó si ha visitado la Clínica Ensenada, a lo que respondió que no y argumentó que ella no visita las clínicas, porque no es su rol. Su función es comprar como corresponde y realizar el ejercicio financiero para cuidar los recursos del Estado destinados a salud.

A la pregunta si cree que la glosa presupuestaria solucionará el problema, dijo que su respuesta es no. Considera que solo es posible solucionar el problema si Fonasa, a nivel país-Estado y no a nivel coalición de gobierno, tiene las atribuciones que se fijan en el DFL 1 de la ley del 2005, que establece que Fonasa compra para el sector público de la misma manera como Cenabast adquiere los medicamentos. Eso se ha vulnerado a través de un resquicio, pues la norma señala que los servicios pueden -en algunas ocasiones- comprar prestaciones, si se requiere. Eso ha llevado a realizar una compra que, en estos momentos, es muy difícil de garantizar.

Indicó que discutieron la glosa respectiva (en la cual se establece como requisito para poder efectuar la compra a un prestador privado, que sus integrantes sean a su vez funcionarios públicos), sobre todo, la que se agregó con un fin restrictivo para que las personas tuvieran que ser funcionarios y entiende el motivo. La idea es que la gente no se vaya y se le compre igual. Agregó que, por otra parte, el problema surge porque los mecanismos de compra son distintos y si trabajo con dos sistemas de compra -la mitad de una jornada a salario y la otra mitad por prestación, por *service* es lo más ineficiente que hay-, lo que ocurrirá, dijo, es que se va a tender a disminuir la jornada lo más posible para que le paguen *fee for service*. Por eso, están implementando el modelo GRD, mediante el cual al menos pagan por resolución.

No obstante, a su juicio, lo que se tiene que hacer, desde una política de Estado, es generar los mecanismos para que el seguro público cumpla el rol que le corresponde por ley desde el 2005, el cual que no ha sido completamente implementado.

Frente a varias consultas, la señora Vega (doña Jeanette) reiteró que todas las licitaciones que hace Fonasa son públicas. En la sesión anterior se mostró la diferencia entre las licitaciones cuando compra Fonasa que cuando compraban, en algunos casos, los establecimientos hospitalarios. Todas las licitaciones que hace Fonasa tienen toma de razón por parte de la Contraloría General de la República. No existen las licitaciones de Fonasa que no estén sujetas a toma de razón por dicho órgano contralor. Todas se enmarcan dentro de la ley de Compras Públicas.

En consecuencia, señaló que no existe ninguna irregularidad en la manera como compra Fonasa. El resto son interpretaciones de situaciones particulares.

Se le preguntó si existen los convenios marco, a lo que respondió que sí. En primer lugar, dijo, no se compra nada fuera del marco de la ley de compras públicas. Por ejemplo, lo de diálisis es un convenio marco. Usan los mecanismos de convenios marco, de licitaciones, la modalidad de gran compra, etcétera. En segundo lugar, se licita por cartera de servicio y por precio; en general, se da puntaje dependiendo de la cartera de servicio y del precio y, una vez licitados todos los servicios, ese es el número que está disponible y es lo que se manda a la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, la cual “destina” al lugar que ellos estimen conveniente. Insistió en que no tienen atribuciones de discriminar en una licitación si cualquiera clínica o establecimiento cumple con los requisitos legales para participar en una licitación pública. Dichos requisitos son que tenga acreditación sanitaria (porque se supone que eso da garantías sanitarias para el funcionamiento de una clínica). De lo contrario, no podría funcionar. Entonces, mal podría Fonasa ver si la autorización sanitaria que le

dieron corresponde o no (aludiendo a Clínica Ensenada). Ese no es el rol de Fonasa, sino de la autoridad sanitaria.

Y, tienen la facultad para subir los estándares de las bases, es decir, podría, por ejemplo, el mandante respectivo exigir que toda clínica, aunque cuente con acreditación sanitaria, tenga sistema de rayos, banco de sangre u otra cosa que tenga relación con lo que estoy comprando para dar mayor seguridad a los pacientes. La señora Vega (doña Jeanette).- respondió: así es, y no solo para eso. Por ejemplo, dijo, en la licitación de diálisis, que corresponde el mayor porcentaje de compra directa de Fonasa, alrededor de 170.000 millones, este año otorgaron un valor especial al *ranking* de indicadores biológicos, que es un *ranking* que no dice relación con cuántas diálisis se llevan a cabo, sino sobre cómo están los parámetros biológicos de los pacientes que se someten a ese procedimiento.

Reiteró que según sus datos no hay diferencia sustantiva de mortalidad entre las distintas clínicas a las que les compran cuando uno ajusta por complejidad de cartera. Eso es lo que muestran sus datos.

En la tercera oportunidad en que fue citada (15 de mayo de 2017), la Directora de Fonasa dio respuesta a varias respuestas que habían quedado pendientes en la sesión anterior a la que ella había asistido, o que han surgido en el trascurso de la investigación.

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. Manifestó 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 Fonasa, que explicita tres tipos de requisitos.

El primero es el tipo de camas, que 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 resolutiva específica del prestador, de acuerdo a su cartera de servicio; el segundo principio es la ubicación geográfica del paciente a derivar, y el tercero, el precio base de los prestadores contratados por Fonasa. Como ejemplo señaló un hospital de la Región Metropolitana que 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 resolutiva 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. Esa es la manera, precisó. 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.

Se le preguntó si el modelo de resultados de marcadores biomédicos es acorde con el financiamiento que como país se destina a fines sanitarios, sobre todo en salud pública y gestión de camas, y si ha dado resultados.

La señora Vega dijo creer 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, dijo no saber si este mecanismo es el más adecuado. Se podría plantear un mecanismo automático, en el cual se ingresaran los algoritmos a un sistema informático, como el sistema RightNow que se está aplicando por Fonasa para determinadas situaciones. 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, explicó.

Consultada si gestionar núcleos de desarrollo regionales facilitaría el mecanismo de compra de camas, respondió que sí, que 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 los núcleos regionales no necesariamente dan abasto para las necesidades. Por lo tanto, hay que avanzar en generar más oferta a nivel regional.

Preguntada si ha habido nuevas negociaciones entre Fonasa y el sector privado, la señora Vega afirmó que lo que han cambiado es la manera en que se compra. Actualmente compran por medio de licitaciones públicas que tratan de hacer una vez al año, o una vez cada un año y medio, dependiendo de cuándo vence la adjudicación anterior. En ellas invitan a participar a todo el sector privado, cuando se rebasa el sector público. No se trata de que compren de manera independiente, sino solo cuando se rebasa el sector público. Desde ese punto de vista, en el proceso licitatorio introdujeron la compra por resultado y hasta ahora acumulan un ahorro de alrededor de 14% para el mismo tipo de diagnóstico. Eso no significa necesariamente que estén 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 están ahorrando aseveró.

Frente a varias consultas, la señora Vega aclaró que cuando habla de compras, se refiere 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 Explicitas 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, lo hacen 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 la adjudican.

Ahora bien, complementó que en el caso específico de los requisitos del proceso (en el anexo 1, que ofrece remitir), 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, dijo, no puede dejar fuera ningún establecimiento que cumpla con la autorización sanitaria, porque podrían declarar la licitación desierta. Además, hasta donde sabe, 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. Afirmó que no es su ámbito, pero eso es lo que se exige por ley en términos de autorización sanitaria.

Se le consultó si la Clínica Ensenada es la clínica que recibe más pacientes críticos, más graves, con mayor riesgo de muerte, y a pesar de eso figura con un menor costo de servicio, quién certifica a Fonasa que esa clínica cumple con los requerimientos para recibir a ese tipo de pacientes?

La señora Vega, respondió que desconoce lo señalado sobre la Clínica Ensenada. Pero sí puede afirmar que los pacientes que recibe la mencionada Clínica son pacientes con menor grado de criticidad que los que van, por ejemplo, a la Clínica Las Condes. Además, dijo, ellos enviaron un análisis detallado, causa por causa, y que responde a esta pregunta, 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, la Unidad Gestión Centralizada de Camas (UGCC), si es que manda más pacientes a la Clínica Ensenada, ello ocurre 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, aclaró.

Se le comentó que la UGCC habría afirmado que ellos no hacen derivación fuera del ranking confeccionado por Fonasa, a lo que la señora Vega respondió que a este respecto ellos han 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 tienen tres derivaciones por un convenio privado del Ministerio de Salud. Por lo tanto, dijo, 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 concluyó.

Consultada sobre las razones por la que no se están derivando pacientes a la Clínica Colonial, explicó que ahora están en el proceso de adjudicar la licitación que viene. Entonces, en diciembre entraron las bases a Contraloría General de la República y se logró sacar en marzo. El 10 de marzo venció el convenio con la Clínica Ensenada y el 30 de abril con la Clínica Colonial. Las otras todavía no vencen; por lo tanto, a las otras se les continúa derivando pacientes.

Indicó que 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.

Consultada por las tercerizaciones que se realizan por los prestadores adjudicatarios, **la señora Cecilia Morales, Jefa de Compras de Fonasa,** hizo saber que 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.

Tras varias consultas referidas al tema financiero global del sistema, la señora Vega recordó que cuando ellos partieron, durante la primera licitación para poder armar el sistema, que es la que todavía está rondando, tuvieron 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 otras cosas. Por lo tanto, el único dato que tenían en ese momento era el valor de la norma GRD promedio en el sector público, que era alrededor de 1.500.000. Entonces, hicieron una estimación inicial en base a los datos que se tenían en ese momento, que les dio una cifra de alrededor de 3.000.000. Entonces, pusieron como rango que se podían pasar del precio base, pero no más de dos veces, y que debían justificar. 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? Hubo clínicas que, en términos del costo, salieron perfectas en el sentido que tuvieron una pequeña ganancia, pero que en realidad ganaron más bien por volumen. Ejemplo de esto es la clínica Las Condes. Esa Clínica calculó un precio base de 5.500.000, y para la cartera que tiene, es un precio bueno, porque todos son pacientes en estado gravísimo. Por lo tanto, ellos están ajustados a cartera y a riesgo. Ahora, dijo, eso lo supieron después, cuando tuvieron el análisis de lo que habían enviado. En ese momento, vieron 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 monoproveedoras, es decir, las únicas que existen, decididamente subieron mucho el precio.

Por tanto, en la segunda licitación, que es ahora (expone en mayo de 2017), corrigieron todos esos factores. Se pusieron mucho más estrictos, porque ahora tienen una idea. Pusieron criterios adicionales y también bandas. A pesar de eso, hubo algunas que quedaron afuera de la primera. Como anécdota, comentó 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? Le tuvieron 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 señora Cecilia Morales complementó, señalando que con la experiencia que han recabado durante este año y medio de funcionamiento, tanto por parte de ellos como por parte de los prestadores, establecieron que hay dos grupos de pacientes que se derivan a prestadores privados: hay un grupo, que es el mayoritario, de pacientes complejos -todos pacientes de 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 les da GRD, les da como resultado un peso relativo, que es una medida de la complejidad del paciente, de una mediana complejidad.

Hay otro grupo de pacientes, dijo, minoritarios en volumen, de muy alta complejidad, con 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 se hizo 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 han podido hacer en la medida en que han podido analizar toda la casuística y ver que una gran cantidad de sus 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.

La señora Vega, agregó que lo planteado por la señora Morales es lo que ocurrió, por ejemplo, en el caso particular de la Clínica Elqui.

Añadió que esa es la gracia que tienen los GRD, cual es que las clínicas o los hospitales se van concentrando y tienen el mejor rendimiento en su complejidad. Es decir, si tiene 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.

Lo anterior ha permitido visualizar el orden en la cartera y en los precios, y los prestadores han podido también tener claridad sobre los precios. Se pudo determinar también los precios de las camas públicas, las que se encuentran subvaloradas en 1.500.000, no obstante que han debido pagar 2.000.000. Esto último motivó oficiar a la Ministra de Salud, solicitándole que sea cambiada la norma de GRD de 1.500.000 a 2.000.000, atendido el estudio efectuado, que transforma en más realista el precio.

Aclaró que ello dice relación con 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, en cuanto a cuánto cuesta el paciente que tiene cáncer y el que tiene un resfrío, se trata de una información que da el peso relativo.

Hay dos preguntas claves en esta materia: 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 sus colegas, que significa que se contratan un rato por salario y otro rato por compra. Por lo tanto, lo que le cuesta está distorsionado, porque un porcentaje lo pago a valor prestación, que es la manera más ineficiente en que uno puede pagar. Entonces, dijo, 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 le sale más caro. Esa es su 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 están proponiendo este año cambiar el presupuesto de histórico a GRD. En estos momentos tienen una simulación completa del cambio presupuestario a GRD para los 62 hospitales. Por cierto, dijo, 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, dijo, lo que ocurre en los países en que esto se hace es que, más o menos, el 70% 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 tienen 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, que es compra privada en establecimientos públicos, el factor distorsiona la ecuación. Por lo tanto, como conclusión: si queremos avanzar en cambiar el modelo de financiamiento y de hacerlo más eficiente, debe existir un cambio global; no basta con un pedacito o el otro. Hay que mirarlo de manera global, porque si no se cae por algún lado.

Por otra parte, según su 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, pero la provisión siempre es mixta, porque no existe país en donde solo pueda proveer el sector público. Este problema lo tiene todo el mundo, puntualizó.

Añadió que 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, dijo, porque como se debe garantizar que las personas no se enfermen -está todo lo promocional y lo preventivo-, lo que se hace es capitalizar el 70% y poner el énfasis en el 30% restante; juega por resultados. La capitalización no significa que no se preocupen 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 creen 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 se ha tratado de avanzar en esa dirección. Cuando dicen que su segundo objetivo estratégico es cambiar la manera en que Fonasa compra, se refieren a eso, y hacia allá van, afirmó.

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

Cree que la gran reforma de la salud que viene dice relación con la reforma de lo que denominan 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 compran, pero para eso se necesita una discusión mayor.

El tema de fondo, concluyó, es qué pueden hacer con los pacientes en espera. ¿Tenerlos de rehenes de un sistema hasta que se vea cómo se resuelve la situación? Por lo tanto, ordenar el tema de la salud es una urgencia país.

El estudio fue licitado, y finalmente se lo adjudicó y efectuó la Universidad Católica.

-- Jefa de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, señora Patricia Navarrete.

Explicó que 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 la red de establecimientos hospitalarios del servicio público, cuando dicha red local ha agotado su propia gestión. Para ello, dijo, existe un modelo que se ha diseñado desde el Ministerio en conjunto con los servicios para ver cómo abordar esta necesidad. Señaló 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.

Recordó que esta Unidad nació en 2009, para la gestión de camas críticas. Sin embargo, a corto andar, tuvieron que gestionar otro tipo de camas, razón por la cual cambiaron el nombre a Unidad de Gestión Centralizada de Camas, UGCC.

Indicó que previo a la creación de la UGCC en 2009, las autoridades carecían de un monitoreo de las urgencias hospitalarias; muchas veces, 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 el sistema. Por otra parte, dijo, 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. Los hospitales gastaban, sin tener claridad de lo que estaban invirtiendo, en estos traslados.

Mencionó que, con posterioridad a la creación de la UGCC, el desafío que planteó la autoridad en ese momento fue pedir monitorear las urgencias. Así, todos los días, los 365 días del año, la unidad envía un mail a la Ministra de Salud, al igual que a todas las autoridades, respecto del estado de las urgencias. Es ahí donde pueden tomar decisiones de qué hacer.

Señaló que la unidad monitorea el uso diario de camas críticas, llegando a tener, 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. Eso lo ven ellos como también el traslado de pacientes.

Con posterioridad a la UGCC, continuó, comenzaron con una asignación ordenada y priorizada de las camas siempre mirando al sector público. Esto se hace a través de un sistema informático en línea, que se ha ido mejorando. Toda esta información es utilizada por las autoridades para la asignación de recursos.

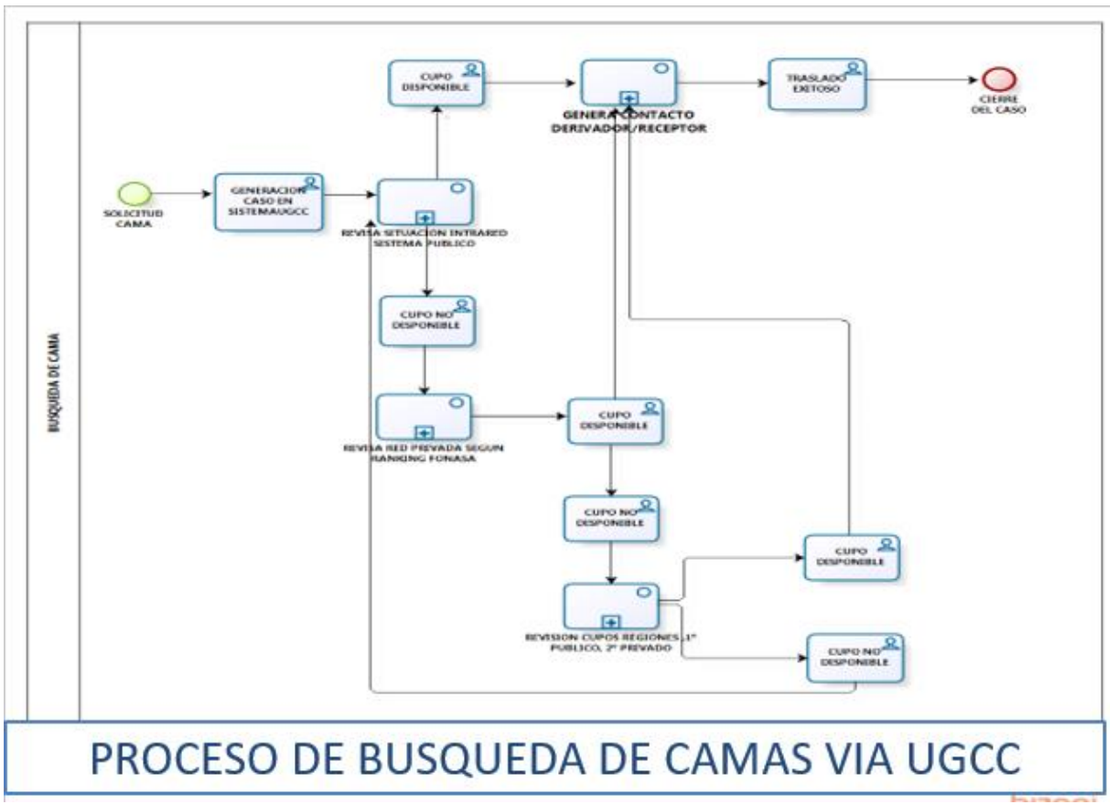
Indicó que el objetivo de la unidad es optimizar y fortalecer la gestión de camas de la red pública de salud en todo el país, a través de una visión integrada y en red, en complementariedad con el sector privado una vez que se ha agotado la red pública.

Objetivos 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, dijo, tienen 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 lanzaron un proyecto, denominado la unidad de gestión centralizada de quirófanos. Así, como en este momento están mirando todo respecto de las camas, las autoridades están comenzando a observar todo lo referente a los quirófanos y su producción a nivel país.

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

¿Quiénes conforman la red de gestión de UGCC? Hay un equipo de profesionales que trabajan en el Ministerio. Junto con ellos tienen 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 han 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 sus referentes en cada uno de los establecimientos de salud.



Hizo saber que esta es la diapositiva central de la presentación, en la cual recalcó que la solicitud de cama la hace siempre un establecimiento público. No puede venir un paciente 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 entre el médico que deriva al paciente y el médico que recibe al paciente. Esa es la responsabilidad. Ellos hacen de intermediarios, pero hay una conversación de médico a médico, que es absolutamente obligatoria y son ellos quienes deciden el traslado del paciente.

Relató que su unidad va a seguir el caso, hasta que el paciente se traslade. Hay situaciones en que se demoran más de un día, pues hay pacientes que vienen de regiones y muchas veces tienen problemas de vuelo. Por eso siguen el caso, desde que se genera hasta que el paciente se acuesta en la cama del otro establecimiento.

Añadió que, si no encuentran cama en la red pública, pasan a la red privada. Lo hacen de acuerdo con un ranking que les da Fonasa. En estos momentos lo tienen estandarizado 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. Les ha ocurrido a veces, en

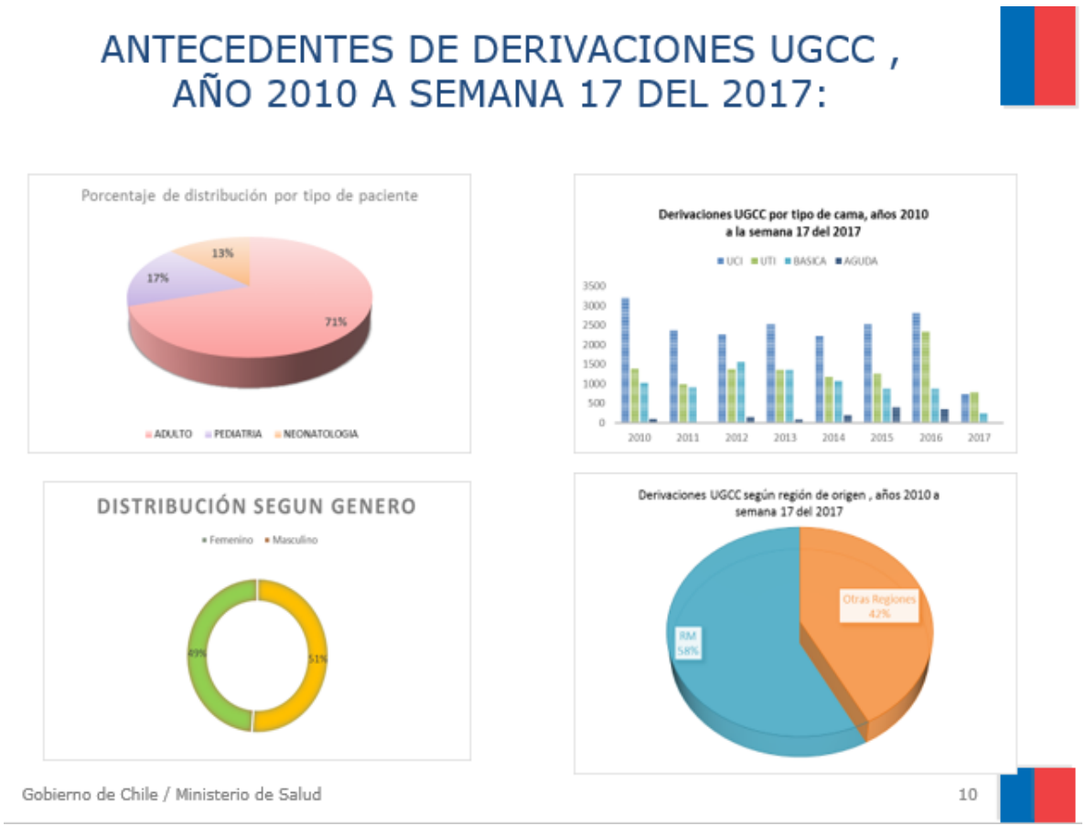
épocas como campaña de invierno, en que han tenido que trasladar pacientes a otras regiones. De Santiago a la Quinta, a la Sexta, incluso a la Octava Regiones, y viceversa.

El establecimiento derivante define el tipo de paciente si es adulto, pediátrico o neonatal, que tipo de cama necesita, 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 después me olvido del paciente.

Si la red pública se ha agotado, Fonasa es quien genera los convenios, define el ranking de los prestadores privados y paga esas prestaciones. Ellos, como UGCC Minsal, realizan la búsqueda de camas de acuerdo con el ranking que establece Fonasa y lo que les pide el hospital. En definitiva, es el hospital quién decide todos los antecedentes del paciente.

Algunos antecedentes de derivaciones UGCC. Al respecto, dijo, el 70% de los pacientes derivados son pacientes adultos. Sin embargo, hay algo que ha ido variando y que también les da alerta de lo que ha pasado con la población, y es que los pacientes neonatológicos en un comienzo fue una derivación autolimitada; sin embargo, ya van en un 13% y va creciendo. En cuanto al tipo de cama, UPC, es decir, UCI y UTI, es el que se lleva el 70%.

Relató que a contar del año pasado empezaron a mirar qué distribución tenían según género. Están derivando pacientes femeninos y masculinos más o menos en un 50%, y la diapositiva que observan es muy decidora de la gestión.



Recordó que cuando la UGCC partió, las autoridades dijeron que esta implementación iba 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 el año 2010 lo implementaron en todo el país, y esto da cuenta de su gestión: el 58% de los pacientes trasladados son de la Región Metropolitana; sin embargo, el 42% son pacientes de regiones. Es decir, están dando igualdad de oportunidades a toda la población.

En cuanto a los servicios de salud que más demandan servicios de la UGCC es el servicio de salud occidente, que también es uno de los que tiene mayor población Fonasa también está el servicio metropolitano sur. Del servicio metropolitano central uno podría decir que es Región Metropolitana, pero también tienen servicios como Valparaíso, Viña del Mar, y servicios de salud como Concepción, que son demandantes de la UGCC. Esto respalda que están trasladando pacientes de los 29 servicios de salud que requieren sus servicios.

En esta diapositiva se puede visualizar el año 2017. ¿Qué hospitales han dado camas? El hospital Tisné, es uno de los hospitales que más aporta 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 da camas. Aparece también el hospital Barros Luco, y uno podría decir con todo lo demandado que está el Barros Luco, ¿cómo ofrece cama? Sin embargo, ellos no ofrecen cama adulto, pero sí 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.

¿Qué patologías se trasladan? En general, los diagnósticos cardiovasculares, y respiratorios; en recién nacidos, síndrome de estrés respiratorio, prematurez en distintas edades, membrana hialina, hernia

diafragmática. Es decir, conforme a 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 se hace historia de lo que ha sido la UGCC, señala que se ha dado respuesta a contingencias a nivel país hace ya bastante tiempo. Recordó que comenzaron con la pandemia en 2009, con más de 1.300 traslados, y el 55% 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% 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 los nuevos hospitales, como Puerto Montt y Rancagua en el pre, intra y postraslado. Fue un apoyo, derivando pacientes a otros establecimientos. Agregó que así como han apoyado grandes contingencias o catástrofes nacionales, también han 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 tuvieron el año pasado de una paciente de Aysén, o el traslado, hace dos semanas, de unos pacientes quemados desde Chiloé. También han sido gestionados por la unidad y se han ido al sector público. Han 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.

Por otra parte, dijo que dentro de lo que es el Ministerio ya los están incluyendo en ciertos protocolos y para ellos 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 comenzaron 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 han sido partícipes, y la mayoría de los pacientes se están yendo al sector público, específicamente al Hospital del Tórax.

Este año llevan dos fallecidos de los más de 40 traslados que se han realizado, precisó.

En cuanto al control de gestión interno UGCC, señaló que 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 son ellos el ente de alerta que dicen que algo está pasando con los VRS. Son como un sensor del Ministerio. Tienen sus manuales de funcionamiento, tanto del sistema informático, del call center y de su unidad. Por ejemplo, el manual señala que 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, mencionó que su unidad está incorporada a la matriz de riesgo del Ministerio como un ente crítico. Su unidad forma parte de varios indicadores técnicos, tanto H y SIG; balanced scorcard, de

los establecimientos autogestionados. Ellos realizan un informe semanal de campaña invierno, y periódico de todos los indicadores descritos. En 2012 fueron auditados por el Ministerio, con un plan de mejora. En 2013 fueron auditados por la Contraloría General de la República, a través de Fonasa, también con algunas observaciones y con su plan de mejora. En 2015, a través de los hospitales autogestionados, también por la Contraloría. Actualmente, en 2017, se encuentran 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.

Por último, expuso que 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 les dijeron que nadie les iba a otorgar camas y que las iban a esconder. Como señaló, 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.

Consultada por dichos de la directora de Fonasa, quien habría sostenido que en 2014 tuvo una solicitud para hacer un trato directo por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y manifestó que terminó haciendo un trato directo con las Clínicas Ensenada, Colonial y otras, y posteriormente esto pasó a licitación. Luego afirmó que los servicios de salud y los hospitales son los grandes responsables de las compras en trato directo, que no pasan por licitación ¿Qué antecedentes puede aportar al respecto? La señora Navarrete señaló que no sabe mucho del tema, pero puede afirmar que la UGCC no hace trato directo y se apega estrictamente al ranking que Fonasa envía, el cual queda incorporado al sistema operativo. Si bien no puede responder de forma clara esa pregunta, sí aclaró que ese es el rol que juega la unidad al respecto.

En segundo lugar, dijo, 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.

La señora Pérez aclaró que, si bien trabajan en conjunto con Fonasa, 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 determinan ellos.

Explicó que los criterios que determinó el Fonasa para establecer su ranking son los siguientes: tipo de paciente, condición clínica, ubicación geográfica, capacidad resolutiva y precio base.

Se le consultó quién tiene la responsabilidad de velar que los lugares donde se derivan los pacientes, de acuerdo con el ranking, cumplen con los requisitos a lo que señaló que para que el sector público haga convenios con cualquier prestador, este último debe estar acreditado, no puede no estarlo. Sin embargo, no les corresponde a ellos evaluar la acreditación, así como tampoco hacer la licitación, ni las bases, ni verificar los requisitos. Entiende que el ente (Fonasa) 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 Pérez explicó que en las derivaciones 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 ellos, en base a la disponibilidad de cama o a la entrega del paciente. Él es quien evalúa si es pertinente o no. Incluso, dijo, muchas veces tienen que trasladar pacientes de regiones, y el médico es quien informa si corresponde o no hacerlo.

Respecto del año 2014, si bien la Subsecretaría solicitó a Fonasa ampliar la oferta de camas, no establecieron 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 necesitaban trasladar a otros pacientes. En ese momento, ante su requerimiento, 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 podían derivar a cualquier paciente. Si, por ejemplo, se trataba de una pielonefritis, cumplía con el criterio y podían 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 que en 2015 y 2016 se haya incluido posteriormente en el ranking a las dos clínicas mencionadas, pero su solicitud fue por campaña de invierno y porque hubo alerta sanitaria ese año.

Respecto de las compras, la UGCC solo traslada pacientes que estén en convenio con Fonasa, y si ese convenio no es suficiente, porque no quedan camas disponibles, como ocurre durante las campañas de invierno, pueden haber traslados a otros prestadores. Sin embargo, no aceptan, por ejemplo, convenios que eventualmente pudiera tener el Servicio Metropolitano Sur con la Clínica Colonial, por ejemplo. No pasa por ellos, ya que solo tienen en convenio las clínicas que les oferta el Fonasa.

Ante la complicación de pacientes, en general, explicó que 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 derivan a otro prestador que cuente con la cartera de servicio, o sea, esa prestación sí la hacen. 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 ellos, con traslados a otro hospital público o a algún prestador privado.

Añadió que 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, hace poco se empezó a trasladar a esas guaguas. Primero, lo decretó la Superintendencia, lo asumió Fonasa y, durante este año, ellos, porque el equipo de Ley de Urgencias también depende de esta unidad, en paralelo, y ellos hicieron las consultas a la División Jurídica de su Ministerio, que les 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, dijo no contar con esa información.

Tras ser consultada par la información que maneja la UGCC, la señora Navarrete explicó que dicha unidad tiene información que se actualiza 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, dijo, pero la UGCC no tiene información sobre la brecha. Sí la tiene la División de Gestión de la Red Asistencial (Digera), la tienen 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.

Afirmó que 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.

Consultada por los costos indirectos que significa, por ejemplo, trasladar a un paciente desde el Hospital Félix Bulnes al Hospital Barros Luco que desde Arica a Valparaíso, al Gustavo Fricke, etcétera. La señora Navarrete indicó 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.

Ante la falta de especialistas, sobretodo en regiones, hay facilidades para derivar a los enfermos ante complicaciones menores, buscan o solicitan ayuda. La señora Pérez dijo desconocer si el modelo está en otras partes del mundo, pero como UGCC, por lo menos en Latinoamérica, lo han venido a mirar de algunos países. Lo han desarrollado localmente. El modelo se basa en que hay profesionales de por medio. Se podría decir que una unidad que traslada pacientes es una puerta abierta. Sin embargo, llevan casi ocho años funcionando y, de forma muy responsable, señala que al otro lado del teléfono hay un médico con criterio clínico que decide derivar un paciente. No se derivan porque sí. Podría haber algún caso, pero la mayoría de ellos -llevan más de 41.000 traslados de pacientes entre público y privado- son justificados, por eso trajo 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 complementó señalando que trabajan con la técnica conocida como ECMO, que es una situación que hasta hace poco tiempo se resolvía mayoritariamente en el sector privado. Fortalecieron 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 ha salvado a buen número de pacientes portadores de virus Hanta, grupo que era bastante ominoso. Eso se ha logrado con el trabajado coordinado con los profesionales. En su opinión, no lo tienen medido ni cuantificado, pero los pacientes se trasladan con bastante responsabilidad.

Consultada por el aumento del traslado de camas a la UTI en 2016, la señora Pérez indicó que a mediados de 2015 comienza la nueva licitación. La nueva licitación que les entregó Fonasa se centra principalmente en camas UCI y UTI. Por ello, comenzaron 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. Esto podría ser la explicación del aumento de camas en Intermedios.

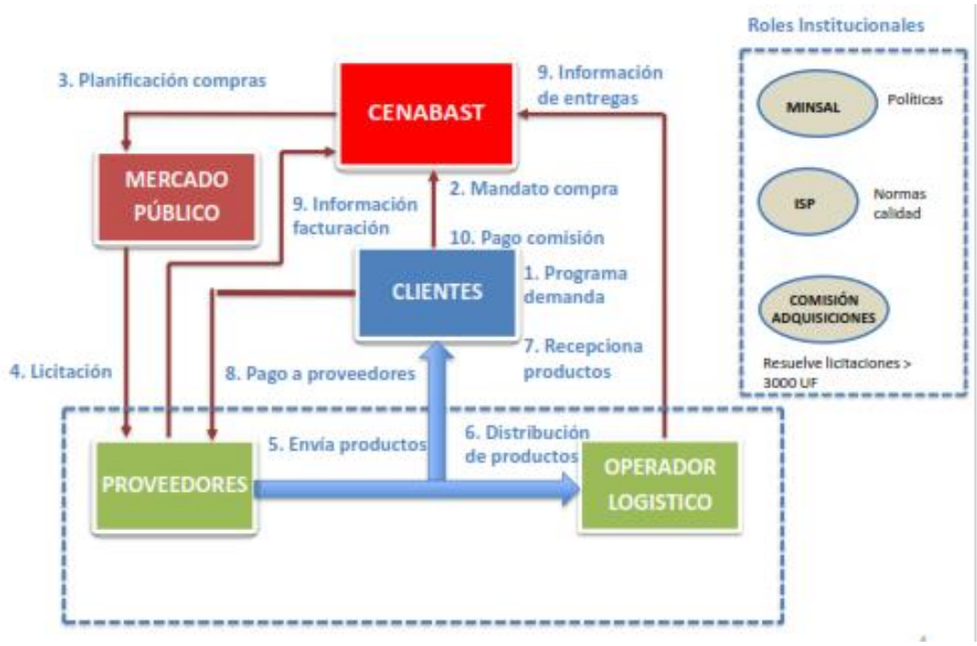
--- Director (S) de la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast), señor Jaime Espina Ampuero.

Inició su intervención dando las excusas por la no concurrencia del director titular, señor Pablo Venegas. Indicó que él es subdirector de operaciones y está cumpliendo las funciones de subrogancia.

Aclaró que Cenabast es una institución que transa bienes y no servicios; a través de dicho organismo se transan insumos clínicos, fármacos y alimentos, no servicios, aunque en el pasado se hizo.

Recordó que el rol de Cenabast en el sistema público de salud es ser intermediario entre la red pública de salud -constituida por toda la red de hospitales y establecimientos de atención primaria y otros-, y la demanda de dicha red con los bienes antes indicados. Para cumplir con dicho rol, existen tres líneas de operación. La más simple es la de programas alimentarios, que está orientada a los niños y a los adultos mayores; constituye el 14% de su operación, con 62 mil millones de pesos, proyectado al año 2016. La otra línea, la más grande -pues constituye más del 60% de su operación-, lo conforman los programas ministeriales, orientados a atacar patologías, programas o planes de salud específicos. Y la tercera línea es la intermediación entre la demanda que hace la red pública de salud de sus necesidades de atención a su población, dependiendo de las características propias de cada uno de las instituciones que interactúan con ellos. De esa forma, dijo, un consultorio de atención primaria, como un Cesfam, tiene una demanda diferente a la que tiene un hospital de alta complejidad y esas son atendidas por la línea de intermediación, cuyo volumen de operaciones asciende al 27%, con 122 mil millones de pesos, proyectados al 2016.

El siguiente cuadro da cuenta del flujo operativo de Cenabast.

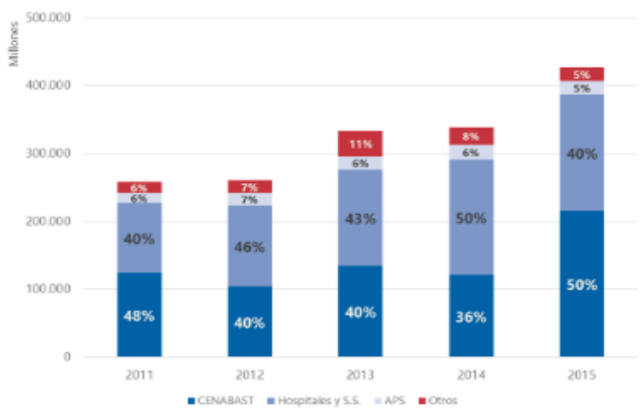


En el cuadro anterior, Cenabast actúa por mandato de sus usuarios, de sus clientes, por medio de una programación de demanda, que es el punto 1 de su proceso, lo cual se traduce en un mandato de compra, pues ellos compran por mandato. Tal mandato, dijo, puede venir de los establecimientos de atención, hospitales o de atención primaria, de Fonasa o de la misma Subsecretaría de Redes o Subsecretaría de Salud Pública, dependiendo del objetivo del programa específico que estén atendiendo. Tal es la relación que ellos establecen con Fonasa, en su proceso operativo como institución. Especifico que el mandato se hace a través de una solicitud, que da garantía de la existencia de fondos para que ellos puedan hacer una licitación pública.

Asimismo, explico, no siempre hacen licitación pública, ya que ello depende de las características del mercado. Así si el proveedor es único, hacen trato directo, no obstante que la licitación pública es su principal herramienta.

Consultado sobre el porcentaje de compra que se hace por licitación pública y cuánto se hace por trato directo, afirmó que alrededor del 60%.

El cuadro siguiente da cuenta de la participación de Cenabast en el mercado público.



Tipo de comprador	2011	2012	2013	2014	2015
CENABAST	123.924	103.876	134.131	121.317	215.742
Hospitales y S.S.	102.628	119.525	142.086	169.478	170.698
APS	14.992	18.229	19.139	21.915	20.515
Otros	16.125	18.678	37.957	25.920	20.002
Total general	257.669	260.308	333.313	338.630	426.957

Afirmó que el volumen de operaciones asciende a 451 mil millones de pesos, proyectado a 2016.

Indicó que los volúmenes de intermediación están referidos a diferentes programas tanto sanitarios como alimentarios. Estos programas, a la fecha, son 34 y van variando de acuerdo con las condiciones y cambios que la autoridad sanitaria, en coordinación con Fonasa, van haciendo; es decir, juntan o dividen programas, de acuerdo con las necesidades sanitarias que surgen año a año. Agregó que el total de los programas ministeriales proyectados a 2016, es de 270 mil millones de pesos, y en los programas alimentarios, que comprenden el programa alimentación de niños y el de adultos mayores, asciende a 67 mil millones de pesos.

Finalmente, destacó que la misión de Cenabast tiene como objetivo consolidar un gran volumen de compra del sector, lo cual se traduce en un ahorro importante para la red, ahorro que ellos miden comparando los precios a los que accede la red directamente, a través de la información de mercado público, con los precios a los que acceden ellos, y el promedio de ahorro que tienen para el año 2016 asciende a 33,2%, respecto de las compras que la red pública hace directamente al mercado.

También destacó que para el 2017 se incorpora en el presupuesto del Ministerio de Salud una glosa para la red pública de salud, que promueve o propende a una mayor participación de la red pública en las compras a través Cenabast.

Se efectuaron varias consultas relativas al detalle de la deuda hospitalaria y de la deuda a privados, desagregadas por servicios, hospitales y atención primaria, desde el año 2010 a la fecha, y cuál es el ingreso anual de

Cenabast. También se consultó cuánto es el peso de las compras de Fonasa a Cenabast respecto de los otros mandantes, tales como hospitales, servicios de salud, atención primaria, etcétera y cuál fue el rol del Cenabast en la compra de 76.800 kilos de fórmula láctea inicial envasada a Danone.

El señor Espina, señaló que no tiene el detalle de lo consultado, pero que no tiene inconveniente en hacerlo llegar. Asimismo, señaló que Fonasa no compra directamente, sino que hace el financiamiento de programas sanitarios que son articulados técnicamente desde la Subsecretaría de Salud Pública o desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales. En tal sentido, dijo, que podía dar la información respecto de cuál ha sido el rol de Fonasa como mandante financiero de actividades sanitarias.

Añadió que también tienen información detallada de los distintos fármacos, cuántos intermedian con ellos y cuántos no. Tal información la han desarrollado en detalle producto de lo dispuesto en la Glosa del Presupuesto 2017, a fin de saber cuál es el tamaño de la potencial demanda creciente que va a tener la red en tanto tenga la obligación de comprar más a través de Cenabast.

En lo que respecta al proceso de compra de la leche Danone, dijo, Cenabast compró por mandato explícito del programa sanitario. Compraron exactamente lo que se les mandató por parte del Ministerio y han hecho las distribuciones que se les ha indicado.

Preguntado si la Cenabast compra por instrucciones del Ministerio de Salud, de la Subsecretaría o de los Servicios, explicó que el proceso de compra de los productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria obedece a una definición técnica que realiza un equipo del Ministerio de Salud donde se construye la base del proceso licitatorio, pero ellos hacen la licitación y la adjudicación. En cuanto al proceso de 2014, señaló no tener la información detallada de cuántos participaron (pero afirmó que la puede hacer llegar), tampoco de cuál fue el proceso de decisión y cuál fue el puntaje de adjudicación de cada una de las empresas.

En torno a la pregunta de quién hace la pauta de evaluación, si éstas vienen incluidas en las bases de licitación, cuál es la comisión encargada de aplicar esa pauta de evaluación, respondió que la pauta la hacen ellos en conjunto con el Ministerio de Salud, la aplicación la hacen ellos y la decisión de adjudicación la realiza una comisión de adquisiciones que es externa a Cenabast, en la cual ésta actúa como secretario. Señaló que está conformada por tres directores de servicio y por autoridades del Ministerio de Salud.

Consultado por la variación existente, año a año, del volumen de las cifras del negocio en los distintos programas ministeriales, y cuál es la metodología que se utiliza, indicó que la mecánica es particular y difiere de cada caso y en cada patología. Así, por ejemplo, para la enfermedad de gaucher, la baja rotunda que indican los gráficos se explica porque en 2016 entró en vigencia la ley conocida como Ricarte Soto. Los objetivos sanitarios de un momento determinado hacen que los programas varíen.

Se le indicó por algunos diputados que entre 2014 y 2016 la cifra total de compras de la Cenabast aumentó en más del 50%. ¿Eso significa que el ministerio está comprando más? Explicó que la razón más importante es la entrada en vigencia de nuevos programas de alto costo. Pero aclaró que no todos los programas sanitarios son comprados centralmente a través de Cenabast por parte del Ministerio, el presupuesto de algunos programas sanitarios es transferido

a los servicios de salud y son éstos quienes finalmente deciden si comprar a Cenabast o directamente a los laboratorios. Pero sí, aclaró, que todo lo que compra el Ministerio lo hace a través de Cenabast. Insistió en que en el período 2014-2016, los servicios aumentaron su capacidad de compra a través de la Cenabast, fundamentalmente, por programas centralizados que aumentaron sus compras (el programa VIH –por ejemplo- que sube bastante; es comprado centralmente por Cenabast mediante un mandato de servicio, el presupuesto es transferido virtualmente al servicio y éste, a su vez, mandata a Cenabast para comprar y finalmente Fonasa les transfiere el dinero). Y ello siempre ha sido igual, indicó; el aumento se debió a la demanda del mandante sanitario y a Redes del Ministerio.

Por otra parte explicó que en relación con el aumento de participación en el gasto de fármaco, se tiene proyectado un aumento de 2016 para 2017 de 33%. Cenabast tiene una participación en su crecimiento natural de gran importancia entre el 2015 y 2016, proyectado hacia el 2017, producto de su mejoramiento en la gestión de compra. Indicó que ellos participan y compiten en el mercado frente a la demanda de los hospitales, los cuales pueden comprar directamente a los laboratorios o a través de ellos y, producto de un mejoramiento en el abastecimiento y en la calidad de la gestión de Cenabast, ha aumentado sustantivamente esa participación de su mercado.

Respecto del tema de la colusión, indicó que esta es una investigación antigua. Se ha investigado en diez años las licitaciones de Cenabast y ésta proveyó toda la información que la Fiscalía solicitó en su momento. Dijo que ellos no tienen atribuciones para tomar acciones al respecto. Al pedírsele que señalara concretamente si les llegó la información de la Contraloría y si se ha cerrado el caso, respondió que sí, que el caso está cerrado.

Consultado sobre la desagregación de las compras respecto de los servicios en todo Chile –región por región-, indicó que podían mandar esa información. Explicó que la información la tienen usuario por usuario, fármaco por fármaco, periodo por periodo, volúmenes y precios y también tienen la información de mercado público de lo que se compra por fuera.

Agregó que se pueden comprar directamente medicamentos aunque sea más barato en Cenabast. No obstante ello, señaló que en las licitaciones de Cenabast se les puede dar mayor puntaje a los bioequivalentes, aunque ello es relativo; si ocurre, .se les da alrededor de 12% aproximadamente.

Consultado sobre si Cenabast tiene capacidad para hacer compras regionales que permitan una distribución más eficiente, indicó que no está dentro de su estrategia implementar planes de corto o mediano plazo para regionalizar las compras pues, a su juicio, el mayor volumen es la principal herramienta para aumentar su capacidad de negociación y no la regionalización.

Hizo hincapié en un tema que, a su juicio, es relevante: Cenabast no hace ventas espontáneas. Ese es uno de los motivos que podría esgrimir un director de servicio para no comprar directamente a Cenabast, pues éste interactúa a través de un programa de compras que tiene limitaciones en diversidad de productos. Es decir, la programación de la demanda de todo el año 2017, de la red hospitalaria de Chile se hizo en abril de 2016, producto por producto, mes por mes, y la operatividad de ese hospital puede requerir una flexibilidad mayor. Explicó que si un hospital demanda cien unidades de un determinado fármaco no puede aumentar a diez mil de un mes para otro, porque

se tienen contratos de largo plazo con los proveedores para abastecer la demanda que está definida por la red de hospitales de Chile. Hay que tomar en cuenta, dijo, que la magnitud que Cenabast transa es tan grande que no hay stock, en muchos casos, para abastecer esa demanda.

Consultado sobre cómo opera la libre competencia cuando Cenabast compra grandes cantidades, explicó que existe un análisis respecto del mercado de Cenabast. En su opinión, no tiene que ver con los volúmenes de compra, pues lo transado o constituyen productos que no se comercializan en microempresas, sino que en empresas de gran tamaño. Al momento que se hace una licitación y se ve que en el Instituto de Salud Pública hay siete o diez registros de un fármaco en particular, y se abre una licitación y participan uno, dos, tres, o ninguno, ello puede reducir su capacidad de negociación en tanto hay un poder monopólico potencial mayor del oferente, lo cual no tiene que ver necesariamente con el tamaño de la compra. En alguna medida, sí –dijo- sin embargo, la mayoría de los laboratorios, independiente de su tamaño, tienen que mandar a producir el producto que están comprando. O sea, adjudican una licitación por amoxicilina o paracetamol, y aparte de los tiempos administrativos que Chile establece en su ley se tienen que incorporar los tiempos de producción de ese fármaco en países como India, México, Brasil o en Europa.

El problema más serio de reducción de oferta, dijo, tiene que ver con las condiciones de pago a esos proveedores. Cuáles son los tiempos. La situación es disímil: la atención primaria o de atención de salud municipalizada versus la atención articulada desde la red pública de salud. En la red pública de salud, directamente controlada a través del Ministerio, los tiempos alcanzan hasta seis meses como máximo. Esa es la información que tienen en forma indirecta, pues no son los que hacen la cobranza de ese producto, porque no obstante su intermediación, el producto es transado directamente entre el hospital y el laboratorio. Es una deuda que establece el hospital con el laboratorio directamente, precisó. En el caso de la atención primaria municipalizada es mucho mayor. Puede llegar a diez años. Hoy, dijo, eso está en manos del Consejo de Defensa del Estado.

A la pregunta de si Cenabast tiene deuda con los laboratorios, indicó que sí, que tiene deudas con los laboratorios. El modelo de Cenabast cambió en el gobierno anterior. Anteriormente a ese modelo tenían una deuda de arrastre de otro modelo en el cual Cenabast compraba y vendía. Hoy Cenabast solo es un *broker* que transa compromisos, pero no compromisos financieros. Hasta el 2011 sí compraban y vendían, y producto de ese proceso Cenabast arrastra una deuda acumulada importante con los laboratorios, del orden de 40 mil millones de pesos.

Se le consultó qué sucede si Cenabast no paga la deuda, y si tiene alguna responsabilidad legal. En respuesta dijo que el modelo actual de negocio de Cenabast es lo que se denomina intermediación, porque hay otros programas en los cuales sí hay una transacción a través de Cenabast, por ejemplo, el VIH.

Reiteró que los tres grandes bloques de líneas de operación tienen características financieras y operativas distintas. Cuando no pasa por sus presupuestos el costo del producto no hay responsabilidad de Cenabast en el pago en algunos programas y en la intermediación. Añadió que ellos sólo adjudican los productos por mandato del hospital, y el proveedor los entrega directamente al hospital, lo factura al hospital y le cobra directamente al hospital. Si el hospital no paga es una relación entre esos dos, y Cenabast no tiene rol ahí, aparte del rol que le corresponde, de acuerdo con las bases, de autorizar al

proveedor de suspender despachos a ese hospital si demuestra que no le ha pagado sus facturas de acuerdo con lo que las bases de licitación establecen. Pero debe ser autorizado por Cenabast, en tanto existe un convenio de distribución vigente de Cenabast con ese hospital.

Consultado por los antecedentes de la deuda del Cenabast, indicó que la deuda que tienen con los laboratorios también se transfiere a deudas que tiene la red con ellos. Además, la antigüedad de esa deuda está en los municipios.

Si la deuda no es con Cenabast, qué transacciones paga directamente Cenabast. Señaló que hay varias razones por las cuales el producto es transado a través de Cenabast. Cuando se establece un mandato de compra con pago centralizado a través de Fonasa, por ejemplo, el modelo del VIH, el proveedor factura a Cenabast, que transfiere los productos a los servicios de salud, y estos mandatan el pago a su presupuesto, porque no está transferido físicamente a su presupuesto, sino que está concentrado en Fonasa, y Fonasa paga por mandato de ese servicio a Cenabast y éste le paga la factura al proveedor.

Consultado cómo se financia la Cenabast, respondió que cobran una comisión, que es variable, dependiendo de las características del programa. Hay programas que tienen una complejidad administrativa y logística más alta que otros, y el cobro de esa comisión es variable dependiendo de las características del programa. Por ejemplo, si requiere refrigeración; si requiere logística en todo el país. Si el programa no requiere logística es una comisión variable. La suma de esas comisiones constituye el presupuesto de operación de Cenabast, que ascienda a un poco menos de 12 mil millones de pesos al año.

Requerido sobre si los funcionarios de la Cenabast son del Ministerio de Salud, se rigen por el estatuto administrativo o son autónomos, respondió que son una institución pública, autónoma, dependiente del Ministerio de Salud. Son funcionarios públicos regidos por el Estatuto Administrativo, con un presupuesto autorizado por la Dirección de Presupuestos; sin aporte fiscal. Se autofinancian con la referida comisión.

Consultado sobre si lo dicho significa que bajo ningún parámetro el Estado les puede poner recursos para pagar la deuda, si siempre la va a tener que pagar Cenabast como Institución, con los recursos que generan con la comisión, respondió que no. Efectivamente el Estado podría aportar esos recursos, pues tienen la atribución para ello. En la Ley de Presupuestos de este año no se consideró ítem para amortización de la deuda, sino que ello se hará a través de una mejor gestión y con la generación de cifras positivas en su operación financiera. Añadió que para el presupuesto de 2017 presentaron cuatro iniciativas de inversión, de las cuales fue aprobada una: la inversión en cámaras de frío.

Indicó que no tienen respuesta a la pregunta de en cuántos años piensan que se amortizará la deuda total. Pero piensan que durante este año, la amortización será de 1.600 millones de pesos, aproximadamente.

A la pregunta de cuáles son las tres propuestas de inversión que no se les aprobó, dijo que no se aprobaron las inversiones en *software* para la operación logística, para formación de profesionales, y para *software* administrativo.

--- Superintendente de Salud, señor Sebastían Pavlovic.

Inició su exposición señalando que la Superintendencia de Salud tiene definido su ámbito de atribuciones respecto del sector en el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 y de las leyes N°S 18.469 y 18.933, sobre Fonasa e Isapres. A partir de dicho marco normativo se establece un deber genérico, una descripción genérica de las facultades de la Superintendencia de Salud que están vinculadas con la supervisión y el control de las instituciones de salud previsional, del Fonasa, en un área, y de los prestadores, en otra.

En términos generales, aclaró que la intensidad de esas intervenciones de supervigilancia y control es distinta dependiendo del área. Así, respecto de las instituciones de salud previsional, la normativa legal es bastante más frondosa y la normativa les permite intervenir de manera bastante intensiva en requerimiento de información, en la facultad para interpretar la ley e impartir instrucciones.

En relación con el Fonasa, explicó que la regulación se acota fundamentalmente a los derechos de los usuarios, en particular vinculada con las Garantías Explícitas en Salud (GES), sobre todo en lo que tiene que ver con, por ejemplo, la obligación de informar de los prestadores y el cumplimiento de las garantías específicas del plan AUGE.

En cuanto a los prestadores de salud, la intensidad regulatoria disminuye un poco, dijo. Existen varias leyes o cuerpos normativos que establecen facultades de fiscalización o control, por ejemplo, respecto del sistema de acreditación; de la ley de derechos y deberes de los pacientes; de la ley que prohíbe condicionar las atenciones médicas a un cheque o dinero en garantía y, recientemente, respecto de la llamada ley “Ricarte Soto” se establece una suerte de estándar general de control para el respeto de los derechos de los sectores público y privado -Isapres y el Fonasa- y se incluye, por primera vez, dentro de las facultades de control, lo que dice relación con el derecho de las personas pertenecientes a los sistemas de seguridad social de las Fuerzas Armadas.

En ese contexto, dijo, se pueden distinguir genéricamente tres facultades de intervención sobre el sistema: la clásica de fiscalización, con facultades mucho más intensas respecto de las Isapres, un poco menos intensas respecto del Fonasa, y bastante más tenue en relación a los prestadores de salud.

Por otro lado, está la facultad o posibilidad de intervenir por vía regulatoria, a través de la facultad de interpretar la ley. En ese ámbito, hay atribuciones genéricas y fuertes vinculadas con la normativa respecto de las Isapres, algo que es bastante genérico en cuanto a la obligación de informar, al contenido de los planes, a las facultades para interpretar todo lo que tiene que ver con la normativa de las instituciones de salud previsional. En relación con el Fonasa, específicamente, con el control de las Garantías Explícitas en Salud y de los prestadores de salud, solo respecto de la normativa vinculada con la acreditación. Por ejemplo, la Superintendencia no tiene facultades para interpretar la ley de derechos y deberes del paciente en términos de desarrollar su contenido. De hecho, ese es un problema frecuente en el que las facultades que otorga la ley de derechos y deberes no son tan intensas como, probablemente, sea necesario.

Señaló que efectivamente las facultades se ejercen a través de las dos intendencias: la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores en Salud. La primera, es la continuadora de todas las

facultades que tenía la antigua Superintendencia de Isapres, y que adicionalmente tiene facultades para resolver controversias, fiscalizar e interpretar las normas en relación con el Fonasa. La segunda, tiene por función administrar el sistema de acreditación y de registro que ha sido definido por el Ministerio de Salud.

La tercera intervención sobre el sistema, fiscalización e interpretación de normas regulatorias, es la de resolver reclamos, por ejemplo, como tribunal arbitral. Al interior de la superintendencia, en la Intendencia de Fondos funciona un tribunal de primera instancia, siendo el superintendente de Salud un tribunal de segunda instancia especial que resuelve como juez árbitro las controversias que tengan los afiliados del sistema con las instituciones de salud previsional respecto de terminación de contratos, de acceso a cobertura catastrófica, etcétera; y en relación con el Fonasa, fundamentalmente, aquello vinculado a la cobertura por ley de Urgencias, o como una instancia superior cuando se ha incumplido, por ejemplo, la garantía de acceso o de oportunidad por parte del Fonasa, el reclamo puede ser eventualmente resuelto en la Superintendencia de Salud.

Respecto de los reclamos en contra de prestadores de salud, no hay un tribunal especial al interior de la Intendencia de Prestadores, así es que se resuelven administrativamente por infracciones a la ley de derechos y deberes del paciente o por infracciones a la ley que prohíbe condicionar la atención de salud de urgencia a la entrega de documentos en garantía, aclaró.

Agregó que hay una serie de aspectos del sistema que, efectivamente, escapan del ámbito de las atribuciones de la Superintendencia, como los que, eventualmente, podrían considerarse como derechos del consumidor en relación con los prestadores o con aspectos financieros del Fonasa o de los prestadores de salud. Hay un ámbito de preocupación que, efectivamente, no está dotado de un marco normativo que les permita intervenir en esas materias. Por lo tanto, en relación con el sistema de acreditación, se limitan a aplicar la normativa definida por el Ministerio de Salud y a controlar su cumplimiento cuando las instituciones han logrado su acreditación.

Pregunta ¿Cómo se acreditan los centros públicos y privados en cuanto al nivel de complejidad de atención de los pacientes? Referido a pacientes graves, específicamente unidades de pacientes críticos. ¿Cómo se evalúa la acreditación de esos pacientes?

El señor Pavlovic, señaló que hay que recordar que se diseñó un esquema bajo el cual la garantía de calidad asociada al sistema de Garantías Explícitas en Salud tenía que implementarse paulatinamente de acuerdo con la forma y condiciones que los decretos correspondientes definieron. Una de las primeras dudas que había originalmente tenía que ver con cómo se va a definir una garantía de calidad solo para las prestaciones GES. ¿Y qué pasa con lo demás? Parte de esa duda legítima de diseño fue resuelta a través del establecimiento de estándares generales. Se estimó que el primer paso que se debía dar tenía que ver con estándares generales que apuntaran a regular procesos asistenciales que, en la práctica, no estaban asociados a prestaciones clínicas particulares o a condiciones de salud particulares, sino a procesos asistenciales que, en términos genéricos, implicaban una mejora general del establecimiento. Es así como se incluye la pauta de seguridad dentro de los estándares generales. Ante una intervención quirúrgica, la pauta de seguridad no está definida como obligatoria solo para intervenciones quirúrgicas del GES, sino en términos genéricos; es decir, cómo está funcionando el proceso de pauta de

seguridad. Lo mismo se puede decir respecto de la obtención del consentimiento informado y manejo de las biopsias, en resumen, los estándares generales.

Añadió que se planteó la posibilidad de que se definieran, también, estándares específicos, los que, eventualmente, podrían estar vinculados con prestaciones GES específicas, pero ese paso no se ha dado. De alguna manera, con los estándares generales, es el proceso que se ha consolidado hasta ahora, acotó.

Agregó que la garantía de calidad está vigente desde 2013 y se hizo escalonadamente. Desde 2013, un elemento básico de la garantía de calidad tiene que ver con la exigencia de que los prestadores individuales estén ingresados en un registro público que administra la Superintendencia de Salud. Hoy lo dan por hecho, pero hace diez años no tenían idea de cuántos médicos había o quiénes conformaban el resto de los profesionales de salud. Actualmente, a diez años, tienen más de 460.000 personas en un registro público, disponible a través de la página *web* de la Superintendencia de Salud, en el cual consta que la persona de delantal blanco que está frente a usted es quien dice ser. Usted puede consultar el Rut, su nombre, si el profesional que está frente a usted es quien dice ser o posee las competencias que detenta. Ese fue el primer paso que se dio en materia de garantía de calidad.

El segundo paso –dijo- tenía que ver con la vigencia de la garantía de calidad o de la exigencia de acreditación para los establecimientos de mayor complejidad. Recordó que al asumir esta administración en 2014, menos del 20% de los establecimientos públicos estaban acreditados. Se pensaba que el sistema comenzaría a regir en junio de ese año, pero hubo que postergarlo e informar al país que, efectivamente, no estaba en condiciones de cumplir con ese plazo. Se postergó esa vigencia al 30 de junio de 2016. Durante los últimos tres años han trabajado intensamente en la implementación y el cumplimiento de esas garantías en la Superintendencia de Salud, en el Ministerio de Salud, en la Subsecretaría de Redes Asistenciales y en todos los servicios de Salud. Es así como hoy más del 90% de los establecimientos públicos de mayor complejidad están acreditados y hay una serie de establecimientos de mediana y de baja complejidad, así como, establecimientos comunitarios de atención primaria que también están acreditados.

Al momento de dictarse el decreto GES 2016, se incorpora una suerte de flexibilidad, justamente, porque había unos pocos establecimientos públicos que estaban en una determinada situación. Sin embargo, se dio la paradoja del *too big to fail;* es decir, los establecimientos tenían que acreditarse y el sistema también necesitaba que se acreditaran. Por ejemplo, ¿qué hubiese pasado si el Hospital de Coyhaique no estuviera acreditado? ¿Qué sucedería con las redes asistenciales y las prestaciones que se otorgan? ¿Qué habría sucedido en el caso de Iquique y de otros establecimientos que representaban un riesgo muy importante para el sistema?

Se establecieron seis situaciones de excepción. La garantía de calidad empieza a regir el 1 de julio de 2016, y hay una serie de normas de excepción que establecen una exigencia para que, dependiendo de la situación particular de cada establecimiento, se permita una flexibilidad de seis a ocho meses para obtener su acreditación. Hay algunos establecimientos, públicos y privados, que están acogidos a algunas de esas excepciones, ya sea porque se sometieron al proceso de acreditación, pero fallaron en apenas uno, dos o tres estándares obligatorios, o aquellos que al 30 de junio ingresaron su solicitud de

acreditación, y hoy han sido evaluados y se está a la espera de los informes para verificar si obtuvieron o no su acreditación.

Finalmente señaló que están en esa situación de transitoriedad a la espera de que se resuelvan los informes y, a partir de eso, resolver la inscripción de establecimientos públicos o privados en el registro de prestadores acreditados que administra la Superintendencia de Salud.

Se le consultó por la compra de servicios a profesionales que no tenga el examen único de conocimientos de medicina (Eunacom) rendido, o aprobado. Hizo saber que para dar una respuesta completa es necesario hacer algo de historia de la norma y ver en el fondo por qué se ha ido generando el problema con la situación de la Eunacom. Originalmente, dijo, cuando se discutía el proyecto de ley que creó el examen único nacional de conocimientos de medicina se hizo sobre la base de que ya venía la experiencia previa del examen de medicina organizado por la Asociación de Facultades de Medicina, y se acordó entregar esto a un ente privado. Básicamente, tenía por objeto avanzar en el establecimiento de un estándar mínimo de calidad. Había muchas más facultades de medicina que hace veinte años y se ideó como un requisito para entrar a la Administración Pública. En la última parte de la tramitación de dicha iniciativa legal, mediante una indicación parlamentaria, se incorporó una norma que permitía que aprobando el examen se entendía que una persona había convalidado su título, y que era en algún sentido, equivalente al que se obtenía en esa época y hasta el día de hoy de manera exclusiva a través de la Universidad de Chile, que es la convalidación de títulos otorgados en el extranjero cuando no media un tratado internacional sobre la materia.

Prosiguió señalando que la Contraloría General de la República, al tomar razón del reglamento de esa ley, estableció que la convalidación de títulos solo tenía efectos para la finalidad de trabajar en el sector público, con lo cual ya se genera una suerte de inconsistencia normativa compleja, que es que un mismo profesional extranjero, o chileno que estudia en el extranjero, que aprueba el Eunacom y que está media jornada en el sector público y media jornada en el sector privado, las actividades desarrolladas en el sector público están amparadas por ley y esas mismas actividades en el sector privado equivaldrían al ejercicio ilegal de la profesión.

Con el tiempo, dijo, aunque Eunacom significó un avance para facilitar de alguna manera la incorporación de chilenos o extranjeros que hayan estudiado en el extranjero, las tasas de reprobación empezaron a ser bastante importantes para las personas tituladas en el extranjero. A partir de eso, se empezó a instalar, por la vía de los hechos, un creciente ejercicio profesional de profesionales chilenos y extranjeros que estudiaron en el extranjero sin Eunacom aprobado, sobre todo en atención primaria. En algún momento se aprobó una ley para regularizar la situación de alguna manera, y se estableció un plazo. Para los médicos, que han estado desde tal fecha, tienen dos años para obtener la regularización de su situación a través de la aprobación de un examen.

Se da la paradoja, agregó, que los médicos extranjeros o chilenos que estudiaron en el extranjero que no habían dado Eunacom, pero que habían entrado a trabajar después de esa fecha determinada por ley, no tenían la obligación de cumplir con la aprobación del Eunacom dentro de ese plazo. Por lo tanto, hoy se está en una situación bastante compleja porque por un lado hay un número acotado de médicos que ingresaron a trabajar antes de una fecha, se les venció el plazo y no pueden ejercer la medicina porque no han obtenido su

convalidación a través del Eunacom, y tampoco lo han hecho en ese tiempo a través de la Universidad de Chile; por otro lado, hay una serie de profesionales que entraron a trabajar después de la fecha determinada por la ley, que hoy están también ejerciendo en un espacio de cierta precariedad normativa, en general amparados por la autorización que el artículo 112, del Código Sanitario, otorga a los Seremi de Salud para poder ejercer en lo que el Código denomina “localidades aisladas”.

Afirmó que un reciente dictamen de Contraloría acota el concepto de “localidad aislada”, fundamentalmente, porque el Código Sanitario menciona islas y buques, y a propósito de una consulta que se hizo -no recuerda bien si al director del servicio o al hospital de Arica, para saber si Arica era o no una zona aislada- la reflexión de Contraloría fue que Arica no es zona aislada para los efectos de la aplicación de esta norma. Entonces, hoy se está en una situación bastante delicada porque hay un dictamen de Contraloría que dice que pese a eso, por el principio de continuidad de la atención, los órganos administrativos están facultados para poder contratar a personas que no cumplen con los requisitos legales para ejercer.

Señaló que han conversado con el Ministerio sobre el riesgo que hay no solo para la acreditación (que administra el doctor Ayarza), sino que además del descontrol que puede haber si cualquier autoridad administrativa, director de salud municipal, alcalde, director de hospital, determina por sí y ante sí que por su necesidades, aplicando el principio de continuidad de salud, puede contratar a cualquier persona extranjera que presente un título otorgado en el extranjero y que no ha logrado su convalidación en la Universidad de Chile o bien a través de Eunacom.

Pregunta. La duda, más que respecto de la contratación directa de funcionarios sin Eunacom que hacen los alcaldes por el principio de continuidad y necesidad, es con las sociedades que terminan prestando servicios ya sea a través de licitaciones o tratos directos, que finalmente no cumplen el estándar. Asimismo se consultó si Eunacom y Conacem, en lugar de depender de Asofamech, debieran estar bajo la tutela de la superintendencia.

El señor Pavlovic señaló que respecto de las sociedades médicas, en general, las formas de contratación a honorario, contrata, externalización o por más informales que sean, en ningún caso debieran servir para evadir el cumplimiento de la normativa en materia de acreditación. Más allá de lo regular o irregular, de todas las situaciones puntuales, a través de sociedades médicas no debiera ampararse el ejercicio ilegal de la profesión, dejando sin cumplir algún requisito establecido en la norma.

Respecto de la función de Conacem, Conaceo y Asofamech, le parece que en Chile se optó por un modelo de colaboración público-privado en materia de la certificación de la calidad. De hecho, lo mismo es válido, con normas distintas quizás, en lo que se hace a través de la acreditación, porque no es la Superintendencia la que acredita, sino las entidades privadas que en algún sentido son depositarias de la fe pública. Hay distintos modelos en los países, acotó. Sin duda, es una función pública. A su juicio, es parte de los acuerdos societales a definir: si hay un espacio de colaboración público-privado para eso.

La visión que tiene el invitado, en relación con la acreditación, es que ha funcionado razonablemente bien. Le parece que los conflictos de interés están

razonablemente limitados por el mismo diseño interno, porque es por sorteo, porque las remuneraciones no dependen del resultado de la acreditación.

En materia de certificación de especialidad tiene sus dudas, básicamente, porque se creó una suerte de monopolio a través de Conacem y Conaceo que encierra una serie de incentivos mal colocados.

En el caso de Asofamech, dijo, han dado muestras de hacer un trabajo profesional. Sin perjuicio de eso, es parte del debate internacional. En Estados Unidos los abogados se acreditan ante la barra (*Bar exam*) y con las sociedades médicas es lo mismo. En su momento se desconfió de la capacidad del Estado para hacer esta función y se entregó a privados.

Indicó que las políticas públicas funcionan un poco con el método ensayo-error, el cual por lo menos en materia de acreditación ha funcionado razonablemente bien, pero en el caso de las otras constituye parte de un debate perfectamente legítimo.

Respecto de los resultados de la evaluación de los programas de Atención Primaria de Salud, APS, su impresión es que esa información la tiene el Ministerio. El dato que ellos manejan es que en general los médicos extranjeros están bien evaluados, de manera que aunque no hayan cumplido con los requisitos, no necesariamente indica que un profesional es malo. De hecho, puede ocurrir al revés, y el hecho que alguien haya aprobado el examen no garantiza que no se vaya a equivocar o que no vaya a tratar mal a un paciente. Tanto las habilidades como las competencias sociales o morales de una persona no se evalúan en una prueba estandarizada. Sin perjuicio de eso, por lo menos es de los que cree que es necesario contar con ciertos estándares mínimos para permitir el ejercicio de la medicina en Chile y, en general, eso debiera ocurrir con cualquier profesión, salvo que se llegue a un acuerdo con otros países, que permita el libre tránsito de las personas, pero eso tiene que ver con políticas de integración distintas.

Finalmente, recalcó e insistió en que es de los que cree que el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina, Eunacom, cumple un rol importante. Quizás haya que perfeccionarlo, pero le parece que todos los instrumentos que han creado en la última década, destinados a avanzar en calidad, son fundamentales para el éxito de las políticas sanitarias.

El **Intendente de Prestadores de la Superintendencia de Salud, señor Enrique Ayarza,** indicó que los niveles de cumplimiento de las metas, en relación con la disponibilidad de médicos en lugares como La Pintana, San Ramón, La Granja y el sector suroriente, como en otros en Santiago y en el resto del país, es una materia que se debe mirar con lupa. Lo señala porque una cosa es que se establezcan metas de cobertura, y otra es que esas metas sean suficientemente exigentes. Si las coberturas que se están pidiendo no son tan difíciles de lograr con la cantidad de gente que está atendiendo, y se cumplen en torno a 90%, eso está bien. La demostración de que se cumplen está bien, pero que eso sea suficiente para la población, para cumplir con el nivel de tasa de consulta y la calidad en cuanto a la prevención de enfermedades e impacto sanitario, él no está tan seguro, por eso hay que darle una doble mirada.

Lo que sí es preocupante, y lo remarcó, es que debido a que en Chile están trabajando médicos sin autorización o personas que se han titulado en el extranjero, ya sea chilenos o extranjeros, nuestro país está pasando a ser uno de

los más permisivos. Es cierto que faltan médicos para otorgar todas las coberturas de atención; eso es muy importante, pero también hay que tener en cuenta que el primer peldaño de calidad es asegurarse de que quienes presten atenciones de salud sean profesionales habilitados, que cumplan con todos los requisitos para hacerlo en nuestro país, que tiene características propias como para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como la neumonía y la bronconeumonía, las que causan muerte de niños y que en países con otros climas afectan a la población de manera distinta.

Dijo estar muy preocupado por la situación que se está dando actualmente, que por la falta de médicos, se está dejando trabajar, en las mismas condiciones que los que se titulan acá, a personas que todavía no confirman si tienen las habilidades y la capacidad de trabajar en Chile. Llegan a Chile muchos médicos extranjeros muy buenos, muy bien preparados, pero hay otros que habría que constatar que sea así. Hay algunos que obtienen muy malos resultados en el Eunacom, de forma reiterada; con de porcentajes muy bajos, y eso es muy llamativo si es que se han formado como médicos.

--- Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana, señor Carlos Aranda.

Presentó el marco jurídico de autorización sanitaria de hospitales y clínicas. Dijo que hay tres cuadros normativos: el código sanitario, y dos decretos supremos.

El decreto supremo 161, de 1982, es el reglamento que rige a hospitales, clínicas y demás establecimientos de salud donde se presta atención cerrada para ejecutar fundamentalmente acciones de recuperación y rehabilitación de personas enfermas. Su artículo 7 establece las características principales que deben tener las instalaciones: ubicación, nombre del establecimiento, individualización del propietario, instrumentos que acrediten dominio del inmueble, objetivos y campos de acción para la actividad del establecimiento, croquis del edificio, con distribución funcional de dependencias, y copias de planos de instalaciones de electricidad, agua potable, y similares. Sus artículos 8, 9, 10, 11 y 2 regulan el procedimiento para autorizar el funcionamiento. El Código Sanitario también, en sus artículos 7 a 12 regula y complementa el procedimiento.

Respecto de Clínica Ensenada. Indicó que por solicitud N° 6.860, de 11 de febrero de 2014, se solicita por el representante legal, Rodolfo Bustos Basili, la autorización para Clínica Ensenada, ubicada en Avenida Vivaceta Nº 957, comuna de Independencia, razón social Sociedad Portal de Salud SpA. Por Resolución Exenta N° 026656, de 11 de julio de 2014, se deniega la autorización de instalación de la Clínica Ensenada por no cumplir con algunos requisitos estipulados en el decreto supremo 58, de 2008, referido a equipamiento e insumos médicos. Específicamente, se detectó falta de algunas de las bombas o jeringas de infusión, lámparas portátiles, camillas de traslado y ventilador volumétrico, que al hacer la revisión, deben estar operativos en el lugar en que deben funcionar regularmente. Posteriormente, los funcionarios del Subdepartamento de Profesiones Médicas realizaron visitas de formalización al establecimiento, constatando que todas las observaciones efectuadas habían sido subsanadas. Por resolución exenta N° 027154, de 18 de agosto de 2014, se autorizó el local y la instalación de la clínica.

Se le hizo presente al invitado que en la sesión en que concurrió la directora de Fonasa se le había consultado que cómo era posible que una clínica que según la normativa que adjudicó su categorización para ser oferente de camas al sistema público, específicamente, para pacientes que se agudicen o reagudicen para ocupar camas críticas –ese es el paquete que oferta Clínica Ensenada al sistema público- no tuviese un sistema de radiología propio ni un sistema de banco de sangre y hemoderivados propios, sino por encargo, para poder funcionar. Ella respondió que esto no era resorte del Fonasa y que era un problema del Seremi que autorizaba a esas reparticiones porque tenían los requisitos mínimos; que este no era un tema que Fonasa pudiera responder, sino más bien la autoridad sanitaria.

Al respecto el señor Aranda señaló que ya los requisitos y la reglamentación es clara en cuanto a lo que se exige para que se pueda otorgar la autorización sanitaria. Acto seguido le dio la palabra a su asesora, señora Luisa González.

La señora González señaló ser la encargada o jefa del Subdepartamento de Profesiones Médicas de la Seremi de la Región Metropolitana. Dicho cargo se relaciona con la autorización de los establecimientos de salud, tanto públicos como privados.

Respecto de la pregunta de la Clínica Ensenada, mencionó que no solo se autorizaron las camas UTI y UCI, sino también Imagenología. El subdepartamento que lo autorizó no es el de ella. Se trata de un subdepartamento que tiene que ver con equipos críticos. Ellos estuvieron en el establecimiento y verificaron los equipos y autorizaron eso como sala de procedimiento. Por lo tanto, ellos partieron con Imagenología, precisó.

Se le indicó que en la Clínica Ensenada, salvo que haya una situación de extrema gravedad, no se toman imágenes en el día, porque todo ello está externalizado. No hay disponibilidad propia para estos procedimientos ni tampoco un banco de sangre.

La señora González aclaró que no es obligatorio que las clínicas tengan un banco de sangre, pero sí los hospitales. Hay que diferenciar a los establecimientos. Un hospital tiene que partir con todo, y en este caso sí tiene la Unidad de Medicina Transfusional y la imagenología, que tiene que ser completa. Un hospital no puede partir sin esos elementos, no así la clínica, reiteró.

Añadió que la clínica, aunque tiene hospitalizados, puede recurrir a servicios externos. Esa es una particularidad que tiene la clínica y, según la reglamentación, no están obligados a pedirles que tengan banco de sangre e imagenología, aunque sí deben solicitarles los convenios.

Precisó que ellos partieron con sus equipos críticos, o sea, autorizados. En imagenología tenían los equipos y fueron vistos por sus formalizadores. Ellos los presentaron, pero no puede dar fe de eso porque su subdepartamento no autoriza equipos críticos, sino otro subdepartamento dentro de la Seremi que tiene relación específica con los equipos críticos. Lo que sí indicó es que ellos tuvieron la resolución en la que se manifestaba que estaban autorizados, y que se fue a ver.

A la pregunta sobre cuántas camas funcionan, se respondió que 50, 44 UTI y 6 UCI.

Consultado el señor Aranda, en su calidad de Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana, cuál es la validación de esos equipos de rayos, quién los autorizó y bajo qué condiciones, respondió que que dado lo compleja de la autorización y al no contar con el detalle respectivo, le parece más correcto dar una respuesta documentada, con el fin de cumplir con todos los requisitos.

Preguntado sobre cuántas visitas posteriores a agosto de 2014 ha realizado el Seremi de Salud, en que haya registro de las condiciones en que opera dicha clínica, contestó que se han efectuado cuatro fiscalizaciones y un sumario sanitario, con aplicación de una multa de 40 UTM y si no se resuelve el tema, dependiendo de la gravedad, pueden prohibir el funcionamiento o caducar la autorización sanitaria de la clínica.

En cuanto a la causal de sumario, la señora González señaló que son varios los requerimientos que faltaban cuando se realizó la visita. Faltaban equipamientos y elementos que eran importantes para la clínica. Dijo que la visita se efectuó a fines de 2015. Además, las bodegas no daban abasto por la mantención de los equipos, que son bastantes. En otra visita, las observaciones que se le hicieron en el sumario, ésas ya habían sido corregidas por la clínica.

Pregunta si en la Seremi existe algún concepto para definir qué es una clínica; qué es un hospital y qué es un centro médico, la señora González aclaró que eso está definido en el Código Sanitario, particularmente en el reglamento N° 161 de hospitales y clínicas, que establece de manera clara la diferencia entre hospital y clínica. El hospital es un establecimiento de atención cerrada, que es de hospitalización, pero que tiene bastante más complejidad que una clínica. El hospital puede ser de un tipo de especialidad, como también puede serlo para la atención de adultos y de niños. El hospital no puede empezar a funcionar si no tiene todos los elementos, es decir, no puede funcionar si no tiene las unidades de apoyo, como son, farmacia, imagenología, unidad de medicina de transfusión, laboratorio. De lo contrario, un hospital, sea público o privado, no podría funcionar.

La clínica, por su parte, difiere, porque es un servicio que puede ser ambulatorio, toda vez que tiene consultas, pero también hospitalización. En la hospitalización, las unidades de apoyo tienen que establecer convenio con imagenología, con laboratorio, con unidades de medicina transfusional, incluso con servicios de traslado de pacientes. Todos esos convenios son solicitados a través de la Seremi. No queda cabo suelto alguno. La clínica no puede funcionar si no presenta un convenio para transfusiones; otro para imagenología; otro para laboratorio, etcétera. Si necesita tener rápidamente el acceso a un resultado, requiere tener ese convenio con un laboratorio.

Preguntado si una clínica en la que se pone botox es igual a una de pacientes críticos, la señora González dijo que no es lo mismo, porque el botox se aplica en una sala de procedimiento, que es un lugar establecido para realizar ese tipo de procedimientos, que no son de hospitalización, pues inyectar botox no implica que la persona vaya a quedar hospitalizada. Dijo estar de acuerdo con que nadie puede asegurar lo que sucederá con un paciente, pero para el tratamiento de botox, siendo considerado una aplicación de un producto que va internamente en el ser humano, el establecimiento requiere tener un médico como director técnico y el personal adecuado, ya que se trata de una actividad de salud.

En una segunda sesión, a la cual fue citado para responder consultas que habían quedado pendientes en la anterior, el señor Aranda se refirió a la resolución del equipo de Rayos X, lo cual no tuvieron a la vista en ese momento y que corresponde a clínica Ensenada. Señaló que tiene en su poder la resolución que acepta los distintos convenios que tiene esa clínica para Rayos X, escáner, resonancia magnética, medicina nuclear, ecotomografía y mamografía, que son los que exige la ley.

Se le consultó sobre la imagenología, porque en el caso del laboratorio Imalab y de la Sociedad Portal Salud SpA lo que figura es un convenio entre las partes, no la autorización sanitaria respectiva, a lo que el señor Aranda, dijo que exactamente, ya que para otorgar la autorización sanitaria debe existir un convenio. La autorización está basada en que exista un convenio de prestaciones de servicio.

En cuanto a la autorización del convenio en imagenología - validado esa Secretaría Regional Ministerial, porque justamente este es el convenio en el que se trasladan pacientes de la clínica Ensenada a otros lugares para hacerse los escáner y las resonancias- el señor Aranda afirmó que está autorizado. Luego solicitó que pueda intervenir la señora Luisa González, quien es la encargada en esta área. Ella señaló que la autorización de la clínica Ensenada fue dada con todos los convenios a la vista. Eso es lo que les pide la reglamentación. No dice que tengan que colocarlos dentro de la resolución. Tienen todos los convenios con imagenología, con banco de sangre, con diálisis. Son todos convenios escritos, en este caso, entre la clínica Ensenada y el prestador. Esos convenios se solicitan para que la clínica pueda funcionar. Eso fue lo que tuvieron a la vista, y a raíz de eso salió la resolución 027154, de 18 de julio.

Preguntada sobre cómo se valida que lo que está escrito entre las partes, se esté cumpliendo, cómo la Seremi de Salud, garantiza que lo que está en el papel, a diferencia de lo que verifican in situ para la instalación de un establecimiento, cumple la norma y los requisitos en esas dos áreas, señaló que cada uno de los establecimientos con los cuales la clínica Ensenada hizo convenio fue verificado en su catastro y en su base de datos, para ver si efectivamente el establecimiento cumplía o no las condiciones sanitarias y sí estaba autorizado. Añadió que en este caso, cada establecimiento que hizo convenio con la clínica Ensenada fue estudiado por separado, para ver si tenía su autorización, cuándo había sido visitado por última vez o si tenía algún problema que los llevara, en ese momento, a decir: “Esto no es posible.”.

Consultado si en el caso de procedimientos invasivos de urgencia, como endoscopía o colonoscopía, también existen esos convenios, o algún tipo de restricción en cuanto a que los mismos dueños de la clínica sean también dueños de las instituciones prestadoras, la señora González respondió que efectivamente, la clínica Ensenada puede tener sus propios elementos para realizar los exámenes. En ese caso, ellos cuentan con los convenios que ellos hicieron con los prestadores y, en el caso que se menciona, que es endoscopía, indicó que lo desconoce.

El señor Aranda agregó que la ley y el reglamento son precisos. Hay un *checklist* del reglamento, que *establece* todo lo que debe tener, lo que se exige. Todo está documentado, según el procedimiento que está establecido, acotó. Explicó que el reglamento tiene un listado de procesos, de actividades, de instalaciones, de procedimientos que se deben cumplir para ser aceptado por

ellos. Agregó que pueden haber procedimientos nuevos, tecnologías nuevas, y si no están en el reglamento, no les corresponde pronunciarse sobre ese tema.

Afirmó que los reglamentos son perfectibles, pero todo lo que está en el reglamento es lo que permitió hacer la autorización sanitaria, y eso está correcto.

Consultado si es que existe, dentro de la misma normativa, un registro mensual de derivaciones de la clínica hacia sistemas de servicios urgencia públicos respecto de pacientes que se hayan complicado, se afirmó que ellos verifican las instalaciones, la infraestructura y el personal. Los procedimientos internos de la clínica, de pacientes, de diagnósticos, no están dentro del ámbito de competencia de la Seremi de Salud. Piensa que esa materia tiene que ver con la acreditación y con las instancias regulares del control de calidad de salud, que no están en el ámbito de la autorización sanitaria. La norma señala que el director técnico es el responsable de tener la información.

Indicó que son varias las autorizaciones de este tipo que se han otorgado para que funcionen estas clínicas, y que enviará una lista con el detalle.

Preguntado si es que se puede arrendar una planta física, adecuarla, poner camas, respiradores y externalizar todos los otros servicios, dijo que siempre que tenga el personal y la autorización de los equipamientos y las condiciones físicas del establecimiento adecuadas. Todo eso está todo normado. Hay un reglamento, reiteró.

Preguntado si es que hay limitaciones respecto a la ubicación de los servicios anexos, o éstos pueden estar a 20 cuadras, o a 5 kilómetros, se respondió que no hay limitación**.** La señora González añadió que el reglamento no estipula dónde tienen que estar esos prestadores que hacen convenios con una determinada clínica. La organización radica especialmente en el director técnico de la clínica, quien finalmente es el que organiza y efectúa el ordenamiento de las redes en caso de que exista un problema con algún paciente. Por eso es primordial establece los convenios con prestadores, que son externos, pero que a él le facilitan. Dijo él, porque es el director técnico quien organiza el establecimiento, no la Seremi, quien solo autoriza el local y la instalación.

--- Director del Hospital San José, señor José Miguel Puccio.

Indicó que su intervención trata sobre los convenios que el Hospital San José, como institución pública, pueda tener con instituciones del ámbito privado. En ese contexto, se ha atrevido a reevaluar y a revisar el sistema de derivaciones y la forma en que funciona el hospital.

Señaló que el Hospital San José siempre ha tenido falta de capacidad. El año pasado (2016) estuvo en la Comisión de Salud, exponiendo sobre una situación que se denominó “crisis de urgencia”, en la cual los sistemas se saturaron y aparentemente no pudieron dar la atención que se requería a sus pacientes. Eso provocó una intervención y una revisión de todos sus protocolos.

Hizo saber que en promedio, en el hospital se dan diariamente alrededor de 350 atenciones de urgencia, en un estándar relativamente estable; existen 600 camas de hospitalizados y como hospital de adultos tienen un servicio de neonatología de altísima complejidad. También se entrega un número mayor de atenciones ambulatorias, de lunes a viernes, en el concepto de diagnóstico y terapéutico. Agregó que el hospital está situado en el área norte de Santiago y la

población asignada fluctúa en alrededor de 800.000 personas. Estructuralmente, el hospital es de los años 80. La maqueta con que el hospital se construyó y se entregó a fines de los 90, lo que implica que cuando se puso la primera piedra ya estaban quedando chicos.

Indicó que en el área norte de Santiago constituyen el único hospital que no tiene un segundo hospital público para resistir la carga asistencial que existe en ese sector de la ciudad. El resto de las áreas de Santiago tiene siempre un segundo hospital, pero ellos no. Por lo mismo, en concreto, deben atender al promedio total de habitantes (800.000 personas). Añadió que durante los últimos años se han suscrito diferentes convenios que sitúan a ester hospital como centro de derivación. A ello se suma una antigua normativa ministerial que establece que todo paciente proveniente de la Segunda o de la Tercera Región debe ser atendido en el hospital del área norte de Santiago. Tal situación es similar a la que en un momento existió con Isla de Pascua, en que los pacientes llegaban a Santiago en avión, los subían a una ambulancia y los trasladaban a Valparaíso, porque debían atenderse según un sistema de asignaciones regionales. En el marco de este sistema, dijo, dan alrededor de 350 atenciones diarias de urgencia, que son las más sensibles y vistosas. También tienen sistemas de consultores de llamadas mediante las cuales se busca emular la atención de especialistas durante 24 horas, con respuesta mala o insuficiente de parte de los oferentes. Tienen un sistema clásico de atención de urgencia que considera un jefe de turno, cirujano, médico internista, traumatólogo y enfermera.

Mencionó que durante el tiempo que trabaja como equipo directivo se ha instaurado un servicio de neurocirugía, porque al no tener neurocirugía de urgencia debían derivar a los pacientes dentro de la red, generalmente al Instituto de Neurocirugía, por lo que se generaba una situación bastante especial, en el contexto que el paciente no tenía una cama en la unidad de cuidados intensivos para su regreso, en el instituto no lo aceptaban. Además, actualmente tienen el sistema de derivaciones a otros hospitales, en primera línea a los del área pública y en segunda línea a los del área privada. En las derivaciones de pacientes de la red pública a hospitales del área privada se centraliza y hay un protocolo al respecto, el que establece que cuando su propia capacidad los sobrepasa y no pueden dar la atención como corresponde a los pacientes de mayor gravedad –no a los de baja o mediana gravedad-, estos deben ser derivados al extrasistema, sea público o privado. Añadió que de acuerdo con su protocolo se deben comunicar con la Unidad de Gestión Centralizada de Camas del Ministerio de Salud para entregar los antecedentes, quien a su vez les envía la información de las clínicas a las que se denomina *rankeadas* por Fonasa, con la finalidad de determinar a cuál de ellas será derivado cada paciente.

Señaló que ese procedimiento ha cambiado en el tiempo, pues hace algunos años, cuando se derivaba a un paciente este quedaba bajo la responsabilidad económica y médica del hospital, de modo que había que tratar de recuperarlo a la brevedad. En la actualidad, dado que se trabaja con los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, es Fonasa la que se hace cargo del paciente y se ocupa de su re-traslado o de su alta final. En el caso de los pacientes niños o neonatos la Unidad de Neonatología del Hospital San José tiene alrededor de cien camas. En ese contexto, generalmente derivan a la madre a diferentes instituciones cuando saben que ya se va a producir el parto de un niño que deberá ser tratado en la Unidad Neonatología.

Luego se refirió a los procesos sociales que se han generado en el último tiempo, los que se han concretado con paros nacionales y falencias económicas. Por ejemplo, dijo, recibió el hospital con 18.000 millones de pesos de deuda, principalmente a proveedores, entre los que había un sistema de sociedades médicas y empresas externas, y cuando habla de sociedades médicas se refiere a que médicos del hospital trabajaban fuera de horario, prestaban servicios y cobraban por sociedades médicas con convenios generalmente de palabra o simplemente con convenios muy sencillos. En relación con esa situación, que ha sido muy discutida, señaló que en este momento en el Hospital San José no queda ni una sola sociedad médica, están todas afuera.

Por otro lado, dijo, estaban los prestadores de servicio, que fueron objeto de debate, puesto que se trataba de empresas que traían médicos extranjeros, situación que comenzó a surgir entre 2012 y 2013, debido a la crisis en España, en Europa, para solucionar los aspectos contemplados en las leyes respectivas. En ese contexto, esas empresas entraron al hospital a principio de 2013 y hasta 2015. Cuando asumieron, no había ni una sola licitación, contrato o símil; los pagos se hacían solo por regularización. Ellos pusieron orden, hablaron con la empresa, plantearon la disminución de costos, pues eran carísimos, ya que en ese tiempo lo que menos se pagaba era alrededor de 45.000 pesos la hora, y se refiere hace dos o tres años, negociaron con la empresa para bajar los montos, se pusieron cláusulas de respaldo económico y se licitó. Hasta este minuto, dijo, se han realizado varias licitaciones, pero lamentablemente no se ha adjudicado, porque no se ha cumplido con los requisitos.

En ese contexto, y con los diferentes cambios de normativas y leyes que hubo, primero con el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (Eunacom) y después con la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (Conacem), puede decir que tienen licitada a la empresa MAV Health Consulting SpA, ya que gracias al cambio de normativa pueden contratar a los médicos extranjeros que estén inscritos en la Superintendencia y en Conacem, en forma alterna. También, están haciendo el cambio de contratación institucional, por no licitación y sin licitación a privados, pero siempre por vía pública. Lo mismo sucedió con Soma, afirmó, empresa de anestesista que se instaló en el hospital en esos años y que empezó, de una u otra manera, a través de Vis a Tergo, a controlar los cinco pabellones ambulatorios en cuyos procesos se utilizaba anestesia, empresas que tampoco tenían regularización. Desde el punto de vista contractual, pagaban en ambas empresas más de 100 millones de pesos al mes y siempre regularizando lo que caía en la más profunda irregularidad.

Posteriormente, dijo, se hizo una licitación y ahora puede decir que el 1 de abril (de 2017) parte otra empresa que fue licitada públicamente, pero esta vez tomaron precauciones: una comisión especial de control de la empresa, controladores de contrato, como lo dispone la ley, y tienen comités que les ayudan a trabajar.

Agregó que, a pesar de todo, igual tienen algunas dificultades que no han podido solucionar: en primer lugar, la falta importante de camas. Segundo, falta de resolutividad, porque no son capaces, por falta de especialista o porque todavía se quedaron pegados en un sistema, debido a que cuesta mucho contratar médicos por más de 11 horas. La gente no quiere contratarse, y si se habla de plata, 11 horas son 2 horas por día o 4 horas por dos días 3/4, lo que da poca continuidad al trabajo, pero a pesar de ello se hace todo, logran las tasas que

tienen y han podido salir adelante en cada una de las crisis. Por ejemplo, cuando se analiza su alta tasa de traslado de 2016, debe considerar que en el área de neonatología tuvieron una infección por una bacteria llamada Serratia, la que es muy rara y con la que normalmente se contagian uno o dos niños, pero en el caso que señala se contagiaron muchos niños, aunque sin ningún compromiso clínico. No obstante, como deben seguir las normas de Salud Pública, no pudieron ingresar más madres y tuvieron que empezar a derivar. Asimismo, en 2016, en el contexto del paro nacional, también tuvieron que derivar a muchos pacientes. Ahora bien, dentro de la derivación tienen muy claro a quién se deriva, no se trata de que el médico de turno diga: “sabes que hoy día no tengo muchas ganas de atender, sáquenme estos pacientes”. Sin embargo, no tienen influencias en el lugar al que se derivan.

Indicó que respecto de la deuda hospitalaria, se ha trabajado fuerte. Más que para disminuirla para controlar los gastos. El gran gasto son las horas extraordinarias; es un tema sensible, que trae de por sí mucha inseguridad y ha costado mucho que la gente entienda que no van a cortar las horas extraordinarias, sino controlarlas. Por lo tanto, si alguien necesita lo que la ley permite –el máximo de 40 y 20- se le pagarán en la medida que las haga, pero no como una forma de mejorar el sueldo. Por ejemplo, tienen un personaje histórico con 100 horas extraordinarias al mes, y se le estaban pagando.

Dentro de ese esquema, dijo, hubo también evaluaciones económicas y están trabajando en tratar de disminuir los costos sin disminuir la calidad. Pero les pasó que para arreglar la unidad de diálisis y poner diálisis peritoneal, vino una empresa, miró y les dijo: “sabe qué, ustedes pagan mal, y se retiró”. Por licitación lo pudieron arreglar, se pudieron conseguir una segunda empresa, pero hay inestabilidad en ese aspecto, acotó.

Finalmente agregó que el Hospital San José es un recinto hospitalario de buen rendimiento, que está solo en la zona norte de la ciudad de Santiago, donde su gente está cada día más orgullosa de trabajar en él, cosa que ha costado. En su caso, con mucho orgullo, está portando su credencial de acreditación porque ellos, como hospital, ante la Superintendencia, tuvieron que presentar todas las capacidades, y acreditaron con 93%, por lo que salieron terceros. Sin embargo, insistió en que salieron primeros, porque fueron el primer hospital acreditado por segunda vez, y el que salió segundo no tenía servicio de urgencia. Por lo tanto, ello lleva a que pueda establecer que son los primeros.

Frente a diversas consultas el señor Puccio aseveró que cuando asumió, había un servicio de oftalmología con excelente rendimiento, pero lo sábados en la mañana. Entonces, llamó a los oftalmólogos y les pidió que, por favor, hicieran una relación de sus prestaciones -léase cataratas- en horario institucional y a cambio de esa información se podía hacer una en horario no institucional. Eso provocó que les dijeran que no y además ocurrió una cosa muy insólita, pues se llevaron todo el instrumental. Ellos eran los dueños del instrumental, cosa de la que se enteraron en ese minuto. Todos eran chilenos y abandonaron el trabajo, de un día para otro, sin piezas de mano y sin nada. Volver a armar el sistema fue muy complicado, precisó.

Por supuesto, dijo, apareció rápidamente una empresa, cuyo nombre debe haber salido en esta comisión, con el nombre de Kychenthal. Empezaron a aparecer todo tipo de ofertas, las que decidieron frenar; comenzaron a trabajar, con una muy buena experiencia, en principio, con el Hospital Félix Bulnes, después con el CRS de Maipú y en parte importante con el Hospital José Joaquín

Aguirre, pero con todo lo anterior su lista de espera en oftalmología es vergonzosamente alta. Están haciendo un trabajo junto con el Servicio de Salud para implementar la Unidad de Atención Primaria en Oftalmología (UAPO), las cuales van a dar el primer paso en todo lo que es el manejo del AUGE. Precisó que una cosa importante que hay que entender de las listas de espera es que él no las provoca, sino solo es el receptor y solucionador. Esto es lo mismo que entregar a alguien una tarjeta de crédito y que el jefe del banco lo rete a uno por los gastos. Entonces, cuando tiene un paciente al que, por ejemplo, le diagnostican una catarata, lo saca de la lista de espera y lo pone en una segunda lista. Los señores usuarios del hospital estarán claros que cuando ese paciente es una persona mayor se piensa que sería bueno que lo viera el nefrólogo, el cardiólogo, que le hagan un electro y esto empieza a crecer.

Señaló que han sido cuidadosos en que se opere en horario institucional lo que es AUGE. No puede poner las manos al fuego respecto de que no se hayan pasado pacientes AUGE en los mal llamados POA, que es un invento de hace muchos años que originalmente se llamó Programa de Oportunidad de la Atención, el cual activa si es que por marzo, abril o mayo ve que está mal con su lista, pero ya está tan institucionalizado en todos los hospitales que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.

En el caso de las jornadas compartidas, indicó que no hay nadie que sea miembro de una empresa y que trabaje al mismo tiempo al interior del hospital. O sea, en el hospital no hay sociedades. Lo que sí hay son médicos que tienen horas institucionales que hacen estos POA, que después complementan, y existe la obligación de un mínimo de horas que debe tener cualquier médico que se dedique a trabajar en el hospital. Por lo tanto, tiene que haber un compromiso institucional, aseveró.

Respecto del modelo de Vigilius, que es otra de las empresas que prestan servicios, en 2012 o 2013, se decidió que se necesitaban diferentes empresas y se vendió “el producto anestesista”, porque no dan abasto. Han tenido diferentes fluctuaciones de anestesistas. Empezaron a entrar estas empresas a ofrecer pago por prestación con el paquete completo, ellos les facilitan el pabellón, que ahí iban a operar cataratas, que se preocuparían de todo, que iban a poner el personal, el anestesista y todo. Ellos solo tienen que poner al cirujano, el paciente y los insumos que no asumía ninguna empresa. Ese proceso se fue sedimentando y cada vez se implementó más dentro del hospital.

Recordó que cuando él asumió, se encontró con colegas que trabajaban en el hospital en su horario institucional, salían, se cambiaban de camiseta y trabajaban, en este caso, para la empresa SOMA. Esto se estuvo deteniendo, incluso, en algún minuto cuando fue la licitación para las nuevas empresas de anestesias, revisaron hasta las boletas del actual jefe de anestesia, para que no hubiese nadie que dijera “este señor hizo un turno el 2013 para esa empresa. Por lo tanto, debe quedar deshabilitado.”.

Reiteró que la empresa que viene llegando está trabajando y trae su propia gente, su personal. Según la legislación laboral no pueden impedir a alguien que trabaje fuera del horario, después de las 17.00 horas, porque estarían restringiendo su derecho laboral, pero la única opción que había eran los consultores de llamada. Explicó que los consultores de llamada son especialistas que se solicitan en un determinado hospital. Por ejemplo, se dice que se necesitan cardiólogos hemodinamistas y uno dice: “Yo me inscribo”, pero no podía ser en el propio hospital –para que hubiera transparencia-, sino en otros hospitales y en

otras áreas. Esa normativa se eliminó hace muchos años y, por lo tanto, se permite que la misma gente que trabaja en el hospital pueda ser consultor de llamada.

En el caso de los POA –dijo-, que hay claridad que funcionan con gente del hospital, lo que se hace es que se llega a acuerdos económicos, en los cuales el hospital también exige una parte: después de la 17:00 horas; son pacientes institucionales y no hay medicina privada al respecto. Incluso, hay un proyecto que presentaron el año pasado al Ministerio, en virtud del cual se permitió cerrar pensionados, porque le pareció impresentable que, teniendo pacientes acostados en camillas, tuviese en el quinto piso espacio para una oportunidad económica diferenciada del resto. Es más, dio la oportunidad a los cirujanos de que se construyeran algo al lado y que él les vendía alimentos, medicamentos, pabellones, lo cual no se ha concretado. Señaló que esto lo hicieron, porque están viendo la posibilidad, como los pisos de pensionados son muy grandes y se achican los baños, de aumentar en más de 35 camas, sin mayor poder constructivo ni inversión económica y con el mismo personal. Tal es un proyecto que aún no ha salido y todavía están esperando que les contesten desde Inversiones.

Señaló que la empresa Vigilius tiene un sistema absolutamente controlado por lo que ha podido averiguar. En cuanto a su dueño, tiene entendido que es un señor de apellido Rodríguez.

Continuó señalando que las bases de esa licitación se hizo entre los jefes de servicio y la subdirección médica, junto con una comisión. Como dice la ley, fue adjudicada y una de las razones importantes por la que ganó esta empresa es que había una diferencia de casi 40 millones mensuales entre una y otra empresa, ofreciendo lo mismo. Dentro de lo mismo estaba que debían traer máquinas de anestesia y parte del personal para poder complementar.

Respecto de las compras a privados, reiteró que es un poco lo mismo que ha enunciado de cómo lo están haciendo. En cuanto a las compras a privados directos hay que diferenciar los suministros hospitalarios. Lamentablemente Cenabast no es lo que quisiera que fuese, comentó. Le encantaría que fuese solo a través de la Cenabast, porque eso les permitiría cantidad, calidad y precios accesibles. En lo que corresponde a compras de empresas privadas o algo por el estilo es todo, sin excepción, bajo licitación.

Respecto de su autodenuncia, hizo saber que se basa en lo siguiente: es cardiólogo hemodinamista y, desde el 2008, trabaja en el hospital haciendo cardiología invasiva, angioplastía, las 24 horas al día. Con mucho orgullo –dijo- puede señalar que la unidad cardiovascular no tiene nada que envidiarle a ninguna otra del mundo. Hay especialistas las 24 horas del día, y se atiende a los pacientes a), b), c) o d) sin problemas, en 24 horas los pacientes están con sus marcapasos instalados. Si es una urgencia cardiológica, se soluciona dentro de las seis horas y nueve horas que exige la normativa clínica. Y los pacientes están generalmente a los dos, tres o cuatro días, según la evolución, en su casa.

Cuando postuló al cargo de Director por el Sistema de Alta Dirección Pública la ley le amparó en el contexto de que tengo derecho por la ley Nº 20.261 a usar doce horas del tiempo en actividad docente y/o clínica. En ese contexto, siguió haciendo actividad clínica después de las cinco de la tarde y fines de semana como consultor de llamadas, aparte del horario, amparado en esta

normativa, la que además le dice que debe devolver en concordancia con el director del Servicio, cosa que si se revisa sus marcaciones, que están también a la vista, se puede apreciar que las devuelve con creces.

Respecto a su conflicto con algún gremio que se sintió un poco pasado a llevar cuando empezaron a hacer las revisiones de horas extraordinarias, de contratos poco claros y de gente que cobraba sueldos y nunca habían pasado por el hospital, o los 360 millones de pesos en un año en horas extraordinarias, sin ningún respaldo, apareció una carta anónima reclamando por su no dedicación exclusiva, y por sus viajes presidenciales. Recalcó que desde que asumió como director ADP en marzo del 2016, nunca más pidió permiso para los viajes presidenciales. Pedía vacaciones para que no se confundiera, y que habían sido dos, porque por lógica el grupo de médicos presidenciales son varios, y la situación laboral que tiene al interior del hospital tampoco le da para estar viajando todas las veces como alguna vez lo hizo con otros presidentes.

Como eso trajo bulla -dijo- fue a la Contraloría General de la República, hizo una presentación al que acompañó posteriormente un informe en derecho, en el cual se certifica de por qué él no está en la ilegalidad. El 8 de noviembre hizo la presentación y hasta el día de hoy, lunes 13 de marzo (2017), no ha tenido respuesta de la Contraloría General de la República.

--- Director del Servicio Metropolitano Central, señor Jorge Antonio Martínez.

Inició su exposición explicando el modelo de atención en red asistencial y sus componentes. Señaló que tienen la atención comunitaria, la atención ambulatoria y en lo ambulatorio tienen, fundamentalmente, los servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), el SAMU y los centros de salud y terminan con la atención cerrada, en la que su red cuenta con tres hospitales.

Añadió que su red es muy amplia y diversa en términos de territorio. En términos poblacionales, es de 1.234.000 habitantes aproximadamente. Sin embargo, desde el punto de vista epidemiológico, tiene una población altamente envejecida, que es transversal a todas las comunas a las cuales ellos territorialmente tienen que dar atención en salud. Agregó que el porcentaje de la población madura es de alrededor de 4 a 7% del total de la población mayor de 65 años. Maipú sería la población más joven que les toca atender, y en Estación Central, Cerrillos y Santiago tienen ya un envejecimiento sustantivo.

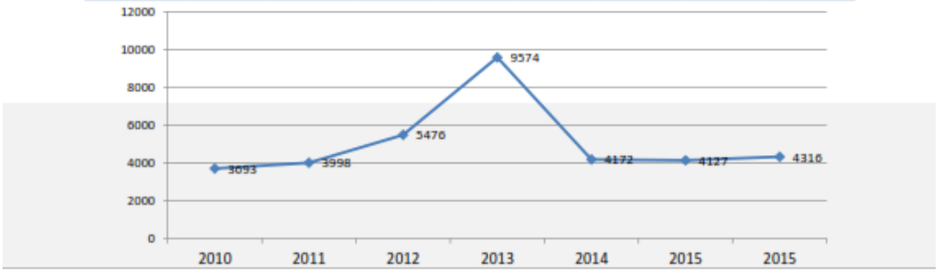
En cuanto a las derivaciones al extrasistema de la red, señaló que en general tienen cinco componentes: camas, procedimientos, exámenes, intervenciones quirúrgicas y consultas. En esta última es donde se focaliza la gran compra a privados.

Las derivaciones a privados, entre el período 2010-2016, las tenemos reflejada en esta gráfica.

DERIVACIONES DE LA RED

Nº derivaciones **por establecimiento** año 2010 al 2016

DERIVACIONES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
HCSBA	2.589	2.883	3.875	7.896	3.004	3.500	3.094	26.841
HEC					248	345	656	1.249
HUAP	1.104	1.115	1.601	1.678	920	282	566	7.266
TOTAL	**3.693**	**3.998**	**5.476**	**9.574**	**4.172**	**4.127**	**4.316**	**35.356**

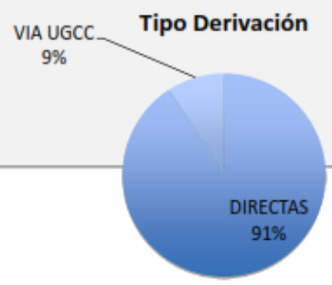


Explicó que la imagen muestra que en 2013 se produjo un peak, que sobresalió de la media; venían reflejando alrededor de 4.000 anuales y se disparó cerca de 10.000. Posteriormente, en 2014, se empezó a regularizar la compra de servicios a Extrasistema, fundamentalmente, optimizando los mecanismos de gestión internos para dar resolutividad a sus pacientes, la gran mayoría dentro de la red asistencial, que fue su objetivo inicial.

DERIVACIONES DE LA RED

Derivaciones **vía UGCC** año 2010 al 2016

DERIVACIONES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
DIRECTAS	3.378	3.673	4.994	9.161	3.720	3.566	3.656	32.148
VIA UGCC	315	325	482	413	452	561	660	3.208
Total	**3.693**	**3.998**	**5.476**	**9.574**	**4.172**	**4.127**	**4.316**	**35.356**



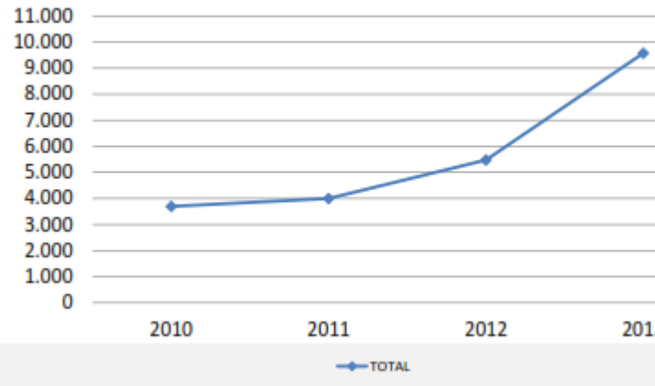
En esta imagen, dijo, se muestra el tipo de derivación, vía compra directa, realizada por los hospitales autogestionados, sustantivamente lo hacen sin consulta, en su red y la UGCC, que es la unidad de gestión de camas, centralizadas en el Ministerio de Salud, o por vía Servicio de Salud. Entonces, el 91% de las derivaciones o las compras directas al Extrasistema son realizadas directamente por los hospitales, y en eso los autogestionados son quienes se llevan la gran cantidad de derivaciones.

Nº derivaciones por **prestador privado** año **2010 al 2013**

PRESTADORES	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
SAINI DEL OTERO Y CIA LTDA.				4.487	4.487	19,7%
C. SAN ANDRES	616	673	904	992	3.185	14,0%
CEM LTDA.	428	678	967	729	2.802	12,3%
LABORATORIO E IMÁGENES BLANCO	579	400	458	664	2.101	9,2%
UNIVERSIDAD DE CHILE, IDIMI	276	297	370	207	1.150	5,1%
C.ALEMANA	86	239	417	259	1.001	4,4%
H.C.U.CATOLICA	165	338	302	178	983	4,3%
SONORAD	708	67	1		776	3,4%
MEDIMAG LTDA.	136	221	282	41	680	3,0%
SAN VICENTE DE PAUL	26	16	78	490	610	2,7%
C.COLONIAL	30	17	228	264	539	2,4%
C.SAN PEDRO	174	80	122	95	471	2,1%
OTROS	469	972	1.347	1.168	3.956	17,4%
TOTAL	**3.693**	**3.998**	**5.476**	**9.574**	**22.741**	**100,0%**

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

Nº derivaciones por **prestador privado** año **2010 al 2013**



En este gráfico, dijo, hay una sustantiva compra exponencial, que refleja alrededor de 20.400 derivaciones al prestador privado. Entre los años 2014 y 2016, tienen un total de 12.615 prestaciones, en donde prácticamente se rebajó a la mitad de lo que se había realizado en 2013. Indudablemente, estos elementos

de sustantiva baja están fundamentalmente gatillados por optimizar los elementos de gestión al interior de cada hospital.

N° derivaciones por **prestador privado** año **2014 al 2016**

PRESTADORES	2014	2015	2016	TOTAL	%
LABORATORIO E IMÁGENES BLANCO	579	383	415	1377	10,9%
MEDIMAG LTDA.	10	619	504	1133	9,0%
H. FACH	5	450	462	917	7,3%
AMARAL Y CIA.LTDA.	119	527	173	819	6,5%
CEM LTDA.	779	21	18	818	6,5%
C. SAN ANDRES	594	0	161	755	6,0%
CENTRO RADIOLOGICO FLEMING		207	344	551	4,4%
H.C.U.CATOLICA	131	200	217	548	4,3%
SAN VICENTE DE PAUL	407	28	19	454	3,6%
LABORATORIO BIOSCAN	34	191	192	417	3,3%
H.U.DE CHILE	93	168	149	410	3,3%
FUNDACION ARTURO LOPEZ PEREZ	2	63	303	368	2,9%
MEDICAL POLICENTER	318	44		362	2,9%
C.ALEMANA	154	181	23	358	2,8%
C. ENSENADA	83	110	123	316	2,5%
SOC. DE TECNOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA.	79	154	52	285	2,3%
OTROS	785	781	1161	2727	21,6%
TOTAL	**4172**	**4127**	**4316**	**12615**	**100,0%**

En esta imagen, continuó, se puede observar el número de derivaciones, fundamentalmente en el tema de camas. Por ejemplo, la Posta Central tiene mayor derivación en términos de compra de camas al Extrasistema, fundamentalmente a la Clínica San Andrés y a la Clínica Ensenada.

N° derivaciones C. Ensenada – C. San Andres año 2010 al 2016

PRESTADOR	ESTAB	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
ENSENADA (1)	HEC	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	46	1%	0	0%	0	0%	46	0%
	HUAP	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	37	1%	110	3%	123	3%	270	1%
	Total	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	83	2%	110	3%	123	3%	316	1%
SAN ANDRES (2)	HUAP	616	17%	673	17%	904	17%	992	10%	594	14%	0	0%	161	4%	3.941	11%
	Total	616	17%	673	17%	904	17%	992	10%	594	14%	0	0%	161	4%	3.941	11%
(1) + (2)	SUBTOTAL	616	17%	673	17%	904	17%	992	10%	677	16%	110	3%	284	7%	4.257	12%
OTROS	HCSBA	2.589	70%	2.883	72%	3.875	71%	7.896	82%	3.004	72%	3.500	85%	3.094	72%	26.846	76%
	HEC		0%		0%		0%		0%	202	5%	345	8%	656	15%	1.203	3%
	HUAP	488	13%	442	11%	697	13%	686	7%	289	7%	172	4%	282	7%	3.057	9%
	SUBTOTAL	3.077	83%	3.325	83%	4.572	83%	8.582	90%	3.495	84%	4.017	97%	4.032	93%	31.105	88%
TOTAL		3.693	100%	3.998	100%	5.476	100%	9.574	100%	4.172	100%	4.127	100%	4.316	100%	35.362	100%

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

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

Detalle Gasto Prestaciones Extrasistema desde año 2010 al 2016

SSMC (M$)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
COMPRA DE SERVICIOS MEDICOS DE DIALISIS	230.049	181.361	222.269	456.870	333.390	408.700	672.379
COMPRA DE EXAMENES Y DE PROCEDIMIENTOS	610.956	834.547	1.147.469	1.341.371	1.031.066	2.168.212	1.539.203
COMPRA DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS	500.751	543.415	1.388.421	1.873.451	1.345.578	1.351.233	1.111.130
COMPRA DE ATENCION DE URGENCIA	6.031.991	4.001.489	5.003.672	8.267.382	174.149	82.998	661.708
PAGO REBASES LEY DE URGENCIA	137.202	1.179.148	769.436	757.209	2.614.886	267.753	-
COLOCACION FAMILIAR DE MENORES Y EXTRA HOSPITALARIA	154.073	170.838	174.565	10.441	11.954	9.845	2.011
COLOCACION EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO	14.104	5.461	1.888	-	-	-	-
COLOCACION ADULTO MAYOR RIESGO			150.984	387.844	279.256	106.606	-
CONVENIOS DFL 36	719.454	474.658	708.704	945.680	894.565	922.755	582.763
OTRAS COMPRAS DE SERVICIOS Y CONVENIOS	1.396.891	1.844.412	385.482	741.685	4.600.859	6.004.939	6.630.273
COMPRA DE CONSULTAS			773.575	1.207.129	1.069.945	1.254.852	1.334.563
COLOCACIONES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES	-	-	-	361.318	294.133	377.361	388.581
OTROS - IMPREVISTOS	2.267	18.803	2.144.087	2.645.965	3.719.017	3.036.476	3.052.407
TOTAL	9.797.738	9.254.133	12.870.551	18.996.345	16.368.798	15.991.729	15.975.020

Consultada las razones por las cuales se disparó la compra de servicios médicos de diálisis, que llegó a 672.000, indicó que según su opinión, hay varios factores asociados al respecto. Primero, mayor diagnóstico de pacientes con insuficiencia renal crónica; segundo, como apreciación personal, una disminución de la detección precoz en los pacientes con enfermedades cardiovasculares, fundamentalmente, asociado a diabetes o hipertensión, los cuales no están siendo debidamente compensados en la atención primaria. Por lo tanto, el aumento de volumen, el rescate y el diagnóstico precoz de esos pacientes está haciendo aumentar, en su opinión, desde el punto de vista médico, esa cantidad de pacientes. Por otro lado, dijo, un fenómeno que se ha ido dando, pero se está recuperando, dice relación con el tema de que muchas de las diálisis instaladas en los hospitales, como en el de San Borja Arriarán, no están funcionando a plenitud.

Ello, indicó el señor Martínez, tiene multicausalidad. Para dar una respuesta a cabalidad, sugirió tener una mirada profunda y, quizá, para una sesión posterior, traer los fundamentos concretos al respecto para dar una mirada más integral al tema.

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

Para comprender las alzas y diferencias en gastos afirmó que hay que considerar dos aspectos. Uno, el pago de rebase de la ley de urgencia, que se aumentó sustantivamente en 2016, y en 2014 se logró estabilizar esa línea y se tuvo que pagar. Es decir, cuando pacientes han ido a los hospitales de la Católica o de la Chile por la Ley de Urgencia, esas facturas se empezaron a pagar en 2014. Fundamentalmente se explica por ese tema. En 2014 y 2015, por ejemplo, en el tema diálisis, en El Carmen no han podido abrir diálisis, lo cual ayudaría

sustantivamente, pero más bien a dar garantía a los pacientes de Maipú, porque no tiene la capacidad para atender a la red, ya que son solo 10 sillones de diálisis. Por eso, los servicios de diálisis han ido aumentando a 2016 igual, a pesar de que tuvieron una baja en 2012 y 2011. El tema de las diálisis es muy precario en su servicio y a los pacientes se les envía principalmente al sector privado.

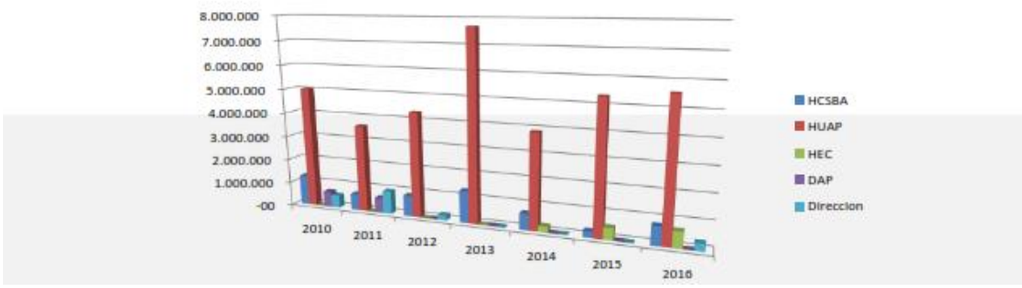
Y las otras compras por convenio, que aumentaron tanto, cuáles son esos que pasaron de 741.000 a 4.600.000, en el ítem otras compras de servicios y convenios, y cuáles son esas otras compras? El señor Martínez señaló que esas otras compras no están detalladas con especificidad en la glosa respectiva. Simplemente, algunos están referidos fundamentalmente el pago de quemados, el que les aumenta considerablemente el gasto. En el privado hay solo 2 clínicas que prestan ese servicio: la Clínica Indisa y el Hospital del Trabajador, aparte de la Posta Central.

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

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

Detalle Gasto Prestaciones Extrasistema desde año 2010 al 2016

COMPRA DE ATENCION DE URGENCIA MAS COMPRA DE SS (M$)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
HCSBA	1.247.327	671.713	859.941	1.314.890	657.883	253.571	760.872
HUAP	5.015.542	3.604.926	4.322.782	7.690.910	3.877.490	5.342.296	5.568.046
HEC	-	-	-	-	239.636	492.070	657.796
DAP	644.024	622.380	-	-	-	-	183
Direccion	521.989	946.882	206.431	3.267	-	-	305.085
Total	7.428.882	5.845.901	5.389.153	9.009.067	4.775.008	6.087.937	7.291.982



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

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

Medidas tomadas. Acciones.

1.- En 2015 se creó la unidad de gestión clínico-financiera, que monitorea la actividad asistencial y la administrativa, así como de la derivación oportuna y sus costos en los distintos niveles de responsabilidad, lo que les permite tomar decisiones para optimizar la gestión interna de cada establecimiento.

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

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

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

Consultado por las medidas 1 y 2, si sólo lo llevaron a cabo el Servicio de Salud Metropolitano Central, el señor Martínez dijo no tener el dato del resto de los servicios de salud.

Tras varias consultas referidas a las láminas exhibidas y a los incrementos de gastos en algunos años, el señor Martínez señaló que el gasto que ha identificado desde 2010 a 2016 ha aumentado en diferentes ámbitos y es de carácter multifactorial. Por un lado, dijo, tienen la atención primaria, cuya función deben realzar y reforzar, lo cual es absolutamente necesario para visualizar una población relativamente sana en el futuro, y con ello, de alguna forma, tener un costo relativamente bajo en los grandes centros asistenciales.

Regularmente, su población está sobre los 65 años, y con un envejecimiento promedio de alrededor del 8%. Ya tienen la evidencia de que el envejecimiento en Chile, de las comunas antes referidas, primero, es policonsultante, una característica importante; segundo, con más de dos patologías asociadas. Es decir, no solamente ser viejo, sino que además con dos patologías asociadas. Según la investigación que han llevado a cabo en su servicio, de las enfermedades fundamentales que tienen en la atención primaria, que es hipertensión y diabetes, solamente el 35% de todos los pacientes están compensados. El resto permanentemente vive en la descompensación y se adaptan a ello. Entonces, al sufrir una enfermedad aguda los días de hospitalización y la necesidad de exámenes aumenta considerablemente. Por eso, al examinar el aumento y cuál es el impacto, la atención primaria se merece un capítulo especial, porque ahí está el foco de su modelo de salud y no tienen respuestas contundentes hasta el momento.

Existen dos comparativos: una, salud dependiente del servicio, atención primaria y, otra, la salud municipal. Hay dos servicios en el país que tienen el tipo dependiente: Aysén y el Central. Los indicadores señalan que la salud dependiente tiene un cumplimiento ligeramente mejor, pero no sustantivamente mejor. Es decir, también se hacen cargo de ese tema. Piensa que lo fundamental debe ir por el lado de la atención primaria.

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

--- Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, don Luis Antonio Infante.

Hizo presente que ese Servicio, que es el más grande de Chile, tiene un presupuesto cercano a los 260 mil millones de pesos. La compra que han hecho a privados, es de 11 mil millones en servicios, principalmente a empresas vinculadas a médicos del hospital Sótero del Río o del hospital de la Florida. Agregó que han gastado alrededor de mil millones anuales en compra de camas, esencialmente, a la Clínica Colonial. Fueron dos camas de intensivos, dos camas de intermedio, y camas de agudo, las que tienen variaciones estacionales.

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

Preguntado por si Fonasa aún no la ha pagado, respondió afirmativamente, y señaló que el Servicio ha reducido significativamente los días de espera. Además, ha hecho uso intensivo de los pabellones, tanto en el Sótero del Río como en La Florida. Entonces, si Fonasa pudiera pagar todo lo que el Servicio produce, tendría un excedente de 7 mil millones. Esa es la realidad del servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, acotó.

Consultado de si cree que, en la eventualidad de que tuvieran los cupos y pudieren contratar con mejores sueldos y condiciones, de manera de poder competir con las clínicas privadas por profesionales médicos, saldría mucho más caro de lo que actualmente compran a través de sociedades médicas, o sería en similares condiciones, el señor Infante dijo que es un tema interesante en la discusión de aumentar o no su gasto del producto en la salud pública. La deuda actual del sistema está en torno al 10% del presupuesto, o menos. Esto significa que habría que aumentar en 10%, al menos, para tener el rendimiento que obtienen.

Una alternativa podría ser, dijo, tal como lo hicieron los neozelandeses, trasladar los hospitales públicos a las empresas. Lo que ellos denominaron “las empresas de la Corona”, algo similar a lo que tienen en las sociedades de la Corfo: una administración centralizada de los hospitales como industria, a quienes se les paga por producción. Si se tuviera ese sistema, los hospitales funcionarían doce horas; no tendrían límites de personal a honorarios, de planta, ni las restricciones que actualmente les pone el Ministerio de Hacienda. Con esto se terminaría la crítica de que el sistema público es ineficiente.

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

En definitiva, dijo, nos acercamos en dignidad. Claramente hay un fuerte impacto en dignidad, y en los indicadores. Por tal motivo, ha bajado el pié diabético, han bajado la mortalidad en los infartos, ha bajado el accidente cerebral, etcétera.

Mencionó que el servicio de salud público chileno es lejos el mejor del mundo, si se le mira en costo-efectividad. Tienen indicadores del primer mundo con financiamiento del tercer mundo. Si le dieran rienda suelta a su gasto, sin duda que tendrían hospitales que producirían al máximo. Actualmente, en La Florida y en el Sótero del Río tienen hospitalización domiciliaria de alrededor de 300 camas. Las están manejando domiciliariamente, lo que les ha permitido crecer, en la práctica, en otro hospital. Asimismo, tienen telemedicina, y están copiando lo que hace Talcahuano con la cardiología a distancia.

En definitiva, concluyó, si tuviera más financiamiento, el sistema público podría hacer maravillas con la tecnología. Chile debe ser el país con la atención primaria más compleja del mundo. Por ejemplo, tienen desde médicos a podólogos. Los desafió a que visiten cualquier consultorio del mundo y vean si tienen médicos y podólogos, pasando por psicólogos, kinesiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, etcétera. Entonces, esta sociedad es injusta con el sistema público, porque en el privado uno tiene libre acceso: pide hora, paga y lo atienden.

Agregó que si existiera la posibilidad de que pagaran por lo que hacen, harían lo mismo que los privados. No habría lista de espera, porque tendrían médicos dispuestos a estar siempre.

Se le preguntó por cuánto, a su juicio, está dispuesto a quedarse un médico en el sistema público, y respondió que eso es variable. Hoy, un simple oftalmólogo gana alrededor de 20 millones mensuales; un anestesista senior, entre 30 y 40 millones mensuales. Obviamente, a ese costo no son capaces de retener.

Se ha dado un aumento de las promociones. Rápidamente, en los próximos años, van alcanzar cifras interesantes en términos de médicos por cada mil habitantes y de especialistas. Incluso, ha llegado un número importante de especialistas venezolanos que en el hospital Sótero del Río les ha permitido prescindir en parte de la compra de servicios de anestesia. Cada vez tendrán más disponibilidad de médicos y, por lo tanto, se podrá disminuir la tarifa. No obstante y desgraciadamente, dijo, la situación está totalmente mercantilizada. Hoy, por ejemplo, el médico más joven que llega a trabajar pregunta: ¿cuánto se paga la hora? No pide honorarios ni contrata ni titularidad, pues no le interesa. Uno les habla de las leyes Nos 19.664 y 15.076, y está nombrando casi como que fueran temas de extraterrestres. Al tipo solo le interesa saber cuánto va a ganar por hora.

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

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

Se le consultó si han percibido que en las licitaciones de compras de servicios se da una suerte de repartición de territorios para que algunas sociedades se ganen ciertos lugares y, finalmente, ellos les impongan el precio, si es que si han vivido esa experiencia o no tiene sospecha de que aquello ocurra. Indicó que sí: han sospechado con bastante justificación que se da dicha práctica, tras lo que ocurrió con el hospital El Carmen, pues se presentó a la licitación solo una empresa anestesista, o bien lo que sucedió en el hospital San Borja Arriarán, donde se presentó una sola sociedad y las otras se abstuvieron de concursar. Por consiguiente, les queda la duda razonable de que puede existir algún entendimiento tras bambalinas, fundamentalmente, respecto de las anestesias. Sin embargo, frente a ese fenómeno que se les planteó y del cual se dieron cuenta, decidieron, primero, que todos los médicos del hospital El Carmen deberán tener 22 horas para optar a un horario y continuar en la jornada de noche o de día.

Segundo, en la Posta Central todos los médicos anestesistas son ley y en el hospital San Borja Arriarán, luego de las indicaciones que impartió el propio Ministerio de Salud para ir regularizando el tema de las sociedades, se está

reduciendo paulatinamente el contrato con una empresa de anestesia. Dicho servicio lo van a ir reemplazando, en cierta medida, con colegas venezolanos y con los propios médicos del equipo de anestesiólogos para que realicen los turnos respectivos y le den continuidad a la atención.

Tercero, respecto de si la compra que están haciendo al privado la invierten en los colegas u otros tipos de mecanismos de gestión, cree que salieron ganando. Es decir, va a ser beneficioso para el sistema poder ajustar un nuevo contrato con los médicos. Indudablemente hay un grupo de médicos que necesitan 20, 25 millones mensuales, pero existe una gran cantidad de colegas que están por asumir las 24 horas por 7.000.000 de pesos.

Se le preguntó si serían más eficientes si, en vez de pagar por hora, pagaran por atención prestada. Señaló que no. El pago por prestaciones es una perversión y toda la literatura recomienda que uno suscriba pactos de productividad o por población a cargo. En el fondo, el per cápita es probablemente una de las mejores formas de pagar, porque teóricamente los funcionarios van en el riesgo. Si tuviera la posibilidad de escoger tendría médicos con población a cargo. El sistema inglés ha llegado a conjugar que hacen un per cápita por la vulnerabilidad del territorio y, por tanto, el servicio de salud ve cómo hace adentro y cómo equilibra los distintos prestadores para responder a la realidad epidemiológica y a la vulnerabilidad del territorio. Se debería llegar a eso, afirmó.

Respecto del FAP, señaló que él trabajó con el FAP y el FAPEN, y era la perversión más brutal. Recordó que Hacienda tuvo que establecer un techo al FAP, porque el municipio hacía lo que se facturaba y no lo que no se facturaba. Incluso, recordó que los ginecólogos facturaban bien, entonces, en el consultorio aparecieron más ginecólogos que médicos generales. La odontología se facturaba bien. Por eso el FAP fue una perversión, por eso se cambió al FAPEM, al que también hubo que ponerle techo. El Ministerio de Hacienda siempre ha puesto techo, porque están trabajando por presupuesto y no por respuesta a las necesidades de la población. Ahora, si se decide a trabajar por respuesta a las necesidades de la población, que es lo que hoy hace el sector privado, tendrían un sistema público que trabajaría con las manos mucho más sueltas. Eso lo logra el sistema inglés con enormes dificultades. En un artículo de la revista “The Economist” se señala que para el sistema inglés el problema son los viejos, porque el sistema municipal no es capaz de hacerse cargo de una red de protección para la tercera edad. El piensa que aquí está pasando lo mismo. Hoy, entre el Hospital Sótero del Río y el Hospital Clínico Metropolitano La Florida debe haber 60 pacientes sociosanitarios que no tienen redes de protección y los cuales están siendo pagados por el fisco con el costo día-cama que están pagando. Eso no aparece. Los ministerios de Vivienda y de Desarrollo Social se desentienden de eso, pues les cargan la ineficiencia para hacer todo lo que hacen y, además, responder a dichos pacientes. En su opinión, es sumamente injusto lo que se le quiere endosar al sistema de salud.

II.- <u>Otras autoridades</u>.-

--- Contralor General de la República, señor Jorge Bermúdez.

Inició su exposición refiriéndose al marco jurídico en virtud del cual actúa la Contraloría. Luego, en ese mismo contexto, hizo referencia al régimen de compras públicas y a la jurisprudencia sobre la materia, dado que, quizá, algunos cambios que ha habido pueden resultar interesantes a la Comisión; incluso, por la

vía de la glosa presupuestaria. Posteriormente, entró al caso de las auditorías que se han realizado en el sector y finalmente a los sumarios. Si bien es un resumen, dijo, también prepararon un listado con todas las auditorías que se han realizado, el cual es mucho más extenso de lo que se expone en su citación. Luego, están las conclusiones que plantearon como órgano de la Administración.

Señalo que en cuanto al marco jurídico en materia de compras públicas y las atribuciones que tiene la Contraloría, lo primero a tener en cuenta es que ésta controla la legalidad de la actuación de la Administración del Estado y obviamente tanto del Ministerio de Salud como de los demás órganos que conforman el sector, tales como Fonasa, Cenabast, los hospitales públicos e, incluso, los hospitales autogestionados. Por lo tanto, al ser órganos públicos, la Contraloría ejerce plenas facultades. Ello significa que ejerce su potestad en materia de toma de razón, es decir, verifica la legalidad previa de las actuaciones administrativas como, por ejemplo, cuando se trata de bases de licitación, de reglamentos, de la revisión de los contratos una vez adjudicados, etcétera.

Añadió que la Contraloría también ejerce su potestad dictaminadora, es decir, la posibilidad de informar cuál es el sentido y alcance de una norma que aplica, en este caso, al sector Salud, lo cual es obligatorio; también ejerce sus poderes de fiscalización a través de las distintas auditorías, investigaciones especiales o atenciones de referencia cuando se hace una denuncia. Eventualmente, ejerce la potestad de llevar adelante los procedimientos disciplinarios, es decir, poder realizar un sumario. Respecto de esto último, hay que decir que todos los que ha llevado adelante la Contraloría han concluido con una propuesta de sanción, toda vez que no es ella quien la aplica, sino que el propio servicio.

En relación con el régimen de compras públicas que se aplica en esta materia, dijo, dado que se está en el ámbito público y que, en principio, no hay normas de excepción al sometimiento al régimen, hay que decir, en primer lugar, que se aplica la ley N° 19.886 de Compras Públicas en todos sus términos, por lo que todo el régimen de mercado público que está establecido allí es para efectuar los procesos licitatorios, realizar la evaluación y la adjudicación; ello también se aplica al ámbito del sector Salud. Evidentemente, aquí se aplica el principio de que, en primer lugar, se debe privilegiar la licitación pública por sobre la licitación privada y el trato directo.

Respecto del ámbito de la salud, el decreto con fuerza de ley Nº 36, de 1980, en su artículo 2º, dice: “Los convenios regidos por este decreto serán aquellos en cuya virtud un organismo, entidad o persona distinta del Servicio de Salud sustituye a éste en la ejecución de una o más acciones de fomento, protección y recuperación de la salud o de rehabilitación de enfermos, sea por delegación, mandato u otra forma que les permita actuar y administrar por cuenta del Servicio para atender a cualquiera de los beneficiarios de éste, sin perjuicio de la atención que podrá prestarse a otras personas conforme al convenio y de acuerdo a las normas que rigen al Servicio”. Es decir, lo que hace esta norma es permitir que las atenciones se puedan realizar tanto directamente por el propio servicio, como por un tercero, cuando opera otro tipo de garantías. Sin embargo, se plantea la siguiente situación de hecho, que es que un profesional de la salud, en virtud de su derecho a desarrollar actividades empresariales, pueda ser socio de una empresa la que, a su vez, contrata con el servicio público en el que es funcionario. En otras palabras, ese funcionario destina algunas horas del día para trabajar a contrata y, cumplido ese periodo, realiza esa misma prestación como

socio o prestador para el servicio. Entonces, hay dos tipos de vínculos distintos: contractual y estatutario.

Comentó que la regla general que han detectado en la contratación de funcionarios en el sistema público, es que una gran mayoría no son funcionarios de planta, sino que a contrata y en muchos de estos casos perciben la remuneración mínima, es decir, por once horas de trabajo. El resto del tiempo la persona trabaja en una consulta privada o presta el mismo servicio, pero bajo la modalidad de prestador externo.

Por otra parte, dijo, se encuentra la prohibición para contratar, según el inciso sexto del artículo 4° de la ley N° 19.886, que establece que ningún órgano de la Administración del Estado, de las empresas y corporaciones del Estado o en que este tenga participación –cualquier servicio público-, podrá suscribir contratos administrativos de provisión de bienes o prestación de servicios con los funcionarios directivos del mismo órgano o empresa. Explicó que esta prohibición por vínculo de parentesco está determinada en la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado.

Agregó que hay una excepción en el inciso final del artículo 4°, que señala que cuando circunstancias excepcionales lo hagan necesario, los órganos y empresas referidas en el inciso cuarto podrán celebrar dichos contratos, siempre que se ajusten a condiciones de equidad similares a las que habitualmente prevalecen en el mercado. La aprobación del contrato deberá hacerse por resolución fundada, que se comunicará al superior jerárquico del suscriptor, a la Contraloría General de la República y a la Cámara de Diputados. Lo anterior ocurre cada vez que se menciona a la Contraloría General de la República sin hacer mención a una potestad, pues en el fondo queda entregado al servicio de salud o al hospital autogestionado que informe cuando quiera a la Contraloría. Es una información que se debiera tomar, por ejemplo, para planificar actividades de auditoría. Señaló que en 2016 detectaron solo dos servicios que comunicaron haber hecho uso de esta excepción, y en uno de los casos estaba mal hecha. Uno de esos es el servicio de Chillán, acotó.

Dentro de las normas generales que hay que tener en cuenta, hizo saber que se encuentran las inhabilidades; por ejemplo, el artículo 54 letra a) de la ley N° 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado, que establece que sin perjuicio de las inhabilidades especiales que establezca la ley, no podrán ingresar a cargos en la Administración del Estado las personas que tengan vigente o suscriban, por sí o por terceros, contratos con el respectivo organismo de la Administración Pública. Es decir, una persona que mantiene un contrato con la administración, no puede ingresar a la administración pública. Esa es la situación. La ley, además, especifica que la inhabilidad es para ingresar a ese mismo servicio, por lo que nada impediría que una persona que está en el servicio de salud de Ñuble ingrese al de salud Viña del Mar-Quillota o Valparaíso-San Antonio. No es una inhabilidad para ingresar a la administración, sino que a ese servicio con el cual está contratando. Como esa situación podría darse durante la vida funcionaria, el artículo 64 establece que las inhabilidades sobrevinientes, deberán ser declaradas por el funcionario afectado a su superior jerárquico, además, de su renuncia al cargo, salvo que la inhabilidad derivare de la designación posterior de un directivo superior, caso en el cual el subalterno en funciones deberá ser destinado a una dependencia en que no exista entre ellos una relación jerárquica. Por ejemplo, el cónyuge queda en una situación de jefatura y, por lo tanto, el que queda en situación de inferioridad jerárquica debe

ser destinado a otra función dentro del mismo servicio. La sanción directa que establece la Ley Orgánica Constitucional de Bases de Administración del Estado, es la destitución del infractor.

Destacó que aquí se está hablando de una ley orgánica constitucional. Estas normas están en la Ley de Compras Públicas, que si bien es una ley común, pero las inhabilidades se encuentran en la Ley Orgánica Constitucional, por lo que puede generar ciertas consecuencias jurídicas.

¿Qué ocurre con las prestaciones que contrata Fonasa? Se produce una especie de triangulación, pues Fonasa realiza contrataciones con sociedades médicas integradas por profesionales que forman parte de servicios públicos. Por lo tanto, la inhabilidad no se produce, pues quien contrata lo hace respecto de cuyos integrantes no existe vinculación, toda vez que esa vinculación está con el servicio público. Esto lo que hace es que no se aplique este requisito de inhabilidad sobreviniente.

Indicó que la Ley de Presupuestos para 2017, consolida tal situación y contempla que los Servicios de Salud, establecimientos dependientes, establecimientos de autogestión en red (EAR) y establecimientos creados por los D.F.L. N° 29, 30 y 31 del Ministerio de Salud, deberán aplicar para la contratación de servicios con sociedades de profesionales de servicios de medicina u otra de similar naturaleza, los procedimientos establecidos en la ley N° 19.886, debiendo los profesionales prestadores tener la calidad de titular o contrata en el sistema público de salud. En síntesis, dijo, Fonasa o cualquier servicio puede contratar o externalizar los servicios, pero la exigencia es que las sociedades deben estar integradas por profesionales que ya están trabajando en el servicio de salud.

Con el ánimo de encontrar a esta norma una lógica, piensa que esta situación está dada para garantizar un cierto conocimiento o una cierta expertise profesional para poder realizar la prestación. Pero cree que hay un problema porque claramente aquí se está frente a una situación de excepción a la regla de inhabilidad, inhabilidad que está establecida en términos generales, pero además en una ley orgánica constitucional, y ahí puede haber un problema.

Sobre el particular, ¿qué ha hecho la Contraloría? Por ejemplo, respecto de un establecimiento autogestionado en red como es el Instituto Nacional del Tórax, dice que puede efectuar adquisiciones de acuerdo con el decreto con fuerza de ley que aparece mencionado, sometiéndose a las normas que están en la ley N°19.886, y además teniendo en cuenta las normas generales sobre contratación, pero también las normas sobre probidad que existen en esta materia. Este es simplemente el marco. Es aplicable en este caso y le permite al Instituto Nacional del Tórax que realice la adquisición que pensaba hacer. Uno anterior, dice: “... se verifica que, efectivamente, la Sociedad Médica e Inversiones Anestesired Limitada fue el único oferente, de manera que, teniendo en cuenta, asimismo, el deber que asiste al organismo público de atender las necesidades de salud de sus usuarios, se estima que, en el presente caso, concurrirían las circunstancias excepcionales que autorizan su contratación -o sea, el caso del proveedor único-, en virtud de lo dispuesto en el inciso final del artículo 4° de la ley N° 19.886”. Indicó que ahí está aplicando esa excepción, en el sentido de que se puede contratar con una sociedad o empresa donde participa un directivo.

Luego, dijo, a propósito de la fundamentación que se invocaba en otro caso para el trato directo, dice: “... la sola alusión a razones vinculadas con la tecnología y la capacitación del equipo profesional del centro asistencial que se

contrata, como a las especialidades con que cuenta y a su alto nivel de calificación técnica, como se indica en los considerandos N°s. 4, 5 y 7 de la resolución del rubro, no es suficiente para invocar dicha causal en este caso, pues la norma exige además que se estime fundadamente que no existen otros proveedores que otorguen seguridad y confianza, circunstancia que no consta en la especie". O sea, la Contraloría, en los casos que se le ha preguntado, ha tratado de ir sentando que aquí se aplican las reglas de contratación pública, precisó.

Hizo saber que el problema que tienen en esta materia es que una licitación pública, que no viene a trámite de toma de razón a la Contraloría, o no necesariamente viene a trámite de toma de razón, o solo viene a la adjudicación, en las bases de la licitación puede establecerse condiciones muy difíciles de cumplir para que haya competencia. Por ejemplo, si en Chiloé se exige, para contratar a la sociedad, que tenga tres años de experiencia en la región, probablemente muy pocas sociedades van a poder cumplir con ese requisito. Dice lo anterior porque ese fue uno de los casos que en algún momento les tocó ver. Entonces, evidentemente en la redacción de las bases de licitación puede haber alguna limitación a la competencia que se pueda dar.

Ahora, respecto de las auditorías o de las acciones que se han realizado por parte de la Contraloría en los últimos cinco años: en Fonasa, 26; en la Cenabast, 7; en los servicios de Salud, 89, y en los hospitales públicos, 215.

Así, dio como ejemplo, en el caso del Hospital Clínico de Magallanes, en una auditoría que se realizó en 2015, dentro de los hallazgos están las intervenciones indebidas en el proceso licitatorio ID N° 5076-82-LE12, tales como conversaciones y correos electrónicos a potenciales involucrados interesados. En el caso del Hospital San Juan de Dios, también en 2015, la carencia de contratos y de cotizaciones en compras inferiores a 100 UTM, lo cual da cuenta de un problema en la gestión, porque no existían ni siquiera los contratos o el fraccionamiento de las compras públicas, que también se daba en ese mismo caso. Luego, respecto del Servicio de Salud de Chiloé, se detectó la ausencia de justificación del trato directo. En 2014, en Iquique, hubo compras carentes de actos administrativos de adjudicación; improcedencia de adjudicar licitación pública a proveedor inhábil; ausencia de invitación a potenciales proveedores, y así sucesivamente.

En todos estos casos se hicieron sumarios, afirmó.

En el caso del Hospital de Talca había problemas en el sistema de control de gestión de camas críticas, carencia de controles en el sistema para los antecedentes de los pacientes. En el caso del Hospital Clínico Regional Doctor Guillermo Grant Benavente, problemas en las compras de servicios de cirugías cardiacas. Y así sucesivamente.

En verdad, dijo, son muchas auditorías dentro de las posibilidades de la Contraloría por supuesto, que se realizaron en el sector salud. Todas ellas tienen hallazgos; muchas de ellas tienen sumarios administrativos. En primer lugar, hay un escaso control en la ejecución de los contratos, y esto tiene problemas no solo de la prestación médica misma, sino también respecto de los insumos, de la tecnología que se adquiere, etcétera. Por ejemplo, han detectado convenios suscritos con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley N° 19.886, y que se han seguido renovando. Es decir, están perpetuando una situación que incluso es previa al año 2003. Hay diferencias en los montos informados como adeudados por el establecimiento y los que proporcionan los proveedores

involucrados o sea, el establecimiento dice que se debe tanto y el proveedor dice que se le debe más. También hay desorden administrativo y contable en las áreas de finanzas, contabilidad y tesorería. Esto no quiere decir que todas ellas ocurran en todos los hospitales o en todos los servicios de salud, pero este es el resumen grueso de todas las observaciones que se han detectado.

Hay diferencias en los stocks de inventarios.

Agregó que el trato directo es muy recurrente. Ellos acaban de ver, por ejemplo, que la justificación para comprar un espectrómetro que dio un hospital para hacer el trato directo fue que se tomaba la muestra o la foto en cinco segundos, y luego otro hospital les dio la justificación para utilizar el trato directo que aquello se llevaba a cabo en 0,5 segundos, y que todos los otros lo hacían en cinco segundos. Entonces, en el fondo, no era una característica necesariamente de ese proveedor o de esa tecnología que se estaba comprando. Por lo tanto, para la Contraloría es muy difícil ir más allá de lo formal en estos casos, porque evidentemente el conocimiento técnico no lo tiene la Contraloría, sino el que está realizando la adquisición. Pero sí hay un recurrente uso del trato directo.

Destacó un último punto, el de la autorización de los pagos efectuados por profesionales médicos que también forman parte de las empresas prestadoras de servicio, o sea, se autoriza el pago para pagar a la sociedad. No se usa la plataforma del Mercado Público, tal vez como consecuencia de lo dicho, que hay convenios antiguos que se han venido renovando; hay inexistencia de documentación de respaldo, deficiencia en los procesos de adjudicación, incumplimiento de las bases que regulan los procesos, etcétera.

Afirmó que trajo a la Comisión la información pública que existe este año 2017, para lo cual desea poner un ejemplo de lo que ha significado. Ello porque, a fines de 2016, en conjunto con el Ministerio de Salud y con la Dipres, como Contraloría, realizaron un informe en materia de endeudamiento de gasto hospitalario, que muestra cómo ha ido creciendo exponencialmente el gasto en salud.

Entonces, una de las razones que detectaron es esta: “De la revisión aleatoria de prestadores de servicios médicos del hospital clínico Félix Bulnes de 2015 a 2016, se identificaron los siguientes casos: el médico señor Carlos Reyes es funcionario del hospital y socio de la empresa Sociedad de Profesionales Médicos Anestmed Limitada, y durante los años 2015 y 2016 realizó prestaciones al citado hospital por 1.898 millones de pesos. Ese es el total de lo facturado al hospital. De este monto, 973 millones fueron contratados por trato directo. Evidentemente, eso supera cualquier monto que se fije como justificatorio del trato directo. Otro ejemplo parecido es el del médico cirujano señor Hugo Mejías, funcionario del hospital y parte de la Sociedad Médica Avendaño y Neira Limitada, quien durante 2016 realizó prestaciones al citado hospital por 110 millones.

Otro caso, dijo, se trata de ex funcionarios, como el del señor Enrique Molina, que en 2010 se desempeñó en el Félix Bulnes y aparece como miembro de la Sociedad de Profesionales Molina Muñoz Limitada, que durante los años 2015 y 2016 realizó prestaciones por 216 millones, todas por trato directo. Esa información fue extraída de la base de datos del personal de la administración del Estado y de Mercado Público; o sea, a través del sistema Siaper y Mercado Público; por lo tanto, es información que está disponible al público. En realidad, dijo, uno no puede decir a priori si esto es legal o no. No se puede decir, porque en el fondo el sistema está hecho, para que se pueda contratar a la sociedad

médica, más aún con la glosa presupuestaria reseñada anteriormente. El punto es que habría que ver bien si se justificaba o no el servicio, pero esa es una cuestión que corresponde a la prestación misma, que tiene que controlar en primer lugar el hospital.

Respecto de los sumarios que se han instruido en el mismo sector y que se han realizado por la Contraloría (no a aquellos que están ordenados instruir al mismo servicio). Hace el distingo por qué de los que se ordena instruir, el 75% de ellos terminan en sobreseimiento; aproximadamente el 15% está en tramitación todavía y solo el 4% termina con una sanción efectivamente aplicada. Por lo tanto, esos sumarios que se ordena instruir no tienen mucha eficacia, por eso se centran en los que ha llevado a cabo la propia Contraloría.

Más que ir a los detalles, dijo, se puede decir en todo esto que se ha determinado que hubo responsabilidad y en algunos casos se aplicaron sanciones: en unos casos de multa; en otros, de simple censura. Pero en otros casos hay sobreseimiento, como en el del hospital San José, porque el funcionario cesó en sus funciones. Pero aquí hay que hacer una prevención. Ellos como Contraloría también se han dado cuenta de que el funcionario que es sancionado, luego es contratado, pero a honorarios. Por lo tanto, cambia simplemente la modalidad jurídica de contratación. ¿Cuál es el problema para la Contraloría? Que cuando es nombrado a contrata la Contraloría recibe ese nombramiento y, por lo tanto, tiene una posibilidad todavía de fiscalizarlo. Cuando está contratado a honorarios, sobre todo si es contratado por montos que son parcelados, es muy difícil hacer ese seguimiento, porque la información no llega a Contraloría.

Como conclusión señaló las siguientes:

En primer lugar, el sector salud se rige obviamente por las normas de compras públicas. Eso es así y obviamente han detectado infracciones al cumplimiento de las normas sobre contratación administrativa. Sin embargo, la glosa presupuestaria evidentemente cambia la situación jurídica, porque establece más bien este requerimiento de contratar con sociedades en que estén incorporados profesionales que prestan servicio en el sector salud, sin perjuicio de las dudas que merece (según ya se explicitó en párrafos anteriores), que están en una Ley de Presupuestos y la inhabilidad se encuentra establecida en una ley orgánica constitucional.

Se hicieron la pregunta sobre qué ha significado también el crecimiento del gasto en salud en términos presupuestarios. La participación que tiene el sector salud en el presupuesto es de 15,7%; es decir, de cada cien pesos que se gastan, 15,7% son pesos que van al sector salud. Por lo tanto, es un gasto bastante alto, uno de los mayores que existen en el presupuesto.

Luego, ¿cuánto del Producto Interno Bruto, dedica nuestro país a salud? Este año: 4,2%, del cual el 2,7% viene directamente de recursos fiscales. En los países de la OCDE estos dedican sobre el 5%, lo que hay que tener en cuenta. Por lo tanto, probablemente esto va alineado con el crecimiento que ha tenido el gasto en salud en general. Tal vez eso no debería extrañar. Lo que sí uno debería preguntarse es por qué se fiscaliza tan poco al sector salud, y no quiere perder la oportunidad de mencionar el presupuesto que representa la Contraloría en La ley de Presupuestos. Si el presupuesto de salud es más de 15%, el de control es de 0,15% para 2017, y sigue a la baja. O sea, claramente de 2014 hasta la fecha hay una tendencia que ha ido decreciendo el gasto en materia de control, y si esto se lleva al porcentaje del PIB que significa el control, es más

escueto aún, porque es de 0.04%. Por lo tanto, con menos de 2.000 funcionarios, sin perjuicio de que evidentemente siempre se puede hacer mejor, siempre se puede hacer más, siempre se puede más eficiente, eso es lo que han logrado hacer hasta ahora en esta materia.

Consultado sobre cuánto incide el factor de compra de bienes y servicios en la deuda hospitalaria, por qué ocurre esto?, por qué están estos hallazgos, que si bien están planteados aquí como hallazgos gruesos, en realidad, y desgraciadamente, son hallazgos que recurrentemente van apareciendo? Comentó que antes de venir a esta Comisión le hizo una pregunta a un colega de auditoría y le pidió que le diera un ejemplo de algún hospital bien gestionado en Chile, y le costó encontrar uno. En realidad, no se pueden poner todos en el mismo saco, evidentemente, pero es difícil la gestión hospitalaria. Añadió que no es especialista en la materia, pero parece ser que hay una suma de factores que inciden en los problemas y en los hallazgos que han encontrado.

Por ejemplo, dijo, un buen porcentaje de la deuda hospitalaria se debe a que el sistema de hospitales, establecimientos autogestionados, que tienen un nivel de autonomía para poder administrarse, ha sido un fracaso, desgraciadamente. Señaló que no puede decir qué porcentaje, pero allí se explica buena parte de la deuda y de este momento exponencial.

Preguntado sobre cuáles serían las razones que sustentan el hecho de decir que fue un fracaso? ¿Es problema de competencias de las personas? ¿Es el sistema?

El señor Bermúdez mencionó que a propósito del estudio que hicieron junto con Dipres y el Ministerio de Salud respecto de la deuda hospitalaria, detectaron cuáles son esas causas. En general, hay falta de control, falta de procedimiento de gestión interna, falta de profesionales capacitados, lo que lleva a una serie de situaciones, como el aumento progresivo de la deuda en salud. Pero hay que ser justos, y también se debe al aumento de los costos de la salud desde la perspectiva de los proveedores, es decir, medicamentos, equipamiento, procedimientos médicos que son más caros que antes. Tal vez antes las personas fallecían por una enfermedad y actualmente existen tratamientos que hace que todo sea más caro.

Consultado por el cumplimiento y eficiencia de los horarios de prestaciones de los médicos, explicó que cuando la Contraloría quiere encontrar hallazgos, entonces fiscaliza el cumplimiento del horario de un hospital. Es como ir a una municipalidad y ver si están pagadas las cotizaciones de los profesores. Desgraciadamente, dijo, siempre se encuentran hallazgos, y eso tal vez frustra un poco, porque si usted va hoy, si va mañana, encontrará problemas de incumplimiento con el horario, pero si va el próximo año también va a ocurrir lo mismo si es que no cambia algo.

Entonces, ¿qué han hecho? Dio un caso concreto. Cómo puede ser que en un hospital todo el mundo, por libro, no por un sistema biométrico, por un sistema arcaico y, por tanto, el más débil, ingresa justo a las 08.00 horas. ¿Habrá alguna persona que entró a las 08.01, a las 08.05 o a las 07.58 horas? ¡No es posible! Es como si el libro estuviera hecho por regla. Todos a las 08.00 horas. Han dicho hasta el cansancio que ese sistema tienen que cambiarlo por uno biométrico.

Pregunta ¿Habría colusión? El señor Bermúdez responde que no sabe. Pero evidentemente tienen un problema con el control horario.

Agregó que en la contraloría hemos ido definiendo algunas áreas como prioritarias. Al respecto, tienen aquellas donde están los grandes recursos públicos, por ejemplo, en materia de Defensa. Para que no les pase lo que ha ocurrido muchas veces, que cuando están fiscalizando están pasando los elefantes por el lado y no se dan cuenta, en Defensa contrataron a un profesional de las ciencias militares, es decir, tienen un ingeniero politécnico militar que los ayuda con la auditoría, quien les dice en qué deben fijarse, porque la auditoría no puede ser solamente ir a contar cuántos tanques existen, sino que consiste en ir a ver si la mantención se hizo o no en los vehículos. Para eso hay que ser un experto.

En materia de salud está todo más desconcentrado, es decir, está en todas las regiones; en todas se han ido formando grupos. En las contralorías regionales metropolitana tienen una unidad específicamente dedicada al tema de salud, pero, es mover a los mismos monitos en una posición distinta, porque en el fondo son los mismos funcionarios que han tenido siempre. En otras partes del mundo, para hacer la fiscalización en materia de salud, se contrata a médicos, porque evidentemente es el médico quien le puede decir que se fijen en tales o cuales cosas.

En cuanto a las fiscalizaciones de mérito, esto es, si podrían decir si se está prestando bien o no el servicio, cuántas prestaciones se pueden dar, lo que se traduce al final en cuántas cirugías podría rendir un profesional, evidentemente no lo pueden decir ni ponderar. Eso solo lo puede decir alguien del área. En ese sentido, dijo que no podría indicar si el pago que se hace a una sociedad está correcto o no, porque habría que ver a qué corresponde. A lo mejor es una sociedad de decenas de médicos y, por lo tanto, fueron muchas prestaciones que se dieron y estuvieron bien pagadas. Eso no lo saben, pero lo que sí saben, desde el punto de vista legal, es que les parece cuestionable que el funcionario que toma la decisión además sea socio de la sociedad que presta servicios. En definitiva, eso es lo que los complica.

Mencionó que acaban de firmar un convenio con el Hospital San José, que se denomina "Apoyo al cumplimiento". Dado que el hospital ha tenido una serie de observaciones a lo largo del tiempo, se comprometieron con ellos, y los van a ayudar a tomar ciertas medidas correctivas en un determinado lapso a fin de que no ocurra que el día de mañana se encuentren con los mismos problemas. Ellos les han abierto la gestión para que les colaboremos y no haya tanta auditoría, que al final siempre está conduciendo a lo mismo: que cambie algo. En este caso es un hospital, dijo, pero es el primer servicio del ámbito de la salud con el cual suscriben este tipo de convenio. También lo han hecho con otros servicios públicos y municipalidades.

Respecto de la contratación a honorarios de los médicos, señaló que la jurisprudencia administrativa ha dicho que la contratación a honorarios no puede implicar más derechos de los que tiene el funcionario, pero la remuneración, el honorario, que al final es lo que realmente importa, lo fija el jefe del servicio. Es un tema donde no se pueden meter. Es un problema grave que puede haber ahí, acotó. Esto lo juntó con algo que ocurre en general en el Estado. Uno de los grandes problemas que tienen como Estado es la falta de exclusividad de la función pública. Es decir, que el funcionario público sea solo funcionario público. Que el abogado del Consejo de Defensa del Estado sea solo abogado del Consejo de Defensa del Estado. En ese sentido, es probable que un profesional médico tenga que ganar más que otro profesional, porque aparentemente hay escasez de

médicos, pero seguramente a la larga podría resultar más económico y podría exigírseles más de lo que se hace con las sociedades, porque al final estas se disuelven y se constituyen otras, lo que hace muy difícil efectuar el control respectivo.

Finalmente señaló que para ellos es muy difícil controlar la gestión. Es decir, para la Contraloría es prácticamente imposible saber si el requerimiento que se genera en un servicio público es o no justificado. Por ejemplo, si en materia de defensa se dice que se va a comprar tal o cual armamento, la Contraloría no puede definirlo, queda entregado a la ética y a las necesidades del servicio. En este caso ocurre lo mismo, o sea, la Contraloría no puede definir si se requería o no la externalización de un servicio médico.

Respecto de cómo podrían mejorar la fiscalización sin incidir en la gestión interna, cree que la Contraloría debería ser considerada siempre como una última línea de control. El mejor control siempre será el interno. En primer lugar, deben perfeccionarse los controles internos de los servicios de salud, de los hospitales autogestionados, en general del sector salud, porque ellos son los que tienen la *expertise*. Por ejemplo, son ellos quienes pueden saber si esa prestación que se está externalizando se justificaba o no, sin perjuicio de que la Contraloría tiene que luego, de manera más estratégica, hacer su control.

En materia de desregulación, afirmó que la ley de compras públicas tiene 14 años, ¿cómo no va haber pasado nada en todo ese tiempo? Evidentemente, se debería haber hecho por lo menos una modernización en materia de compras públicas. Cada vez que se habla de compras públicas, surgen ejemplos de situaciones reales en las que es más barato comprar por fuera del mercado público que en él. Por lo tanto, esa es una respuesta que debería dar también la legislación, pero no ha ocurrido.

Añadió que por la vía de la glosa presupuestaria se ha tenido que regular una materia para la que evidentemente se debiera haber establecido una ley permanente. Probablemente, la relación entre las sociedades médicas y los hospitales debe regularse de alguna manera, con el objeto de prevenir de mejor forma los conflictos de intereses. La glosa puede ser un primer paso, pero es claramente insuficiente, pues permite solo salir de la situación.

Finalmente, sobre los principales hallazgos y su opinión, claramente ella solo puede ser planteada desde la perspectiva de la Contraloría: piensan que hay que fortalecer el control y que un peso chileno puesto en la Contraloría genera un efecto disuasivo luego en el sector público.

Está consciente de que tienen una capacidad de control y cobertura muy pequeña. Hoy se da la siguiente paradoja: el servicio público que sabe que lo están auditando en la oficina del lado está al tanto de que la Contraloría no va a volver hasta cinco años más. Por lo tanto, se libró por cinco años. ¿Por qué? Porque la cobertura es esa; es así. De hecho se efectuaron un montón de auditorías en materia de salud, pero ¿cuántos hospitales hay? ¿Cuántos servicios de salud hay? Está Fonasa, está Cenabast, que además se desconcentra. El sector es gigante, es muy grande y, por lo tanto, su cobertura es muy pequeña para dar una respuesta a ese 15% del gasto público que se destina a salud. Entonces, en ese sentido, cree que podrían hacer más si tuvieran un poquito más de medios, que no es tanto más caro.

¿Y por qué ocurre todo esto? Cree y es su opinión personal, que deben constituirse equipos un poco más multidisciplinarios de lo que hay hasta el

momento. Así como los abogados no necesariamente saben de auditoría, los médicos probablemente pueden saber de gestión hospitalaria y es una forma de especialización, pero también hay otras áreas de la ingeniería, de la gestión que podrían ayudar mucho en esta materia. Cree que les falta armar equipos un poquito más multidisciplinarios para prevenir esta situación.

--- Fiscal Nacional Económico, señor Felipe Irarrázabal Philippi.

Inició su intervención haciendo una breve referencia a su regulación, especialmente en materia de colusión y, luego, hará una revisión de algunos documentos que han generado y que pueden orientar cómo está organizado el mercado.

En materia de carteles, dijo, hay dos situaciones distintas: cómo era antes de agosto de 2016 y cómo fue después de esa fecha. Antes de agosto de 2016 la infracción o el tipo era básicamente acuerdo expreso o tácito entre competidores o las prácticas concertadas entre ellos que les confieran poder de mercado que consistan en afectar procesos de licitación. Son tres los requisitos: el primero está bastante supeditado a que se trate de competidores; el segundo, tiene que conferir al cartel un poder de mercado, el cual es también un requisito nuevamente de la infracción de colusión, y, el tercero, la posibilidad de afectar procesos de licitación.

Con posterioridad a ello, la nueva regulación contiene dos dimensiones: Uno, administrativo económico que, de alguna forma, mantiene la regulación ya señalada, anterior a agosto de 2016. Después, dijo, se tiene una regulación penal nueva, que es de la ley de 2016.

La sanción o infracción administrativa sancionatoria económica, dice: “los acuerdos o prácticas concertadas que involucran a competidores entre sí…”. Destacó que esta redacción es diferente, porque involucra a competidores. Entonces, podrían estar participando personas que no son competidores, pero que, de alguna forma, tienen un nivel de participación en la infracción, y esos podrían ser infractores de colusión, a pesar de que no sean agentes de mercado, lo cual resulta interesante.

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

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

En cuanto al ámbito penal, dijo, éste se encuentra regulado en el artículo 62, que dice: “El que celebre u ordene celebrar, ejecute u organice un acuerdo que involucre…” Destacó que aquí se usa el mismo verbo que hace la conexión con las personas que participan en este cartel, a dos o más competidores entre sí. Entonces, tiene que haber, al menos, dos competidores -puede haber otra gente que no sea competidor- afectando el resultado de licitaciones realizadas por empresas públicas, privadas prestadoras de servicios públicos u órganos públicos. Por lo tanto, desde el punto de vista penal, no están

consideradas las licitaciones entre privados o las que se organizan en favor de los privados, sino, más bien, cuando hay un órgano público involucrado.

Acto seguido entregó un documento, de febrero de 2016 que contiene una recopilación de las investigaciones de la Fiscalía Nacional Económica solo en materia de salud. En dicho documento, dijo, existe un índice donde se resume, pero están explicadas, todas las situaciones que han investigado en materia de salud. Agregó que había otro documento, de noviembre de 2014, que es el estudio de las licitaciones de compras de medicamentos en establecimientos públicos de salud. Explicó que allí hay una serie de recomendaciones, porque justamente se enfoca en cómo lo están haciendo, cómo los hospitales están comprando y hasta qué punto están siendo eficientes y lo conectan con las compras de Cenabast. No es Fonasa, sino solo compras de medicamentos. No son servicios, pero es muy interesante porque contiene un análisis que hace la Fiscalía en esta materia, documento que dejó a disposición de la Comisión.

También hizo alusión a un estudio, que es más extenso, que hizo la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, en 2012, y que fue encargado por la Fiscalía Nacional Económica, sobre el mercado de la salud privada en Chile. Específicamente, hace un análisis de los temas de restricciones verticales.

Luego de diversas preguntas, el señor Irarrázabal aclaró que ellos son cien personas y permanentemente se trabaja el fin de semana y no pagan horas extraordinarias. Están mirando veinte mercados, a veces menos y a veces más, a veces veinticinco, y tienen que ser muy cuidadosos en no tener fijación respecto de un mercado concreto, porque la tentación es grande, porque requiere un esfuerzo entender un mercado.

En el caso de Salud han hecho un esfuerzo por entenderlo porque les preocupa, pero existen otros mercados y tienen siempre un equilibrio que mantener, y no pueden detenerse ni obsesionarse por un solo mercado.

Luego, aclaró que ellos no regulan, no son reguladores. En ese sentido, dijo, la regulación de precios requiere mucha sofisticación para que el precio que se obtenga de la regulación sea un precio que simule la competencia, de la mejor manera posible. Esto es típico, por ejemplo, en la Superintendencia, en cuestiones que son monopolios naturales, como los servicios sanitarios o la electricidad. Indicó que para lograr aquello se requiere una institucionalidad superior a cien personas, pero solo para obtener la regulación en relación con ese precio concreto.

Reiteró que ellos no regulan, sino más bien actúan en relación con casos específicos y concretos que podrían, de alguna forma, incumplir su normativa, que tiene una naturaleza general, no una naturaleza especial. Entonces, también tienen que ser bien cuidadosos en la armonía entre su regulación, que es general, con la regulación especial.

Finalmente, aclaró que ellos tienen que ser cuidadosos, porque no son abogados de empresas u órganos públicos. No podrían serlo, porque serían muy malos abogados, porque podrían estar demandando al órgano o a la empresa pública. Ellos tienen la posibilidad de tener como legitimado o entablar acciones en contra del sector público. Lo han hecho; han entablado acciones en contra de la Dirección General de Aguas, en contra de Ferrocarriles. Por tanto, dijo, ellos no dan servicios, no dan asesoría legal. La asesoría legal la tiene que buscar cada servicio, en forma específica, pero no a través de ellos. Y en eso son bien

conscientes de esa limitación, porque les podría poner en una situación en donde estén dando una asesoría y, por ejemplo, después, a propósito de la asesoría, encontrarse que hay una posible infracción, y en esa infracción, en ese cartel, participa el organismo público que les pidió la asesoría. Entonces, les crearía un problema en relación con qué interés están defendiendo, y como su cliente es el interés general de la colectividad, de acuerdo a ley, deben tener esa preocupación.

Consultado por los ginecólogos de Chillán, que estaban de acuerdo para no prestar servicios por Fonasa ni por Isapres para cobrar el mismo precio, señaló que eran personas naturales. Eran los agentes económicos. Por eso hay una sanción en contra de ellos. Y no solo eran los agentes económicos, sino que representaban el 95% del mercado. Y no solo eso, sino que se logró analizar que el acuerdo al que ellos llegaron, que está en las actas, porque crearon una asociación gremial, que se disolvió justamente para poder materializar su cartel, fue efectivo. Ellos lograron aumentar el precio de las prestaciones en relación con los pacientes. ¿Saben qué pasó? Disminuyó el número de prestaciones, porque opera la economía, porque como el precio es más alto, fueron menos las pacientes; fueron menos al doctor. Añadió que analizaron si a pesar del área geográfica –que es complicado para ellos-, si esos pacientes se habían trasladado a otros centros asistenciales de lugares que estuvieran cercanos a ese, y la respuesta fue que no, porque lo chequearon caso a caso, a través de paciente a paciente, para ver si llegaron a doctores que estuvieran atendiendo en otras áreas.

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

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

Sobre la asociabilidad con los servicios, dijo que tienen la limitación que ya indicó, pero en muchos de los casos hay un trabajo conjunto. Por ejemplo, en un caso, a propósito de un cartel para ventas a Cenabast de unos productos determinados, tuvieron el apoyo de Cenabast en forma bastante intensa para detectar esa situación.

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

Respecto del impacto de esto, hizo saber que es interesante pero muy caro, además tiene algo difícil, porque se tienen que hacer escenarios contrafactuales, suponer que si no lo hubiera hecho, la cosa habría terminado de otra manera. Pocas agencias del mundo tienen los recursos para hacer eso de la situación de impacto. A ellos les interesa, pero cree que es una cosa que ha sido poco explorada hasta ahora, porque uno focaliza los recursos más bien en los casos que requiera desarmar un cartel.

Pregunta: ¿se puede plantear que hay algunas especialidades médicas que entregan un servicio monopólico? Respondió que las especialidades son un requisito para poder ejercer, dentro de la profesión, ciertas labores concretas. Evidentemente, eso le da un poder de mercado. A propósito del caso Chillán, vieron hasta qué punto lo que hacía un ginecólogo, lo puede hacer alguien que no sea ginecólogo, como un doctor general.

Pregunta: ¿existen reglas que permitan poner término anticipado a los contratos a fin de no adjudicar al mismo vendedor o laboratorio en el caso de que impliquen costos excesivos o que hayan sido denunciados previamente por colusión, con la finalidad de excluirlos de futuras licitaciones? Respondió que sí pueden hacerlo, pero después de un juicio.

Explicó que la Fiscalía es solo un órgano persecutor, los tiempos de ellos no son los tiempos que requiere un servidor público con un cargo de una cierta jerarquía política, porque la investigación que hacen demora por lo menos un año o un año y medio, y después tienen que litigar y la litigación demora dos años, tres años y después tienen que ir a la Corte Suprema. Esta es una de las razones de que el instrumental que ellos tienen, como temas de libre competencia, es un instrumental que tiene que ser bien selectivo para los grandes casos y dar ciertas señales a propósito del caso. Pero no arregla las cosas en dos o tres años, los efectos se ven bastante después y son cuestiones más bien estructurales.

A propósito del caso concreto, dijo, se resuelven cosas más bien estructurales, pero en un tiempo que es distinto al tiempo del que está apremiado, del que necesita comprar un servicio mañana, porque tiene que proveerlo, y ellos no se meten en temas de derecho administrativo. Agregó que esto podría ocurrir a propósito de una infracción, tendría que ser un caso que lo amerite, y ellos de alguna forma tienen que hacer referencia al nexo causal, pero esto podría ser más bien un tema de la Contraloría General de la República. Ellos también son cuidadosos en cuáles son las prerrogativas de cada organismo.

Pregunta: ¿existen costos entre servicios similares que se han hecho públicos que muestran una asimetría abismante, del orden de 400% de diferencia. Esa situación fomenta negativamente la libre competencia? Respondió que en el tema de simetría, existen varias referencias; por ejemplo, dijo que hay asimetría en relación con el paciente; hay asimetría en relación con los que compran; en relación con los laboratorios, con los médicos. Ellos han analizado especialmente la asimetría en la relación de los médicos con los pacientes, en que los médicos tienen una posición privilegiada en relación con los pacientes. Los pacientes no hacen un due diligence ni van a un segundo doctor para saber si el primer doctor lo hizo bien o no. Entonces, el doctor puede o podría verse tentado a recibir cierto incentivo-beneficio de nuevo, y eso entiende que eso está regulado en el código CIP, y ahí se estableció una prohibición más estricta.

Agregó que vieron lo mismo en la farmacia, también la persona, el que atiende en la farmacia, tiene una posición de privilegio. En ese caso, ellos

instaron a que se hicieran las góndolas y se pusieran los productos que no fueran peligrosos, pero que se pusieran a expendio de la gente para hacer competir a los productos en la góndola y que las personas tuvieran más derecho de comparar productos, esto que se llama los over-the-counter (OTC), así que ahí por lo menos han visto dos ámbitos donde existen asimetrías.

Pregunta: ¿en qué situaciones la fiscalía puede actuar de oficio y en cuáles no? Respondió que sí pueden actuar de oficio. De hecho, la mitad de los casos de la Fiscalía son de oficio. En el caso de los médicos de Chillán, cree que esa fue una denuncia de un senador, pero normalmente ellos actúan de oficio.

III.- <u>Gremios, asociaciones y médicos</u>.-

--- Presidente del Colegio Médico, señor Enrique Paris.

Dio inicio a su intervención señalando que no es a él quien corresponde traer los antecedentes que dicen relación con la investigación que lleva a cabo esta Comisión. Agregó que como se trata de una investigación que surgió de una serie de sumarios e investigaciones que inició el Ministerio de Salud en todas las regiones del país, estimó que es esa Secretaría de Estado la que tiene que aportar tales antecedentes.

No obstante lo anterior, y tras conocer un resumen de lo que finalmente apareció en la prensa y de lo que la Subsecretaría de Redes envió a las regiones, afirmó que como concepto general, cree que hay actitudes que no se pueden tolerar, como por ejemplo, que jefes de servicio de hospitales sean a la vez parte o propietarios de sociedades médicas que prestan atención al mismo hospital en que se desempeñan, debido a lo cual son los que firman los convenios y los acuerdos con sus propias sociedades, situación que es inadmisible desde el punto de vista ético.

También le preocupa mucho que muchas de esas sociedades contraten a médicos que no tienen su especialidad inscrita en el registro de prestadores, lo cual, desde su punto de vista, es gravísimo, porque vulnera la ley, ya que las prestaciones GES-AUGE tienen una norma de calidad que debe cumplirse: tienen que ser efectuadas por prestadores, en este caso médicos especialistas, que tengan inscrita su especialidad en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud, lo cual, por la información de que dispone, no se está cumpliendo a cabalidad. Además, hay varias sociedades que no han realizado los depósitos que exige la ley para suscribir un contrato con el Estado.

Indicó que lo anterior fue denunciado por el Colegio Médico en un canal de televisión el año pasado (2015), ocasión en que fue entrevistado y dijo que su respuesta le iba a causar problemas dentro del gremio médico, lo que efectivamente ocurrió, porque en ese momento señaló lo mismo que ha sostenido ahora: que no comparte ese tipo de actitudes. A raíz de sus dichos, el dueño de una de esas sociedades pidió que el Colegio Médico lo pasara al tribunal de ética. Además, dijo algo que todo el mundo sabe que aquellas sociedades se reparten hospitales. Debido a eso, por ejemplo, una sociedad se queda con un hospital y otra con otro, y entre ellas adoptan el acuerdo de no concursar por el mismo hospital. Si compitieran entre sí podrían bajar los costos, pero eso no ocurre y en ello también hay responsabilidad del Ministerio de Salud, que es el ente controlador, afirmó. El Ministerio de Salud -o los funcionarios que supervigilan ese tipo de contratos- no está cumpliendo a cabalidad su labor de controlar ese tipo de

contratos, de supervigilar que estén bien hechos y que el dueño de una sociedad no sea además jefe de servicio, calidad en la cual, tal como ha pasado, sea él mismo el que firme los contratos que permiten que su sociedad atienda a pacientes. Esa falta de control por parte del Ministerio de Salud también hay que corregirla, dijo.

Agregó que el Colegio Médico lo dijo desde un comienzo: que el sistema público de salud no estaba preparado para atender todas las patologías AUGE y no tenía los especialistas suficientes. Cuando la ley obliga al jefe de servicio o a la autoridad sanitaria a dar una prestación en un tiempo determinado y este no puede hacerlo, puesto que el plan AUGE no solo tiene exigencias de calidad, sino también de tiempo, es obvio que se empiezan a contratar servicios en el extrasistema. ¿Qué pasó? Que los médicos vieron que era una buena forma para aumentar sus ingresos. Más grave aún, los médicos empezaron a dejar horas en el sistema público de salud, a reducir su carga horaria de 33 o 22 horas a 11 horas y así, a formar sociedades médicas para colaborar a bajar las listas de espera que la autoridad sanitaria solicitaba. Esto generó que haya más médicos en el sistema privado que en el público. El 57% de los médicos está trabajando en el sistema privado, frente al 43% en el sistema público.

¿Qué han propuesto? Primero, dijo, que haya mejor fiscalización del Ministerio de Salud. Segundo, si bien es legítimo que formen sociedades médicas, que no puede un jefe de servicio clínico ser además parte de esa sociedad. Tercero, que los médicos que quieran trabajar para bajar las listas de espera tengan un contrato con el sistema público de salud, es decir, que no sean médicos extras que no tengan ningún trabajo en el sistema público. En ese sentido, habíamos pedido al gobierno anterior que ojalá esos médicos tuvieran por lo menos 22 horas de contrato diurno y que, además, al ganar la licitación, por ejemplo, operara la misma cantidad de gente en la mañana que en la tarde; es decir, si operan tres médicos en la mañana, que operen tres en la tarde, pero no que lo haga uno en la mañana y cinco en la tarde. Obviamente, dijo, eso no se ha cumplido. El gobierno actual exige a los médicos contratados en el sistema público, como mínimo, 11 horas de trabajo para poder participar en esas sociedades, lo que es prácticamente nada, razón por la que cree que hay que aumentar el horario, por lo menos a 22 horas.

Además, consideró que se debe prohibir que haya algunas sociedades que incluso vendan insumos, porque existen antecedentes al respecto. O sea, además de operar a un paciente le dicen, por ejemplo, que ellos le venderán determinada prótesis. De hecho, comentó que como presidente del Colegio Médico, en el último consejo general fue bastante duro para él, porque muchos representantes de regiones, sin entender lo que dijo, asumieron que los estaba acusando y reaccionaron en forma muy negativa.

Afirmó tener un documento que preparó el Departamento de Trabajo Médico. Recordó una frase del ex Presidente Lagos, cuando dijo que los médicos en la mañana eran socialistas y, en la tarde, capitalistas, porque en la tarde los hospitales están vacíos. Desgraciadamente, los pabellones, la arsenalería, el equipo de anestesia, el equipo de rayos, muchas veces no se utilizan. Hay una enorme pérdida de infraestructura, porque los médicos se van a atender a las clínicas privadas o a otros lugares. Eso se trató de compensar, ofreciéndoles a los médicos del mismo hospital o del mismo servicio, que trabajaran en la tarde. Por eso que es difícil que un médico vaya a otro hospital. Entonces, se les ofrece que utilicen las dependencias y la capacidad instalada ociosa del mismo hospital.

Consultado si lo anterior no se presta para malas prácticas, señaló que sí, pero lo importante, dijo, es que la autoridad fije, de manera correcta, el tipo de contrato, la forma como se conforma la sociedad o con quién negocia. Si se hace un intercambio, por ejemplo, que los del Hospital Sótero del Río vayan a trabajar al Hospital San José o del San José al Sotero del Río, se podría hacer. Es más complejo, pero es una posibilidad. Hay que tener en cuenta la capacidad ociosa instalada que, muchas veces, no se ocupa en las tardes.

Consultado por una acusación en Chillán, y otra en Punta Arenas, en que la Fiscalía Nacional Económica acusó a sociedades médicas de prácticas monopólicas por fijar precios, una estandarización de precios. El señor Paris señaló que en referencia a los que pasó en las ciudades de Chillán y de Punta Arenas, evidentemente, allí se cometieron algunos errores, afirmó. Respecto de Chillán el caso llegó a la justicia, la fiscalía actuó y los médicos perdieron el juicio. La Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile, que los defendió, los instruyó para que esto no volviera a ocurrir, porque lo que pasó es que ellos fijaron aranceles o valores de atención y aquellas personas que no podían pagar tenían que viajar a otros lugares, sobre todo a Concepción, situación que complicaba mucho la evolución de las pacientes que estaban embarazadas. Dijo que se trataba de una sociedad de Ginecología y Obstetricia; ellos reconocieron su error y pagaron la multa. El caso de Punta Arenas fue anterior, y allí se pusieron de acuerdo no solo sociedades, sino también grupos de médicos. Sin embargo, ello está totalmente desechado, prohibido y han dado instrucciones para que no se repita.

Se le preguntó qué sabe de la Clínica Ensenada, que aparece como una clínica que no da atención abierta al público, pero sí es prestadora cerrada, donde hay vínculos de personeros, algunos estuvieron vinculados a las institución del Colegio Médico, otros al Congreso, gente que ha tenido distintas conexiones, y que harían una suerte de telemedicina, que no es el informe de una radiografía o de un escáner, sino que es una especie de telemedicina criolla.

El señor Paris señaló que respecto de la clínica nombrada, lo que más le preocupa y molesta es que no está acreditada -aquí no se cumple la norma que debería ser para todos por igual-; sin embargo, se le ha dado un plazo y de igual manera recibe pacientes GES AUGE, lo cual es gravísimo, porque estas prestaciones garantizan calidad y esta la da la acreditación. Por lo tanto, piensa que si una clínica no está acreditada no puede recibir pacientes GES AUGE, porque desgraciadamente no está asegurando la calidad del paciente. Agregó que no tiene acreditación, no tiene esterilización y no tiene equipos de rayos. Además, está ubicada en un *strip center*, un lugar que, a su juicio, es inadecuado. Mencionó que tuvo un intercambio de *whatsapp* con el Superintendente de Salud y le llama la atención que diga que fue autorizado su ejercicio en forma *express* por la autoridad de Salud, el Seremi. Es probable, dijo, que brinden un buen servicio y que estén solucionando un problema grave para el sistema público de salud, pero resulta llamativa la cantidad de dinero que ha sido traspasado a esta clínica en un tiempo tan corto, más aún cuando los montos son superiores a los que se entregan a otras clínicas, que también fueron muy criticadas por este hecho. Por otro lado, respecto al tema de telemedicina dijo no saber que se producían este tipo de transportes de pacientes.

Añadió que han aceptado la telemedicina a nivel del Colegio Médico de Chile fundamentalmente para interpretación de exámenes de laboratorios, especialmente en radiografías, escáneres, tomografías computarizadas. Funciona

muy bien en el tema de los electrocardiogramas; por ejemplo, cuando en un SAPU, que es un lugar muy pequeño, se sospecha de un infarto en un paciente, inmediatamente se envía el electrocardiograma por telemedicina a un cardiólogo que lo interpreta. Ahora, distinto es atender pacientes por telemedicina, tal es una situación un poco inexplicable, porque piensa que el médico tiene que tener una relación directa con el paciente, hacerle una anamnesis, es decir, hacerle preguntas, examinarlo, lo que demora, por lo menos, unos 15 a 30 minutos y, en base a la anamnesia o al examen físico completo, hacer una hipótesis diagnóstica y un tratamiento. Diferente es lo que ocurre, en algunos servicios de salud que están trabajando con telemedicina para dar atenciones de urgencias en la noche. Por ejemplo, una mamá en vez de ir a urgencias en la noche con su guagua puede llamar a estos servicios, los que, basados en ciertos criterios de gravedad, definen si ella tiene que ir o no al servicio de urgencia con su guagua.

Preguntado sobre la información que tiene respecto del rol, en clínica Ensenada, de su predecesor en la presidencia de la orden médica, de acuerdo a la información que ha salido en la prensa, señaló que no tiene información fidedigna de la actuación de su ex presidente, por lo que cree que debería ser invitado a la comisión, para escucharlo y dejar que haga sus descargos si es que hay algún requerimiento o duda sobre su actuación.

Respecto de la evaluación del trabajo médico cree que tiene que existir una evaluación, buena o mala, en base al resultado que se obtiene del acto médico, ya que obviamente muchos de los problemas que se han suscitado guardan relación con la ética. Por ello, dijo va a solicitar un pronunciamiento al Departamento de Ética respecto de que les dé una pauta de cómo deberían establecerse estas relaciones entre las sociedades médicas y los servicios clínicos, porque aquí no se está hablando de los servicios de salud.

Hizo saber que esta situación ha provocado que la relación se torne tensa entre los médicos y el equipo salud, pues como no todos quieren acceder a este tipo de trabajo, se producen situaciones de inequidad. Un ejemplo de ello, dijo, sucede de manera clara en el Hospital Gustavo Fricke. Ahí se ha producido un hecho bien curioso. El médico no opera solo, necesita de una arsenalera, de una pabellonera y de alguien que haga el aseo a ese pabellón, y estas personas también reciben dinero, no solo el médico. Se crea una especie de institución dedicada a atender a los pacientes, lo que le parece legítimo y bueno para bajar las listas de espera; sin embargo, han recibido acusaciones de que muchas veces estos “equipos”, en la mañana, demoran la entrada de las camillas, lo que atrasa la llegada de los pacientes desde la sala al pabellón, y muchos pacientes son atendidos en la tarde, cuando se ocupa en la tarde. Eso lo han escuchado en el Consejo General del Colegio Médico muchas veces. Se ha creado una especie de sentido perverso para mantener esta situación.

Preguntado por qué existe tanta capacidad ociosa en el sector público, y de qué manera se podría usar esa capacidad ociosa (Contratando médicos y exigiéndoles cumplimiento de metas?), indicó que la capacidad ociosa se mantiene porque existe el 57% de los médicos trabajando en el sistema privado y un 43% en el sistema público, sistema en el que está inscrito el 80% de la población chilena. Entonces, cuando se tiene menos personal para atender al triple o al cuádruple de los pacientes que puede atender el sistema privado, se generan retrasos y problemas. Señaló que todos conocen las enormes cifras que existen en listas de espera. En tal sentido, entiende al jefe de servicio o al jefe de la región que quiera bajar esa lista y que comienza a contratar a estos grupos para

que bajen esas listas de espera. Además, no solo son grupos locales. Hay gente que viaja de Santiago a Puerto Montt a dar anestesia una semana entera o viaja muchos kilómetros para hacer una atención oftalmológica completa. Claramente, deja abandonados a los pacientes después, lo que desde el punto de vista ético no lo comparten, pues el médico debe seguir atendiendo al paciente.

A la pregunta de por qué no se utilizan muchos hospitales en las tardes, sostuvo que eso tendría que ser consultado a la Subsecretaria de Redes Asistenciales.

Cómo se ha intentado superar o corregir la situación. Mencionó que está consciente de los esfuerzos. Se tramita un proyecto de ley en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, para mejorar y dar incentivos para que los médicos se mantengan en el sistema público de salud. Cree que esa podría ser una señal. Un médico que recibe un incentivo al retiro, no lo recibe para que se retire como piensa la gente, sino para que trabaje de manera continua al menos 30 años en el sistema público. De esa manera, el médico se podría especializar trabajando en el sistema de salud o podría trabajar con otros especialistas que le enseñen más. El hecho de que puedan contar con tecnología avanzada en el sistema público de salud hará que los médicos vuelvan a este sistema. Indicó que deben buscar formas de reencantarlos para que no se sigan yendo, sino para que vuelvan. Una de las formas de lograrlo, justamente, es evitar que se pague más a los *outsiders* que trabajan en la tarde. Además, dijo, hay que reconocer que los hospitales públicos son el campo clínico de las universidades. O sea, si hacen valer eso, que es muy potente, también es llamativo o atractivo para los médicos trabajar en un lugar donde se hace docencia o se hace investigación. Hay que potenciar ese área, pues genera que el médico se quede en el sistema público. En resumen, dijo que hay que buscar iniciativas ingeniosas para que los médicos se queden o vuelvan al sistema público, que es donde más se les necesita.

Consultado por el caso del Hospital Gustavo Fricke, dijo que en dicho hospital sucede una situación especial. A un médico oftalmólogo, que se formó en Bélgica, como no quiso participar en las licitaciones y solo quiso trabajar en el sistema público de salud, le han hecho la vida imposible. Él acudió al Colegio Médico para solicitar ayuda y él habló con la autoridad pertinente para que tratara de solucionar este problema, pero no sabe si ya se solucionó. En el Hospital Gustavo Fricke la Fundación Jorge Kaplán actúa de otra manera. Ellos se sintieron un poco afectados con las publicaciones de los diarios porque, además, fue la única sociedad nombrada e individualizada. Considera que fue un error, no se debió nombrar a nadie hasta que no terminara la investigación.

Se hicieron varias consultas: la primera, referente a la barrera de entrada al sistema Auge dado que solo se accede cuando la patología es diagnosticada por un médico del sector público; segundo, dice relación con la compra de diálisis que ha aumentado al doble ¿En cinco años aumentó tanto la prevalencia de insuficiencia renal crónica terminal como para aumentar al doble los costos de personas que requieren diálisis? De 96 mil millones de pesos que gastaba el Estado de Chile en 2010, pasó a gastar 196.000 millones de pesos en 2016.

Otro tema consultado es el pago, mediante boletas de servicio y en exceso, el reemplazo de los médicos y finalmente, se preguntó la situación de los médicos extranjeros.

El señor Paris indicó que, en primer lugar, sobre el tema de la barrera de entrada de los pacientes al AUGE, espera que los especialistas no estén pensando en la oferta y la demanda. Cree que un médico bien formado y que tenga claro su concepto ético, una vez que diagnostica al paciente, debería incluirlo inmediatamente en el listado AUGE. Pero a veces ello no ocurre, por propia decisión del paciente, que prefiere seguir atendiéndose con el mismo médico. Tal circunstancia, por otro lado, ocasiona ganancias para las isapres por cuanto, existe una prima que se cotiza por concepto de Auge, pero al no ser usada, ello va de ganancia para la institución de salud previsional.

El problema de la barrera de entrada tiene que ver más bien con la falta de especialistas. La falta de médicos no es homogénea. En las regiones extremas, Arica y Punta Arenas, hay aproximadamente 1 médico por 1.800 habitantes. En cambio, en la Región Metropolitana, hay 1 médico por 500 habitantes; y en comunas como Providencia, Vitacura y Las Condes hay 1 médico por 400 habitantes, lo cual corresponde al índice que establece la OCDE, de 1 médico por 500 habitantes. Aún más, en las zonas extremas del país, en Punta Arenas y Arica, hay muy pocos médicos generales por habitante, lo que retrasa aún más el diagnóstico, la atención y la derivación.

En cuanto a la situación que ocurre con la diálisis, recomienda a esta Comisión se lea un artículo publicado este año (2016), en la Revista Médica de Chile, en el que la Sociedad Chilena de Nefrología hace un análisis muy descarnado en esta materia. Chile es el país de Latinoamérica que gasta más y que tiene más pacientes con insuficiencia renal crónica, lo cual es llamativo; es el que gasta más en diálisis crónicas. Y la misma sociedad, al hacer ese análisis, se plantea algunas preguntas: razones para dializar a pacientes que no tienen una gran posibilidad de vivir, o que tienen enfermedades terminales. A su juicio, debiera discutirse, desde el punto de vista ético, si eso debe continuar o no. De hecho, afirmó que hay muchas empresas extranjeras que están dando esa atención, porque ha visto que en Chile, con las diálisis a pacientes con insuficiencia renal crónica, pueden ganar mucha plata y lucrar con la salud. En este caso, la Sociedad Chilena de Nefrología es la que está llamando la atención, puesto que es rarísimo que se gaste tanto en ese ítem en pacientes que, probablemente, no debiera someterse al procedimiento, y permitirse una muerte tranquila.

En cuanto a los reemplazos de turnos, explicó que los médicos jóvenes no quieren hacerlos, porque están privilegiando otras cosas, entre ellas la calidad de vida y la familia, y hay otros que no quieren dedicarse a ganar mucho más dinero, lo que ha generado que en las urgencias haya déficit de especialistas. Por ejemplo, en Concepción, en el Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente, la mayoría de los médicos que trabajan en urgencia no son especialistas, son médicos generales, y porque no son internistas, les cuesta mucho más tomar una decisión. Entonces, el paciente, en vez de esperar una hora en la camilla para que le hagan el diagnóstico y le solucionen su problema, espera tres o cuatro horas y atocha las urgencias. Ese es un problema al que también tienen que dar una solución: hay muchos médicos que no quieren hacer turnos.

A lo anterior agregó que también hay un problema de impuestos, ya que hay médicos que no quieren ser contratados, porque les aumenta la tasa impositiva. También comentó algo que está ocurriendo en Iquique: son sociedades las que contratan a estos médicos o hacen el convenio con el servicio de urgencia, de manera que este le paga a la sociedad, la cual, a su vez, le paga

al médico que hace el turno, de manera que al respecto también hay algo que aclarar e investigar. El médico no hace el contrato directo con el servicio. Eso, dijo, lo hacen fundamentalmente para rebajar impuestos o porque no quieren pagar tantos impuestos.

En cuanto a los médicos extranjeros, también para las regiones, en las que hay menos médicos, habían propuesto la siguiente iniciativa: que a los médicos de regiones o a los profesionales de regiones en general se les cobrara menos impuestos, con el objeto que se vayan a trabajar a regiones y a provincias como Aysén, Coyhaique, Punta Arenas o Arica.

En la misma línea de los médicos extranjeros, señaló que darán todo su apoyo al proyecto de ley que establece que los especialistas extranjeros que hayan estudiado sus especialidades en escuelas acreditadas, que tengan programas similares a los que se dictan en Chile, den el examen de Conacem y no el Eunacom. Apoyan esa postura, tal como lo plantearon ante la Comisión técnica que está tramitando esa iniciativa, pero “La Tercera” no entendió nada, porque dijo una barbaridad respecto de la noticia.

Por último, en cuanto a los pacientes no AUGE, señaló que se pronosticó que iba a haber una especie de selección y que se atendería con mayor priorización. A lo mejor se hicieron estudios para mortalidad de los pacientes AUGE, pero en este momento hay 1.500.000 pacientes en lista de espera no AUGE, según cifras que han sido dadas por el Ministerio de Salud, problema al que se debe dar una solución rápida.

A la pregunta sobre qué piensa el Colegio Médico respecto a que se estaría privatizando la salud en Chile. Respondió que él antes pensaba que no. Es más, dijo, don Julio Montt, un democratacristiano y bioeticista, que fue ministro de Salud durante la presidencia de Aylwin, siempre le ha dicho, con una visión mucho más madura que la suya y con mucha más especialidad, que en Chile se está privatizando la salud. Ahora, si esto es intencional o algo que está surgiendo por la mecánica del mercado, no lo tiene claro. Pero tiene esa impresión, y la única forma de controlar eso es potenciando, mejorando y haciendo más atractivo el sistema público. Ahora, al hablar de capacidad ociosa, se refiere a que no es que no estén haciendo nada, sino que en muchos recintos hospitalarios, en las tardes, en el horario en que se podría utilizar el pabellón o en que se podrían utilizar los equipos de rayos o de electros, no se utilizan. Cree en el complemento entre la medicina pública y privada. Por lo tanto, no hay que demonizar a la medicina privada porque se pueden obtener beneficios, pero hay que regularla y controlarla.

Solo eso permitirá que se le saque provecho a ambos sistemas y se pueda trabajar por la salud de la población.

--- Presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico, señora Izkia Siches.

Señaló que trabaja en el sector público: en un hospital tipo 1 (San Juan de Dios), y en la atención primaria. Afirmó que no se están dando las soluciones de salud a los pacientes, sean GES o no GES. Agregó que la introducción de un subsector privado, sea por compra de servicios, de prestaciones completas o por compras de recursos humanos, finalmente ha jibarizado no solo la profesión médica, sino también el ejercicio de la salud. En ese sentido, dijo, hay muchos casos en que el recurso humano médico está

involucrado, y al respecto va a hacer algún grado de defensa, pues le parece que es necesario aclarar que la estructura gubernamental tampoco ha podido flexibilizarse, en circunstancias de que esa ha sido la solución que han planteado los distintos gobiernos.

Antes de eso, aclaró que ella es de esa parte de los colegas que se forman en el sistema público de salud y que están convencidos de que es allí donde se hace la medicina. Pero también ven en sus colegas ese grado de frustración que genera el atender en sus consultas particulares solo enfermedades comunes y corrientes, en lugar de dedicarse a sus especialidades médicas -los gastroenterólogos terminan viendo puro colon irritable-, y esto lo hacen solo para ganar plata. Con todo, el conjunto de médicos que quiere que el sistema público crezca y se vuelva a fortalecer, ve que no están las estructuras, que el sector público no tiene la capacidad. En el hospital donde trabaja,y en el centro de atención primaria, en general se hacen las cosas bien, con calidad, y en términos globales, la poca capacidad ociosa no es porque la gente no esté haciendo la pega, sino porque no están las herramientas para que el sector público pueda funcionar bien. Para una gestión de pabellón, es mucho más fácil comprar el servicio a que se construya o habilite el pabellón de forma institucional.

Respecto del tema del recurso humano-médico, comentó que en representación del Colegio Médico de Chile le tocó participar en una comisión conjunta cuando iniciaron sus negociaciones, y lo primero que le plantearon al Ministerio es que esto de las sociedades es un cáncer, porque van subiendo los precios a suma alzada y compiten entre ellos, cuestión que redunda en que sus colegiados se peleen entre ellos mismos, porque las oscilaciones de precios son muy grandes. A lo largo del país, hicieron un levantamiento con el ministerio de 15.000 pesos a 90.000 pesos por hora el turno, dependiendo de la especialidad.

Qué pasa si en el servicio de Neonatología de un hospital empiezan a subir un precio: simple, dijo, lo suben en otro, y esto sigue en escalada. Entonces, esto le sale más caro al país. Entiende que se diga, desde una mirada económica: “bueno, le pago por rendimiento”. Pero esa tampoco es la lógica, porque han visto los resultados. Además, no tienen capacidad para fiscalizar al privado ni al que está funcionando directamente por temas económicos.

Recordó que los que iniciaron estas modalidades son las 15.000 horas de especialistas; son las 33 mil horas de especialistas; son los 500 especialistas para Chile. Fue el mismo Estado el que fue creando esta solución, en vez de preguntarse por qué los médicos se están yendo, por qué no se están quedando, por qué no se crea una carrera atractiva. Cuando, como Colegio Médico, plantearon al Ministerio de Salud hacerse cargo de este tema, analizar las sociedades e intentar a largo plazo eliminarlas de sus hospitales, la respuesta fue que no era parte de la política del período. Le parece que es un desafío mayúsculo y el gobierno que venga tendrá que enfrentar el tema, porque o gasta todos los recursos en capacidad fiscalizadora para los subsectores privados internos o externos a los cuales están comprando servicios para brindarle atención de calidad a los pacientes y dar una cobertura que no tienen, o reestructuran la modalidad de pago. Agregó que se apunta a muchas de esas sociedades con el dedo. Pero aclaró que este giro del negocio no lo plantearon los colegas, sino que fue la estructura administrativa de los hospitales la que dijo: “Yo, aquí no puedo pagar más”, en lugar de decir: “Oye, ¿cómo les pago más a mis médicos?. En lugar de crear comunidad, lo más fácil fue crear negocio. Pero hay más, porque no solo hay médicos detrás de esos negocios, sino que hay encargados, políticos,

gente que toma decisiones, y es este conflicto de interés el que tiene que salir a la palestra.

Indicó que en el tema de turnos, la hora se paga a 11.000 pesos y el mercado cambió, porque el mismo Estado, como hace diez años, empezó a pagar casi 20.000 pesos la hora, y hoy día decirle a un colega que trabaje por 11.000 pesos con diez años de experiencia como especialista es burlarse en su cara. Eso permitió que fuera a suma alzada. ¿Y qué pasa? Como los hospitales no pueden reventar sus glosas a honorarios, el jefe del servicio clínico, el director o el administrador, les solicita a los colegas que creen una sociedad, porque ya no tienen más glosa para pagar por honorarios y la Contraloría los va a venir a molestar. En ese momento, los colegas crean sus sociedades, lo mismo que sucedió cuando no estaban los anestesistas. Entonces, dijo, el origen del problema, aun reconociendo todos los problemas que tienen y que tienen algunos colegas que no entienden de qué se trata la medicina, es la estructura del financiamiento. Además, entra a una caja negra que no les permite ni siquiera hacer una trazabilidad de datos, para saber dónde está la plata y dónde termina. Por eso que en el hospital San José terminaron contratando médicos argentinos no acreditados para operar a los pacientes.

Entonces, reiteró que las sociedades, a mediano o largo plazo, desaparezcan al interior de los hospitales.

Señaló que estuvo revisando y afirmó que hay cosas bien incipientes en el tema de datos duros, como es defender una especie de financiamiento institucional. Se han creado algunas fundaciones, como “Creando salud”. Al respecto, quiero rescatar un documento de Matías Goyenechea, director de esta fundación, que hizo una investigación que nadie ha querido hacer, sobre cuál es la forma más efectiva, dado que los recursos son pocos, para contratar mejor a los médicos y hacer que los recursos rindan.

Afirmó que le dolieron mucho las declaraciones que se hicieron en un reportaje que apareció en la prensa, porque hay mucha gente que está incorporada en esas sociedades y que no tiene un ánimo perverso de lucro; gente que sí quisiera ganar plata, estaría en otro centro, sino están en estas sociedades porque quieren hacerse cargo de esos pacientes. Cree que se pueden buscar mecanismos más atractivos o menos complejos.

Finalmente, mencionó que con ocasión de los conflictos acaecidos en la urgencia en el hospital San Juan de Dios, desde la misma Subsecretaría de Redes se contrató el servicio del Grupo BUPA (British United Provident Association) para tener a pacientes críticos o crónicos hospitalizados. Señaló que le correspondió atender en BUPA como interconsultora, y vio pacientes que no tenían ficha clínica, no había ningún cuidado, no había conocimiento de antibióticos de tercera línea; no había absolutamente nada, o sea, además de que es algo costoso, porque los costos de ese servicio eran altos, en algunas ocasiones son de pésima calidad, lo que se agrava porque además no tienen capacidad fiscalizadora.

--- Presidente del Directorio de la Sociedad Médica de Nefrología, doctor Eduardo Lorca.

En forma previa a su presentación aclaró, en primer término, que todas las sociedades científicas chilenas participaron el 2014 y 2015, con Fonasa, en la elaboración del nuevo catálogo de prestaciones de Fonasa, pero hasta hoy

no saben qué pasó con eso. En esa ocasión, dijo, se estudió cada una de las prestaciones de salud valoradas en el país, la que no saben en qué estado se encuentra, por lo tanto, debido a que el costo actualizado de las prestaciones no lo tienen ¿cómo se va a comparar el sector público con el privado si no saben cuáles son los valores reales?

En segundo lugar, señaló que hay determinadas prestaciones de su sistema de salud a las que se exige certificación. Dicha exigencia, dijo, empezará a regir para diálisis el 1 de julio de 2018. La normativa para tener permiso sanitario es igual para todos los centros de diálisis público y privados de Chile, y Fonasa no paga las prestaciones si las entidades no tienen ese permiso, que es muy rígido, porque se trata de una técnica de alta complejidad. Por lo tanto, le llama la atención que en instituciones que no tienen esa normativa, que no están acreditadas, se paguen pacientes Auge.

Añadió que la enfermedad renal crónica consume el 23% del presupuesto AUGE.

Indicó que viene a la Comisión en representación de la Sociedad Chilena de Nefrología y que actualmente es el past president, pero participa de las actividades de la sociedad desde 2011.

Recordó que a través del diario se enteraron de la auditoría realizada por Fonasa a los centros de diálisis del país, mediante la cual se habría pesquisado el acceso de pacientes a esta terapia, sin indicación médica válida. Valoran que se realicen estudios a las unidades de diálisis para el seguimiento de la evolución de los pacientes AUGE que han sido enviados a centros privados para una terapia dialítica. Eso les parece muy importante y acertado.

Agregó que son una sociedad científica, no una asociación gremial y, por lo tanto, se refieren al tema solamente desde ese aspecto. Desconocen el diseño y la metodología utilizada en la auditoría hecha por Fonasa, así como la rigurosidad científica que aplicaron para llegar a las conclusiones entregadas a la prensa. Consideran que los medios de comunicación no son los espacios adecuados para la exposición de resultados y la discusión de una investigación en desarrollo en cada uno de los servicios de salud, sin antes haber sida expuesta a una evaluación de pares y expertos que valide la metodología y las conclusiones. Suponen que fueron rigurosos en el análisis de los resultados; de otro modo estarían presumiendo erróneamente una mala práctica de la medicina, específicamente de la nefrología, para sus pacientes con enfermedad renal crónica AUGE. Por lo tanto, eso crearía desconfianza en la población de los equipos de salud.

Señaló que basados en reportes de prensa, como sociedad científica discrepan de los motivos que esgrimió Fonasa para realizar esa auditoría, porque reflejan desconocimiento de la enfermedad renal crónica, de su progresión y evolución, con o sin tratamiento. El riesgo de esa falta de conocimiento podría generar conclusiones e inducir a toma de decisiones erradas por parte de la autoridad sanitaria. La sociedad Chilena de Nefrología, a través de su Comité de Catástrofes, que es un lujo para Chile y una autoridad mundial en el tema, ha participado, de manera activa y estrecha, con el Ministerio en todas las situaciones de emergencia que han ocurrido desde febrero 2010 en adelante. En terremotos, aluviones, incendios en Valparaíso e inundaciones, han asistido mediante la entrega de recomendaciones técnicas, que están en su página web: nefro.cl; reacción de protocolo y acción presencial e inmediata de médicos nefrólogos en

las zonas de catástrofe. Ejemplo de ello es que el whatsapp de la Sociedad de Nefrología fue el que se utilizó para ubicar a los pacientes durante el aluvión. Ubicaron al 100% de los pacientes, se les entregó el manual y se les indicó cómo debían conducirse en la situación de catástrofe. A la semana, junto con el Ministerio de Salud, fueron capaces de instalar en el Hospital de Coquimbo una unidad que funciona las 24 horas del día. Se trabajó 5 días seguidos y se sacó adelante a todos los pacientes que debían dializarse.

Indicó que es errado implementar una auditoría bajo la premisa de que los pacientes en situación de catástrofe deben dializarse en un máximo de una semana o, de lo contrario, mueren. La sobrevida de pacientes sin diálisis, en circunstancias extraordinarias, no necesariamente implica que hayan tenido una indicación errada inicial o que deba descontinuarse la terapia dialítica. Esa generalización constituye un error y denota falta de conocimiento, pues existe suficiente literatura respecto de catástrofes nacionales e internacionales, amén de protocolos y guías, en los que se señala que la mayoría de los pacientes con tratamiento de diálisis que no padezcan una enfermedad aguda, intercurrente o descompensante, puede permanecer sin dializarse con medidas conservadoras, tales como dieta, diuréticos o reposo, entre otras, por una o dos semanas. El reporte de Fonasa señala que en algunos centros de diálisis privados se pesquisó ausencia de antecedentes en las fichas clínicas de los protocolos exigidos por el GES para enfermedad renal crónica avanzada y se presume una incorrecta indicación médica de diálisis. Afirmar lo anterior, dijo, requeriría haber realizado a esos pacientes una evaluación clínica por expertos, junto con exámenes de laboratorio ad hoc, que confirmen o rechacen esa grave afirmación comunicada a la prensa. Se desconoce si esos estudios confirmatorios se realizaron. Asimismo, sería muy valioso saber si esa misma auditoría de Fonasa evaluó los antecedentes en centros de diálisis de la red asistencial del Ministerio de Salud y cuáles fueron los resultados y las conclusiones obtenidas.

Agregó que muchos de los médicos que han trabajado en hospitales públicos, reciben enfermos con dos, tres o hasta cuatro fichas o atienden a enfermos sin ficha; por lo tanto, dejar registro de todas las atenciones en papel, es bastante difícil.

En relación con el eventual conflicto de interés de los médicos nefrólogos en las indicaciones y en la derivación de pacientes a centros de diálisis, hizo presente que, de acuerdo con la normativa vigente, son las comisiones derivadoras de cada hospital base, dependiente del Ministerio de Salud y Fonasa, las que definen a qué centros de diálisis serán enviados los pacientes; no lo deciden los médicos nefrólogos tratantes que indican la terapia. La comisión derivadora está compuesta por cuatro o cinco médicos institucionales no nefrólogos, quienes no pueden tener vinculación contractual o societaria con los centros de diálisis de derivación. Por lo tanto, es incorrecto atribuir al nefrólogo la derivación de pacientes a un determinado centro, por interés personal o económico, pues esa es responsabilidad exclusiva del Ministerio o de Fonasa, a través de sus comisiones derivadoras. De acuerdo con el registro anual de la Sociedad de Nefrología, de Hemodiálisis Crónica 2016, del total de centros de diálisis existentes en el país, solo 16% es de propiedad de nefrólogos o de sociedades médicas integradas por nefrólogos, el resto pertenece a empresas multinacionales e inversionistas no relacionados con la especialidad, con 64%; entidades públicas, con 17%; clínicas privadas, con 2%, y universidades, con 1%.

Indicó que si bien es el nefrólogo quien debe indicar el tratamiento de diálisis de un paciente, en Chile, una cantidad importante de indicaciones son entregadas por médicos no certificados como especialistas. Lo anterior se debe a la escasez de nefrólogos a nivel nacional. Hay 7,2 nefrólogos por millón de habitantes, mientras que el promedio latinoamericano es de 14,2 por millón de habitantes y se concentran principalmente en las grandes ciudades. Así, la prescripción de diálisis por médicos no especialistas arroja una cifra importante, que debe ser tomada en consideración frente a la posibilidad de errores en la indicación del tratamiento. La Sociedad Chilena de Nefrología ha solicitado al Ministerio, en múltiples oportunidades, declarar la nefrología como especialidad en falencia, a fin de implementar iniciativas que aumenten el número de nefrólogos, especialmente en regiones.

Mencionó que la indicación de diálisis en pacientes ancianos es un tema sensible, que no ha estado ajeno a la preocupación de su sociedad. Le parece un error establecer que debiera existir una edad límite para acceder a la diálisis o, incluso, al trasplante. No obstante, reconocen que existen condiciones de avanzado deterioro o de compromiso clínico irreversible que contraindican el ingreso o continuidad de la terapia. Al respecto, esta sociedad científica, a través del comité de cuidados paliativos renales, ha propuesto a la autoridad sanitaria la incorporación del tratamiento conservador paliativo en todos los hospitales de la red. Esta opción estaría destinada a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada y que, además, padezcan otras enfermedades crónicas invalidantes, cuando la terapia de diálisis no ofrece mejor calidad de vida ni expectativas de vida, o bien está contraindicada o es de alto riesgo. En el Hospital Las Higueras de Talcahuano ya existe un programa piloto, que está liderado por nefrólogos pertenecientes a su Sociedad, quienes están desarrollando esa opción, la cual en ningún caso reemplazaría la diálisis cuando estuviera bien indicada en un paciente sin otras co-morbilidades invalidantes. Ese programa piloto está siendo financiado, en parte, por Fonasa.

Señaló que la razón de la creación del GES en Chile fue lograr el acceso pleno de la población chilena a los cuidados y tratamientos de las patologías adscritas en la ley. La enfermedad renal terminal en Chile, al igual que en países desarrollados, tiene pleno acceso a la hemodiálisis. Por lo tanto, considerando la tasa de prevalencia chilena, de 1.090 pacientes por millón de habitantes, similar a la obtenida en la Comunidad Europea, hay un adecuado número de pacientes bajo este tipo de tratamiento. Ahora bien, contrario a lo que ocurre en Chile, la prevalencia del resto de Latinoamérica es considerablemente menor, teniendo en promedio 600 pacientes por millón de habitantes. Ello, se debe principalmente a la falta de cobertura de hemodiálisis y al subdiagnóstico de esta patología en dichos países.

Asimismo, destacó que la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión ha propuesto una tasa mínima aceptable de 700 pacientes por millón de habitantes en los países de nuestro continente; sin embargo, muchos de ellos están lejos de lograr la meta al año 2025.

Destacó que la baja mortalidad anual de sus pacientes en hemodiálisis es similar a los pacientes de países desarrollados: 8%. Solo Japón sobrepasa a Chile en una mejor tasa de mortalidad, lo cual quiere decir que en nuestro país se hacen bien las cosas, tanto en el sector público como en el privado, en lo que se refiere a nefrología. Como sociedad científica en el compromiso de la salud renal de Chile, los avala la participación activa de su

representante en varias comisiones técnicas, tanto en Fonasa como en el Ministerio de Salud, especialmente en la elaboración de guías clínicas en cuanto a la enfermedad renal crónica, diálisis y trasplantes. Acaban de sacar un manual de catástrofes que están editando, el cual van a entregar tanto a la comunidad nacional como internacional y, por supuesto, al Ministerio de Salud para que lo tenga a su disposición cuando lo requiera.

Por otra parte, hizo saber que están trabajando en conjunto con el Ministerio de Salud y Fonasa, aunque muchas veces es frustrante trabajar con ellos porque, por ejemplo, la guía nueva de Enfermedad Renal Crónica Avanzada, Hemodiálisis, la entregaron en 2012 y aún no ha sido publicada. Esa parte no les corresponde. Si bien es cierto trabajaron leal y activamente junto a muchos médicos que se involucraron en el tema, aún no tienen esa guía publicada en nuestro país.

Consultada la razón por la que los pacientes en diálisis se han duplicado en tan corto plazo, señaló que según la Encuesta Nacional de Salud, el 2,7% de la sociedad chilena padece una enfermedad renal crónica. Ahora, si se va a la atención primaria ese porcentaje aumenta a 12,1%, y según el Programa de Salud Cardiovascular el 36% de la población padece una enfermedad renal crónica.

Afirmó que Chile es un país especial en Latinoamérica, no es igual a otros países. Además, Chile es el país que ha presentado el mayor aumento de personas que padecen hipertensión, obesidad o diabetes, tres principales causas de enfermedades renales crónicas. En 2035, el 16,5% de la población padecerá diabetes, cifra que ya alcanza el 9,1%. Está claro que en muy poco tiempo habrá más personas que padezcan enfermedades renales crónicas, esa es la realidad acotó. ¿Somos iguales a nuestros hermanos latinoamericanos? Está claro que no, precisó.

Es cierto que puede existir sobrediagnósticos, dijo, sobre todo por no especialistas. Sin embargo, afirmó honestamente que las tasas de enfermedad renal crónica en Chile son tremendas, espantosas. Todos estos datos están publicados.

Consultada la situación vivida en Copiapó tras el aluvión, indicó que hubo un solo paciente al que no ubicaron, uno de diálisis peritoneal, quien se fue solo a La Serena; pero al resto de los enfermos, los ubicaron a todos. A los pacientes los trasladaron a Tocopilla al tercer día del desastre, porque no había forma de dializar. El día sábado 6 instalaron la diálisis en el Hospital Regional de Copiapó y se trabajó todas las horas correspondientes. Obviamente, que pudo haber fallecidos, pero si se remontan al 2010, ellos fueron felicitados por la Sociedad Internacional de Nefrología, ya que solo cinco personas fallecieron luego del terremoto de ese mismo año. Esas muertes se produjeron por infartos al miocardio, otra por un accidente cerebral hemorrágico –cayó una estructura sobre la cabeza-, pero ninguno por problemas de diálisis. Dijo que ellos no tuvieron muertos en diálisis, precisó.

Recordó que durante ese mismo desastre, en Concepción, no tenían agua, bencina, petróleo, ni luz; sin embargo, gracias a todo el trabajo mancomunado entre la Sociedad de Nefrología y el Ministerio de Salud, la parte Redes, se logró sostener la situación. A lo anterior agregó que en el incendio de Valparaíso y en muchos otros eventos han tenido bastante experiencia. Los enfermos sí recibieron atención; sabe por lo que pasaron, pues el doctor Esteban

Gómez y el doctor del hospital de Copiapó estuvieron al lado de los enfermos, revisándolos y dializándolos. Aclaró que los enfermos se pueden sostener incluso en condiciones muy adversas. Los pacientes que pueden manejar de mejor forma una situación extrema son los que realizan diálisis peritoneal, ya que pueden efectuarla de manera manual, en cualquier parte.

Respecto de la Comisión Derivadora, piensa que en cualquier parte del mundo puede haber personas que se salgan de la línea de dicha comisión. Sin embargo, en Chile, esta Comisión Derivadora existe desde Arica a Punta Arenas. De hecho, se juntan dos veces al año con Fonasa, con la doctora Vega y su gente, y analizan la situación de las comisiones derivadoras, compuesta por médicos institucionales no nefrólogos.

Con respecto a la ficha clínica, precisó que el problema es que en Chile la APS tiene ficha electrónica, pero la atención secundaria no tiene ficha electrónica. Así para que se ingrese un paciente a diálisis tiene que ir con informe médico, donde va la historia, el examen físico; aparte va el IPD, que es el proceso diagnóstico del Auge. Además, los marcadores virales., o sea, para ingresar un paciente a diálisis se tiene que enviar todo eso. ¿Qué pasa con ese documento después? No lo sabe, dijo.

En el Hospital del Salvador hay fichas perdidas o quedaron en la ficha 2 y no quedó en la 4. Después, los centros de diálisis reciben eso. Los centros de diálisis sí deberían tener archivada esa derivación, porque es obligatorio. Entonces, habría que ir ahí a buscarla. Tanto en el público como en el privado los centros de diálisis deberían tener la copia de esa documentación, porque es fundamental. Señaló que tienen un problema serio con la ficha, porque en atención secundaria especializada en Chile no tienen un escritorio médico, una ficha electrónica, que los ayude a hacer el seguimiento, por ejemplo, con el RUT de algunos pacientes que vienen de la atención primaria a la atención secundaria o terciaria. Eso no lo tienen, reiteró. Sabe que eso tiene un costo enorme, pero es una cosa que echan de menos. Agregó que es la parte administrativa de los hospitales la que tiene que hacerse cargo de eso. Tiene que hacer que estén las fichas clínicas, pero no están.

Con respecto a los mayores de 75 años, señaló que han insistido hasta la saciedad al Ministerio de Salud y a Fonasa que están disponibles, con el comité de cuidado paliativo, el comité de ética de la sociedad de nefrología, que ha publicado tres trabajos sobre conflictos de interés en nefrología en los últimos tres años y además en la comisión de diálisis, para trabajar con el Ministerio en criterios de inclusión y exclusión para diálisis. Hasta ahora no han recibido ninguna comunicación por escrito que los invite a desarrollar ese trabajo.

--- Presidente del directorio de Clínicas de Chile A.G., señor Alfredo Schönherr.

Comenzó su exposición señalando que Clínicas de Chile A.G., también denominada Asociación Gremial de Prestadores Privados de Salud, reúne aproximadamente a 40 instituciones del sector privado entre clínicas grandes, medianas y pequeñas; atienden alrededor de 8.000.000 personas al año, de las cuales 5.000.000 son pacientes Fonasa y el resto pertenecen a una Isapre o son particulares. Indicó que le preocupa la inquietud que ha surgido respecto de las compras a privados en el sector salud. Entiende que el tema abarca diversas áreas, pero en lo que respecta a ellos, señaló que están conformes con la

institucionalidad vigente y que las compras a sus instituciones son un poco menores al 5% de lo que tiene autorizado Fonasa.

Dado los problemas que actualmente enfrenta la salud en el país, piensa que es lógico recurrir a las instituciones de salud privada, ya que, en su opinión, los hospitales públicos están llenos, por no decir colapsados, pues es sabido por todos que existe una lista de espera importante. Por ello, enfatizó que su interés no es reemplazar a los hospitales públicos, sino más bien creen firmemente que se deben fortalecer. Por lo tanto, les parece importante insistir y defender una complementariedad público-privada. Ahora bien, tal como lo han planteado ante las distintas autoridades, le parece racional y lógico que el sector público recurra también al sector privado -a su infraestructura- para dar una solución adecuada en un determinado plazo a las listas de espera. Según su información, hay 1.800.000 personas en espera de una consulta y aproximadamente 200.000 cirugías sin programar.

Indicó que quiere hacerse cargo de algo que ha escuchado con cierta frecuencia y que dice relación con el hecho de que comprar servicios a las clínicas privadas es botar el dinero. Sobre ese punto, le parece pertinente que naciera de esta comisión solicitar un estudio técnico real respecto de los verdaderos costos de salud en un hospital público. Ahora bien, lo que digo es eminentemente válido si se piensa que los hospitales están llenos como sucede en la actualidad, porque si tuvieran capacidad, obviamente, la respuesta a esta pregunta se la contestaría él mismo: tengo la plantilla de funcionarios, la infraestructura, los gastos fijos, etcétera; por lo tanto, lo lógico es que siga atendiendo en hospitales públicos, aunque el costo unitario sea más caro, porque usaré mi costo fijo y el costo variable que se estaría agregando sería muy bajo. Pero ese raciocinio no es correcto cuando se habla de que los hospitales públicos están repletos, como es el caso.

Por otra parte, dijo, ojalá se lograra determinar el costo verdadero de una atención pública, la situación que enfrentan los hospitales con su deuda creciente. Puede que haya hospitales regularmente gestionados, mal o bien, pero, a nivel personal, piensa que hay de todo, como en todas partes. Es decir, hay hospitales muy bien gestionados y que son un ejemplo y otros que dejan mucho que desear. Pero eso también sucede en sus instituciones.

No hay duda, dijo, que los hospitales no están recibiendo el valor que corresponde por las prestaciones que entregan, razón por la cual su endeudamiento progresivo, según su visión, bordea a la fecha casi los 300.000.000.

Se le rectificó que la cifra oficial dada por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello estableció en 400.000 millones la deuda hospitalaria a diciembre de este año, lo que fue comunicado formalmente por esa entidad.

El señor Schönherr indicó que cuando se dice que comprar al sector privado es botar la plata, cree que sería muy bueno tener un estudio serio y así poder comparar. El que se lleve a cabo ese estudio al sector privado también le haría muy bien, porque indudablemente podría ser que haya prestaciones que a lo mejor en el sector privado también están desviadas y, por lo tanto, es bueno que compitan, pero que lo hagan sobre bases sólidas.

Lo otro que añadió es que las compras clínicas al sector privado de salud, hoy no superan el 5% del Ministerio de Salud. Es bueno recordar que

Fonasa, por ley, tiene la autorización de que puede comprar hasta el 10%. Finalmente planteó que el Estado los debería mirar como un aliado, y ellos debieran ser parte de una red pública nacional de atención de salud, que cuando en alguna parte hay problemas, se debería recurrir a la infraestructura y a los recursos que el sector privado dispone.

Consultado por las clínicas Ensenada y Colonial, que están en los primeros lugares en compra de camas, el señor Schönherr señaló que conoce a la clínica Ensenada cuando apareció en el diario, pero que jamás había oído de ella. Agregó que no pertenece a Clínicas de Chile A.G. Respecto de la clínica Colonial entiende que es afiliada a clínicas de Chile A.G.

A la consulta de si entre sus afiliados existen clínicas que no sean abiertas al público, precisó que entre sus asociados no se da esa situación. Todas las clínicas son abiertas, aclaró.

Con respecto a la clínica Colonial, la información de la que dispone es que, al día de hoy (12 de diciembre de 2016), se dedica básicamente al cuidado de enfermos críticos crónicos. Siempre fue así desde sus orígenes, o sea, recibe pacientes en tratamientos intensivos, pero en general crónicos. Se trata de pacientes que no van a mejorar, pero van a vivir, y hay que cuidarlos con una serie de apoyos.

A la pregunta de si clínica Colonial es abierta al público, indicó que sí es abierta. Está asociada a Clínicas de Chile A. G. Es tan abierta que cuando él fue gerente de la clínica Las Condes le enviaban pacientes oncológicos, o de otro tipo, que requerían cuidados críticos por un período muy prolongado.

Consultada su opinión sobre la modalidad cerrada, señaló que por definición, creen en la libre competencia. Un ejemplo hipotético: si el hospital equis se ve sobrepasado en sus camas UTI pediátricas y llama a una licitación en donde participan al menos tres proponentes, si por eso se entiende modalidad cerrada le parece bien. Ahora, si por ser amigo de alguien se consigue que todo el desborde venga de una determinada clínica, no le parece, porque es un atentado a la libre competencia.

A la pregunta de si él ve libre competencia en esa clínica en especial, dijo que, en verdad, no conoce el tema en detalle. Por supuesto que ha leído la prensa. Ha estado presente en algunos eventos donde esto se le ha preguntado a la directora de Fonasa y ella ha contestado que se han cumplido todos los requisitos legales, que está dispuesta a mostrarlo y que no hay ninguna irregularidad. Para ser franco, dijo no haber profundizado en el tema.

Consultado si han planteado, en alguna oportunidad al Ministerio de Salud, la visión de que sean considerados como aliados de la red pública de salud, señaló que históricamente, lo han planteado muchas veces y, en verdad, nunca les ha ido bien, por distintas razones. Sin embargo, dijo que este año la situación ha cambiado un poco. Lo que sí se ha dado, explicó, es que el Ministerio siempre se acuerda del sector privado en época de invierno, cuando tiene problemas con el virus sincicial respiratorio u otro tipo de dificultades, donde recurre al sector privado y les manda muchos pacientes. El resto de los pacientes que reciben del sector público en general proviene directamente de los hospitales, porque hay clínicas que pertenecen a su asociación que tienen algún grado de complejidad o especialización mayor y, por ende, cierto tipo de pacientes casi siempre -por no decir siempre- terminan siendo tratados en alguna de las clínicas que pertenecen a su institución. Sin embargo, durante este año (2016), si bien el

volumen de compra no ha aumentado -aunque cree que algo ha aumentado-, aparentemente les están mirando con buenos ojos o eso prefiere creer.

Mencionó que Fonasa sacó el sistema de licitaciones de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), y ha hecho varias licitaciones abiertas. Esa ha sido algo muy bueno. Con eso el Estado está comprando a buen precio y las clínicas están compitiendo fuertemente entre ellas, lo que le parece bien.

Consultado si sus propuestas son formales, si se han formulado a través de documentos o han sido solo conversaciones sostenidas en reuniones, el señor Schönherr mencionó dos cosas, una de las cuales a lo mejor es políticamente incorrecta, pero honesta. Cree que parte del problema es de voluntad política; de ser consecuente ante la ciudadanía, porque también han leído en los diarios que comprarle al sector privado es privatizar la salud, y ese es un estigma. Respecto de si han hecho una propuesta concreta, con números y clara al Ministerio, dijo que no. ¿Por qué? Porque lo que han hecho con el Ministerio es decir lo mismo que está afirmando ahora, pero por escrito: “Estamos dispuestos, estamos listos, cuando quiera, por las listas de espera, etcétera.”. Se lo han planteado por escrito a la Ministra de Salud y al Superintendente de Salud. Pero hasta ahí llegamos, precisó.

La Gerente General de Clínicas de Chile A.G., señora Ana María Albornoz, señaló que en la Asociación de Clínicas de Chile se efectuó un estudio que se llama “Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile”, el cual considera todas las prestaciones y todos los datos del sector privado completo, no de las 40 clínicas. Hizo esa salvedad, porque el dato que entregaron, de que en el sector privado trabaja el 52% de los doctores, es un dato que tomaron del Colegio Médico, información que figura en la página 77 de ese documento, en la que aparece el detalle de qué tipo de médicos hay: de los 35 mil médicos, hay 19 mil que son especialistas, y las cuarenta clínicas asociadas a su organismo representan aproximadamente el 70% de las prestaciones que se brindan en Chile. Estableció que los datos que figuran en su libro, así como todos los datos numéricos que consignaron, no son de sus cuarenta asociados, porque es importante saber lo que hace el sector privado en general, no los cuarenta asociados que hoy tienen, porque a futuro pueda que esa cifra sufra variaciones. Lo importante de tal documento, es que arroja que el sector privado es muy importante, ya que allí se hace casi la mitad de todas las prestaciones que se otorgan en Chile.

A su juicio, en un país donde las inversiones no sobran y es difícil hacer nuevas, apelan a que la autoridad considere las inversiones hechas. Si el Estado logra tener una dimensión exacta de los costos de atender las prestaciones de salud, podría evaluar y atender a las personas en las listas de espera mediante la compra de prestaciones a los privados, lo que representa casi la mitad de la oferta que hay en Chile, que está formada por privados muy competitivos y eso justifica, dijo, la diversidad de precios. Esa es la razón por la que una cama en un lugar vale distinto que en otro. Eso da cuenta de la competencia que hay en el sector de las distintas posibilidades que hay para elegir. Eso es libre competencia, afirmó y, en la medida en que se pueda escoger donde atenderse y haya más oportunidades, le parece que es útil para la gente que necesita las prestaciones.

Por otra parte, señaló que el 90% de sus instituciones están acreditadas, con terceras acreditaciones algunas y con segundas acreditaciones otras. Desde que se comenzó a hablar de la acreditación, ellos fueron promotores

muy activos. Trabajaron con el Ministerio de Salud y con la Superintendencia de Salud para desarrollar el sistema de acreditación, porque era de interés que los prestadores privados mostraran su calidad. Actualmente, el 90% está acredita y el resto en proceso de acreditación.

Consultada por el universo total de prestadores privados, ¿qué porcentaje representa la Clínicas de Chile? La señora Albornoz señaló que aproximadamente el 70% de los prestadores privados.

--- Representante legal de la Sociedad de Prestaciones Médicas y Quirúrgicas Vigilius Limitada, señora Pilar Núñez, y el integrante de su directorio, señor José Chávez.

El señor Chávez, indicó que es anestesiólogo y uno de los directores de la Sociedad de Prestaciones Médicas Vigilius, la que fundamentalmente realiza prestaciones anestésicas. Agregó que sus contratos directos, como listas de espera con el Fonasa, son los que se aprecian en la presentación.

VIGILIUS SpA

CONTRATOS PAGADOS POR PRESTACION

AÑO	HOSPITAL	TOTAL PROCEDIMIENTOS	VALOR TOTAL	
2010/2011	HOSPITAL LIMACHE	84 PROCEDIMIENTOS DE ANESTESIA	$4.800.000	$57.142
2011/2012	HOSPITAL LA LIGUA	179 PROCEDIMIENTOS ANESTESIA	$13.468.000	$75.240
2013	**HOSPITAL LA LIGUA**	**306 CIRUGIAS EQUIPO MEDICO COMPLETO**	**$47.585.000**	**$156.000**
2011	HOSPITAL DE QUILPUE	4 PROCEDIMIENTOS	$280.000	$70.000
2012/2013	HOSPITAL EL SALVADOR	126 PROCEDIMIENTOS DE ANESTESIA	$10.080.000	$80.000
2014/2015	**HOSPITAL SAN BORJA**	**50 PROCEDIMIENTOS**	**$18.850.000**	**$377.000**

PAGO POR PROCEDIMIENTO A TODO EL EQUIPO QUIRURGICO

De la imagen se desprende, dijo, que tienen una escasa participación en las listas de espera. Dentro del concierto de la cantidad de prestaciones que se dan en ese ámbito, su presencia es mínima, porque cuando se genera la ley que dio la obligación del GES y cierto tipo de prestaciones que tenían que cubrirse legalmente, con ciertos plazos, el 2000 y siguientes, se fue generando una lista de espera porque no estaban preparados los recursos para resolverlo. Indicó que al año 2005-2006 se encuentran con listas de espera enormes, y un grupo de administradores, dentro del ámbito de la salud pública, partió con un modelo de gestión en el cual se contrataron servicios externos, ya sea de equipos de cirujanos o sociedades médicas de diversos tipos, para ir resolviendo patologías y eso comenzó en el Hospital Padre Hurtado, en 2006. Eso también sucedió en el ámbito anestesiológico, precisó.

Recordó que ingresaron a este ámbito en 2010, y su participación, fundamentalmente, no tiene que ver con listas de espera, porque su trabajo es más esporádico. Más bien lo que hicieron, dijo, fue cobertura de horas anestésicas faltantes en urgencias. Ese es el rol al que se han adscrito.

Afirmó que se produce un cuello de botella con la resolución del GES, porque si bien fueron agregando patologías –una buena cantidad de ellas era quirúrgica-, se pensó en los diversos equipos quirúrgicos, pero siempre en todos ellos se iba a necesitar un anestesiólogo, y esto generó un atochamiento que hizo crisis en 2006, en primera instancia, y hace una segunda crisis en 2010, porque ese año las clínicas ampliaron sus pabellones –crecieron en más de 110 pabellones- y hubo salida masiva de anestesiólogos desde la parte pública hacia

la privada, y quedaron muchos turnos descubiertos. Entonces, los hospitales empezaron a comprar servicios: llegaba una urgencia, tenían que enviarlo a una clínica. Mencionó que la gente que revisó esto en 2010 sacó los cálculos y vieron que era más caro comprar ese servicio –en términos de comprar todo el servicio de la operación y la estadía en la clínica- que pagar servicios anestesiológicos. Por lo tanto, licitaron horas anestésicas a determinados valores en diversos hospitales.

Ahora, dijo, los agentes participantes en esto, como sociedades médicas que brindan servicios anestésicos, solo en Santiago pueden ser veinte o veinticinco, con diversa cantidad de miembros. Ellos no son la más grande. Probablemente, Morpheus sea la más grande y la segunda Liner, que no es una sociedad médica, pero cumple este mismo rol y está en diversos hospitales.

Señaló que no tienen contacto con ninguna de las otras empresas, salvo cuando se enfrentan en las licitaciones. De hecho, esto hace que se genere una cierta movilidad, en términos de que uno puede ganar una licitación y al año siguiente perderla o puede estar en un hospital determinado un par de años y puede no volver más, porque otro grupo se consolidó ahí. O sea, esto tiene bastante variabilidad, precisó.

En términos de precios, la banda de precios está en rangos que pueden ir desde 35.000 hasta 80.000 pesos la hora, como es el caso de Copiapó, y todos con mecanismos diversos de funcionamiento, si son ciudades pequeñas o como el caso de Santiago que funciona más bien como un libre mercado, porque en ese caso existe una banda de precios que va desde 35.000 pesos hasta 65.000 o 70.000 pesos, por lo que es una banda bastante amplia por el valor hora. Es difícil pensar, dijo, que en ese rango tan amplio pudiera existir colusión, como alguien planteó en algún momento. Además, para que haya colusión se requiere una cierta cercanía.

Ahora, ¿cómo se llega a esos rangos? Por la salida masiva de anestesiólogos en 2010 hacia las clínicas y ello se debió a que los valores hora de las clínicas eran mayores que los valores del sector público, y hubo que entrar a competir para atraer gente a trabajar en este sector. Esa es la regulación que ha existido.

Dijo que pueden demostrar con números, en la parte en la que han asistido en los hospitales con su servicio, y donde han tenido permanencia, que en general los requerimientos de hora han ido en descenso.

Recordó que en 2010, hubo una serie de discusiones sobre el tema impulsadas por el doctor Mañalich como Ministro de Salud y, si bien discutieron de diversas maneras sobre el particular, a veces con un poco de exageración, también buscaron soluciones, y una de estas fue abrir los espacios de formación, porque en el fondo, si bien en algún momento se acusó a la sociedad de anestesistas de ser un cartel ésta no era una manera de demostrarlo, porque en Chile la ley no permite que ninguna sociedad médica tenga poderes para restringir ese tipo de cosas. Lo que había eran ciertas diferencias respecto de cuánta gente podía ser formada al mismo tiempo en todos los cupos de universidades de que se disponía. Entonces, dijo, en ese momento se generó un compromiso para formar una cantidad mayor de anestesiólogos. Ellos mismos, como empresa y como anestesiólogos, participaron en la formación de estos profesionales que posteriormente pasaron a cerrar las brechas, tanto del hospital San Borja como del hospital Dr. Luis Tisné. Así es que entraron en el San Borja con un requerimiento

de nueve turnos faltantes de anestesiólogos; en este momento va quedando uno y probablemente el próximo año va a estar lleno.

Señaló que ellos nunca han mirado esto como un negocio permanente, sino como una actividad transitoria que permitía solucionar un problema por un plazo determinado, pero que a la larga iba a terminar y esto se está terminando, porque las diversas formas de solución de estos problemas, ya sea a través de la formación de más gente, modelo que en ese momento impulsó el doctor Pablo Araya dentro del Ministerio, de formar un grupo mayor de anestesiólogos en universidades, fue efectivo. En el fondo, dos hospitales que tenían grandes falencias, como el Tisné y el San Borja, prácticamente cerraron la brecha, y ya el próximo año esa brecha estaría casi cerrada, y lo mismo pasó en el Salvador, y así ha ido paulatinamente.

Con esto, dijo, pueden demostrar a través de números que donde han estado las brechas se han ido cerrando y han ido participado en la formación de la misma gente que ha ocupado esos lugares, de manera que partieron en un hospital donde tenían en 2012 o en 2013, como en el San Borja, 1.100 a 1.200 horas, y hoy tienen 300 horas y probablemente se van a reducir el próximo año.

Afirmó que toda esta información es verificable y, por lo tanto, es la que tienen los mismos hospitales, lo cual demuestra que si una empresa maneja o manipula este tipo de espacio, las brechas tendrían que crecer o por lo menos tendrían que mantenerse. Pero aquí se ha dado lo contrario, ellos han ido reduciendo esos espacios, porque no es su intención quedarse permanentemente en esto. Esta es una empresa pequeña dentro de todo este rubro, y esta reducción de horario para ellos implica la salida hacia otro tipo de actividad.

La señora Núñez hizo saber que para ellos, como empresa, fue una sorpresa la invitación, pero les permite aclarar un tema que siempre está en el ambiente, en los medios de comunicación, que dice relación con la forma en que funcionan las sociedades de anestesia.

Señaló que ellos son una de tantas. Quizás lo que los caracteriza es que están ubicados en más de un hospital. Existen muchas sociedades de variadas especialidades, no solo de la anestesia, que funcionan en los hospitales, pero que están como locales tratando de resolver las falencias que se producen en estos. Agregó que ellos han participado de licitaciones y se han ganado esas licitaciones, primeramente por sus valores, porque su desarrollo como sociedad siempre ha sido solo en el área de la anestesia.

Indicó que hay sociedades que pueden cobrar mucho, pero ellos como Vigilius no lo hacen; ellos empezaron cobrando 25.000 pesos la hora y el contrato terminó con ese mismo valor.

En el hospital de Quilpué, están desde 2010, empezaron con un valor hora de 25.000 pesos. Han pasado seis años y hoy continúa el convenio. Esto es todo verificable, porque todo está hecho a través de licitación. Existen contratos, de modo que se puede verificar, a través de Mercado Público, que esos son los valores que les cancelan por hora. Hoy este contrato está vigente y cobran 35.000 pesos la hora. En el hospital Salvador, en el que estuvieron tres años con el mismo valor, ahora terminó ese convenio. Agregó que hoy están en el hospital El Pino, cuyo valor es de $35.000. En el hospital de Rancagua, ya llevan tiempo allí y acaban de ganarse otra licitación, que es por el mismo valor por tres años más. Por lo tanto, el valor hora de anestesia se mantiene, y en el hospital San Borja, también es ese valor. En el hospital Dr. Luis Tisné empezamos con 25.000 pesos

en el año 2012 y terminamos con 35.000 en el año 2016. Ese convenio actualmente no está vigente.

Las horas en el hospital de Quilpué corresponden a más o menos 15 turnos mensuales. Esa es la falencia que existe en el hospital y ellos ahí están cubriendo vacaciones, licencias médicas y hay medio turno en que no existe el anestesista para cubrirlo. En el hospital de Quilpué son 365 horas, en el hospital El Pino son 468 horas, en promedio, el último año. En el hospital de Rancagua, que es el último, son 800 horas mensuales en promedio, y en el hospital San Borja Arriarán son 671 horas.

Indicó que su labor en los hospitales ha sido un aporte. De acuerdo con la cantidad de turnos y de procedimientos promedio que hacen por turno los especialistas, porque aparte de las cirugías están los trabajos de parto, ellos cubren todas las urgencias.

Añadió que el valor promedio que cobran bastante cercano a lo que Fonasa paga a los anestesistas por procedimiento.

Finalmente, señaló que no tienen convenios con Fonasa más de los que ahora han señalado. Respecto del lucro, sienten que son una sociedad que tiene una rentabilidad, pero que han sido un aporte al trabajo en los hospitales, además de cubrir las falencias en urgencia, con turnos completos. En una reunión en el hospital de Rancagua les dijeron que la demanda hospitalaria, sea porque muchas veces no había anestesistas en turno o porque tenían que llevar a los pacientes a clínicas privadas, había disminuido bastante con la contratación de anestesistas y con tener un anestesista de turno las 24 horas.

Consultada cómo se fija el valor hora, si es por UF y si se establece al momento del contrato, la señora Núñez dijo que ellos, como sociedad, responden a licitaciones y lo que se licita propiamente tal es la hora de anestesia porque trabajan en urgencia, que es distinto a trabajar por procedimiento. Por lo tanto, cuando un médico va y da solo la anestesia para una cirugía, paga Fonasa, paga un bono y ese bono tiene un valor. Los anestesistas que están en urgencia realizan 15 turnos, más o menos en promedio, sobre todo cuando hay atención de partos, cuando hay ginecología. Ahora bien, en un turno puede haber 25 cirugías y el anestesista debe cubrir cada una de ellas. Entonces, puede haber cirugías de solo 15 minutos, y puede haber una cirugía de neurología, por ejemplo, de urgencia, que puede durar 5 horas. Por eso ofertan por hora, porque el médico tiene la obligación de estar 24 horas, haya una o 30 cirugías. Por lo tanto, no pueden poner precio porque en las licitaciones de Mercado Público al subir la licitación es el hospital el que pone el valor. Por ejemplo, si el Hospital de Rancagua licita la hora de anestesia en 45.000 pesos, la pregunta es: ¿quieren ustedes participar? Y ellos deciden si lo hacen o no.

En la actualidad, dijo, en el Hospital El Pino, el Hospital de Quilpué, son los únicos oferentes, no porque estén coludidos con otros o porque se pongan de acuerdo, sino porque nadie quiere participar por un valor de 35.000 pesos. ¿Por qué participaron entonces? Porque la mayoría de los médicos que trabajan con ellos y los socios que empezaron esta licitación son médicos que cumplen horario, están contratados en el servicio público y entienden la importancia de que haya anestesistas en un hospital. Entonces, todos los anestesistas que trabajan con ellos prestan servicios y están contratados en un hospital y en sus horarios libres y antes de ir a una clínica, prefieren cubrir los turnos que muchas veces llegan a 2 y hasta 3 en la semana. El turno que le corresponde por estar

contratado es un 22/28, que es el sistema en el que se contrata a los médicos, más uno o dos turnos, dependiendo de la disponibilidad de tiempo que tengan. Se quedan trabajando en el mismo hospital y por eso se trabaja por hora, no por procedimiento. Los únicos procedimientos fueron casos circunstanciales que estando en el hospital les pidieron que los hicieran.

A la pregunta de si se podría ofertar por un valor máximo, la señora Núñez, dijo que podrían ofertar menos si quisieran. El valor que pone el hospital es un valor máximo. Entonces, si el hospital dice 35.000 pesos, ellos deciden si participan o no.

Consultada sobre si las sociedades médicas se ponen de acuerdo para participar en licitaciones o en distribución de territorios, la señora Núñez, indicó que ellos participan de las licitaciones que les interesan, porque conocen los hospitales donde se trabaja, pero nunca tienen relación con otras sociedades, ni menos se ponen de acuerdo los médicos. Precisó que ella es la encargada de diseñar lo relacionado con las licitaciones y jamás ha tenido algún acuerdo o algún llamado con otras sociedades. Son pocas las sociedades y saben cómo funcionan.

Consultada sobre si todos los hospitales licitan de la misma forma: por hora, fijan el piso o hay hospitales que licitan de forma distinta, la señora Núñez señaló que, de las licitaciones que han participado todos ponen un valor hora máximo.

A la pregunta referida al caso del Hospital de La Ligua, respondió que ellos plantearon un procedimiento, porque trabajaron bajo una licitación por hora en urgencias del Hospital de Quilpué y por eso participaron en el hospital de La Ligua, para hacer procedimientos, que fue muy poco.

El señor Chávez, afirmó que hay hospitales que licitan por prestaciones. De hecho, cuando parte el sistema en el Hospital Padre Hurtado, licitan por prestaciones, listas de espera de cirugías, laparoscopía, hernias inguinales en niños, etcétera. Han seguido una política de prestaciones a largo plazo. Incluso, hay hospitales que han licitado 1.000 colisectomías laparoscópicas y una sociedad se las adjudicó; o sea, también se licitan prestaciones individuales. Pero no les ha tocado estar en ese rubro, las licitaciones han sido adjudicadas por otras sociedades más grandes, más poderosas, con más influencia. Por eso no están en ese rubro.

Preguntada por la integración societaria, la señora Núñez dijo que se trata de una sociedad privada compuesta por dos sociedades más, en las cuales los socios son médicos. Se trata de colaboradores, que son los que hacen los turnos y a quienes les cancelan con boletas de servicio, son alrededor de 45. Todos trabajan en hospitales públicos, ninguno se dedica al ámbito privado.

El señor Chávez planteó que el exdirector del Hospital San Borja, señor Claudio Robles, no era médico, sino enfermero, pero tenía un MBA; por lo tanto, sabía de números, de administración e hizo los cálculos antes de tomar la decisión. Se dio cuenta de que el rango de sueldos para quienes cumplían turnos de 28 horas de urgencia, fluctuaba entre 2.000.000 y 2.500.000 de pesos, tomando en consideración la previsión. Ahora bien, la ley N° 15.076 establece que el turno de 28 horas equivale a 4 horas diarias en un mes de 30 días, lo que significa 120 horas mensuales; esto con un valor cercano a los 20.000 pesos por hora. Al que trabaja contratado se le paga la hora efectiva, si no la cumple, no se le paga.

Agregó que en el Hospital San Borja se hizo un estudio -2012- respecto de las licencias médicas, y se constató que el promedio es de 20 días, incluyendo el pre y el posnatal, a lo que se agrega las vacaciones, que pueden ser desde 15 a 25 días, más el descanso compensatorio por las 28 horas, que son 10 días. Entonces, de las 120 horas mensuales, resultó que las horas efectivas eran cercanas a 90 horas mensuales, cuyo valor fluctuaba entre 25.000 y 26.000 pesos la hora real para el contratado. Cabe señalar que esto no ha cambiado mucho, es más o menos semejante. Cuando el exdirector hizo el cálculo, la diferencia no era tan grande. Lo más caro fue no tener la persona y enviar a un paciente al sector privado, por lo que una operación de apendicitis, por ejemplo, costaba 18.000.000 o 20.000.000 de pesos. Entonces, obviamente, el gasto era menor, por eso optó por ese sistema; su decisión fue netamente matemática.

En cuanto a si los turnos licitados en los distintos hospitales son por la misma cantidad de horas, se señaló que no, porque depende de las brechas.

En cuanto a por qué la gente se está yendo de los hospitales, indicó que en 2010 creció enormemente la cantidad de pabellones en las clínicas, hubo una gran demanda y buenos precios. Por eso la gente se fue masivamente a las clínicas, aclaró. Agregó que los hospitales tenían problemas; por ejemplo, el Sótero del Río, que tiene una población de alrededor de 2.000.000 de personas, tendría que contar con dos anestesiólogos en maternidad, porque atiende 120 partos diarios aproximadamente, y solo cuenta con uno. El pabellón central cuenta con dos anestesiólogos, sería ideal que contara con cuatro, porque además de la anestesia deben hacerse cargo de una sala de recuperación que funciona como una “UTI”, con cien pacientes graves que no tienen salida a sala, porque no hay cupos. Entonces, esos dos anestesiólogos, además deben atender a dos pacientes que llegan a urgencia; si llega un tercero, deben atenderlo igual; si llega un cuarto y un quinto, también. Por lo tanto, la carga asistencial es tan grande y riesgosa que si la gente tiene posibilidades de irse, se va o sea, si tuvieran el personal suficiente, probablemente, esos cupos se completarían.

Señaló que el Hospital de Temuco cuenta con dos anestesiólogos: uno está en maternidad, en el primer piso, y el pabellón central está en el quinto piso, y en muchos de los turnos hay uno solo. Entonces, dijo, es imposible que un solo anestesista se haga cargo bien del turno sin que pase algún evento. Entonces, esa circunstancia que no cubría el requerimiento generaba una salida: se iba más y más gente. Cuando las condiciones laborales se vuelven malas, ese es un factor. Si hubiera la gente suficiente para hacer la labor y las condiciones laborales se mejoran, no solamente económicamente, es posible que funcione mejor.

Dentro del ámbito de la anestesia, dijo, hay otro tema que tiene que ver con el trato. Existían frecuentes maltratos de parte de la autoridad, lo que llevó a la salida masiva de gente del Hospital San Borja. En 2009, nueve cargos quedaron vacantes. Eso fue producto de que la jefatura de pabellón en ese momento repetía, continuamente –entre los años 1990 y 2015- la “si no le gusta, la puerta es bastante ancha y se va”, porque “tengo filas de anestesista con su currículo esperando por tomar este cargo”. Esas frases , dijo, las escuchó muchas veces y las autoridades la creían, hasta que de repente se encontraron con los hospitales vacíos y se preguntaron dónde se fue la gente, por qué no hay anestesistas. En el fondo no hubo previsión, acotó. En el mismo GES en 2005 se encontraron que no tenían personal suficiente para resolver el problema, porque pensaron, con datos basados en 1995, que era un tema de gestión. Por lo tanto,

no se calculó que cuando tiraban 57 prestaciones, de las cuales varias eran quirúrgicas, se iba a generar un cuello de botella o sea, es un riesgo sistémico. Una decisión conllevaba a otro problema, y eso no se pensó.

Paralelamente, afirmó que han traído muchos médicos extranjeros. Tanto es así que el desastre de Venezuela ha provocado que mucha gente emigre a Chile llenando las vacantes. Por eso, en anestesia la tendencia de la brecha es a reducirse.

Consultado por el valor de una hora de anestesista en el ámbito privado, el señor Chávez, dijo que depende del lugar. En la Clínica Alemana funcionan con un sistema de pirámide. Existe un grupo de arriba que capta la mayor parte del ingreso, el otro capta el ingreso intermedio y abajo están por hora. En este caso la Clínica Alemana contrata por horas al que viene recién llegando. Debe ser el 80% de la planta de anestesiólogos. A ellos les pagan entre 35.000 y 40.000 pesos la hora, dependiendo del área en que van a estar. En la Clínica Las Condes la hora es de 38.000 pesos para los que llegan; en la Clínica Tabancura, 34.000 pesos la hora; en la Clínica Dávila y Avansalud, 35.000 pesos la hora.

Se le preguntó si en la sociedad Vigilius, y en las otras sociedades, hay médicos becados en el último año, si cuando son contratos por horas, quién pasa visita al paciente al día siguiente, si tiene que ser el recinto, y quien asume la responsabilidad en caso de negligencia –desde la perspectiva legal-.

El señor Chávez respondió que en algún momento hubo becados y prácticamente todas las sociedad médicas los han tenido y algunas todavía tienen, incluso las no médicas. Liner trabaja fuertemente con becados en la actualidad. En hospitales como Luis Tisné sus contratos definían que la condición del que realizaba el turno debía ser médico anestesiólogo. En algún momento se conversó con la autoridad y aceptó, por requerimiento, que pudieran utilizarse médicos becados, y después hubo desacuerdo al respecto. En el Hospital San Borja está completamente vetado. No podemos tener médicos becados haciendo turnos.

La señora Nuñez, aseveró que, en ninguno de los hospitales en que están hay médicos becados. Todos son certificados, con la beca de anestesia, y todos se encuentran registrados en la Superintendencia. Sí lo hubo en el Hospital Luis Tisné, precisó.

El señor Chávez corroboró que en algún momento tuvieron, pero en conversaciones con la autoridad se les prohibió. Desde el punto de vista médico-legal, cada anestesiólogo tiene un seguro y cada persona responde de sus acciones.

La señora Núñez, señaló que las licitaciones tienen requerimiento de tipo administrativos y técnicos. Dentro de los requerimientos técnicos, para postular solicitan que todos los médicos estén certificados por la Superintendencia y que tengan un seguro de mala praxis. Por lo tanto, no puede postular a una licitación si el médico no cumple con este requisito.

El señor Chávez, respecto de las visitas, como son turnos y entregas de turnos, en general la visita se realiza en la hora cuando se encuentra de turno y, posteriormente, se hace entrega al turno de relevo.

A la consulta de si él es funcionario público, respondió que sí.

La señora Núñez agregó que en el futuro se va a solicitar en todas estas sociedades funcionarios públicos, situación que es cuestionada ya que dicen que no pueden ser funcionarios públicos aquellos que tengan participación en

sociedades, pero entiende que una de las ideas es que cada uno de los médicos que pueda participar de estas sociedades estén trabajando en servicios públicos.

El señor Chávez acotó que un porcentaje importante de profesionales formados con beca en anestesia, que tienen la obligación de hacer devolución, no lo hacen porque se van a estos espacios privados. Por ejemplo, dijo que hay médicos que tienen que devolver el aporte del Estado por su formación en Curicó, Santiago, Temuco, entre otras ciudades, y todavía no lo hacen.

Se le consultó si es que en la licitación hay objeción para las personas que no han cumplido con la beca., a lo que se respondió que efectivamente, no hay objeción. El Estado debería objetar a las personas con deuda pendiente.

--- Médico oftalmólogo-retinólogo, señor Armando Pezo Troncoso.

Junto con agradecer la invitación, explicó que es funcionario público. Trabajó en el hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, donde le tocó desempeñarse, y hoy es funcionario del hospital Sótero del Río.

Entre sus antecedentes curriculares, señaló que es médico de la Universidad de Concepción, egresó en 1989, y concursó y ganó una beca de especialidad en Oftalmología en la Universidad Católica de Lovaina. La beca tuvo una duración de cuatro años, desde 1996 hasta 2000. Luego, dijo, hizo una pasantía en el Centro Hospitalario Nacional de Oftalmología de París, uno de los hospitales más grandes de Oftalmología, apadrinado por la Universidad Paris. En 2000, regresó a Chile e hizo las convalidaciones correspondientes para ejercer como médico oftalmólogo. En 2011, por inquietud profesional, hizo una subespecialidad oftalmológica, en cirugía vitrorretinal y trauma ocular, avalado por la Universidad de Chile y el campo clínico en el Hospital Salvador, en Santiago, en la Unidad de Trauma Ocular (UTO). Dijo ser médico de las sociedades belga, francesa y chilena de Oftalmología, y de la Asociación Gremial de Oftalmología de la Quinta Región, donde vive y trabaja. También señaló ser socio de la reciente Sociedad Chilena de Retina y Vítreo.

Se le pidió que explicara en qué consiste su especialidad. Indicó que su especialidad es una cirugía de las más minuciosas que se efectúan: la cirugía del polo posterior. Es decir, en la parte de atrás del ojo, tienen que ver en los diabéticos las hemorragias vítreas, los desprendimientos de retina, en las lesiones por trauma ocular y las complicaciones de cataratas.

Añadió que esto está avalado por la Asociación Panamericana de Oftalmología, a través del doctor Barría, su representante, quien aconseja tener al menos un centro para cirugía vitrorretinal para una población de un millón de habitantes con 500 cirugías al año. La población de Viña del Mar y Quillota tiene más de un millón de personas. Esto solamente para retinopatía diabética en la época en que esta prevalencia era del 5%; ahora es de alrededor del 8%.

Hizo saber que dado que en Viña no existía esta subespecialidad y como todos los estudios anteriores los había costeado por cuenta propia, decidió acogerse a las becas para esta formación, que consiste en mantener 22 horas durante 2 años y una devolución de cuatro años en este ámbito. En el caso de no devolver esos cuatros años hay, una garantía de 10.000 UF, que supera ampliamente lo que se gasta para la formación. No solamente eso, sino que

además la persona que no vuelve a informar su beca queda seis años imposibilitado para trabajar en el servicio público.

En 2013 inicio la devolución de la formación de la especialidad y se encuentra con la sorpresa de que no había ningún interés en el servicio para desarrollar dicha unidad. Tuvo conversaciones con la directora del hospital de la época, quien le decía que los enfermos estaban siendo derivados del Servicio de Salud de Viña-Quillota al Hospital Sótero del Río, situación inadecuada porque ya había un especialista para resolverla. Para eso se había formado y estaba disponible para dedicarse a resolver justamente dichos casos.

Antes de él, indicó, el servicio de salud no contaba con la subespecialidad. Indicó que él llegó para formar la unidad. Señaló que no era de su competencia si querían desarrollar o no la especialidad, pero posteriormente se terminó el convenio con el Hospital Sótero del Río y esos pacientes se operaban, los que podían, pagando en las clínicas. Añadió que es funcionario de una de las clínicas más grandes de Viña y, paradojalmente, terminaba yo operando a esos enfermos pagados (en la Clínica Oftalmológica ISV, que es la única que tiene todas estas prestaciones).

Finalmente, dijo que se resignó, pues no pudo desarrollar su especialidad.

Sin embargo, hizo hincapié que pasaba algo más grave en ese servicio. Ellos eran seis profesionales, tres de los cuales hicieron una sociedad para licitar cirugías de cataratas, en 2011. Obviamente, dijo, no se le comunicó a nadie. De estas personas que trabajaban en el servicio de salud, estaba el señor Schiappacase, quien lideraba esto, y el doctor Alejandro Pinochet y la doctora Venezian. Los dos primeros renunciaron y no tuvieron ninguna oposición en el servicio. Dejaron de trabajar como funcionarios públicos y se dedicaron solamente a las cirugías de cataratas.

Reiteró que eran seis oftalmólogos de los cuales tres formaron una sociedad para dedicarse a las cirugías de cataratas. De los tres que quedaron trabajaron en horario habitual, dos renunciaron para dedicarse solamente a eso; eso lo llamo doble estándar de los oftalmólogos porque solo se dedicaban a la cirugía de cataratas y se desentendieron de la atención pública, porque algunas cosas no gustan como urgencias, láser, lentes, etcétera. No tenían que marcar ni cumplir horario. Generalmente, iban dos tardes a la semana en el horario que querían y obtenían un enorme beneficio económico respecto de los que quedamos, quienes además habíamos hecho una subespecialidad para resolver los problemas que requería el servicio.

Consultado sobre la situación: si se hicieron convenios con el hospital, y si se llamó a licitación. Respondió que sí; el hospital contrató a esa sociedad; sin embargo, el servicio no dijo nada cuando esos profesionales dejaron la atención pública habitual y se dedicaron solamente a eso.

Indicó que se hicieron algunas observaciones a las autoridades de la época. Entre ellas, sugirieron que en la programación de cirugías de catarata en horario institucional se considerara a los profesionales que laboraron en el hospital, de modo que se considere para la modalidad remunerada solo las cirugías de cataratas que no puedan ser realizadas en un horario hábil.

En buenas cuentas, dijo -ese es el espíritu-, que las cirugías las hicieran los funcionarios y, por ende, serían gratis para el hospital. Posteriormente, para lo que no se pudiera hacer, sugirieron que se llamara a licitación.

Quienes estaban cuestionados eran casi los mismos que formaban parte de la sociedad. Se decía que habían sido sancionados porque hacían controles de operaciones de pacientes privados en horario institucional, y todo eso ocurría sin cuestionamiento de parte del hospital.

En una oportunidad, dijo, se dieron cuenta de que una de las personas que trabajaba ahí no se presentaba en su horario habitual. Investigaron eso y la señora Ana María Olivares, de Recursos Humanos, les dijo que no registraba justificación para ese ausentismo laboral; sin embargo, figuraba haciendo cirugías en la tarde. O sea, no iba en la mañana, en su horario habitual, pero sí en la tarde en horario de cirugías pagadas, sin tener justificación para ello. Dieron a conocer esta situación a la autoridad de la época y la respuesta de la subdirectora fue que se le había dado permiso sin goce de sueldo durante seis meses, que es lo máximo que se otorga. Lo curioso, dijo, es que en 2013 estaban a contrata; por lo tanto, el permiso sin goce de sueldo iba más allá de lo que estipulaba su contrato. En contraparte, se habían negado ciertos permisos, por ejemplo, a uno de los colegas, que por motivos del servicio se quedó con sus boletos comprados y no pudo viajar. Él era uno de los que trabajaban en la mañana.

Recordó que hizo dos cartas. Una para solicitar que no movilizaran el instrumental, porque en ese entonces sacaban los equipos con los que examinaban a los enfermos y los llevaban hasta otras dependencias del hospital para hacer controles de los enfermos privados en la tarde. En la segunda carta se refiere claramente a la ausencia de sus biomicroscopios, instrumentos indispensables para el examen ocular de sus pacientes, los que eran utilizados por profesionales, prestadores externos de cirugías remuneradas de catarata, en perjuicio suyo y de los pacientes institucionales.

Comentó que sacó una foto al instrumental que usaban para trabajar en ese servicio. Se ven placas de óxido. Por eso, mandó una carta indicando que se evidenciaba un claro deterioro de los instrumentos, porque había una capa de óxido que los cubría; por lo tanto, no había garantía de que los que operaban hicieran una adecuada esterilización de los mismos. No era de cirugías de catarata, porque esas estaban absolutamente reservadas para el grupo mencionado. Esto sucedió en 2013. A raíz de esto, dijo no quiso seguir operando por todas las situaciones que estaban ocurriendo.

Mencionó haber recibido una carta del jefe del servicio, la cual leyó en la sesión, del siguiente tenor: “Junto con saludar, informo a usted que, por razones de buen servicio, y dadas las necesidades de nuestro hospital, su asignación de pabellón quirúrgico de los días miércoles, no podrá ser sustituida por policlínico, dada la alta demanda de pacientes. Esta situación fue consensuada con la Dirección y subdirección médica, por lo cual, es irrevocable.” En el fondo, explica, le estaban diciendo que debía operar bajo esas malas condiciones del instrumental; obviamente, dijo, descartando las cirugías de catarata, porque eso ya estaba reservado para el sector privado.

Hizo saber que había una carta de otro colega, donde nuevamente se solicita que se gestione la posibilidad de incluir cirugías de catarata dentro del horario habitual de los funcionarios, porque eso se les había negado. La respuesta de una de las subdirectoras fue un poco complicada, pero en el fondo una vez más se les niega ese tipo de cirugía.

Agregó que el doctor Trincado, quien atendía en la mañana, se aburrió de toda esa situación, sumada al deterioro general del servicio de oftalmología y de no poder operar a sus pacientes de catarata en horario institucional ni poder resolver esas patologías quirúrgicas como servicio, porque constituía un fuerte desincentivo por las pocas posibilidades de desarrollo y, más aún, la amenaza de la pérdida de la *expertise* quirúrgica, se retiró. Comentó que perdieron a un excelente profesional, que no solamente era especialista, sino subespecialista en dos áreas: oftalmopediatra y oculoplástico. Como no tenía ningún amarre con el servicio, se aburrió y se fue, porque no toleró las mencionadas circunstancias.

La situación se puso más difícil, dijo. Envió algunas cartas, que las leyó: “Como es por ustedes sabido, existe una alta demanda de atención de urgencias oftalmológicas, que no es posible cumplir por los profesionales que aquí laboramos -ya se habían ido muchos-. Como consecuencia, debemos asumir el malestar comprensible de parte de los pacientes, quienes ven dilatada su solución de salud. Ello determina un difícil trato entre profesionales, paramédicos y pacientes, ya que el paciente descarga injustamente su frustración en el equipo médico.

Por la falta de atención pueden dejarse de diagnosticar patologías oculares graves que originen complicaciones irrecuperables, evitadas de haber sido tratadas oportunamente. Ello puede dar a origen a pleitos médico-legales en contra nuestra, especialmente por pacientes susceptibles.

Dado los pocos cupos disponibles para urgencias, recae incorrectamente en el personal paramédico decidir quiénes van a ser atendidos, dejándolos en una situación peligrosa legalmente que no les corresponde.

Por ello, se deja constancia de esta situación y se sugiere que se oficie a la autoridad, la que ha de buscar la solución de estos problemas, ya sea derivando a los pacientes de urgencia a otros establecimientos, comprando servicios externos o buscando alguna solución.”

Afirmó que ello hizo crisis en su persona. Incluso, tuvo que presentar un certificado médico porque todo era terrible. Eran dos en el servicio y tenían un acoso permanente de parte de las autoridades, quienes no los ayudaban en nada. Los pacientes, por su parte, reclamaban con justa razón que no eran atendidos oportunamente, y debían desempeñarse en ese escenario, mientras en la tarde había un sistema distinto, que no tenía que ver con todos estos problemas, y que estaba destinado a realizar las cirugías privadas.

Recordó que el 22 de enero llegó a su trabajo y se dirigió a Recursos Humanos a poner una queja por algo así como acoso laboral. Lamentablemente, estaban todos de vacaciones y la funcionaria que estaba en el lugar le señaló que no sabía mucho de esto, que esa instancia estaba destinada para casos de acoso sexual, lo que no cabía en mi caso. De todas formas, dijo, dejó una carta.

Señaló que el departamento de Recursos Humanos está a tres cuadras del hospital. A la vuelta le llamaron para informarle que tenía una nota de demérito por haberse ausentado. Al mismo tiempo, se abrió un sumario en su contra por tal motivo.

Su apelación dice lo siguiente: “Se ha modificado, reiterada y arbitrariamente mi programa de actividades establecido por el calendario mensual sin que se hayan comunicado previamente esas variaciones, como ocurrió ese

día. El suscrito es testigo de la desintegración del servicio de Oftalmología, de lo cual no es responsable, pero se señaló y se advirtió anticipadamente.

Hoy se me impone trabajar donde no existen los medios de diagnóstico terapéutico ni recursos profesionales para cubrir una atención mínima adecuada de la urgencia oftalmológica, considerando los requerimientos y complejidad de un hospital terciario.”.

Aclarado lo anterior, al suscrito se le asigna cubrir urgencias más allá de su programación, en un clima adverso, marcado por un sinnúmero de problemas médicos no resueltos a tiempo para los pacientes, ausencia de profesionales para controles y seguimientos de sus patologías electivas y de urgencias, pacientes justificadamente angustiados y disconformes por la agravación de su enfermedad o por tratamientos inoportunos.

Siendo la cara visible del sistema, los pacientes me responsabilizan por la anómala situación laboral del servicio y se me expone a situaciones incómodas de riesgo médico-legal y trato ingrato.

Esta anotación, lejos de buscar una postura conciliadora, confirma el clima hostil de la autoridad, a la que responsabiliza de las condiciones antes descritas. Ello no ayuda a buscar soluciones, solo empeora más el ambiente laboral hacia los pocos profesionales que se manteníamos actividades en el servicio.”

Afirmó que algo no andaba bien, era el mundo al revés. Los que trabajaban duro allí eran hostilizados mientras que los otros tenían muchas facilidades. Entonces, le hizo sentido el rumor que andaba dando vueltas, en el sentido de que el establecimiento ganaba dinero con las cirugías de cataratas. Por ello, decidió investigar esa situación sobre la base de la utilización de la norma en materia de transparencia del Estado, ley N° 20.285, sobre Acceso a la Opinión Pública, y la hipótesis de trabajo era demostrar que había excedentes en ese tipo de cirugías. Fonasa paga una determinada cantidad de dinero por cirugía de cataratas, a lo que se debe restar los honorarios profesionales y los insumos médicos, y la idea era demostrar si existían excedentes.

Para tal finalidad, hizo las preguntas bajo el amparo de la ley de transparencia del Estado, y lo más importante era solicitar los ingresos que percibía el hospital por concepto de cirugías privadas llevadas a cabo durante las tardes, cuáles eran los ingresos que aportaba Fonasa para este tipo de cirugías en un período determinado de tiempo, cuáles eran los recursos que el hospital pagaba a las sociedades médicas adjudicadas, los que se gastaban en insumos quirúrgicos y finalmente si había o no excedentes.

La respuesta del hospital respecto de la pregunta de lo que aportaba Fonasa por estas cirugías privadas fue que no se podía contestar dicha consulta, por cuanto los recursos transferidos desde el servicio Viña del Mar–Quillota no se especifican a nivel del programa de certificados de transferencias emitido por dicho servicio. En otras palabras, no le dieron esa información, sin la cual no podía sacar ninguna conclusión al respecto.

Sin embargo, dijo, insistió y averiguo que el monto de la cirugía variaba año a año, pero era fijo. Entonces, contra preguntó, sabiendo que si él contaba con esa información, el monto lo multiplicaba por el número de cirugías que se practicaba en la tarde iba a tener el valor total de lo que Fonasa pagaba por esa cirugía. Entonces, la pregunta era: número de cirugías de cataratas GES licitadas por extrasistema, por sociedades o empresas licitadoras y operadas en el

establecimiento en el período que estaba solicitando. Obviamente, era muy difícil que el hospital no supiera cuántas cirugías privadas se estaban haciendo. Ahora, si tenía ese valor, lo multiplicaba por el valor de Fonasa e iba a tener el total de lo que se pagaba. Dijo que pasaron los 15 días que establece la ley de transparencia del Estado. Él estaba en la Gobernación diciendo que no se había cumplido con esto y lo tomó el Consejo de Transparencia del Estado, lo que le pareció que era viable y pidió las descargas al hospital. Luego, le mandan la notificación de la decisión de este recurso de amparo, donde el hospital dice que sí le había respondido a esa pregunta, y señala: “Que en esta planilla señalada, a juicio de esta consejo, no permite acreditar la entrega efectiva de antecedentes requeridos al solicitante de conformidad al inciso del artículo 17, ley de Transparencia, numeral 4.4, de la instrucción general Nº 10 del consejo –y lo más grave de todo-, atendido a que la firma registrada en el documento señalado no resulta concordante con la firma estampada por el requirente y su amparo”. En otras palabras, eso quiere decir que se le falsificó la firma.

En consecuencia, dijo, consta que el órgano recurrido no respondió a la solicitud de acceso a la información dentro de los plazos establecidos por el artículo 14, ley de Transparencia, lo que importa una infracción a dicha disposición así como a los principios de oportunidad previstos por los artículos respectivos.

Lo importante dijo es que recibió la información y puede asegurar que si existen excedentes.

Preguntado sobre cuántas cirugías de cataratas puede operar un médico en una jornada de en un día, el señor Pezo dijo que se llegó a hacer entre 10 y 15 cirugías. En un servicio de oftalmología por su cirugía que es ambulatoria y rápida llegan, incluso, hasta a financiar casi el 20 o 25% del hospital, y esto se estaba llevando al máximo. O sea, con un número enorme de cirugías, obviamente subevaluadas, hay que imaginarse cómo estas se hacían en cantidad, en volumen y en calidad. Ahora, en la medida en que se fueron licitando estas cirugías comenzaron a bajar de precio, dijo.

Luego, se refirió a una noticia que apareció en El Mercurio, el sábado 6 de noviembre, a raíz de estas sociedades. Es una entrevista al señor Marcelo Cisternas. El mismo que mencionó y que estaba como jefe de servicio, y dice: “Marcelo Cisternas, quien a través de una empresa con su nombre ofrece servicios de oftalmología al Hospital Gustavo Fricke y aparece mencionado en la auditoría de Salud como uno de los que tienen contratos a través de trato directo sin debido fundamento.”. Y él, señala: "Las atenciones (a través de la sociedad) son siempre más baratas que los valores que determina Fonasa". Agregó: "Al hospital esto también le conviene, porque gana (dinero) por las prestaciones hechas". Lo que sí obviamente todo había que comprarlo afuera, agregó, porque el Servicio estaba desmantelado y destruido y solo lo que podía ingresar allí era a través de esta cirugía que administraba el hospital, pero todo el resto de las cirugías había que comprarlas afuera, porque ese servicio se desmanteló.

Dijo que también, hay una carta que le da la impresión que se pudo haber extendido, en que el doctor Charlin la envía con un título bien sugerente, que dice: “Médicos especialistas ¿para qué?”. A raíz de una carta que le envió una de las becadas, en la que menciona: “Finalmente, hace pocos días recibí un correo con mi destinación al Hospital de Ancud, donde no hay opción de hacer cirugía y no existen los mínimos elementos diagnóstico-terapéuticos. Pregunté por qué no me destinaban a Castro, donde al menos hay pabellón, y me dijeron que no hay necesidad de que opere, ya que las cirugías se resuelven por compras de

servicios y ya están adjudicadas a los dos oftalmólogos que trabajan ahí. Si no voy a poder operar y no tengo cómo hacer exámenes, solo daría lentes".

Señaló que sabía de otro caso, pero no lo puede fundamentar, porque no tiene respaldo de documentación, pero el Hospital de Quilpué tiene el récord de uno de los lugares donde se hace la mayor cantidad de cirugías de cataratas, pero no hay servicio de oftalmología. Cree que en ese hospital está el doctor Medina, quien se formó en Cuba y que no está acreditado como oftalmólogo.

Finalmente, indicó que lo quisieron mandar (al señor Pezo) a Limache, donde no hay servicio de oftalmología. Les dijo que no, porque el contrato, en el fondo, decía Hospital Fricke y convinieron que le enviaran al Hospital del Salvador, donde está muy contento y orgulloso de trabajar ahí.

Pregunta. ¿Cuáles son los puntos cuestionables? Afirmó que tiene la impresión de que están haciendo “caja” con este tema. Dijo que no era quien como para averiguar más a fondo el asunto, pero lo más probable es que esos excedentes de dinero se estén ingresando en alguna parte. Lo dice, porque, ¿ustedes creen que un cirujano o un oftalmólogo de prestigio, o que, a lo menos, se considere como tal, querrá ser contratado en las condiciones que acaba de detallar? Se refiere a este doble estándar en el que no cuentan con los instrumentales necesarios para trabajar, en un espacio en el que a nadie le interesa equiparse y que en el caso de padecer de cataratas, solo se realizan cirugías privadas, y en la tarde.

Agregó que no logra entender por qué estas cirugías no se agendan para los médicos que trabajan en horarios funcionarios, aunque son, entre comillas, gratis, y se prefiere reservar para las cirugías pagadas de la tarde. No sabe qué formulas usarán como para que esa medida sea más conveniente, pues se les comentó que incluso no habían anestesistas. Por lo mismo, pidieron realizar las operaciones los fines de semana, obviamente, con la debida restitución del horario, pero nunca se logró.

Consultado sobre quiénes son los médicos oftalmólogos funcionarios del Hospital Gustavo Fricke que también realizan atenciones en las tardes, respondió que desconocía esa información, ya que desde hace dos años no desempeña funciones en ese hospital; sin embargo, fue precavido, sobre todo por lo que sucedía con el señor Schiappacasse, quien lideraba esta situación, y pidió un certificado en Recursos Humanos para saber si era funcionario del hospital y resultó que no lo era. Dijo no haber traído ese certificado, pero no tiene problema en demostrar que no siendo funcionario del hospital, trabajaba como cirujano de cataratas.

Consultado si los directivos del hospital son los mismos desde 2013, indicó que no, que han ido cambiando. Y, si la política de contratar servicios externos, es la misma, señaló que imaginaba que sí.

Hizo saber que hizo presentaciones a la Contraloría, pero lamentablemente, en esa época, no tenía los datos contables que ahora tiene. La Contraloría General de la República, en ese momento, hizo reparos respecto a asuntos administrativos como, por ejemplo, los permisos que no constituían eso, pero respecto de las cirugías, ellos no podían emitir algún tipo de opinión porque eso era una materia técnica cuyo conocimiento correspondía a las autoridades de Salud.

Consultado cuándo presentó esos antecedentes a Contraloría, indicó que ello ocurrió durante el período 2012-2013. Añadió que, por los azares de la vida, le correspondió atender a una colega que era nefróloga. No quiso hablar de esto porque no tiene cómo demostrarlo, pero ella le dijo que este asunto “mafioso” -fue el término que empleó- del hospital era conocido en Santiago y que sucedían cosas que también eran irregulares y raras en el servicio de nefrología en relación con los pacientes que se debían someter al procedimiento de diálisis, cosa que ese momento él desconocía. Ella le dijo que la situación llegó a tal punto que cuando intentó averiguar más datos o protestar por esa situación fue presionada por los demás funcionarios, al punto que debió abandonar el Hospital Gustavo Fricke e ir a trabajar al Hospital Van Buren.

--- Presidente de la Fundación Creando Salud, señor Matías Goyenechea.

Indicó que su presentación consistía en exponer un estudio que le fue encargado por la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud, Fenpruss, respecto de las compras de servicios que se estaban realizando en los hospitales. Básicamente, el estudio plantea generar un diagnóstico respecto de qué y a quién se estaba comprando, y a partir de eso se construyó una base de datos. Se analizaron 1.547 licitaciones, de las cuales se seleccionaron 645. El criterio de inclusión fue que se tratara de compras a profesionales de salud, dado que hay muchas compras que se realizan a técnicos, administrativos y otros. Todas las compras relacionadas con profesionales se incluyeron en este estudio.

Indicó que el horizonte temporal fue desde el 1 de enero de 2014 hasta noviembre de 2015. El levantamiento de la información se realizó mediante solicitudes de información pública. Se enviaron 57 solicitudes a hospitales y a los Servicios de Salud respectivos, con un total de 86 solicitudes. Básicamente, se verificó la materia de lo que se estaba comprando y se determinó la cantidad de prestaciones o el tiempo de duración de las licitaciones, porque muchas veces se compran servicios específicos o, a veces, tiempo, por lo que hay diferencias en torno al tema. Se identificaron los oferentes, los montos de los contratos y los profesionales involucrados. En resumen, dijo, se descartó o se incluyó sobre la base de esos criterios.

Respecto de los resultados obtenidos, señaló que del total de solicitudes le respondió el 77%; no todas las peticiones de información fueron respondidas. Ese es un problema de otra índole, en relación con la forma en que funciona la transparencia en esas instituciones de Salud. Se estudiaron 1.547 licitaciones, tratos directos y órdenes de compra específicas realizadas en ese horizonte temporal. Las licitaciones se recibieron y se analizaron las actas de adjudicación, bases y propuestas económicas, así como los anexos incluidos e, incluso, la documentación que debía aportar la empresa o sociedad para ganar la licitación.

Respecto del proceso, mencionó que se logró seleccionar 645 licitaciones, que corresponden a 51 hospitales. Señaló que hay hospitales más pequeños, que no tuvieron licitaciones en ese período de tiempo en el que se compraron prestaciones.

Comentó que en relación con las dificultades, para efectos del estudio, muchas veces fue difícil separar entre lo que correspondía a los técnicos y a los profesionales, porque a veces estaban dentro de la misma licitación. Sin

embargo, existe el problema de que en ocasiones hay información que no se encuentra disponible en las licitaciones. Muchas veces, anexos que debieron estar incorporados dentro de éstas, como los títulos profesionales u otra documentación obligatoria, no estaban presentes, lo cual es complicado desde el punto de vista legal. Si bien las compras son de diversa naturaleza, están centradas en el subtítulo 22 del respectivo presupuesto de los hospitales, y desde el punto de vista del gasto total de ese subtítulo, representan el 20% del total del presupuesto. Se gasta casi un punto del PIB en ese tipo de materia. Dentro del subtítulo 22 se incluyó y consideró la compra de prestaciones y lo correspondiente al DFL 36, de acuerdo con el informe emanado de Fonasa sobre los indicadores financieros del sistema de salud.

Efectivamente, dijo, para ese entonces se veía un aumento marcado de los gastos en relación con los años 2014 y 2015. Le parece que este año también se presentó un aumento en esa materia.

Respecto de la ejecución de recursos generales del presupuesto de salud y del total de recursos que van a pago de prestaciones de salud realizadas por el sector privado, más allá de lo que específicamente analizaron, indicó que está la modalidad de libre elección, los convenios de provisiones y prestaciones médicas que realiza Fonasa correspondientes a compras de cama, diálisis, el bono AUGE y las compras por hospitales, las que no son un monto menor, incluso llegan a ser superiores al gasto total de Fonasa. Eso es importante de considerar, porque es una cantidad relevante en pesos, precisó.

Hizo saber que al momento de levantar los datos, se consideró el tipo de profesionales, los servicios contratados, etcétera. En general, los datos encontrados implican un total de veintisiete mil millones de pesos, es decir el 13% del total que gastan los hospitales en 2014 y 2015. Contabilizaron un total de 2.279 profesionales que participaron de las licitaciones, órdenes de compra o tratos directos.

En cuanto a los tipos de profesionales que se compraban, mencionó que la mayor cantidad corresponde a médicos o trabajos médicos y, luego, a otro tipo de profesionales. Agregó que los médicos son los que tienen mayores compras, y el segundo profesional, que el fondo médico de salud más compras, lo constituyen las enfermeras o enfermeros.

Lo más frecuente desde el tipo de servicios contratados son las compras de intervenciones quirúrgicas, que representan el 33% del monto total incluido en el estudio, y son predominantemente relacionas al GES, aunque también se detectan intervenciones en problemas de salud que no están incorporados al régimen GES y que se proveen por trato directo u otra forma.

Un segundo grupo de actividades contratadas mediante las compras de servicios, dijo, son las prestaciones médicas, por ejemplo, cobertura de turnos, extensiones horarias, consultas médicas y de especialidad y otras de tipo tiempo para un determinado establecimiento de salud. Este tipo de contratos corresponden al 14% del total de montos identificados en el estudio.

Precisó que las compras o servicios quirúrgicos suman alrededor de nueve mil doscientos millones; los servicios médicos en términos de temporalidad suman cuatro mil millones. Tres mil ochocientos millones solo en el servicio de anestesiología; luego aparecen los valores para el servicio de personal profesional, varios; también podemos ver los servicios de oftalmología, imagenología; angioplastias y enfermería.

Desde el punto de vista de las empresas y sociedades ofertantes, señaló que la gran mayoría o el gran peso de las compras, el 91%, son realizadas a personas jurídicas, y solo el 8% de las compras identificadas están en personas naturales que ganaron la licitación.

Entre las empresas o fundaciones que tienen mayor peso desde el punto de vista de las compras de servicios que se realizan, están por ejemplo, Funcoval que es una sociedad que funciona en el hospital de Valdivia; también hay ONG que proveen servicios; la fundación Ariztía del Calvo Mackenna. En el fondo, dijo, hay sociedades o fundaciones que a veces están al alero de los hospitales y les proveen servicios. Así también, empresas de mayor envergadura que entregan servicios de anestesiología u otros, en términos más amplios, no solo a un determinado prestador.

Agregó que las compras de servicios por parte de los establecimientos de salud incluidos en el estudio les muestran que las principales carencias de los respectivos establecimientos son básicamente una expresión de presión que recibe el sistema público de salud en función de su falta de capacidad para absorber la demanda sanitaria del país.

Otro elemento importante que destacó es la existencia de muchas horas contratadas a los mismos médicos de los hospitales para hacer extensiones horarias o coberturas de turnos, lo que habla de un problema de planificación de recursos humanos bastante grande. En ese sentido, le parece necesario hacerse cargo del problema.

También señaló que hay compras que pareciera visualizan brechas. Por ejemplo, compras de informes de rayos. En lugar de tener un médico radiólogo que informe los rayos, los mandan a un establecimiento privado. Lo anterior genera una presión financiera muy grande que impacta en la deuda hospitalaria.

Agregó que hay muchas compras en las que se podría cuestionar que se usen determinado tipo de métodos, por ejemplo, compras de algunos hospitales por trato directo, sin pasar por una licitación pública, a pesar de haber más oferentes. En la Región Metropolitana hay más oferentes, de modo que no es necesario adjudicar constantemente por trato directo. En ese sentido, hay situaciones que por lo menos requieren de una explicación.

Consultado si el estudio es una muestra de todos los servicios de salud, o cuál es el porcentaje de la muestra, señaló que el estudio comprendió el período 2014-2015, y se hizo a través de solicitudes de información pública a todos los servicios de salud. Se les pidió información de todas las licitaciones en las que estuvieran involucrados profesionales de la salud. No se hizo cualquier tipo de compra, por ejemplo de técnicos; eso se excluyó de la muestra. O sea, es una muestra de hospitales o servicios en los que solo hubiera médicos o profesionales del ámbito de la salud. En ese sentido está puesto el foco, enfatizó. Agregó que no todos los hospitales y servicios de salud respondieron la solicitud de información, a veces se toparon con problemas de falta de transparencia y de respuestas de ese tipo.

Logró reconstruir alrededor del 20% del total del subtítulo 22 para los dos años, que es lo que se gasta en compras de servicios. En términos de hospitales, puede que sea un poco más, pero hasta ahora, hay 51 incluidos en la muestra, siempre relacionados con licitaciones, tratos directos y DFL, que hubieran sido ejecutados en esos períodos.

Señaló también que se trata de licitaciones relacionadas con sociedades médicas, ONG o fundaciones, las que en muchos casos también participan o están al alero de determinadas instituciones hospitalarias. Así, la cuarta institución con más adjudicaciones es la fundación Profesor Aníbal Ariztía, del hospital Calvo Mackenna.

Se le consultó que es Funcoval, a quién corresponde la representación legal de esa entidad. El señor Goyenechea, indicó que Funcoval es una fundación que entrega servicios en el hospital de Temuco. Se puede revisar en el mercado público quién tiene la representación legal. Es una sigla de un prestador que se ha adjudicado prestaciones para ese hospital durante 2014 y 2015, fundamentalmente intervenciones quirúrgicas. Este tipo de instituciones son fundaciones que entregan servicios específicos a un hospital. También, hay sociedades médicas como los servicios personales de Óscar Orrego Canseco o la Sociedad de Prestaciones Médicas Quirúrgicas Vigilius Limitada, que también tienen un porcentaje bastante importante de la facturación que detectaron en ese estudio. Además, hay prestadores de carácter más institucional como la Pontificia Universidad Católica de Chile, pero eso tiene que ver con algunas compras específicas que realizó el Instituto Nacional del Cáncer, las que eran de un tamaño bastante importante. El Conile es de Valdivia.

Afirmó que entre las que se adjudican algunas prestaciones hay sociedades que en muchos casos no tienen página web y que solo están registradas en el mercado público, de manera que no hay información en la que se pueda encontrar quienes componen su directorio o mayor claridad respecto de esas sociedades.

Indicó que los montos de compra en 2015 suman 1.163 millones de pesos y los correspondientes a 2014 llegan a los 1.230 millones de pesos. Se aprecia que el número de compras que se realizó durante esos dos años es más o menos parejo, por lo que no habría una diferencia significativa al respecto. En cuanto al tema de los valores de las compras que se realizan, sí se puede detectar que, por ejemplo, el promedio pagado a un médico especialista por hora, según el estudio que hizo la Universidad Católica en 2011 para Fonasa, estaba alrededor de los 20.000 pesos; sin embargo, aquí se encuentran licitaciones por hasta 80.000 pesos la hora, sobre todo, en el caso de los anestesistas.

Añadió que también están las horas por consulta, en cuyo caso los valores que se pueden calcular son bastante superiores a los promedios que se pagan por contratos en un hospital público normal; es decir, se puede llegar a pagar el doble, el triple o mucho más de lo que se paga a un especialista en horas normales.

En cuanto a una eventual desagregación de pagos por servicio, mencionó que habría que ir viendo, según los hospitales y los servicios de salud, cuál es el tipo de compra que van realizando y, basado en ello, los montos y las compras que se están haciendo puntualmente. Indicó no tener un detalle mayor o específico sobre este caso, porque no era el foco del estudio, pero sí es algo que se puede, de manera rápida, revisar.

En cuanto a acciones quirúrgicas no AUGE, como cirugía de hemorroides, se ven variaciones, lo que dependerá de dónde se realicen las prestaciones; la mayor o menor disponibilidad del recurso humano puede generar ciertas variaciones en los precios. Lo importante sería constatar, pero el foco de este estudio no fue verificar si en una misma prestación o en un mismo

establecimiento se produjeron variaciones importantes, pues sería significativamente complejo. Las prestaciones o compras son de distinto tipo, por lo que muchas veces se compran horas o disponibilidad de ciertos profesionales, como la compra de una intervención quirúrgica completa, lo que, claramente, tiene un valor distinto, según su naturaleza.

Se le consultó por eventuales inconsistencias, por ejemplo, se señala 10 intervenciones por hemorroides, pero el número de atención real fue de 5 pacientes. ¿Es un error?. El señor Goyenechea explicó que al momento de la investigación se estaban emitiendo órdenes de compra por ciertos servicios y no se estaba ejecutando totalmente el paquete comprado. Tomó las órdenes de compas respectivas y, sobre ello, puso el valor y el número de intervenciones, para que el valor final fuese lo más real posible.

Preguntado si puede ser que ese contrato no se haya cerrado en 2015 o hasta el año que contabilizó el estudio, y que todavía estén pendientes algunos servicios para completar la cifra? Si es así, no sería correcto dividir el monto del contrato por cinco intervenciones, pues habría que verificar primero si se hicieron otras intervenciones durante ese año.

A ello, se aclaró que el valor es a la orden de compra, no al total de la licitación. Entonces, sí corresponde hacer la división, porque si es por sobre el total de los servicios contratados el monto será más grande y el número de intervenciones menor, por lo que el precio será más alto.

Consultado si en la información proporcionada aparece el monto del contrato licitado, que es por una cantidad de prestaciones, si esto lo divido por el número real de prestaciones efectuadas obtengo el precio unitario. Entonces, si en ese momento el contrato no estaba finiquitado y se realizaron menos prestaciones, el valor que muestra en esta base de datos no es el unitario, pues ese valor definitivo sería el que estipule el contrato, salvo que no se hubiesen hecho esas intervenciones e igual se hubieran pagado. A ello, el señor Goyenechea dice que sí; que se tomó hasta el corte real. Ahora, como son órdenes de compra, dijo, en el mercado público están estipuladas la cantidad de compras realizadas en relación con el valor por esos servicios, por lo que debería estar calzado.

En la información se establecen casos en que influye el tiempo. Por ejemplo, en el caso del servicio de anatomopatología existe una disponibilidad temporal, lo que demuestra que influye el tiempo y no el número de prestaciones. Se desprende que en relación con ese periodo se pagó una cantidad determinada de recursos. De todas formas, reiteró que los detalles de cada licitación se pueden revisar a partir del número de la licitación requerida.

Se le preguntó qué porcentaje de compras son cuestionables y cuál sería la propuesta para evitar que se generen este tipo de situaciones. A ello concluyó que efectivamente puede haber licitaciones que respondan a problemas de falta de recursos, como especialistas que quieran estar contratados en los respectivos hospitales. Muchas veces se hacen concursos, pero los puestos no son llenados, ya que los mecanismos de compra de servicio pagan mejor el desempeño por tiempo, que contratado. Hay que cuestionar cómo es la remuneración del gremio médico que se ofrece en los hospitales públicos y cómo se generan incentivos perversos, para que muchas de las prestaciones que se podrían realizar durante los horarios de trabajo de los médicos, se estén realizando por fuera del horario y pagado a precios superiores.

Consideró importante revisar las modalidades de contrato, así como la política de planificación del recurso humano.

Agregó que hay otros tipos de situaciones. Existe un caso muy emblemático que está incorporado en la base de datos, que es lo que sucede en imagenología. No es que el hospital no haga la intervención o que no tome la placa de rayos, sino que manda a informar a un centro médico, por lo que en vez de tener contratado al radiólogo las 44 horas, compra a precios gigantescos cada uno de los informes. Es un gasto ineficiente, donde muchos recursos se terminan desperdiciando, pudiendo pagar mucho mejor a ese médico radiólogo y generando ahorros bastante considerables para el sector. Ese tipo de gastos terminan siendo muy ineficientes que, entre otras cosas, pueden generar problemas de índole ético, como disminuir la productividad para luego contratarla por fuera de los horarios. Estas situaciones no son más que un reflejo de la precariedad del sector público. Por lo mismo, la idea de su estudio era visualizar ese tipo de precariedades y definir cómo y dónde intervenir.

Añadió que cuando un hospital tiene muchos tipos de compras relacionadas con ciertas materias, uno se puede cuestionar qué sucede con ese hospital y cómo subsanar el tema. Por ejemplo, generando más recursos, a fin de contratar más personal, comprando máquinas o dando el espacio necesario para contar con la disponibilidad requerida por ciertos pabellones. Enfatizó que esa era la intencionalidad de este estudio, y le parece que con esta base de datos, al menos, se pueden ver las dificultades que se presentan en cada hospital. Esta es la mayor riqueza que se puede obtener de acá, dijo.

Se le consultó s se ha observado la conducta de las clínicas Ensenada y Colonial respecto de estas materias, a lo cual señaló no haber revisado el caso de esas dos clínicas. Le parece que esas clínicas hoy están obteniendo adjudicaciones por parte de los convenios que realiza con Fonasa para la compra de días-cama, donde le parece que está el mayor número de compras que recibe este tipo de clínicas. En estos años no le aparecen como compras directas realizadas por los hospitales. Sí se puede detectar ese tipo de compras en el caso del programa de compras que tiene Fonasa. Sin embargo, por intervenciones quirúrgicas o algún otro tipo de prestaciones, no le aparece ninguna de estas dos clínicas.

Preguntado si es que debería aparecer a través de las Unidades de Gestión de Camas de los Servicios de Salud, para que esté en los primeros lugares del ranquin de compras, afirmó que por ahí podría aparecer, habría que buscarlo.

Se le consultó su opinión en cuanto a que este modelo lleva más de una década en Chile, si cree que tenga vuelta atrás. Manifestó que le parece que hoy día los incentivos apuntan a tener este sistema por largo tiempo. Sin embargo, va a depender de la voluntad política del Ejecutivo, de los gobiernos de turno, para llegar a acuerdos con los actores presentes en los hospitales. Hoy día hay un proceso de discusión entre el gobierno y el Colegio Médico para revisar lo que tiene que ver con su situación remuneracional. En ese sentido, le parece que aquí hay que generar una política de recursos humanos de mayor largo plazo, porque es ahí donde está el problema, más que en la construcción de hospitales o en la falencia de equipamientos. Hay una situación con el recurso humano donde es necesario generar un acuerdo general con el gremio médico, para mejorar las condiciones y hacer innecesario este tipo de compras, lo cual implica mejorar las condiciones y quizá generar ciertas inhabilidades, para que se puedan hacer cierto

tipo de compras, sobre todo en el caso en que puedan ser más cuestionables cuando un mismo jefe de servicio participa en la compra para su servicio. Ahí se pueden perfeccionar los mecanismos, lo cual requiere una intervención más desde el gobierno para generar esos cambios.

V.- INFORMES Y DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN.

1) De la Biblioteca del Congreso Nacional que contiene un informe referido a los antecedentes sobre la situación financiera presupuestaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud, elaborados en base al *informe de Evaluación Financiera Presupuestaria* respectiva, que Fonasa debe remitir al Congreso Nacional en marzo de cada año para dar cumplimiento a lo establecido en la Glosa 04 Partida 16, de la Ley de Presupuestos. (En período 2014 – 2015).

2) De la Biblioteca del Congreso Nacional, que contiene un informe referido a los antecedentes sobre la situación financiera presupuestaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud, elaborados en base al *informe de Evaluación Financiera Presupuestaria* respectiva, que Fonasa debe remitir al Congreso Nacional en marzo de cada año para dar cumplimiento a lo establecido en la Glosa 04 Partida 16, de la Ley de Presupuestos. (En período enero – septiembre de 2016).

3) De la Biblioteca del Congreso Nacional, *documento* que contiene las principales conclusiones y recomendaciones basadas en la revisión de antecedentes recibidos en el contexto de esta Comisión Investigadora.

VI.- LISTADO DE OFICIOS DESPACHADOS Y DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN EN EL MARCO DE SU INVESTIGACIÓN.

Durante el ejercicio de su cometido, la Comisión despachó los siguientes oficios, formulando las consultas o requiriendo la información que a continuación se detalla:

Oficio N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
3	2-11-2016	Al Director de la Biblioteca del Congreso Nacional, señor Alfonso Pérez G.	Solicita informe, sobre gastos que ya aparecen en la “web” del Ministerio de Salud y de la Contraloría General de la República.	14-11-2016
14	23-11-2016	A la Ministra de Salud, señora Carmen Castillo T.	Solicita información.	19-12-2016

Oficio N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
21	05-12-2016	A la Ministra de Salud, señora Carmen Castillo T.	Solicita enviar respuesta al Oficio N° 14.	19-12-2016 17-04-2017
22	13-12-2016	A la Directora del Fondo Nacional de Salud, señora Jeanette Vega M.	Solicita información, en relación al Oficio N° 14, enviado a la Ministra de Salud, a fin de que pueda ser proporcionada el día de su citación. (19-12-2016)	(Respondido en sesión)
23	13-12-2016	A la Ministra de Salud, señora Carmen Castillo T.	Sobre guías clínicas de hemodiálisis por enfermedades renales crónicas.	Vinculado con resp. a of. 24.-
24	13-12-2016	A la Directora del Fondo Nacional de Salud, señora Jeanette Vega M.	Solicita copia de las guías de hemodiálisis crónicas.	03-04-2017 17-04-2017
25	13-12-2016	A la Directora del Fondo Nacional de Salud, señora Jeanette Vega M.	Solicita información sobre adquisiciones y gastos en medicamentos, en los últimos cinco años.	09-01-2017
28	10-01-2017	A la Directora del Fondo Nacional de Salud, señora Jeanette Vega M.	Solicita información sobre índice de mortalidad.	06-03-2017
29	10-01-2017	Al Secretario Regional Ministerial de Salud, Región Metropolitana, señor Carlos Aranda.	Solicita información sobre Clínica Ensenada.	06-03-2017
32	10-01-2017	A la Ministra de Salud, señora Carmen Castillo.	Solicita comparar, validar o desmentir datos.	s/r
34	10-01-2017	A la Directora del Fondo Nacional de Salud, señora Jeanette Vega M.	Solicita informe, sobre diferentes rubros por los cuales Fonasa adquiere servicios.	06-03-2017
35	18-01-2017	Directora Servicio Salud de Arica, señora Ximena Guzmán Uribe.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	13-03-2017
36	18-01-2017	Directora Servicio Salud de Iquique, señora María Vera.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	20-03-2017
37	18-01-2017	Director Servicio Salud de Antofagasta, señor Zamir Nayar Funes.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	17-04-2017

Oficio N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
38	18-01-2017	Directora Servicio Salud de Atacama, señora Leonor Ibaceta Lorca.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	03-04-2017
39	18-01-2017	Director Servicio Salud de Coquimbo, señor Ernesto Jorquera Flores.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	03-04-2017
40	18-01-2017	Director Servicio Salud de Valparaíso, señor Dagoberto Duarte Quapper.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	20-03-2017
41	18-01-2017	Director Servicio Salud de Viña del Mar, señor Jorge Ramos Vargas.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	03-04-2017
42	18-01-2017	Directora Servicio Salud Aconcagua, señora Vilma Olave Garrido.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	06-03-2017
43	18-01-2017	Director Servicio Salud de Metropolitano Norte, señor Alfonso Jorquera Rojas	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	10-04-2017
44	18-01-2017	Director Servicio Salud de Metropolitano Central, señor Jorge Martínez Jiménez.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	06-03-2017
45	18-01-2017	Directora Servicio Salud de Metropolitano Oriente, señora Andrea Solis Aguirre.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	20-03-2017
46	18-01-2017	Director Servicio Salud de Metropolitano Sur, señor Osvaldo Salgado Zepeda.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	20-03-2017
47	18-01-2017	Director Servicio Salud de Metropolitano Sur Oriente, señor Luis Infante Barros.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	03-04-2017
48	18-01-2017	Director Servicio Salud de Metropolitano	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y	13-03-2017

Oficio N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
		Occidente, señor Vladimir Pizarro Díaz.	2016.	
49	18-01-2017	Director Servicio Salud de O"Higgins, señor Fernando Troncoso Reinbach.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	03-04-2017
50	18-01-2017	Director Servicio Salud de Maule, señor Rodrigo Alarcón Quesem.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	13-03-2017
51	18-01-2017	Director Servicio Salud de Ñuble, señor Renato Paul Espinoza.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	06-03-2017
52	18-01-2017	Director Servicio Salud de Concepción, señor Marcelo Yevenes Soto.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	03-04-2017 17-04-2017
53	18-01-2017	Directora Servicio Salud de Talcahuano, señor Mauricio Jara Lavín.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	20-03-2017
54	18-01-2017	Directora Servicio Salud de Bío Bío, señora Marta Caro Andia.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	06-03-2017
55	18-01-2017	Director Servicio Salud de Arauco, señor Víctor Valenzuela Álvarez.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	06-03-2017
56	18-01-2017	Director Servicio Salud de Araucanía Norte, señor Cristian Mignolet Cortes.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	13-03-2017
57	18-01-2017	Director Servicio Salud de Araucanía Sur, señor Milton Moya Krause.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	03-04-2017
58	18-01-2017	Director Servicio Salud de Valdivia, señor Patricio Rosas Barrientos.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	17-04-2017
59	18-01-2017	Director Servicio Salud de Osorno, señor Claudio Bello Oyarce.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	06-03-2017

Oficio N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
60	18-01-2017	Director Servicio Salud de Reloncaví, señor Federico Venegas Cancino.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	20-03-2017
61	18-01-2017	Directora Servicio Salud de Chiloé, señora Marcela Cárcamo Hemmelann.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	03-04-2017
62	18-01-2017	Director Servicio Salud de Aysén, señor Joel Arriagada González.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	17-04-2017
63	18-01-2017	Directora Servicio Salud de Magallanes, señora Pamela Franzi Pirozzi.	Solicita cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales bajo su dependencia entre los años 2015 y 2016.	06-03-2017
64	18-01-2017	Secretaria Regional Ministerial de Salud XV Región de Arica, señora Giovanna Calle C.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	17-04-2017
65	18-01-2017	Secretaria Regional Ministerial de Salud I Región de Tarapacá-Iquique, señora Patricia Ramírez Rodríguez..	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	17-04-2017
66	18-01-2017	Secretaria Regional Ministerial de Salud II Región de Antofagasta-Calama, señora Lila Vergara P.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	17-04-2017
67	18-01-2017	Secretario Regional Ministerial de Salud III Región de Atacama-Copiapó, señor Pedro Lagos.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	14-03-2017 17-04-2017
68	18-01-2017	Secretaria Regional Ministerial de Salud IV Región de Coquimbo-Ovalle, señor Rosendo Yáñez Lorca.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	17-04-2017
69	18-01-2017	Secretaria Regional Ministerial de Salud V Región Valparaíso-	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	06-03-2017 17-04-2017

Oficio N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
		San Felipe-Viña del Mar, señora Maria Graciela Astudillo.		
70	18-01-2017	Secretario Regional Ministerial de Salud VI Región de Libertador B. O"Higgins-Rancagua, señor Eduardo Peñaloza A.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	17-04-2017
71	18-01-2017	Secretaria Regional Ministerial de Salud VII Región Maule-Talca, señora Valeria Ortiz Vega.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	06-03-2017 17-04-2017
72	18-01-2017	Secretario Regional Ministerial de Salud VIII Región del Bío Bío-Chillán-Concepción-Los Angeles, señor Mauricio Careaga Lemus.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	17-04-2017
73	18-01-2017	Secretario Regional Ministerial de Salud IX Región La Araucanía-Temuco, señor Carlos González Lagos.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	17-04-2017
74	18-01-2017	Secretario Regional Ministerial de Salud XIV Región Los Ríos-Valdivia, señor Claudio Méndez V.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	03-04-2017 17-04-2017
75	18-01-2017	Secretaria Regional Ministerial de Salud X Región Los Lagos-Osorno-Puerto Montt-Castro, señora Eugenia Schnake Valladares.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	17-04-2017
76	18-01-2017	Secretaria Regional Ministerial de Salud XI Región Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo-Coyhaique, señora Ana María Navarrete Arriaza.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	17-04-2017

Oficio N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
77	18-01-2017	Secretaria Regional Ministerial de Salud XII Región Magallanes y Antártica Chilena-Punta Arenas, señor Oscar Vargas Zec.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	17-04-2017
78	18-01-2017	Secretario Regional Ministerial de Salud Región Metropolitana, señor Carlos Aranda Puigpinos.	Solicita información, en relación a visitas y auditorías a clínicas privadas, y precio unitario de cada prestación.	17-04-2017
79	18-01-2017	Secretario Regional Ministerial de Salud Región Metropolitana, señor Carlos Aranda Puigpinos.	Solicita informar sobre las visitas realizadas a clínica privada que presta servicios en la Región Metropolitana bajo el nombre de Clínica Ensenada.	17-04-2017
80	24-01-2017	Al Director de la Biblioteca del Congreso Nacional, señor Alfonso Pérez.	Solicita realizar un análisis de los precios unitarios, de cada Servicio de Salud, de las prestaciones y servicios adquiridos por éstos a clínicas privadas o sociedades médicas.	13-03-2017
84	08-03-2017	Al Director del Servicio de Salud de Coquimbo, señor Ernesto Wladimir Jorquera Flores.	Reitera Oficio N° 39.	03-04-2017
85	08-03-2017	Al Secretario Regional Ministerial de Salud, Región Metropolitana, señor Carlos Aranda Puigpinos.	Solicita antecedentes.	18-04-2017
86	08-03-2017	Al Secretario Regional Ministerial de Salud Viña del Mar-Quillota- Región Metropolitana, señor Jorge Ramos Vargas.	Solicita antecedentes.	s/r
87	08-03-2017	Al Director del Hospital Gustavo Fricke, Leonardo Reyes Villagran.	Solicita antecedentes.	s/r
88	08-03-2017	A la Directora del Hospital de Quilpué, señora Javiera Muñoz Villalobos..	Solicita antecedentes.	03-04-2017

Oficio N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
91	15-03-2017	Al Contralor General de la República.	Solicita información.	26-04-2017
92	23-03-2017	A la Ministra de Salud, señora Carmen Castillo Taucher.	Reitera respuesta a Oficios N° 23 y 32.	s/r
94	23-03-2017	Al Secretario Regional de Salud de la Región Metropolitana, señor Carlos Aranda Puigpinos.	Reitera respuesta a Oficios N°s,. 78, 79 y 85.	12-05-2017
95(a)	23-03-2017	A Directores de Servicios de Salud Antofagasta.	Reitera respuesta a Oficio N° 37.	17-04-2017
95(b)	23-03-2017	Directora Servicio de Salud, Atacama, señora Leonor Ibaceta.	Reitera respuesta a Oficio N° 38.	03-04-2017
95©	23-03-2017	Al Director del Servicio de Salud de Coquimbo, señor Ernesto Jorquera.	Reitera respuesta a Oficio N° 39.	03-04-2017
95(d)	23-03-2017	Al Director del Servicio de Salud de Viña del Mar, señor Jorge Ramos.	Reitera respuesta a Oficio N° 41.	03-04-2017
95(e)	23-03-2017	Al Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor Alfonso Jorquera.	Reitera respuesta a Oficio N° 43.	10-04-2017
95(f)	23-03-2017	Al Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, señor Luis Infante.	Reitera respuesta a Oficio N° 47.	03-04-2017
95(g)	23-03-2017	Al Director del Servicio de Salud de O"Higgins, señor Fernando Troncoso R.	Reitera respuesta a Oficio N° 49.	03-04-2017
95(h)	23-03-2017	Al Director del Servicio de Salud de Concepción, señor Marcelo Yevenes S.	Reitera respuesta a Oficio N° 52.	03-04-2017

Oficio N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
95(i)	23-03-2017	Al Director del Servicio de Salud Araucanía Sur, señor Milton Moya Krause.	Reitera respuesta a Oficio N° 57.	03-04-2017
95(j)	23-03-2017	Al Director del Servicio de Salud de Valdivia, señor Patricio Rosas B.	Reitera respuesta a Oficio N° 58.	17-04-2017
95(k)	23-03-2017	A la Directora del Servicio de Salud de Chiloé, señora Marcela Cárcamo H.	Reitera respuesta a Oficio N° 61.	03-04-2017
95(l)	23-03-2017	Al Director del Servicio de Salud de Aysén, señor Joel Arriagada G.	Reitera respuesta a Oficio N° 62.	17-04-2017
96(a)	23-03-2017	A la Secretaria Regionales Ministerial de Salud de Arica, señora Giovanna Calle	Reitera respuesta a Oficio N° 64.	12-05-2017
96(b)	23-03-2017	A la Secretaria Regional Ministerial de Salud de Iquique-Tarapacá, señora Patricia Ramírez Rodríguez.	Reitera respuesta a Oficio N° 65.	12-05-2017
96©	23-03-2017	A la Secretaria Regional Ministerial de Salud de Antofagasta-Calama, señora Lila Vergara P	Reitera respuesta a Oficio N° 66.	12-05-2017
96(d)	23-03-2017	Al Secretario Regional Ministerial de Salud de Atacama-Copiapó, señor Pedro Lagos.	Reitera respuesta a Oficio N° 67.	12-05-2017
96(e)	23-03-2017	Al Secretario Regional Ministerial de Salud de Coquimbo-Ovalle, señor Rosendo Yáñez Lorca.	Reitera respuesta a Oficio N° 68.	12-05-2017
96(f)	23-03-2017	Al Secretario Regional Ministerial de Salud de O"Higgins-Rancagua, señor Eduardo Peñaloza.	Reitera respuesta a Oficio N° 70.	12-05-2017

Oficio N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
96(g)	23-03-2017	Al Secretario Regional Ministerial de Salud de Bío Bío-Chillán-Concepción-Los Angeles, señor Mauricio Careaga Lemus.	Reitera respuesta a Oficio N° 72.	12-05-2017
97(a)	23-03-2017	Al Secretario Regional Ministerial de Salud de La Araucanía-Temuco, señor Carlos González Lagos.	Reitera respuesta a Oficio N° 73.	12-05-2017
97(b)	23-03-2017	Al Secretario Regional Ministerial de Salud de Los Ríos-Valdivia, señor Claudio Méndez V	Reitera respuesta a Oficio N° 74.	03-04-2017
97©	23-03-2017	A la Secretaria Regional Ministerial de Salud de Los Lagos-Osorno-Puerto Montt-Castro, señora Eugenia Schnake Valladares.	Reitera respuesta a Oficio N° 75.	12-05-2017
97(d)	23-03-2017	A la Secretaria Ministerial de Salud de Aysén-Coyhaique, señora Ana María Navarreta Arriaza.	Reitera respuesta a Oficio N° 76.	12-05-2017
97(e)	23-03-2017	Al Secretario Regional Ministerial de Salud de Magallanes y Antártica Chilena-Punta Arenas, señor Oscar Vargas Zec.	Reitera respuesta a Oficio N° 77.	12-05-2017
98(a)	23-03-2017	Al Secretario Regional Ministerial de Salud de Viña del Mar-Quillota, señor Jorge Ramos Vargas.	Reitera respuesta a Oficio N° 86.	s/r
98(b)	23-03-2017	Al Director del Hospital Gustavo Fricke, señor Leonardo Reyes Villagán.	Reitera respuesta a Oficio N° 87.	s/r

Oficio N°	Fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
98©	23-03-2017	A la Directora del Hospital de Quilpué, señora Javiera Muñoz Villalobos.	Reitera respuesta a Oficio N° 88.	03-04-2017
104	05-04-2017	A la Ministra de Salud	Implementación de medidas necesarias en cada servicio de salud del país	14/6/2017
105	05-04-2017	A la Ministra de Salud	Solicita detalle de gasto en prestaciones del extra sistema desde el año 2010 al 2016 por parte del Servicio Salud del país.	14/6/2017
106	05-04-2017	Director del Servicio de Salud Metropolitano	Detalle de las derivaciones del Servicio de Salud Metropolitano Central a la clínica Ensenada.	
107	11-04-2017	Al Ministro de Hacienda	Conocer cómo las compras realizadas por Fonasa han impactado el erario nacional y en la deuda hospitalaria y su visión respecto a la evolución y proyección de esta deuda, de mantenerse en el tiempo este modelo de compra de servicios.	
114	31-05-2017	Director de la Biblioteca del Congreso Nacional	Solicita colaboración para procesar información acopiada por la Comisión.	02-06-2017

VII.- CONSIDERACIONES QUE SIRVAN DE BASE A LAS CONCLUSIONES O A LAS PROPOSICIONES RECHAZADAS POR LA COMISIÓN.

No hubo.

VIII.- CONSIDERACIONES QUE SIRVEN DE BASE A LAS CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES APROBADAS POR LA COMISIÓN.

Con el ***voto favorable*** de los diputados Miguel Angel Alvarado Ramírez (Presidente), Claudio Arriagada Macaya, Karla Rubilar Barahona y Germán Verdugo Soto, **se aprobaron las siguientes consideraciones, conclusiones y recomendaciones.**

Se deja expresa constancia, a petición y acuerdo unánime de los miembros presentes al momento de la votación, que participaron también en la discusión de las conclusiones y recomendaciones, los diputados Juan Luis Castro González y Juan Antonio Coloma Alamos, aun cuando no estuvieron presentes al momento de la votación.

LAS CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES APROBADAS FUERON LAS SIGUIENTES:

"Introducción a
las consideraciones, conclusiones y recomendaciones.

Chile cuenta con buenos indicadores biomédicos de mediciones internacionales; las cifras dan cuenta de altas expectativas de vida, cobertura de servicios sanitarios, vacunación en grupos de alto riesgo, atención profesional del parto, etc. Sin embargo, se ocultan situaciones que afectan el respeto y la dignidad con que son tratadas las personas con diferente impacto, acorde a los grupos socioeconómicos, geografía, periodos etarios de la vida y enfermedades asociadas.

Se dan distintas dimensiones y modos de solución que implican ventajas para uno pero genera déficit para otros, que son percibidos como discriminadores e injustos.

La expresión mayor de desigualdad que perciben los ciudadanos acorde a una encuesta PNUD –DES no se da en educación o en otras áreas, pero si en salud, que alcanza al 68%.

Esta molestia se expresa en la desigualdad en el acceso a la salud. Datos en el tiempo dan cuenta que esta percepción de injusticia ha aumentado en los últimos 15 años y se percibe, en relación a ingresos, una mejor o peor atención, siendo mayor no solo la atención en si misma sino también en el trato de usuario.

Los largos tiempos de espera dan una sensación de abandono y carencia; no obstante, hay otras opciones, pero dependientes de un gran desembolso de dinero, lo que genera irritación.

A esto se debe agregar el malestar que subyace en la atención propiamente tal dada por largos tiempos de espera y escasos minutos de efectiva atención.

La situación ante enfermedades catastróficas o graves genera temor y desconfianza en el ciudadano, que se percibe segmentada, con escasa confianza en los niveles socio económico medios y bajos, ya sea por la inminencia de una bancarrota familiar o la creencia de que es un lujo que no está disponible para ello.

Desde hace más de 27 años, los diferentes gobiernos han incrementado la inversión en vivienda, educación y salud… ¿y si esto ha sido así, por qué corroe una sensación de ira contenida en los usuarios? Factores como la segmentación por estratos socio económicos, desde servicios gratuitos provistos por el estado para usuarios más vulnerables hasta servicios robóticos de última tecnología con clínicas de lujo ostentosas en estratos más altos conforman esta fragmentación socio sanitaria.

Los beneficiarios más vulnerables, si bien acceden a servicios gratuitos en instituciones públicas, deben esperar por las crecientes listas de espera. En el caso de sectores medios, el desembolso mayor viene de ellos para poder acceder a servicios de mejor calidad. En sectores de altos ingresos no media el financiamiento público, aunque esto puede ser transitorio por el advenimiento de nuevas terapias que están asociadas a un progresivo

envejecimiento en la población. Por otra parte está la crisis para el 16% de afiliados al mercado de seguros agregado a la alta tasa de judicialización del modelo, se plantea un escenario incierto.

Diferentes leyes se han ido agregando a lo largo de la última década:

- Modelo AUGE-GES privilegió la atención de ciertas patologías garantizadas en un acceso en beneficio transversal FONASA- ISAPRE de, inicialmente, 25 patologías; como era de esperar se han ido incrementando y ahora son 80.
- Ley de derechos del paciente, con un claro espíritu de dignificar la atención del usuario.
- Ley N° 20.850, conocida como ley “Ricarte Soto”.
- Modelo de autogestión en hospitales de mayor complejidad en la red asistencial.
- Cenabast, desde 2013 hasta la fecha, con diferentes modificaciones.
- Unidad de Gestión Centralizada de Cama (UGCC).
- Grupos relacionados diagnóstico.

No obstante, estas y otras medidas, no han impactado en el sistema de fondo del modelo sanitario actual.

Cada cierto tiempo se desnudan falencias ante urgencias sanitarias, y en invierno déficit de cama, falta de especialistas, listas de espera, etc. Ante estos escenarios, repetidos por más de una década, las diferentes autoridades han reaccionado con externalización de los servicios, lo que ha llevado a una deuda creciente sin expectativa de contención. Esto ha redundado en la proliferación de sociedades comerciales médicas (440), en la mayoría de los casos con trato directo, utilización de los propios bienes y servicios públicos y serios dilemas éticos en profesionales en el saber médico quirúrgico de tipo monopólico, como se ha dado en el caso de algunas especialidades médicas (anestesia, traumatología, hemodinamia, cirugía, oftalmología y otras).

En el caso de camas, se ha establecido un modelo de compras, tanto directo como licitado, con una marcada diferencia en los precios, casi duplicándose en ciertas clínicas, principalmente, en regiones, dejando todo a una oferta que al estar insatisfecha está a merced de los precios que el propietario disponga. Esto ha generado un nuevo mercado, la adjudicación de camas en centros privados que han nacido con el único afán de transferir estos servicios al Ministerio de Salud.

Ha surgido un nuevo modelo de compras en el ámbito de camas críticas ya no –como antes- ante clínicas que ofrecían una amplia cartera de servicios anexos necesarios para una más segura prestación (banco de sangre, imagenología, laboratorio, entre otros) y con profesionales de reconocida capacidad, además de la exigencia de acreditación que exige la Superintendencia de Salud. Este tercer modelo, en cambio, se ejecuta con el único afán de vender servicios a Fonasa; es un modelo “express” que ha generado beneficios a sus propietarios que, curiosamente, han pertenecido en anteriores periodos al propio Ministerio de salud. Cabe la interrogante de si existe información privilegiada; también es llamativo las exigencias laxas ante estas “clínicas”, como guarecerse en un artilugio legal para no estar acreditados a la fecha de acceder a prestaciones consignadas por trato directo.

Respecto a otras prestaciones, como diálisis, la evolución desde 2011 a la fecha 2017 ha tenido un alza sostenida con participación sobre el 90% del servicio de compra a prestadores privados, situación que ha generado una

concentración excesiva de los prestadores: 70% de una multinacional, alza desmesurada de pacientes con una débil contraparte, el mejor ejemplo es el caso de Atacama. En los casos de inexistencia de esos centros privados en lugares aislados o cordones periféricos, los pacientes deben trasladarse debido a que no cuentan con el servicio, que no es rentable para las instituciones privadas en lugares de pequeña escala.

El Estado chileno debería tener un rol más decisivo en el diseño de un sistema de salud que otorgue un piso de seguridad a la población; es una demanda generalizada y el país cuenta con los recursos y las capacidades para profundizar estos cambios de un paradigma sustitutivo y derivativo a uno solidario y más eficiente.

Consideraciones Generales.

Para que se pueda llegar a un consenso sobre las conclusiones y recomendaciones finales que propone esta Comisión, es preciso consignar las consideraciones de los hechos más significativos o de mayor importancia que –a juicio de sus miembros- sirven de base a los resultados de la investigación, que se consignan en el capítulo pertinente:

1.- La Asociación de Clínicas de Chile A.G., representada por el Sr. Alfredo Schonherr y su Gerente General, la Sra. Ana Maria Albornoz, compareció el 12 de noviembre del 2016, informando que el Estado de Chile se encuentra superado en la demanda de salud, existiendo a la fecha de esta presentación 1.800.000 personas en espera de una consulta y aproximadamente 200.000 cirugías sin programar.

En conformidad a la memoria anual de gestión 2015 de la Asociación de Clínicas de Chile A.G., los prestadores privados de salud, específicamente las clínicas privadas realizan el 37% de todas las atenciones de salud (incluyendo la atención primaria municipal) y 48% de las prestaciones más especializadas. Además hoy, son el principal empleador de los trabajadores del sector en Chile[1].

2.- El Colegio Médico, representado por el Dr. Enrique París, en su calidad de presidente, concurrió el lunes 21 de noviembre de 2016. Se refirió a la capacidad ociosa que se mantiene en los hospitales y recintos públicos, *"tenemos el 57% de los médicos trabajando en el sistema privado y el 43% en el sistema público, que atiende al 80% de la población chilena. Entonces, cuando se tiene menos personal para atender al triple o al cuádruple de los pacientes que puede atender el sistema privado, se generan retrasos y problemas. Todos conocemos las enormes cifras que existen en listas de espera"*[2].

Agregó que, la falta de médicos no es homogénea, lo que ejemplifico de la siguiente manera *"en las regiones extremas, Arica y Punta Arenas, hay aproximadamente 1 médico por cada 1.800 habitantes, en cambio, en la Región Metropolitana hay 1 médico por cada 500 habitantes y en comunas como Providencia, Vitacura y Las Condes hay 1 médico por cada 400 habitantes, lo cual corresponde al índice que establece la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), de 1 médico por cada 500 habitantes. Entonces,*

---

[1] *Acta sesión de la Comisión el día lunes 12 de noviembre de 2016. Disponible en: https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=29614&prmTIPO=ACTACOMISION*

[2] *Acta sesión de la Comisión el 21 de noviembre de 2016. Disponible en: https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=28615&prmTIPO=ACTACOMISION*

en las zonas extremas del país, como en Punta Arenas y Arica, hay muy pocos médicos generales por habitante, lo que retrasa aún más el diagnóstico, la atención y la derivación de pacientes. En cuanto a las listas de espera de los pacientes no AUGE y considerando que, se pronosticó que iba a haber una especie de selección y que se atendería con mayor priorización; en la actualidad hay 1.500.000 pacientes en lista de espera no AUGE, según cifras que han sido dadas por el Ministerio de Salud"[3].

Respecto a la diálisis refirió que, *"Si no me equivoco, Chile es el país de Latinoamérica que gasta más y que tiene más pacientes con insuficiencia renal crónica, lo cual es llamativo; es el que gasta más en diálisis crónicas. Y la misma sociedad, al hacer ese análisis, se plantea algunas preguntas: ¿Por qué se dializan pacientes que no tienen una gran posibilidad de vivir? ¿Por qué se dializan pacientes que tienen enfermedades terminales que con la diálisis no se van a mejorar de la enfermedad terminal, la que va a seguir evolucionando? ¿Por qué no se discute, desde el punto de vista ético, si hay que incluir a un paciente en esa situación en el programa de diálisis? Esa situación debe ser revisada, la cual, desgraciadamente, es otra de las materias que tiene que ver con la sociedad. De hecho, no sé si ustedes saben que hay muchas empresas extranjeras que están dando esa atención, porque ha visto que en Chile, con las diálisis a pacientes con insuficiencia renal crónica, pueden ganar mucha plata y lucrar con la salud"*[4].

Asimismo, hay otra situación en Iquique que tenemos claramente estudiada, se trata de sociedades que contratan médicos y hacen el convenio con el servicio de urgencia, de manera que éste le paga a la sociedad, la cual, a su vez, le paga al médico que hace el turno, es decir, el médico no hace el contrato directo con el servicio. Eso lo hacen fundamentalmente para rebajar impuestos[5].

3.- La Sociedad de Prestaciones Médicas y Quirúrgicas Vigilius Limitada, compareció su representante legal, la Sra. Pilar Núñez y el miembro de su directorio, el Dr. José Chávez, el 12 de noviembre de 2016. En esa oportunidad informaron sobre la brecha notoria en materia de especialidades médicas. Según los antecedentes expuestos por ellos, en Chile existen solamente 1.300 anestesistas y aproximadamente la mitad de ellos trabajan en el sector público, pero sus estipendios son mayores que los profesionales médicos de planta. Al año 2014, según Mercado Público, un anestesista contratado directamente por el hospital cobra $17.000 por hora y un anestesista de Vigilius recibe $39.000 trabajando en el mismo centro asistencial, pero no como profesional funcionario, sino como prestador privado[6].

4.- La Directora Nacional de Fonasa, Dra. Jeanette Vega Morales, en su primera presentación a la Comisión, el 19 de diciembre de 2016, señaló que la política de compra de prestaciones sanitarias que ha desarrollado el sector salud privilegia la oferta pública por parte de los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud y en su defecto o frente a la insuficiente oferta se recurre a los prestadores privados de salud. Además, a raíz de una brecha existente en la oferta pública, se realizan compras a privados,

---

[3] *Ibídem.*

[4] *Ibídem.*

[5] *Ibídem.*

[6] *Antecedentes de la Comisión, 12 noviembre de 2016. Disponible en: https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=29614&prmTIPO=ACTACOMISION*

principalmente de camas (por mayor demanda de camas críticas en la red pública); de prestaciones GES (por ejemplo, diálisis, radioterapia); entre otras prestaciones de salud. Conforme a lo anterior, en un recuadro de dicha exposición da cuenta del aumento presupuestario destinado a las compras a privados por parte del seguro público, comenzando en 2009 con 91.324 millones de pesos, pasando a 196.738 millones de pesos en 2016[7].

DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE COMPRA DIRECTA FONASA (2009 – 2016) EN MM$

CONCEPTO	2009 MM$	2010 MM$	2011 MM$	2012 MM$	2013 MM$	2014 MM$	2015 MM$	2016 MM$
Ley de Urgencia	-	-	-	-	-	-	27.446	15.523
Camas	2.452	8.294	11.478	19.437	4.298	17.957	23.992	34.724
Diálisis	78.249	82.399	87.786	100.807	108.400	117.279	126.789	137.321
Otros Compra Directa	10.621	5.505	3.894	3.985	2.527	2.400	2.567	5.906
Bono GES	-	-	6.250	1.321	2.480	3.454	2.996	3.262
Total	91.324	96.199	109.410	125.552	117.707	141.091	183.791	196.738

Fuente: Departamento de Comercialización, FONASA 2016

Por otro lado, siguiendo la precitada exposición de la Directora Nacional de Fonasa, para efectuar las compras se aplica el proceso licitatorio establecido en la Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios Nº 19.886, conocida como Ley de Compras Públicas. Así, los servicios de salud adquieren prestaciones para las patologías agudas o agudizadas, a través del mecanismo de pago por Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), que agrupa a los pacientes en base al consumo de recursos que se requieren para su atención; luego, los beneficiarios de Fonasa son derivados, a través de la Unidad de Gestión de Camas Criticas (UGCC).

Además, Vega explicó que Fonasa contrata las licitaciones por un periodo de 18 meses y comprende la totalidad de las atenciones o prestaciones que se requieran durante el proceso de atención, con inclusión de los traslados desde el hospital de origen y, en caso de exceder la capacidad resolutiva del prestador privado, comprende un nuevo traslado, por ello las prestaciones de salud se enfocan en los resultados, para lograr el egreso del paciente, como alta médica.

La Directora informó además que, desde 2015, Fonasa renovó la licitación pública de camas críticas, pero cambiando el mecanismo de pago por día cama, a pago por resolución del problema completo por medio del Pago a Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), adjudicándose a 25 prestadores la licitación pública de camas criticas pagaderas bajo la modalidad de GRD, entre ellos, la Clínica Ensenada. Por eso, hoy Fonasa no tiene licitación de día cama; las derivaciones de pacientes críticos que se realizan a los prestadores privados, se

[7] *Antecedentes de la Comisión, 19 de diciembre de 2016. Disponible en: sesión://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=92943&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION*

realizan a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) y su mecanismo de pago es Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD).

Así, agregó, las diferencias de precios base ofertados en los procesos licitatorios por parte de los prestadores privados se explica por la mayor o menor complejidad de los servicios que proponen. En efecto, en el proceso de la licitación pública por GRD, cada prestador ofertó un precio base calculado a partir de la complejidad de su capacidad resolutiva y completitud de su cartera de servicio, orientada a tratar distintos grupos de pacientes (neonato, pediátrico y/o adulto) con distintos tipos de necesidades de resolución (médico y/o médico quirúrgico). Es asíf como los establecimientos cuya cartera de servicio es más específica y menos compleja tienden a tener precios bases menores que aquellos establecimientos cuya cartera de servicio abarca una mayor diversidad tanto, de tipo de pacientes (adulto, neonato y pediátrico), como tipo de resolución (médico y médico quirúrgico).

Continuando con la sesión de 19 de diciembre de 2016, la Directora Nacional de Fonasa, informó que las compras de prestaciones que realiza Fonasa al sector privado no supera el 10% autorizado legalmente, no sobrepasando el 5% del presupuesto, no obstante, ha habido un incremento paulatino en los últimos años; en particular el incremento de 2015 y 2016 se debe:

a) Una Alerta sanitaria, que requirió mayor número de oferta de camas en un corto período, a raíz de enfermedades de invierno o estacionales.

b) Hubo un cambio en la modalidad de licitación de Fonasa, aplicándola en dicho periodo con resolución completa hasta el alta por Grupo Relacionado de Diagnostico, y pagado en su totalidad por Fonasa.

c) Aumento de requerimiento de traslado de pacientes neonatológicos.

d) Movilizaciones gremiales que generan déficit de oferte pública (ej: Urgencia Asistencia Pública, Hospital Barros Luco y Salvador).

e) Apoyo a contingencias de hospitales San Juan y San Josée.

f) Apoyo en el proceso de traslado de Hospital de Rancagua (pre-intra-post)[8].

Respecto de las camas, Vega señaló que Fonasa en el año 2009 destinó 2.400 millones de pesos a ese ítem, y en 2016 se destinó 34.724 millones de pesos. Esto se debe a que antes los servicios de salud destinaban los fondos directamente desde sus propios servicios de salud; en cambio, en la actualidad Fonasa los entrega directamente a través de la UGCC, y por medio de pagos se tiene a los Grupos Relacionados por el Diagnóstico o GRD, especialmente, para camas críticas adulto, pediatría y neonatología.

Respecto de las compras en diálisis a privados, explicó que en 2009 se destinó 78.000 mil millones de pesos, y en 2016, 137.000 millones de pesos. Asimismo, para otras compras directas, como el apoyo de diagnóstico, se destinó 10 mil millones de pesos en 2009, y en 2016, 5 mil millones.

Finalmente, la Directora de Fonasa concluyó su presentación refiriéndose a la distribución de las derivaciones entre los prestadores privados de

---

[8] *Acta de la sesión de la Comisión del día 19 de diciembre de 2016. Disponible en: https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=30014&prmTIPO=ACTACOMISION*

salud. Señaló que el 64% de los egresos hospitalarios en 2016 se concentraron en 6 clínicas:

a) Clínica Ensenada con el 4% de los egresos públicos y con una tasa de mortalidad de pacientes de 11,6%.

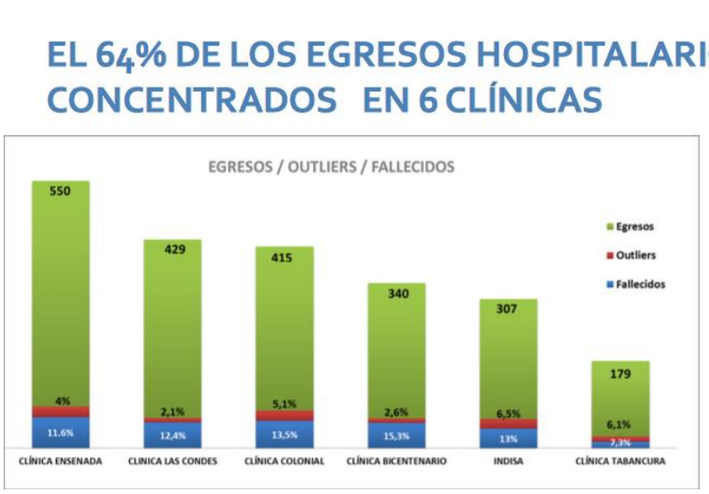
b) Clínica Las Condes con el 2,1% de egreso y una tasa de mortalidad de pacientes de 12,4%.

c) Clínica Colonial, 5,1% de egresos y una tasa de mortalidad de pacientes de 13,5%

d) Clínica Bicentenario, egresos por 2,6% y un 15,3% de pacientes fallecidos.

e) Clínica Indisa, egresos por el 6,5% y 13% de pacientes fallecidos.

f) Clínica Tabancura, egresos 6,1% y 7,3% de pacientes fallecidos.



5.- La Ministra de Salud, Sra. Carmen Castillo, realizó su presentación ante la Comisión el 8 de noviembre de 2016, abordando en dicha instancia el tema del aumento de presupuesto en las derivaciones o contrataciones del sector público para con los privados. Al comparar en los años 2015 y 2016 el presupuesto destinado a las compras o derivaciones directas de Fonasa, éste alcanzó un aumento del 32%, pasando de 183.791 a 196.738 de millones de pesos de aumento de presupuesto de compra directa por parte de Fonasa.

La Ministra de Salud explicó las razones de lo anterior, en base a las siguientes circunstancias:

a) La alerta sanitaria de 2015 que requirió un mayor número de oferta de camas en un corto período. Además, esta alerta tuvo dos curvas epidemiológicas altas en relación con los cuadros respiratorios, lo cual sobreexigió la asistencialidad de las unidades de emergencia y el requerimiento de camas críticas.

b) Las movilizaciones gremiales, especialmente en la unidad de emergencia de la Asistencia Pública y en el Hospital Barros Luco, establecimiento en el que la presión asistencial obligó al Ministerio de Salud a buscar camas para reemplazar las disponibles en ese sector.

c) Contingencias en los hospitales San Juan de Dios y San José.

d) El apoyo en el proceso de traslado del hospital de Rancagua, antes, durante y después, por la magnitud del establecimiento, lo cual requirió dedicación para resolver el problema de las camas disponibles en ese recinto debido a la cantidad de pacientes.

e) Un aumento en el requerimiento de traslado de pacientes neonatológicos, toda vez que han aumentado los casos de recién nacidos complejos ya que, generalmente, la maternidad está teniendo lugar a los 35 años de edad, lo que puede generar problemas debido a las patologías y los problemas de salud que pueden sufrir los niños por diversas causas, por ejemplo, por prematurez[9].

De acuerdo a la información proporcionada por la Directora de Fonasa, es posible apreciar la evolución de las compras de prestaciones de Fonasa en el sector público y privado (2009-2016) en millones de pesos chileno cada año (mm$) en el siguiente recuadro:

Año	APS	PPV	PPI	Total Transferencia Servicios de Salud	PPV Compra Directa	PPV Bono Auge	Total Compra a Privados	% de Presupuesto de Compra a Privado vs. Compra Pública
2009	602.486	632.303	993.674	2.228.464	91.324	-	91.324	4,1%
2010	681.334	667.287	1.086.581	2.435.203	96.199	-	96.199	4,0%
2011	782.765	574.403	1.274.629	2.631.798	103.160	6.250	109.410	4,2%
2012	908.179	959.667	1.049.974	2.917.821	124.230	1.321	125.552	4,3%
2013	998.764	1.125.781	1.237.641	3.362.188	115.226	2.480	117.707	3,5%
2014	1.117.761	1.255.587	1.452.246	3.825.595	137.637	3.454	141.091	3,7%
2015	1.254.433	1.302.664	1.857.144	4.414.243	180.795	2.996	183.791	4,2%
PPTO VIGENTE 2016	1.416.395	1.323.370	1.819.158	4.558.924	193.475	3.262	196.738	4,3%

Fuente: Departamento de Comercialización, FONASA 2016. En base al presupuesto de cada año.

6.- Fundación creando Salud, representada por el Sr. Matías Goyenechea, en calidad de Presidente de la misma, compareció los días 9 y 16 de enero de 2017; aportando una serie de antecedentes e informando de una investigación periodística para el medio Ciper Chile, que desarrolló junto a la Sra. Danae Sinclaire, reportaje titulado *"Cómo se ha desmantelado la salud pública",* publicado con fecha 27 de mayo de 2013, informando también sobre su metodología y fuentes, a través de requerimientos de información regulados en la ley de transparencia, Nº 20.285, Sobre Acceso a la Información Pública.

De acuerdo a lo sostenido en la Comisión, en dicho reportaje se

---

[9] *Antecedentes de la Comisión, 08 de noviembre de 2016. Disponible en: https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=93151&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION*

informó que durante los últimos 25 años los traspasos de dineros públicos hacia la salud privada han aumentado progresivamente, haciendo que la salud privada acelere su ritmo de crecimiento en infraestructura, médicos especialistas, insumos, etc. De hecho, entre 2005 y 2011, las clínicas crecieron en 20% su capacidad, paralelamente, el sistema público fue progresivamente disminuido por falta de inversión suficiente.

Así, en 1987, el gasto público de salud era equivalente al 2% del PIB y en total llegará al 3,5%. Sin embargo, un país del tamaño del nuestro debería tener un gasto de al menos el 6% del PIB, según recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[10].

A mayor abundamiento, de acuerdo su exposición y al precitado reportaje, se ha verificado un alza de 131% en los últimos siete años en las compras de servicios que realiza Fonasa a prestadores privados de salud. Por ejemplo, en compras que incluyen cupos de camas críticas a clínicas, terapias de diálisis a centros privados o diversos tratamientos, exámenes y cirugías a sociedades médicas, entre otros, se ha gastado:

-$ 92.527 millones pagó Fonasa, por camas, insumos, en 2008.

-$ 213.829 millones en 2015.

-$ 200.711 millones en 2016.

Sobre la modalidad de libre elección, Goyenechea señaló que ésta constituye el principal mecanismo del Estado para comprar prestaciones y servicios al sector privado (además de las compras directas de Fonasa y las de los Servicios de Salud). Entre ellas están los 62 tratamientos del Programa Asociado a Diagnóstico (PAD), las atenciones médicas ambulatorias, exámenes de laboratorio, rayos y algunas cirugías. En la Modalidad Libre Elección (MLE) Fonasa paga copagos por bono por los pacientes afiliados que decidieron atenderse en centros de salud, bajo la Modalidad Libre Elección (MLE). Cifras de 2014, demuestran que el crecimiento en los pagos al sector privado de salud ascendió a más de $ 633.494 millones por concepto de MLE durante 2014, frente a $ 437.547 millones en 2013 (creció un 45%); y desde el año 2006 la facturación del Estado a centros de salud privados por la Modalidad Libre Elección ha crecido en 88,4%[11].

En la misma línea, Goyenechea explicó que, del total pagado en 2014, el 15,3% fue destinado a cinco instituciones, a las cuales el Estado transfirió $ 97.155 millones. Entre ellos, destacan Integramédica que se llevó el 4,9% de los fondos, la red de la Universidad Católica (incluida la Clínica San Carlos de Apoquindo), con 3,1%, y el Hospital Clínico J. J. Aguirre de la U. de Chile -que recibe aportes fiscales vía convenios- con el 2,5%[12].

Continuó la exposición refiriéndose a un estudio de la Fundación Creando Salud de 2015, dado a conocer por La Tercera, que informó que entre 2000 y 2015, mientras el sistema público pasó de contar con 31.000 a sólo 25.000 camas hospitalarias, el sector privado subió de 7.000 a 9000 camas, es decir, los hospitales bajaron de 3 a 1,89 camas por 1.000 y los privados subieron de 2,48 a

---

[10] *Goyenechea, M., Sinclaire, D., Centro de Investigación Periodística, CIPER CHILE, mayo de 2013. Disponible en: http://ciperchile.cl/2013/05/27/como-se-ha-desmantelado-la-salud-publica/*

[11] *Ibídem.*

[12] *Ibídem.*

2,93 por 1.000 habitantes.[13]

Luego, sobre las utilidades de clínicas señaló que éstas crecieron 6,5% en 2016, y superaron los $55 mil millones en 2015[14], mientras el gremio de prestadores privados atribuye este aumento a una mejor gestión, los expertos señalan que influye el alza excesiva de la demanda por atenciones de salud**.**

En las sesiones de los días 9 y 16 de enero de 2017, el Sr. Goyenechea expuso también sobre un estudio llevado a cabo por la Fundación, que sobre la situación de los profesionales de salud que ejercen funciones en los hospitales públicos mediante la modalidad de compra de servicios, lo cual constituye una externalización de servicios[15]; aun cuando la provisión de personal para los establecimientos de salud responde a procesos de transformación del carácter del Estado, y de la administración pública en general. La externalización se ha acrecentado, pero la deuda hospitalaria no disminuye. La temática de la externalización de los profesionales de la salud, mediante la compra de servicios fue analizada considerando las siguientes interrogantes: ¿resulta costo-eficiente la externalización del personal sanitario?, ¿Se generan ahorros presupuestarios en la externalización del personal?

Goyenechea señaló que los hospitales, diariamente, realizan compras de diversas prestaciones de salud e insumos, mediante el subtítulo 22 de los presupuestos de los respectivos establecimientos, el cual corresponde a los "bienes y servicios de consumo". Desde el punto de vista del gasto total en salud, el subtítulo 22, representa el 20,7% o el equivalente a 0,84% del Producto Interno Bruto (PIB).

Agregó que se analizaron 57 hospitales y 29 servicios de salud del país, mediante solicitud de información a través de la Ley de Transparencia, en el periodo que va desde el 24 de julio de 2015, hasta el 25 de septiembre de 2015; En ese periodo se analizó 1.547 licitaciones, tratos directos y órdenes de compra, pero siempre en relación a las compras públicas en las cuales se contrata a profesionales de la salud, realizada en los años 2014 y 2015 para la compra de servicios o prestaciones de salud e insumos.

Finalmente, señaló Goyenechea que los servicios de salud (SS) que poseen mayor volumen en "compra de prestaciones", son el Metropolitano Oriente, seguido por Occidente y Central respectivamente[16]. Lo más frecuente, lo constituyen las compras de intervenciones quirúrgicas, las cuales representan el 33,1% del monto total incluido en el estudio. Estas intervenciones, son predominantemente relacionadas a responder a las garantías GES, y a resolver listas de espera, lo que da cuenta del problema estructural de la gran brecha de recursos humanos del cual no se ha hecho cargo la reforma del GES, generando así más déficit a los hospitales públicos. Esto implica una expansión del gasto de 2015 que se realiza por parte de los establecimientos pertenecientes al Sistema Nacional de los Servicios de Salud, en 1,97% respecto de la misma fecha del año

---

[13] Disponible en http://www.latercera.com/noticia/presidente-fundacion-creando-salud-se-entregan-recursos-a-privados-en-vez-de-fortalecer-la-red-publica/

[14] Cabello Nadia, Olivares Rene, El Mercurio, nacional, 16 de mayo de 2016.

3 Disponible en http://www.clinicasdechile.cl/wpcontent/uploads/2016/06/memoria_de_gestion_2015.pdf

[15] Goyenechea, M., "Estudio de Compra de Servicios Profesionales en Establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud". Fundación Creando Salud, 2015, Santiago de Chile. Disponible en: https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=94169&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION

[16] Goyenechea M., "Estudio de Compra de Servicios Profesionales en Establecimientos del SNSS". Fundación Creando Salud, 2015, Santiago de Chile.

2014. Lo cual contrasta con las altas sumas de dinero que se pagan a privados por Modalidad de Libre elección. En total, la transferencia a privados llega a 18,88% del total del presupuesto de salud para el 2015. Respecto de la ejecución a junio de 2015, los recursos transferidos a los privados explican un 19,47% de la ejecución presupuestaria.

7.- Déficit de especialidades médicas, matrículas de la escuela medicina y su relación con las listas de espera. Existen otros factores que agravan la dramática situación de los pacientes en listas de espera. Esta arista de la realidad de la salud pública en Chile se refiere a la poca cantidad de médicos y médicos especialistas, aumentada según la región del pais de que se trate, a medida que se aleja de la de zona central. En efecto, según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al que accedió la Comisión, denominado "*Estrategia Mundial de Recursos Humanos en Salud para 2030"*[17], se pudo constatar que la mala distribución territorial de los profesionales de salud, en particular de los médicos, es un problema insuficientemente resuelto en un número importante de países, varios de ellos presentan una situación geodemográfica más favorable que la de Chile, ya que la densidad de médicos generales y especialistas varía según la región. Por ejemplo: de 9,7 a 26,9 médicos por 10.000 habitantes en México; entre 28 y 44 médicos por 10.000 habitantes en Finlandia y Dinamarca; de 25 a 69 médicos por 10.000 habitantes en España, etc.

De otro lado, y según un informe sobre brechas del personal de salud por Servicio de Salud, elaborado por el Ministerio de Salud[18], se pudo constatar que, en Chile, la densidad promedio nacional de médicos especialistas alcanza 11,6 médicos especialistas por 10.000 habitantes, y se extiende desde 4,6 en la Región de Maule hasta 13,5 por 10.000 en la Región Metropolitana[19]. Sobre los médicos generalistas, existen con una proporción de 19,1 médicos generales por 10.000 habitantes, razón por la cual Chile presenta una baja densidad nacional de médicos en comparación tanto a los países de la OCDE, como países de América Latina, tales como Argentina, México y Uruguay, y se encuentra en una situación cercana a la de Brasil (18,0 por 10.000 habitantes)[20] considerando la enorme cantidad de habitantes que tiene Brasil. A mayor abundamiento, en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, agrupados por "habilitación legal" según el decreto supremo N°16, de 2007, del Ministerio de Salud, al 30 de septiembre de 2016, existen inscritos 40.887 médicos cirujanos, 19.389 cirujanos dentistas, 41.252 enfermeros, 11.967 matrones, además de otros profesionales y técnicos de nivel superior de la salud[21]. Los médicos especialistas certificados

---

[17] *OMS - Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030. Documento presentado en la 138° sesión del Consejo ejecutivo de la OMS. Diciembre de 2015. disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_CONF5-sp.pdf*

[18] *Informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud, Glosa 01, letra i. Ley de Presupuestos N° 20.882 y 20.890 Año 2016, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Al respecto debe considerarse que, no se dispone del lugar de trabajo habitual del 18% (3.889) de los médicos especialistas inscritos en el Registro de Prestadores de la SIS al 31 de diciembre 2015. Se trata de un grupo de médicos con desempeño exclusivo en el sector privado, solo siendo conocida la totalidad de los funcionarios del sector público.*

[19] *Informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud, Glosa 01, letra i. Ley de Presupuestos N° 20.882 y 20.890 Año 2016, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Al respecto debe considerarse que, no se dispone del lugar de trabajo habitual del 18% (3.889) de los médicos especialistas inscritos en el Registro de Prestadores de la SIS al 31 de diciembre 2015. Se trata de un grupo de médicos con desempeño exclusivo en el sector privado, solo siendo conocida la totalidad de los funcionarios del sector público.*

[20] *Informe sobre brechas de Personal de Salud por Servicio de Salud. Ibídem.*

[21] *Registro Prestadores Individuales de Salud (2016). Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-14280.html*

constituyen un universo nacional de 20.845 al 31 de diciembre de 2015[22].

En 2015, la densidad de enfermeras universitarias alcanzó a 22 por 10.000 en Chile; el promedio en los países de la OCDE tiene un nivel de 91. Luego el número de Enfermeras por medico fue de 1,02 en 2015; el promedio de este indicador en los países de la OCDE es más alto con 2,8 enfermeras por cada médico.

Por tanto, según el precitado Informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud del Ministerio de Salud, Chile presenta densidades nacionales bajas de médicos generalistas, médicos especialistas y enfermeras (por 100.000 habitantes), por nombrar solo a estos profesionales de la salud, en comparación a otros países de la OCDE.

Sin perjuicio de lo anterior, el crecimiento de la matrícula en la carrera de medicina, especialmente antes de 2010, acompañada de alta tasa de titulación -93% promedio en los años 2012, 2013 y 2014- ha permitido un incremento de la densidad por 10.000 habitantes de 17 en 2008 a 19 en 2014; además ha habido una importante inversión en la formación de especialistas que realiza el país, que se ha traducido en una disminución significativa del número de habitantes por médico especialista desde un nivel de 1.065 en 2008 a 863 en 2015 (-19,1%)[23].

8.- Situación del gasto en fármacos por parte de Cenabast. Según expuso su Director (S), en el período que va entre los años 2008 y 2015, el gasto por la adquisición de fármacos se incrementó en 150%, pasando de gastar $190.184 millones en 2008, a $475.490 en 2015. Esta verificación, en relación con los antecedentes proporcionados por Fonasa, permite inferir a la Comisión, preliminarmente, que este gasto en medicamentos incide fuertemente en aumentar la deuda hospitalaria.

Los insumos médicos que se requieren en la red pública de salud, preferentemente los de alta rotación en los Servicios de Salud, establecimientos dependientes, establecimientos de autogestión de red (EARs) y establecimientos creados por los D.F.L. N° 29, 30 y 31 del Ministerio de Salud, de 2001, deben ser provistos por regla general Cenabast y, excepcionalmente, en caso de existir una provisión de medicamentos o insumos médicos en mejores condiciones de precio a las que acceda Cenabast o por imposibilidad de dicho Servicio de asegurar la provisión de los mismos, las entidades antes señaladas los podrán comprar y remitirán los antecedentes a la Subsecretaria de Redes Asistenciales. En dicha oportunidad, el Director (S) informó que, el porcentaje de medicamentos que adquiere mediante licitación pública corresponde aproximadamente al 60%.

Finalmente, es del caso mencionar que el Director de Cenabast, Pablo Venegas, informó al El Mercurio, con fecha 05 de agosto de 2016 que no puede dejar de contratar con los laboratorios requeridos por la Fiscalía Nacional Económica, porque existen contratos de suministro con laboratorios por más de 15 millones de dólares que están aún vigentes. Según sus estimaciones, el organismo tiene contratos vigentes con las empresas por US$15 millones en el mercado de estas ampollas, que son sueros que se utilizan en procedimientos médicos principalmente. Además, indicó que no tienen las herramientas para poner término anticipado a dichos acuerdos, y tampoco las capacidades para

---

[22] *Informe sobre brechas de Personal de Salud por Servicio de Salud. Op. Cit.*

[23] *Informe sobre brechas de Personal de Salud por Servicio de Salud. Óp. Cit.*

impedir que vuelvan a participar de una licitación futura. En esta línea, sostuvo que llama la atención que en algunas licitaciones sólo se presente un solo oferente, siendo que en el registro aparecen más laboratorios que ofrecen un mismo producto[24].

9.- La Fiscalía Nacional Económica, a través de su Fiscal Nacional, Sr. Felipe Irarrázaval, compareció a la Comisión a exponer, el día 03 de abril de 201. Uno de los temas abordados por dicha autoridad fue la colusión en la industria de los medicamentos. En efecto, es de público conocimiento que en septiembre de 2016, la Fiscalía Nacional Económica (FNE) presentó ante el Tribunal de la Libre Competencia (TLC) un requerimiento contra los laboratorios Biosano y sus filiales Fresenius Kabi Chile y Sanderson, en causa Rol Nº C-312-2016, caratulado "Requerimiento de la Fiscalía Nacional Económica en contra de Fresenius y Otros", cuyo término probatorio se encuentra vencido[25], arguyendo que se han coludido por más de 10 años (entre 1999 y el primer semestre de 2013), periodo en el que Cenabast requirió más de un millar de veces los medicamentos comprendidos en la colusión, principalmente ampollas, es decir, por mantener un cartel para afectar licitaciones convocadas por Cenabast de 93 medicamentos inyectables. Según la acusación de la FNE, antes de ofertar en las licitaciones de Cenabast, los laboratorios definían cuál de ellos debía adjudicarse los medicamentos por los que podrían haber competido; el cartel operaba acordando precios de referencia para sus ofertas y determinando quién presentaría la propuesta ganadora; por ello la acción judicial pide una multa de 18 mil Unidades Tributarias Anuales (UTA) para Sanderson y 2 mil UTA para Fresenius Kabi Chile (US$ 17 millones[26]), no se pidió sanción para Biosano, por haber accedido al beneficio de delación compensada el 21 de enero de 2014.

La investigación de la FNE se inició en 2012, a partir de denuncias de la Contraloría General de la República y del Ministerio de Salud. La evidencia del caso fue obtenida en diligencias de entrada, registro e incautación, así como de interceptación y registro de comunicaciones. La acción presentada ante el Tribunal de la Libre Competencia (TDLC) también se funda en elementos de prueba aportados por Biosano, que se acogió durante la investigación al beneficio de delación compensada[27].

Biosano es un laboratorio nacional que opera hace más de 75 años en el mercado de inyectables. Fresenius Kabi Chile y Sanderson son filiales del conglomerado farmacéutico transnacional de origen alemán Fresenius Kabi, ambos laboratorios requeridos son los únicos fabricantes de ampollas del país.

Las ampollas son dispositivos inyectables que contienen medicamentos genéricos en menor volumen y que pueden contener diversos medicamentos, como analgésicos, anticoagulantes, antinflamatorios o antibióticos, entre muchos otros. Son utilizados para tratar una amplia gama de patologías y constituyen un insumo básico en cualquier establecimiento de salud. CENABAST es el principal comprador de ampollas del país.

---

[24] *Fuente: Fuente: Emol.com - http://www.emol.com/noticias/Economia/2016/08/05/815916/Cenabast-tiene-contratos-vigentes-con-laboratorios-acusados-de-colusion-por-US15-millones.html*

[25] *Disponible en http://consultas.tdlc.cl/amilex_PORTAL/Web/Portal/LEX_POR_ConsultaCausa.aspx?TC=272*

[26] *Fuente: Emol.com http://www.emol.com/noticias/Economia/2016/08/04/815835/FNE-acusa-a-laboratorios-de coludirse-y-afectar-compras-publicas-de-93-medicamentos-inyectables.html*

[27] *Fuente: fne.gog.cl http://www.fne.gob.cl/2016/08/04/fne-acusa-a-laboratorios-de-coludirse-en-licitaciones-de-cenabast/*

Para la Fiscalía Nacional Económica (FNE) la gravedad de este cartel radica en la sensibilidad que tiene de cara a los centros de salud que deben mantener disponibles estos medicamentos genéricos inyectables para los pacientes de modo ininterrumpido, además de haber afectado las arcas fiscales. Igualmente, **l**as compañías obtuvieron, de acuerdo al ente antimonopolios, rentas sobre normales que serán medidas en el transcurso del proceso logrando concentrar el 85% del mercado en el período 1999-2013, con una voluntad estable y una vocación de permanencia de la colusión.

Consideraciones particulares relativas a los aspectos relevantes de la investigación.

La investigación, concretamente, referida a las adquisiciones efectuadas por Fonasa, Cenabast y los servicios de salud a los prestadores privados de salud, desde 2012 a la fecha, y los eventuales perjuicios fiscales a partir de 2010. Para ello, se abordará, primeramente, el marco normativo.

1) Marco Normativo: En la presentación que realizó el Sr. Contralor General de la República quedó establecido el marco jurídico que regula este tipo de adquisiciones:

a) Artículo 98 de la Constitución Política de la República, control de legalidad de los actos de la Administración del Estado: El Ministerio de Salud y los demás órganos públicos que conforman el sector forman parte de la Administración del Estado, por ende, se encuentran sometidos a las facultades de control y fiscalización de la Contraloría General de la Republica, tanto el Ministerio de Salud, Fonasa, Cenabast, los Servicios de Salud y los Hospitales Públicos.

b) La ley Nº 19.886, que rige las compras o adquisiciones del sector público. Todo el régimen de mercado público está establecido en dicha ley, sobre procedimientos para poder llevar adelante los procesos licitatorios, realizar la evaluación y la adjudicación que rige al sector salud. Evidentemente, aquí se aplica el principio de que, en primer lugar, se debe privilegiar la licitación pública por sobre la licitación privada y el trato directo.

c) Además de la normativa propia del sector salud, siendo aplicable el Libro II del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud; el decreto supremo Nº 369/1985 del Ministerio de Salud, la resolución exenta Nº 277 del 06 de mayo de 2011 que establece las normas técnico administrativas para la aplicación del arancel del régimen de prestaciones de salud del libro II del DFL Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en la modalidad de libre elección y sus modificaciones posteriores, como las resoluciones Nº 172 de 2013 y la Nº 139 de 2014, entre otras.

d) La ley orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado Nº 18.575 y,

e) Glosas presupuestarias en las distintas leyes de presupuestos de la Nación.

2) Sobre objeto y modalidad de compra del sistema público de salud.

Fonasa, los Servicios de Salud y hospitales públicos a lo largo del país adquieren prestaciones médicas; insumos o productos médicos, tales como medicamentos, dispositivos médicos, alimentos, productos terapéuticos, entre

otros; actuando como oferente o ente licitador, o sea, como comprador en un sistema de licitaciones públicas regido por la Ley de Compras Públicas Nº 19.886, que constituye la regla general. Excepcionalmente, y por causas que dicha ley prevé, se realizan compras a privados recurriendo a otros mecanismos, tales como los llamados Tratos Directos; las principales carencias diagnosticadas en el sector público son la brecha de camas (por mayor demanda de camas críticas en la red pública) y la brecha de oferta para prestaciones GES (diálisis, radioterapia, por ejemplo)[28].

La otra parte de esta relación jurídica, en el rol de adjudicatario de la licitación pública y como prestador o proveedor de los servicios, son las sociedades médicas comerciales, clínicas y profesionales de la salud, como la Sociedad de Prestaciones Médicas Quirúrgicas Vigilius SPA., algunas de las 41 clínicas privadas de Santiago y regiones asociadas en la Asociación Gremial de Clínicas de Chile A. G., como Clínica Colonial, la Clínica Elqui, Clínica Valparaíso, Clínica Los Carrera, Clínica Alemana de Temuco, Clínica Alemana de Valdivia o bien como prestador privado de salud individualmente considerado, como la clínica Ensenada.

a) Situación especial de las compras de camas críticas.

En los últimos años, cerca del 70% de las derivaciones fueron a camas de Unidad de Paciente Crítico, porcentaje que se vio incrementado en 2016 a un 82%. Esto refleja la importancia de contar en forma oportuna con camas para pacientes que requieren hospitalización. El mecanismo utilizado por mandato legal, son las compras públicas o licitaciones, sea por región o por servicio de salud o por tipo de prestaciones médicas o insumos. Otras formas subsidiarias de adjudicación son por trato directo o convenios marco. En el caso de recurrir a esas figuras jurídicas, es la ley la que prevé los requisitos.

b) Sobre los aumentos de compras a privados de Camas críticas mediante la modalidad de trato directo: Los servicios que se contratan son

---

[28] *La Ley de Mercado Publico Nº 19.886 y su Reglamento aprobado por el Decreto Nº 250/2004 del Ministerio de Hacienda; regula expresamente las licitaciones públicas, los tratos directos y los convenios marcos en sus artículos 7º, 8º y 29º, según veremos:*

Art. 29º letra d): La dirección de Compras y Contratación Pública podrá licitar bienes y servicios a través de la suscripción de convenios marco, los que estarán regulados en el reglamento de la presente ley. Respecto de los bienes y servicios objeto de dicho convenio marco, los organismos públicos afectos a las normas de esta ley estarán obligados a comprar bajo ese convenio, relacionándose directamente con el contratista adjudicado por la Dirección, salvo que, por su propia cuenta obtengan directamente condiciones más ventajosas. En este caso deberán mantener los respectivos antecedentes para su revisión y control posterior por parte de la correspondiente entidad fiscalizadora (…)

Art. 7º Letra c): Trato o contratación directa: el procedimiento de contratación que, por la naturaleza de la negociación que conlleva, deba efectuarse sin la concurrencia de los requisitos señalados para la licitación o propuesta pública y para la privada. Tal circunstancia deberá, en todo caso, ser acreditada según lo determine el reglamento.

Artículo 8º: Procederá la licitación privada o el trato o contratación directa en los casos fundados que a continuación se verán. Son seis casos y veremos los más destacados, en todos ellos deberá acreditarse la concurrencia de los requisitos y en algunos de los casos sus resoluciones fundadas se deben publicar en el Sistema de Información de Compras y Contratación Pública: Veremos los siguientes casos de trato directo:

a) Si en las licitaciones públicas respectivas no se hubieren presentado interesados.
b) En casos de emergencia, urgencia o imprevisto, calificados mediante resolución fundada del jefe superior de la entidad contratante.
c) Si sólo existe un proveedor del bien o servicio.
d) Si se tratara de convenios de prestación de servicios a celebrar con personas jurídicas extranjeras que deban ejecutarse fuera del territorio nacional.
e) Si se trata de servicios de naturaleza confidencial o cuya difusión pudiere afectar la seguridad o el interés nacional, los que serán determinados por decreto supremo. F) Cuando el monto de la adquisición sea inferior al límite que fije el reglamento.

preferentemente Unidad de Paciente Crítico, lo que no implica que para su recuperación y resolución integral puedan requerirse otros tipos de unidades de menor complejidad.

Según expuso la Directora de Fonasa, el aumento se explica porque en 2014, el Ministerio de Salud dictó una alerta sanitaria (decreto N°121 de fecha 26 de junio), sumado a la campaña de invierno, Fonasa debió contratar una oferta adicional de camas en prestadores privados para suplementar la oferta disponible, a través del trato directo en 2014 y 2015 y luego por licitación pública, para pacientes trasladados vía Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC). En el marco jurídico de la alerta sanitaria decretada, que autorizó específicamente para celebrar tratos directos si se requiriera con urgencia, Fonasa suscribió tratos directos con 3 clínicas: Colonial, Ensenada y Nueva Cordillera, para tener más camas disponibles.

c) Sobre la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC)

Según se constató en la Comisión, el modelo de Gestión y Compra Centralizada de Camas comenzó a aplicarse en el país en 2009, para complementar la oferta del sector público, dejando atrás un sistema fragmentado gestionado por cada Servicio de Salud. Para ello, Fonasa desarrolló un modelo de compra de camas a prestadores privados por licitación pública que incluye la clasificación de la oferta de acuerdo a complejidad y precio. La Unidad de Gestión Centralizada de Camas depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y su objetivo general es optimizar y fortalecer la gestión de camas de la red pública de salud en todo el país, a través de una visión integrada y en línea, en complementariedad con el sector privado.

Sus objetivos específicos son dar oportunidad de atención, es decir, una asignación ordenada y priorizada de camas públicas y privadas según nivel de complejidad del paciente, optimizando siempre el recurso financiero, y monitorear la situación de las unidades de emergencia hospitalaria, camas críticas y traslado de pacientes por requerimiento de camas en hospitales de mayor complejidad del país, además de gestionar la información para el diagnóstico y desarrollo de estrategias de mediano y largo plazo en la toma de decisiones. No se trata solamente intervenir puntualmente, sino que, en todo lo que significa un análisis integral de la problemática

De acuerdo a lo informado a la Comisión, los procesos claves de la UGCC tienen que ver con derivaciones, con el monitoreo de las unidades de emergencia hospitalaria, para determinar los volúmenes de presión o requerimiento de camas que existen, con seguimiento de las camas críticas, porque si se libera alguna se debe disponer de ella a la brevedad para que sea ocupada por un paciente del sector público. Asimismo, se vela por la aplicación de la ley de urgencia.

d) Estructura de la UGCC.

La Comisión constató que en la UGCC trabajan distintos profesionales de gestión, un *call center* integrado por 24 enfermeros, y 6 médicos profesionales de la ley de urgencia que trabajan en sistema de turnos y controlan todo el sistema de requerimiento de camas en los servicios de salud. También se logró verificar que existe un correlato en los hospitales, en los que hay gestores de camas cuya responsabilidad es actualizar permanentemente la información en la medida en que se ocupan las camas quirúrgicas y no quirúrgicas.

La búsqueda de camas comienza con la solicitud de la misma y, si hay cupo disponible en el sector público se deriva al establecimiento más cercano; pero si no existe cama disponible en el sector público pasa al privado y se busca según un *ranking* de Fonasa, una cama en clínicas privadas con disponibilidad de respuesta inmediata.

Previo a esa búsqueda tiene lugar el proceso licitatorio respectivo, que se lleva a cabo a través de la compra, por los Servicios de Salud, de patologías agudas o problemas agudizados, a través de mecanismo de pago por Grupo Relacionado al Diagnóstico (GRD), que agrupa a los pacientes sobre la base del consumo de recursos que se requieren para su atención, hasta su alta médica. Por ello, según lo informado a la Comisión, los servicios que se contratan son preferentemente unidades de paciente crítico, lo que no implica que para su recuperación y resolución integral puedan requerirse otro tipo de unidades de menor complejidad. Por tales razones, el modelo de contratación de las prestaciones de salud debe tener un carácter integral, a fin que solucione toda la problemática del paciente, es decir, hasta lograr el egreso como alta médica; por eso se contratan atenciones integrales.

Además, según se informó a la Comisión, la integralidad de las atenciones incluye todas las prestaciones que se requieran durante el proceso de atención al paciente. Asimismo, incluye traslados desde el hospital de origen y, en caso que se requiera un nuevo traslado, si se ve superada la capacidad resolutiva del prestador privado, el reingreso a otro establecimiento.

De este modo se pudo constatar que los pacientes son derivados, por un establecimiento del Sistema de Servicios de Salud, a través de la UGCC.

Los criterios de selección, en el momento de la derivación, parten por evaluar el tipo de paciente, su condición clínica, la capacidad resolutiva del prestador, la ubicación geográfica y el precio base. Existe también un sistema de control, que impide que la relación sea directa, que permite tener mayor conocimiento de las debilidades institucionales que requieren reforzamiento, como la dotación de personal, mayor cantidad de camas, reconversión de ellas, etc. El sistema consiste, según constató la Comisión, en buscar una cama pública que, en caso de no existir una a nivel local, se pasa a la búsqueda de cama privada, con tres alternativas: en primer lugar, se utiliza la licitación del GRD existente, toda vez que existen 25 clínicas que tienen camas críticas, que pueden brindar tecnología adecuada; en segundo lugar, si aquellas están absolutamente copadas, se puede suscribir un trato directo, caso en el cual se trata de algunas clínicas que no están licitadas, más el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que tampoco está en el listado de las clínicas licitadas; y como tercera alternativa, están las clínicas “no ranqueadas”, es decir, todas aquellas que están fuera del convenio de Fonasa. Las clínicas que no están licitadas son: Hospital Clínico de la Universidad de Chile; Clínica Valparaíso; Nueva Clínica Cordillera; Clínica Miraflores; Hospital Clínico Universidad católica, y Clínica Salud Integral.

A mayor abundamiento, el modelo de gestión que se viene describiendo, según se pudo constatar por esta Comisión Investigadora, cuenta con un sistema informático automatizado que arroja un *ranking* de clínicas, es decir, las clínicas están “*ranqueadas*” de acuerdo con distintos factores, tales como los precios y la calidad de la atención, medido por la atención integral que se espera.

e) Sobre los grupos relacionado de diagnóstico (GRD).

De conformidad a lo constatado por la Comisión sobre la modalidad de pago por GRD en las licitaciones públicas de Fonasa; esta modalidad se ha venido aplicando desde 2015, y significa el pago al adjudicatario- prestador privado de salud- de un monto calculado de acuerdo a la complejidad del caso (del diagnóstico y de los procedimientos que requiere para resolverlo), que incluye todos los servicios, tales como exámenes, cirugías, medicamentos, etc., y comprende desde el ingreso del paciente a un hospital o consultorio de la red pública de salud, desde donde es derivado, de conformidad al *ranking* y búsqueda del sistema de UGCC, hasta su alta médica en el recinto del prestador privado.

Así, se vio por la Comisión que las licitaciones de Fonasa con resolución completa hasta el alta por GRD, viene a ofrecer una solución a pacientes que anteriormente debían esperar largo tiempo en una cama hospitalaria, otorgando una solución integral a su problema de salud y no solamente días cama.

La Directora de Fonasa señaló que “Las ventajas del sistema de pago de GRD y la ubicación de camas por la UGCC ha permitido una resolución integral hasta el alta médica del paciente, lo que mejora la calidad de la atención; se evita el rescate y los costos adicionales para el hospital de origen; se aumentó en diez los prestadores privados de camas, cinco de ellos en regiones; la inclusión de tecnologías para la totalidad de los beneficiarios de Fonasa y en caso de rederivación, la UGCC ubica otro prestador. Si una clínica efectúa el tratamiento inicial y no puede continuar después de un diagnóstico con otro tipo de tratamiento más específico, se redestina cuando hay alguna situación especial en que lo requiera el paciente”.

Esto ha significado que en la segunda licitación GRD, el precio de las prestaciones de salud ha disminuido en 20%; por tanto, en los períodos anteriores se habría pagado un sobreprecio.

f) En materia de diálisis.

A partir de la incorporación en el AUGE-GES, la diálisis es cubierta a través de la Modalidad Institucional, con cobertura de 100% para el asegurado, con una provisión histórica mayoritariamente privada.

Evolución de la Compra de Diálisis de Fonasa en el Sector Público y Privado (2011-2016).

GASTO M$	2012	2013	2014	2015
COMPRA PUBLICO DIALISIS	13.327.869	14.237.304	20.125.557	15.220.604
COMPRA PRIVADO DIALISIS	100.807.624	108.400.465	117.279.150	127.392.341
TOTAL	**114.135.493**	**122.637.769**	**137.404.707**	**142.612.945**
PARTICIPACIÓN PUBLICO	12%	12%	15%	11%
PARTICIPACIÓN PRIVADO	88%	88%	85%	89%

Llama la atención que, la participación del sector público en los tratamientos de hemodiálisis, en el año 2015, solo alcanzó el 11% de la cobertura, en tanto el sector privado llegó al 89% de cobertura, superando con creces al sector público. De lo cual podemos concluir que, en materia específica de diálisis, la brecha de la oferta pública generó un desarrollo de la modalidad de libre elección por no contar con centros institucionales. Por lo tanto, los centros privados proliferaron enormemente en todo el país; puesto que con posterioridad a

la incorporación de la hemodiálisis en el AUGE-GES, pasó a estar cubierta por la modalidad institucional, con cobertura total para el asegurado, manteniéndose siempre esta provisión mayoritariamente privada en desmedro del crecimiento en infraestructura y profesionales para el tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Es decir, que Fonasa no solo incurre en un mayor gasto en compras de terapias de hemodiálisis -el 39% del gasto de Fonasa está enfocado en hemodiálisis- sino que, además, se detectó en la Comisión que no se está usando suficientemente la peritoneodiálisis, que debiera ser la primera prioridad en la gran mayoría de los pacientes; sino una derivación a hemodiálisis en circunstancias que no está siempre debidamente justificado.

En efecto, en el marco de la Cuenta Pública Participativa de Gestión 2016 de Fonasa[29]; en el año 2015 se realizaron una serie de auditorías y estudios a las atenciones de alta complejidad de diálisis y cataratas; los resultados de esta auditoría alertaron sobre un 15% de pacientes dializados que no tenían una clara indicación para este tipo de tratamiento. Esto suscitó discusión sobre la indicación pertinente como requisito previo de la diálisis y generó comentarios respecto a los posibles conflictos de interés de los médicos que indican las diálisis y que tienen relación con los centros médicos privados que las ofrecen y que se adjudican a altos costos las licitaciones públicas para estas terapias. Además, la auditoria pesquisó, en algunos centros de diálisis privados, ausencia de antecedentes en las fichas clínicas de los pacientes e incumplimiento de los protocolos exigidos por el GES de Enfermedad Renal Crónica (ERC) avanzada, y se presume una incorrecta indicación médica de diálisis. La referida auditoría se efectuó sobre 36 establecimientos hospitalarios pertenecientes a 26 servicios de salud, a fin de evaluar el cumplimiento de criterios médicos y procedimientos administrativos, evaluándose los registros de 1.455 pacientes.

Se ha dado la situación que los mismos médicos, o sus parientes, tenían a la vez derechos de propiedad (dueños) en los centros de diálisis donde eran derivados los pacientes, con claro conflicto de interés, situación que debe ser discutida, reglamentada y transparentada.

Una solución a explorar en el futuro inmediato es la mayor implementación, en los Cesfam, de centros de diálisis, atendidas ciertas experiencias exitosas.

3) Las posibles conductas de colusión involucradas y el posible sobreprecio hacia los prestadores privados de salud.

En la Memoria Anual de 2015, de la Asociación Gremial de Clínicas de Chile, se informó que este sector al año 2014 atendió el 48% del total de las prestaciones de mediana y alta complejidad del país, destacando que más del 42% de esas prestaciones se entregan a beneficiarios del sistema público (Fonasa) mediante la Modalidad de Libre Elección, y que 8.338.812 de personas demandaron una atención de salud en el sector privado, correspondiendo 5.023.855 a beneficiarios de Fonasa que compraron bonos de la modalidad libre elección (MLE).

En la práctica para atender mediante la Modalidad de Libre Elección, FONASA celebra convenios con diversas instituciones privadas, las que se obligan

---

[29]*Hernández E., Gartenlaub A., Araya M., "Cuenta Pública Participativa Gestión 2016". Departamento de Gestión Territorial y Direcciones Zonales, Departamentos de Planificación Institucional, de Comunicaciones y Marketing, Gobierno de Chile, Fonasa 2016.*

a no cobrar a los afiliados de FONASA más que la suma establecida en el arancel que dictan los ministerios de Salud y de Hacienda, a propuesta de Fonasa, y que establece los valores de las prestaciones en la MLE. Existen dos prestaciones que hacen excepción a la regla anterior, pudiendo el prestador privado cobrar un valor superior al establecido en el arancel (debiendo el afiliado pagar la diferencia entre la cobertura de Fonasa y el precio que cobre el prestador). Estos son: 1) días cama, y 2) derecho de quirófano, pabellón o sala de procedimiento.

Sobre el particular, los prestadores privados han establecido precios más altos para la prestación "día cama", según lo demostró un informe del Servicio Nacional del Consumidor (Sernac), de 2013, llamado "Informe de Precios para Prestaciones en Salud"[30].

A continuación, veremos los valores correspondientes a prestación de salud "Día Cama" de acuerdo al informe del Sernac antes citado:

a) Análisis de Precios de lista.

a1: Respecto de "día cama de medicina y especialidades", la mayor diferencia relativa fue de 470,3% (equivalente a $366.176), cuyo precio mínimo se registró en el Hospital Clínico U. de Chile por un valor de $77.860 y el máximo en Clínica Las Condes por un valor de $444.036.

a2: Respecto de "día cama adulto UTI", es posible encontrar otra importante diferencia de $388.387, cuyo precio mínimo lo registró Clínica Vespucio con $293.650 y el máximo Clínica Alemana con un monto de $682.037.

b) Análisis de precios en convenios.

b1: Respecto de "día cama medicina y especialidades", la mayor diferencia relativa fue de 939,3%, equivalente a $401.336, cuyo precio mínimo se registró en el Hospital Clínico U. de Chile por un monto de $42.700, en convenio con Isapre Banmédica, y el máximo en Clínica Las Condes por un valor de $444.036, en convenio con todas las Isapres.

b2: Respecto de "día cama adulto UTI", la diferencia observada fue de $538.219, cuyo precio mínimo lo registró Hospital del Profesor por un valor de $136.185, en convenio con Isapre Consalud, y el máximo Clínica Alemana por un valor de $674.404, en convenio con todas las Isapres.

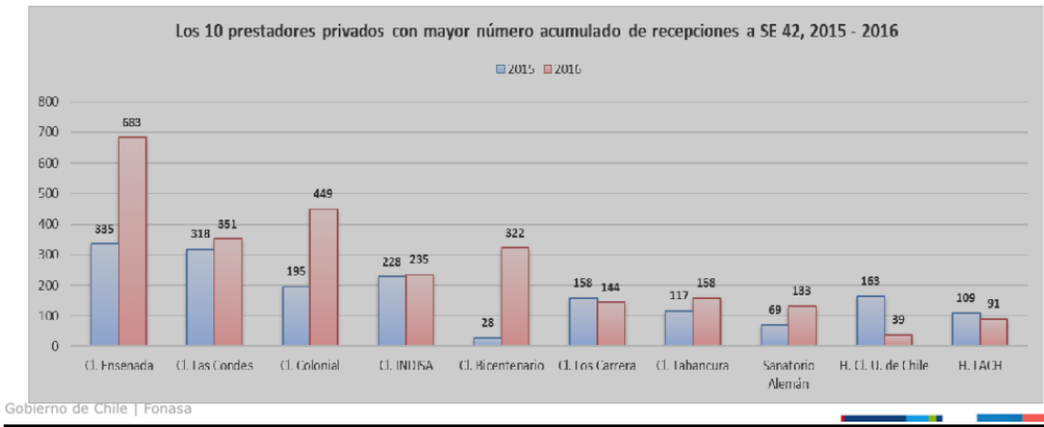
4) El sistema de acreditación ante la Superintendencia de Salud de los prestadores privados de salud.

Según pudo constatar la Comisión, tanto para la suscripción de Trato Directo como para adjudicar la Licitación Pública a prestadores privados de salud, uno de los requisitos es contar con autorización sanitaria vigente.

De los 10 establecimientos receptores, los que presentan mayor aumento de derivaciones son las clínicas Ensenada y Colonial por la mejor oferta que realizaron en la licitación de los años 2015-2016, que los ubicó en los primeros lugares del ranking. En el caso de Clínica Las Condes e Indisa, el volumen de derivación se mantiene por la amplia cartera de servicios que ofrecen. Por último, la Clínica Bicentenario en esta licitación mejoró su oferta y amplió su cartera, lo que se refleja en un aumento de derivaciones.

---

[30] *Disponible en: http://www.sernac.cl/26020/informe-de-precios-para-prestaciones-en-salud/*



Existe un grupo de prestadores privados en convenio cuya acreditación se encuentra acogida a las excepciones definidas en el rrtículo 14 del decreto supremo N°3, del 2016, (decreto GES 2016), que permite a aquellos prestadores que solicitaron acreditación antes del 30 de junio de 2016, entregar las prestaciones GES a las que hace referencia dicho decreto en lo que resta del tiempo de espera para la completa acreditación. Estos prestadores privados se acogen al trato directo y no a la licitación pública y su tasa de mortalidad promedio de pacientes derivados es 11,9%, similar a Unidades UCI del país. Estos recintos son: Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Valparaíso, Nueva Clínica Cordillera, Clínica Miraflores, Hospital Clínico Universidad Católica, Clínica Salud Integral y Clínica Ensenada.

La “acreditación” es un proceso periódico de evaluación, al cual se someten los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria -hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios- para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud. Este proceso apunta a mejorar continuamente la calidad del servicio o prestación de salud otorgado y busca minimizar los riesgos asociados a la atención de los pacientes. Dicho proceso de evaluación es ejecutado por Entidades Acreditadoras, las cuales a su vez son sometidas a un proceso de autorización por la Superintendencia de Salud.

El proceso de acreditación de prestadores exige que se cumplan 30 características obligatorias, de un total de 106 criterios o indicadores que son evaluados. Los requisitos que debe cumplir un prestador institucional de salud para acreditarse son: a) autorización sanitaria vigente, b) haber ejecutado y concluido el proceso de autoevaluación en los 12 meses anteriores a la solicitud de acreditación, c) cumplir con los estándares de calidad definidos por el Ministerio de Salud, y d) presentar solicitud de acreditación ante la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

Y los diferentes criterios o indicadores son divididos en los siguientes ámbitos sanitarios: 1.- Respeto a la Dignidad del Paciente. 2.- Gestión de la Calidad. 3.- Gestión Clínica. 4.- Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención. 5.- Competencias del Recurso Humano. 6.- Registros. 7.- Seguridad del Equipamiento. 8.- Seguridad de las Instalaciones. 9.- Servicios de Apoyo.

Así, este proceso evalúa la calidad del servicio, recursos humanos, las instalaciones de un centro de salud, su gestión y persigue establecer un estándar de calidad mínimo en la atención de pacientes, tanto en recintos públicos como en privados. Dicha certificación es obligatoria desde junio de 2016 para todos los centros de salud que atienden las 24 enfermedades más complejas del Auge, como cardiopatías, cánceres, esquizofrenia o infecciones respiratorias. Un informe de la Superintendencia de Salud que se ha dado a conocer por los medios de comunicación reveló que, aproximadamente, el 44,7% de los hospitales y clínicas ha aprobado la evaluación, es decir, 55 de un total de 123 recintos.

5) Glosa incorporada para Presupuesto año 2017 que permite sobre compras.

La Glosa 02 de la Partida Ministerio de Salud asociada al subtítulo 22 de "Bienes y Servicios de Consumo" ha permitido que los Servicios de Salud, los establecimientos dependientes, los establecimientos de Autogestión en Red (EARs), y establecimientos creados por los D.F.L. N°s 29, 30 y 31 del Ministerio de Salud, de 2001, deban aplicar para la contratación de servicios con sociedades de profesionales de servicios de medicina u otra de similar naturaleza, los procedimientos establecidos en la ley N° 19.886, debiendo los profesionales prestadores tener la calidad de titular o a contrata en el Sistema Público de Salud.

El Contralor, Sr. Jorge Bermúdez señaló, respecto de la glosa que: *"El sector salud se rige obviamente por las normas de compras públicas. Eso es así y obviamente hemos detectado infracciones al cumplimiento de las normas sobre contratación administrativa. Sin embargo, la glosa presupuestaria evidentemente cambia la situación jurídica, porque establece más bien este requerimiento de contratar con sociedades en que estén incorporados profesionales que prestan servicio en el sector salud, sin perjuicio de las dudas que merece, que están en una ley de Presupuestos y la inhabilidad se encuentra establecida en una ley orgánica constitucional".*

A su vez, respecto de este punto la Sra. Jeannette Vega, Directora de Fonasa señaló que "*mediante resolución fundada, los respectivos directores solo podrán contratar directamente cuando no sea posible programar el servicio requerido. Trimestralmente los servicios de salud y los establecimientos antes señalados informarán, dentro de los quince días del mes siguiente de vencido el periodo a la Subsecretaría de Redes Asistenciales de las contrataciones de servicios referidos. La Subsecretaría de Redes Asistenciales consolidará dichos informes y lo remitirá a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, dentro de los quince días restante.*

Además, los establecimientos mencionados, en conformidad a esta glosa del año 2017, no podrán contratar bajo la modalidad de compra de servicios profesionales, la provisión para recursos humanos para jornadas permanentes".

6) Fiscalización de la Contraloría General de la República:

El Contralor expresó claramente en su presentación ante la Comisión que el crecimiento del gasto del sector salud no va en línea con el aumento de presupuesto para los entes fiscalizadores y por ello no siempre es posible detectar a tiempo las irregularidades o vicios en las adquisiciones y contrataciones que realizan Fonasa, los servicios de salud y hospitales públicos del país al sector privado.

Cabe destacar que, de acuerdo a la información proporcionada por el Contralor, se desprende que desde 2012 a la fecha se han realizado 337

fiscalizaciones al sector salud (Fonasa, Cenabast, servicios de salud, hospitales públicos), de las cuales han resultado 22 sumarios administrativos, 10 a Servicios de Salud y 12 a hospitales, ninguno a Fonasa ni a Cenabast. Los mayores problemas, según el Contralor General, se producen en los hospitales autogestionados, los cuales en su mayoría carecen de un adecuado sistema de control interno.

Total, de sumarios a nivel nacional [31]

7) Hallazgos sobre Clínica Ensenada.

La Clínica Ensenada es un establecimiento de atención cerrada de salud, de alta complejidad asistencial, por ello en el recinto no hay atención ambulatoria, ya que sólo reciben pacientes derivados para hospitalizar en sus camas críticas; su número de RUT es 76.363.205-9, está ubicada en un strip center, en calle Fermín Vivaceta N° 957, comuna de Independencia, Región Metropolitana, de Santiago; su N° de registro corresponde al 257, la clínica pertenece a la sociedad Portal Salud Spa, que constituyó Luis Eduardo Ramírez Nielsen, en julio de 2014, su representante legal es Luis Rodolfo Bustos Basili.

Si bien cuenta con aproximadamente 50 camas críticas y ocupa un pequeño espacio en el referido strip center, de acuerdo a la adjudicación que le ha hecho Fonasa, ya sea por trato directo o por licitación pública, está al nivel de clínicas como Las Condes, Indisa o Tabancura. En efecto, en 2014, a raíz de una alerta sanitaria, consiguió un contrato por trato directo –sin licitación- con Fonasa por $1.700 millones.

La Clínica ha recibido millonarios recursos públicos entre los años 2014 y 2017. Lo más preocupante es que solo vino a obtener su certificación de acreditación sanitaria ante la Superintendencia de Salud en 2017; no obstante, existen otros 208 centros médicos o clínicas en el país que si están acreditadas, acogiéndose a una excepción prevista, lo cual no es una ley, sino que un decreto, que le permitió realizar su acreditación lentamente, en un periodo de dos años, mientras recibía pacientes críticos derivados por Fonasa y los Servicios de Salud. Según su ficha del portal Mercado Público, se le han adjudicado, en virtud de diversos contratos con el Estado, el monto de $8 mil millones, de los cuales $3.477 millones los consiguió durante 2016; por ello, es la tercera institución del país que más recursos ha recibido de Fonasa, sólo superada por las clínicas Las Condes e Indisa, según un reportaje del diario La Tercera que reveló que el Estado paga el triple del costo público por pacientes de Fonasa que son derivados a las clínicas.

Tanto para la suscripción por trato directo como para adjudicar una licitación pública es requisito contar con autorización sanitaria. En el caso de Clínica Ensenada; su primera resolución transitoria corresponde a la N° 027154, con fecha 18 de Julio de 2014, otorgada por el Seremi de Salud de la Región Metropolitana. Esa acreditación se encuentra acogida a la excepción establecida en el artículo 14, del decreto N° 3, decreto Auge 2016. Por tanto, al momento de su postulación y posteriores adjudicaciones, la clínica cumplía con la normativa vigente. Esta excepción permite a aquellos prestadores que solicitaron acreditación antes del 30 de junio de 2016, entregar las prestaciones GES a las que hace referencia el decreto Nº 3, a la espera de completar el proceso.

---

[31] *Bermúdez Jorge, Contralor General de la República, exposición disponible en: https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=98448&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION*

Existen datos del supuesto lobby que hizo para la clínica ante el Ministerio de Salud el ex presidente del Colegio Médico, entre los años 2008 y 2011, con la Directora Nacional de Fonasa, para utilizar la telemedicina para atender pacientes y reducir la lista de espera del AUGE, que es uno de los servicios que presta la clínica, y que desarrolla comercialmente el doctor Pablo Rodríguez Whipple, cuyos servicios fueron contratados en 2014 por el municipio de Illapel para consultas con especialistas que atendieran a la población del valle del Choapa. Fue el medio de prensa escrita El Mercurio que constató que de una población de 16 mil personas beneficiarias del consultorio, y de una lista de espera de 8 mil personas, los facultativos sólo encontraron 2 mil casos que requerían de un especialista.

Lo anterior se refleja en una audiencia bajo la ley del lobby, en que el ex presidente del gremio médico acudió como gestor de intereses en representación de la Clínica Ensenada junto a Bustos Basili, a una reunión con Jorge Antonio Martínez Jiménez, del Ministerio de Salud, en julio de 2015. En la audiencia de una hora solicitó que se realizara un estudio de casos de pacientes atendidos durante 2014 por la clínica Ensenada derivados por el Servicio de Salud Metropolitano Central, y que a esa fecha estaban pendientes de pago, debido a discrepancias en el formato de servicios prestado[32].

Análisis de las adjudicaciones de Clínica Ensenada.

a) Trato directo de 2014. Según lo expuso Fonasa, se produjo un aumento en demanda de camas críticas, lo cual se explica porque el Ministerio de Salud dictó una alerta sanitaria (decreto N°121 de 26 de junio) y sumado a la campaña de invierno, Fonasa debió contratar una oferta adicional de camas a prestadores privados para suplementar la oferta disponible, a través de un trato directo en 2014 y 2015, y luego por licitación pública, para pacientes trasladados vía Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC).

En el marco jurídico de la alerta sanitaria decretada, se autorizó a Fonasa, específicamente, para celebrar tratos directos si se requería con urgencia. Por ello suscribió tratos directos con 3 Clínicas: Colonial, Ensenada y Nueva Cordillera, para tener más camas disponibles. Este trato directo comprendía servicios de salud para resolución integral de patologías y hospitalización integral, mediante la resolución Nº 0446, de 14 de octubre de 2014. Este contrato tuvo vigencia hasta marzo de 201;, los pacientes de Fonasa hospitalizados en clínica Ensenada tenían neumonías y patologías crónicas, insuficiencia cardíaca descompensada y arritmia cardíaca, enfermedades metabólicas y pielonefritis.

b) Licitación pública año 2015: Fonasa renovó la licitación pública de camas críticas, cambiando el mecanismo de pago por día cama, a pago resolución del problema completo (GRD), adjudicándose 25 prestadores, entre ellos Clínica Ensenada. Por ello, hoy Fonasa no tiene licitación de día cama; las derivaciones de pacientes críticos se realizan a los prestadores privados a través de la UGCC y su mecanismo de pago es GRD

La compra de servicios para esta institución corresponde a resolución de patologías agudas o agudizadas de paciente adulto en estado crítico, que requiere atención médica.

---

[32] *Información disponible en: https://www.leylobby.gob.cl/instituciones/AO007/audiencias/2015/4954/4689*

Cabe destacar que la Clínica Ensenada, no pertenece a la Asociación de Clínicas de Chile A.G., toda vez que, entre sus asociados no existen clínicas que no sean abiertas al público.

8) Hallazgos de la auditoria informada mediante Oficio Ordinario A-111 Nº 3869, de 19 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud.

Dicho oficio, en su literal a), hace referencia a la auditoria Nº 36/2016 de 14 de octubre de 2016, del departamento de auditorías del Ministerio de Salud, en sus páginas 3 a 37; determinó una serie de graves infracciones al sistema de compras públicas

Esa auditoría comprendió el periodo que va desde agosto de 2015 hasta abril de 2016; evaluando a 59 establecimientos hospitalarios, dependientes de 26 servicios de salud del país y a 3 establecimientos experimentales; de todos ellos, solo 52 centros hospitalarios respondieron efectivamente, según consigna la auditoria. Así la auditoria precitada logró establecer que:

- El 37,2%, o sea, en 19 de 51 establecimientos pesquisados, los manuales de procedimiento para efectuar compras públicas, no se encuentran publicados en el portal de compras públicas, www.chilecompras.cl

- El 27%, o sea, 14 de los 52 hospitales analizados, informaron que no cuentan con un lugar seguro y de fácil acceso que permita llevar un orden lógico y mantener los egresos en buen estado.

- El 15% de los hospitales auditados, o sea, 8 de 52 hospitales, no tienen una base de datos que identifique a todos los funcionarios que deben realizar las declaraciones de intereses y patrimonio y con sus antecedentes asociados.

- El 79%, o sea, 41 hospitales de los 52 auditados, no cuentan con un protocolo o documento de base formal con los criterios y programación de las prestaciones de salud que se realizan fuera de horarios de trabajo, aun cuando es una situación de común ocurrencia, según adelantamos.

Otra situación que suele repetirse, según las revisiones de la Contraloría y la auditoria precitada, es que se han detectado convenios suscritos con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley N° 19.886, y que se han seguido renovando. Es decir, se ha estado perpetuando una situación que incluso es previa a 2003, sin que proceda, como la de compras públicas manda, a través de licitaciones públicas y solo en los casos excepcionales que dicha ley prevé a través de la modalidad de trato directo.

Dicha auditoría detectó una serie de irregularidades en materia de compras públicas:

a) En materia de trato directo, podemos concluir una serie de infracciones a la normativa vigente, la cual comprende la ley Nº 19.886 de compras públicas, el decreto supremo Nº 250/2004 del Ministerio de Hacienda.

- 14 hospitales auditados, que forman parte de 9 servicios de salud del país, en el periodo comprendido entre 2015 y 2016 realizaron compras por trato directo, producto de lo cual se produjo la fragmentación de las contrataciones de prestaciones médicas, cirugías, horas de anestesias. Lo cual se aprecia claramente en la página 23 del precitado informe de auditoría, en anexo Nº 3.

- En los tratos directos auditados, solo el 5%, es decir, en 49 de los pagos de un total de 883 pagos, se cumplió con la preceptiva legal, toda vez que

no se indicó la causal invocada para su procedencia en los restantes. Sobre el particular, en 45 pagos, no solo no se invocó una causal legal para que procediera el trato directo sino que, además, no hay antecedentes que acrediten la pertinencia del trato directo; contraviniendo los dictámenes de la Contraloría General de la República.

- Además, de esos pagos, el 25% (224 pagos) son efectuados ex post, es decir, a continuación del evento o prestación propiamente dicha, ya que se trata de regularizaciones; contraviniendo la preceptiva aplicable. Se vulneró, especialmente, la resolución exenta Nº1 1.485/1996, el artículo 8º de la ley Nº 18.575, y el artículo 7º de la ley Nº 19.880.

b) En las licitaciones públicas, se encontró que no todas ellas cumplen la normativa vigente, faltando por parte de los miembros de la comisiones evaluadores, la declaración jurada de intereses, en relación a que no tengan conflictos de intereses. La ley de Compras Públicas, Nº 19.886, contempla prohibiciones de contratar libremente para la administración pública y también hay una excepción en su artículo 4°, inciso final, que señala que "*cuando circunstancias excepcionales lo hagan necesario, los órganos y empresas referidas en el inciso cuarto podrán celebrar dichos contratos, siempre que se ajusten a condiciones de equidad similares a las que habitualmente prevalecen en el mercado. La aprobación del contrato deberá hacerse por resolución fundada, que se comunicará al superior jerárquico del suscriptor, a la Contraloría General de la República y a la Cámara de Diputados.".*

Esa norma, según Contraloría, es una de las normas excepcionales que normalmente se ha utilizado como regla para la contratación por parte de servicios de salud y hospitales, y de cuya razón fundada no siempre se comunica a los órganos contralores que la norma requiere. El mismo Contralor señaló, además, que otro vicio que se ha podido detectar es que en algunos casos en las bases de la licitación se han colocado requisitos que solo pueden cumplir algunas sociedades, como razones vinculadas con la tecnología y la capacitación del equipo profesional del centro asistencial que se contrata, como a las especialidades con que cuenta y a su alto nivel de calificación técnica. De esta manera en la redacción de las bases de licitación puede haber alguna limitación a la competencia que se pueda dar.

Sobre la incompatibilidad horaria y las inhabilidades de los profesionales de la salud y también de las sociedades médicas que prestan servicios a los centros hospitalarios, a servicios de salud del país, y a Fonasa, es decir, si las prestaciones de salud pagadas a las sociedades médicas se llevan a efecto fuera de la jornada laboral y si existe un control vigente de asistencia.

Existe normativa aplicable al caso de la reglamentación de los horarios, jornadas y sobre el método de control de asistencia; dado por el dictamen Nº 27.410/2010, que atribuyen la facultad de controlar y establecer mecanismos para ello al jefe de servicio. En el mismo tenor lo prevé la letra d) del artículo 61, del DFL Nº 29, el Estatuto Administrativo, sobre cumplimiento de jornada laboral, entre otras normas. Respecto de las normas generales, se encuentra la prohibición para contratar, según el inciso sexto del artículo 4° de la ley N° 19.886, que establece que ningún órgano de la Administración del Estado, de las empresas y corporaciones del Estado o en que este tenga participación –cualquier servicio público-, podrá suscribir contratos administrativos de provisión de bienes o prestación de servicios con los funcionarios directivos del mismo órgano o empresa. Por ejemplo, según señaló el Contralor General, señor

Bermúdez, “no podría formar una sociedad que preste servicios a la Contraloría General de la República como tampoco podría hacerlo un director de salud o cualquiera que desempeñe un cargo de directivo”. La prohibición por vínculo de parentesco está determinada en la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado. La prohibición llega hasta el tercer grado de parentesco por consanguineidad.

Dentro de las normas generales que se debe tener en cuenta, se encuentran las de inhabilidades, como el artículo 54 letra a) de la ley N° 18.575, de Bases Generales de la Administración del Estado, que establece que sin perjuicio de las inhabilidades especiales que establezca la ley, no podrán ingresar a cargos en la Administración del Estado las personas que tengan vigente o suscriban, por sí o por terceros, contratos con el respectivo organismo de la Administración Pública. Pero, ¿qué ocurre con las prestaciones que contrata Fonasa? Se produce “una especie de triangulación”, según lo señaló el órgano contralor, pues Fonasa realiza contrataciones con sociedades médicas integradas por profesionales que forman parte de servicios públicos. Por lo tanto, la inhabilidad no se produce, pues Fonasa contrata con profesionales con quienes no existe vinculación, toda vez que esa vinculación está con el servicio de salud y no con Fonasa. Eso es lo que hace que no se aplique este requisito de inhabilidad sobreviniente.

La Ley de Presupuestos para 2017 consolida tal situación, e incorpora que los Servicios de Salud, establecimientos dependientes, establecimientos de autogestión en red, y establecimientos creados por los DFL N° 29, 30 y 31, de Salud, deberán aplicar para la contratación de servicios con sociedades de profesionales de servicios de medicina u otra de similar naturaleza, los procedimientos establecidos en la ley N°19.886, debiendo los profesionales prestadores tener la calidad de titular o a contrata en el sistema público de salud, es decir, Fonasa o cualquier servicio puede contratar o externalizar los servicios, pero la exigencia es que las sociedades deben estar integradas por profesionales que ya están trabajando en el servicio de salud.

De lo señalado por el Contralor surge una conclusión que puede parecer paradojal ya que el legislador en lugar de desincentivar la contratación de trabajadores por parte del mismo servicio del que es funcionario, como ocurre con el grueso de la Administración del Estado, por medio de una glosa presupuestaria, lo incentiva; la única explicación para hacerlo sería cuidar la calidad del servicio que se va a entregar por vía de una empresa externa. En este caso, asegurándose que el ejecutor sea un funcionario del mismo servicio.

Otra situación que podría resultar paradojal en el caso de esta normativa es que desincentiva a los profesionales a contratarse en el mismo servicio por turnos más largos, ya que solo les bastaría tener un contrato por pocas horas, cumpliendo así con el requisito habilitante de la glosa para, en los tiempos restantes, dedicarse a su propia consulta o a realizar prestaciones al mismo servicio por medio de la sociedad correspondiente.

La auditoría en comento, informó que sobre este punto los establecimientos auditados dilataron bastante la entrega de la información requerida. Una de las razones es que de los 52 hospitales auditados, 28 de ellos tienen más de un sistema de registro de control de asistencia; finalmente sobre este punto se arribó a las a siguientes conclusiones:

- Se descubrió a 7 profesionales con cargo de jefatura, cuyas prestaciones de salud por sociedades médicas, las realizaron en horario institucional (recuadro página 14 del informe de la auditoria)

- Que, hay 83 profesionales funcionarios que son miembros de 53 sociedades médicas, todos quienes realizaron las prestaciones de salud para las respectivas sociedades en horario institucional; por ende, existe incompatibilidad horaria (mismo recuadro).

- Se descubrió que los médicos no registran su asistencia ni horario en un sistema de reloj biometrico; sino en hojas de control manual, las que no tienen las fechas, y los nombres consignados son ininteligibles, y otros profesionales no tienen contrato como para ser fiscalizados en una jornada. Tampoco se controla el cumplimiento de un horario laboral de los médicos, en relación a sus contratos o programación de jornada y de turnos; lo cual es una atribución del respectivo jefe de servicio.

- Los puntos previamente indicados, son causa de detrimentos patrimonial fiscal, a raíz del incumplimiento contractual y de no contar con medios de garantía de una jornada con el debido resguardo; redundan en un posible conflicto de intereses, según prevé la letra b) del artículo 84 de la ley Nº 18.834 -Estatuto Administrativo-, y el numeral sexto del artículo 62 de la ley Nº 18.575 -Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado-.

Sobre las declaraciones de interés y patrimonio, de los funcionarios que realizan prestaciones de salud a través de sociedades médicas en los establecimientos de salud auditados: Existe un grave incumplimiento en la presentación de dichas declaraciones, sin que se cursen las multas legales, lo cual significa que nos se cumple con las normas de probidad administrativa.

Del total de 990 funcionarios que prestan servicios en las sociedades revisadas, el 56% de ellos, o 554 funcionarios, están obligados a realizar la declaración de intereses y de patrimonio, pero solo el 50% de ellos, es decir, solo 276 funcionarios lo han cumplido (tabla página 17 del informe de la auditoria).

A mayor abundamiento, a nivel de establecimientos pesquisados, 23 de ellos tienen un nivel de cumplimiento inferior al 50% y en 15 establecimientos del total, ni siquiera tienen la información de los funcionarios que deben prestar la declaración y tampoco informaron si se han aplicado las multas legales por la no realización de la misma.

Conclusiones y recomendaciones.

Según todos los datos vistos y analizados, es posible concluir que Fonasa, Cenabast, los servicios de salud ,y los hospitales públicos, se rigen todos por las reglas generales en materia de compras públicas correspondiente a la ley N° 19.886 y su correspondiente Reglamento. Sin embargo, se ha constatado la existencia de diversas infracciones a la normativa que rige la contratación pública, como a sus principios rectores, esto es, a los principios de eficiencia, eficacia y probidad a que se refiere el inciso final del artículo 3° de la ley N° 18.575, según asentamos más arriba. Luego, la Ley de Presupuestos de 2017, y posiblemente para los siguientes periodos presupuestarios, trae aparejada una serie de dificultades jurídicas en su aplicación que conlleva, en parte, el germen del problema denunciado, al establecer excepciones sobre las características de las

sociedades médicas comerciales con las que puede contratar el servicio público. La glosa establece, como requisito habilitante para prestar servicios por medio de sociedades médicas, que sus socios o prestadores individuales deban tener la calidad de titular o a contrata en el sistema público de salud.

Conforme a ello y a otros datos empíricos, además de la información recabada por esta Comisión, es evidente que el Estado de Chile no logra cubrir la demanda total por prestaciones de salud de diversa índole de nuestra población, por lo cual ha adoptado un sistema que consiste en recurrir al sector privado de salud, adquiriendo de ellos las prestaciones de salud que no puede otorgar y así tratar de completar su oferta a la par de la alta demanda. El Estado, por medio de los privados, busca resolver los problemas sociales que éste no puede enfrentar por sí sólo pues, actualmente, en algunos casos, carece de la capacidad suficiente, especialmente, en lo que se refiere a las camas críticas.

Coincidente con lo anterior, junto a los nuevos desafíos del área médica, al crecimiento demográfico previsto para las próximas décadas, y a todo el déficit de camas críticas, se acentuará la necesidad –como política de Estado- de incentivar la construcción de más camas críticas. Como esta situación toma tiempo, y es a mediano plazo, en lo inmediato se sugiere una regulación más adecuada, con licitaciones transparentes y públicas, atendido la diversidad que ofrece el mundo privado –para evitar la discrecionalidad de la contratación directa-

Por tanto, tal como lo mencionó la Directora de Fonasa, debe evaluarse seriamente la posibilidad de incluir al sector privado dentro de la red pública.

Tanto las autoridades de los servicios públicos, como los diferentes expertos que acudieron a la Comisión, fueron coincidentes en indicar que el régimen establecido en la ley N° 19.886 de compras públicas es escasamente aplicado, privilegiando el trato directo por sobre las licitaciones públicas. A mayor abundamiento, existen convenios suscritos con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley N° 19.886 que se han seguido renovando o extendiendo en forma reiterada, sin convocar a un proceso licitatorio. En efecto, tanto la Contraloría, como el oficio ordinario A-111 Nº 3869, de 19 de diciembre de 2016, en su literal a), hace referencia a la auditoria Nº 36/2016 del 14 de octubre de 2016, del departamento de auditorías del Ministerio de Salud: en sus páginas 3 a 37; se establece claramente un recurrente uso de la modalidad de trato directo por sobre la licitación pública, sin que exista la fundamentación necesaria que la ley de compras públicas prevé como sus causales de procedencia. Se detectó, también, la omisión del uso de la plataforma de mercado público y la inexistencia de la documentación de respaldo de las compras públicas o comprobantes de pago; deficiencias en los procesos de adjudicación e incumplimiento de las bases que regulan los procesos de compra; asimismo, la falta de declaración de patrimonios e intereses de los funcionarios de los diversos servicios de salud del país y centros hospitalarios, cuyo personal no ha realizado esta exigencia y tampoco se cuenta con la documentación de respaldo.

1.- <u>En materia de compras públicas.</u>

Conclusiones.

a) Existe en el sistema de salud un gran problema de regulación en sus compras, en palabras de la Directora de Fonasa Sra. Jeannette Vega y del propio Contralor Sr. Jorge Bermúdez, el sistema que rige las compras del sector

público al sector privado es un “sistema desregulado”. Por una parte existen organismos, como Fonasa y Cenabast, que realizan sus adquisiciones por medio de procedimientos regulados y públicos, como son las licitaciones públicas, lo cual permite establecer procedimientos de comparación y mejorar la eficiencia en el gasto. En tanto, existen otros organismos del sistema, en donde se encuentran los servicios de salud y los hospitales autogestionados, que realizan gran parte de sus adquisiciones por vía de licitaciones privadas y compras directas al sector privado, lo cual permite un amplio margen de discrecionalidad, opacidad en el sistema, y que en los últimos años ha provocado una creciente deuda del sector.

b) Existen graves falencias detectadas en el sistema de adquisiciones, como un bajo control interno en la ejecución de los contratos, diferencias en los montos informados como adeudados por el establecimiento de salud y los datos que proporcionan los proveedores involucrados y diferencias en los stocks de inventarios informados por el establecimiento auditado por la Contraloría General de la República, y los validados físicamente. Ello revela un desorden administrativo y contable en las áreas de finanzas, contabilidad y tesorería.

Recomendaciones

a) Todos los servicios de salud del país y los centros hospitalarios dependientes de aquellos, deberán aplicar a la brevedad toda la normativa vigente: la ley Nº 19.886 y su reglamento, el decreto supremo Nº 250/2004 del Ministerio de Hacienda, la resolución exenta Nº 1.485/1996 de la Contraloría General de la Republica, lo previsto en el literal b) del artículo 84 de la ley Nº 18.834, el numeral sexto del artículo 62 de la ley Nº 18.575. Ello, resguardando el principio de la probidad administrativa, eficacia y eficiencia; evitando la fragmentación de la contratación de prestaciones médicas por la vía de preferir el trato directo por sobre la licitación pública e incluso para la regularización de compras directas previas impagas. Entendiendo como salvedad la situación de las compras de horas médicas y camas críticas, toda vez que la compra de medicamentos es algo mesurable y, en mayor medida, es posible una planificación, al menos a mediano plazo, ellas podrían licitarse anualmente.

b) Constituye también una buena iniciativa la instalación de los cargos de directorios de compra macro zonales, ya sea por la vía de incorporar una glosa en las partidas correspondientes, en el Ministerio de Salud en la Ley de Presupuestos de cada año, o mediante una ley definitiva. En la Glosa 09 de la Partida Ministerio de Salud General o en la Glosa 01 de la Partida Ministerio de Salud, asociada al subtítulo 21, de "Gastos en Personal” o en la Glosa 02 de la Partida Ministerio de Salud, asociada al subtítulo 22, de "Bienes y Servicios de Consumo”.

Los directores de compra macro zonales deberán buscar y establecer una política de eficiencia en el uso de los recursos, optimizando el gasto generado por la compra de bienes y servicios derivados de las prestaciones de salud e insumos; diseñar, revisar y optimizar los protocolos vigentes para las estrategias de compras y determinar un mercado de compra macro regional, agregando demanda y regulando precios; asumir el control y pertinencia de las compras de los servicios de salud para racionalizar y optimizar el uso de los recursos; potenciar los polos de desarrollo entre las red pública de salud y de esta

manera potenciar la compra interna, agregando demanda para optimizar procesos de compra; dar respuesta oportuna y de calidad a las brechas asistenciales.

c) En esta parte se hace necesario impulsar una reforma legal del marco regulatorio vigente, abocándose a la transparencia, participación y fortalecimiento de los derechos de la ciudadanía ante el sector sanitario y sanciones efectivas por el incumplimiento de la ley de compras públicas; la revisión y modernización de los actuales procedimientos de fiscalización, de la manera en que operan las compras públicas de Fonasa, de los Servicios de Salud y los hospitales del país, con inclusión de parámetros para determinar la gravedad y reiteración de las infracciones a la ley; también introducir cambios para obtener una gestión administrativa en la ejecución de los procesos de compras que sea eficiente.

d) Además, considerando los artículos 7º, 8º, 10, 53, 131 de la ley Nº 10.336, que establece la Organización y Atribuciones de la Contraloría General de la República, es pertinente que se remitan todos los antecedentes reunidos en el curso de la investigación desarrollada por esta Comisión Especial Investigadora, para que dicho ente contralor inicie una investigación respecto de las infracciones detectadas en la auditoria UAE Nº 36/2016, de 14 de octubre de 2016, y determine las demás medidas que correspondan en el marco de sus competencias y, especialmente, en lo relativo a la incompatibilidad horaria y a la falta de cumplimiento y control de jornada laboral, y la no aplicación de multas legales por no presentar dentro de plazo las declaraciones de interés y patrimonio a todos los profesionales funcionarios que no lo han hecho.

2.- <u>En materia de sociedades médicas comerciales.</u>

Conclusiones.

Las sociedades médicas comerciales que contratan con las entidades públicas normalmente están integradas por profesionales que son funcionarios del mismo servicio (o que al menos mantienen algún vínculo indirecto). En estas contrataciones, los pagos por prestaciones de servicios no validan el cumplimiento de la jornada laboral por parte de los médicos especialistas que laboran en el mismo establecimiento. En esta materia, de contrataciones entre organismos del sistema de salud y las llamadas sociedades de profesionales de la salud, nos parece necesario trasparentar y regular la relación que se está produciendo en tal contratación de sociedades, especialmente, entre los profesionales que son funcionarios de un establecimiento de salud, que una parte del día son funcionarios públicos y en otra prestadores de la sociedad profesional. Esa situación afecta a la fe pública pues, de acuerdo a la normativa chilena, un funcionario público no puede celebrar contratos con el mismo servicio del cual depende como funcionario. Más paradojal aún resulta el hecho de que vía glosa presupuestaria, se establezca como requisito habilitante para prestar servicios por medio de una sociedad, el de ser funcionarios del sistema de salud pública. Entendemos que el objetivo de esta norma es asegurar un mínimo de calidad pero, al mismo tiempo, representa un desincentivo para que los funcionarios se contraten por más tiempo en el mismo servicio.

Recomendaciones.

a) Considerando los artículos 7º, 8º, 10, 53, 131 de la ley Nº 10.336 que establece la Organización y Atribuciones de la Contraloría General de la República, es pertinente que se remitan todos los antecedentes reunidos en el curso de la investigación desarrollada por esta comisión Especial Investigadora, para que dicho ente contralor inicie una investigación respecto de las infracciones detectadas en la auditoria, respecto de los directores de los servicios de salud, jefes de servicio, directores de hospitales, a fin de esclarecer las responsabilidades administrativas en la incompatibilidad horaria y la falta de cumplimiento y control de jornada laboral y la no aplicación de multas legales por no presentar dentro de plazo las declaraciones de interés y patrimonio a todos los profesionales funcionarios que no lo han hecho, como la responsabilidad de la jefatura directa por no cursarlas y con el mérito de la misma se instruya para que se inicie una investigación sumaria o sumario administrativo.

b) Se propone establecer una prohibición o incompatibilidad para que directivos médicos que pertenecen a sociedades prestadoras, autoricen pagos a las mismas sociedades a que pertenecen.

c) Es importante, también, contar con mecanismos claros de evaluación de la gestión de los profesionales del sector, atendido que una buena gestión de los profesionales debiese, necesariamente, disminuir las compras de servicios a las sociedades medicas externas.

d) Al mismo tiempo, se debería realizar la división de las jornadas de los profesionales estableciendo horarios de trabajo más homogéneos que permitan jornadas más ordenadas y más eficientes para los servicios, a fin de evitar los problemas que se han constatado en los sistemas de control de horarios. Por ello, proponemos homogenizar los mecanismos de control en esta materia promoviendo la instalación de dispositivos lectores biométricos en todos los establecimientos públicos de atención de salud.

e) Que la compra de servicios será la excepcionalidad, debiendo, para que ello pueda ocurrir, incrementar horarios de profesionales, al de menos a 38 horas semanales, y optimizar los sueldos en caso que sea necesario. Todo ello, requiere de la modernización en el área de la gestión.

3.- <u>En materia de gestión de recursos.</u>

Conclusiones.

Al interior de la comisión se expusieron situaciones relacionadas a la escasa coordinación dentro de los Servicios de Salud a lo largo del país, vinculada a la contratación de prestaciones médicas[33]. Lo anterior en razón a que existen casos en los cuales, los profesionales que efectuando su Periodo Asistencial Obligatorio (PAO)[34] en la red pública de salud, se encuentran con que no puede brindar el servicio de forma adecuada producto que de manera previa el propio Servicio de Salud efectuó la compra de servicios a Sociedades Médicas, en las cuales inclusive sus miembros prestan servicios al propio organismo de Salud.

---

[33] *Cámara de Diputados. Comisión Especial Investigadora sobre compras de insumos y prestaciones de salud efectuadas por Fonasa y pérdidas financieras, Sesión 9ª del 6 de marzo 2017, disponible en: https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=32773&prmTIPO=ACTACOMISION (19/06/2017)*

[34] *Es aplicable para aquellos profesionales que hayan obtenido la Beca del Programa de Formación de Especialista y Subespecialistas. Dicho periodo de tiempo es equivalente al doble de la duración de la formación*

Ello hace que la inversión efectuada por el Estado en la formación de especialistas, traiga consigo bajos niveles de eficiencia y eficacia de los recursos públicos y no se enfrente así, de manera coordinada, la demanda de salud respecto a los 1,6 millones de pacientes que se encontrarían esperando una atención de especialidad.

Recomendaciones

a) Habiéndose constatado por esta comisión que la mayor cantidad de sumarios realizados al sector salud se han registrado a los hospitales autogestionados, consideramos necesario normar para que puedan mejorarse los sistemas de control interno de esos establecimientos, especialmente en las áreas de adquisiciones y contratación de servicios. En el mismo sentido, proponemos mejorar los sistemas de control de inventarios, para de esta manera prever futuras adquisiciones de insumos, por medio de Cenabast, en coordinación con modelos macrozonas, que al comprar en grandes volúmenes aminora los costos de los mismos.

b) Se debe considerar la implementación de un proceso de coordinación desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales con los propios Servicios de Salud a lo largo del país, con el objeto de establecer de buena manera los mecanismos de destinación de los profesionales que inician el período de devolución del programa de formación de especialistas a los Servicios. En ese sentido, se insta al Ejecutivo a buscar los mecanismos efectivos que permitan y obliguen a dar cumplimiento a los compromisos legalmente contraídos.

c) Se propone, en concordancia con la exposición realizada por el Contralor General de la República, el Sr. Jorge Bermudez y el Presidente del Colegio Médico, el Dr. Enrique Paris, contratar con exclusividad y/o con mejores condiciones laborales a los profesionales de salud, en el entendido que en muchas situaciones son escasos y requieren mejoras laborales. Es decir, se deben buscar mecanismos para reencantar a los profesionales de la salud, médicos y enfermeros (as) y una de las forma de lograrlo es evitar que se pague más a los *outsiders* que trabajan en la tarde, para obtener una formula justa, pero no excesiva.

d) Se debe incorporar tecnología avanzada en el sistema público de salud, lo cual hará que los médicos puedan estudiar y especializarse trabajando en el sistema público y trabajar con otros especialistas que les puedan transmitir su experiencia. Además, hay que reconocer que los hospitales públicos son el campo clínico de las universidades, lo cuales es un incentivo para los médicos, poder trabajar en un lugar donde se hace docencia e investigación. Hay que potenciar esta área, pues genera que los médicos se queden en el sistema público.

e) Dado que en la Comisión se hizo notar que uno de los puntos principales de adquisiciones a privados por parte de Fonasa dice relación con la contratación de camas críticas mediante el sistema de GRD, y dado que el Ministerio ha señalado que la meta del actual gobierno es llegar a la implementación de 200 de esas camas críticas en el sistema público, creemos necesario cumplir con dicha meta en los próximos meses y en lo posible superarla, a fin de ir bajando los porcentajes de este tipo de compras. Sabemos que en el sistema empleado hay una compartimentación del riesgo entre lo público y lo

privado, pero en la medida de que exista mayor disponibilidad de camas críticas en el sector público, disminuirá también el riesgo de mayor gasto para el sector.

f) Un punto no menor que se hizo notar en la Comisión fue el impacto e incidencia que tienen en el mayor gasto en salud las movilizaciones de los trabajadores del sector, especialmente las paralizaciones, ya que esto ha provocado, según se mostró en cifras, que esas paralizaciones implican aumentar la contratación y adquisición de servicios en el sector privado, con alto costo para los recursos fiscales. Al respecto proponemos el mejoramiento de los mecanismos de resolución de conflictos en los diferentes servicios, establecer protocolos de funcionamiento en las situaciones de paralización y, en caso que corresponda, hacer cumplir la normativa vigente para asegurar el derecho a atención de la población.

4.- En materia de glosas presupuestarias.

Conclusiones.

El establecimiento de glosas al interior de la Ley de Presupuestos parece una buena medida transitoria en el sentido que permiten tener una mejor información y fiscalización respecto de qué, a qué precios y dónde se están realizando las adquisiciones. Al igual que permite establecer valores únicos de acuerdo a las macrozonas. El gran problema que tiene el controlar bajo el sistema de glosas es que estas deben ir incorporándose año a año en los respectivos proyectos en discusión y no permiten tener la seguridad de que en el año siguiente se van a mantener los mismos procedimientos.

Recomendaciones.

Por lo anterior, esta Comisión propone establecer los mecanismos de control de adquisiciones en una ley permanente, cuidando normar eficientemente sobre probidad y transparencia en el sector, de manera que los organismos contralores y la ciudadanía misma pueda acceder a la información completa sobre la materia.

Se recomienda fijar de manera permanente, mediante una ley de la República un mínimo de horas o piso a los profesionales funcionarios médicos de la red pública de salud, como requisito horario mínimo para poder contratar con las sociedades médicas comerciales de las cuales sean titulares y presten servicios por la vía de contratar a las mismas sociedades médicas. En este sentido, se recomienda un modificación a la ley Nº 19.886 de Compras Públicas o la dictación de una ley especial tendiente a regular las compras públicas de prestaciones de salud por parte de Fonasa, Cenabast, los Servicios de Salud del país y los hospitales, que recoja las especiales características abordadas en las consideraciones.

5.- En materia de Control por parte de la Contraloría General de la República (CGR).

Conclusiones.

a) El Contralor expresó claramente en su presentación ante la Comisión que el crecimiento del gasto del sector salud no va en línea con el

aumento de presupuesto para los entes fiscalizadores y por ello no siempre es posible detectar a tiempo las irregularidades o vicios en las adquisiciones y contrataciones que realizan Fonasa, los Servicios de Salud y hospitales públicos del país al sector privado. Cabe destacar que, de acuerdo a la información proporcionada por el Contralor, se desprende que desde el año 2012 a la fecha se han realizado 337 fiscalizaciones al sector salud y que los mayores problemas se han detectado en los hospitales autogestionados, los cuales en su mayoría carecen de un adecuado sistema de control interno.

b) La CGR no ha tenido un crecimiento proporcional al que ha tenido el gasto en salud; al contrario, el presupuesto de la Contraloría en la Ley de Presupuestos ha ido disminuyendo paulatinamente desde el año 2014. En efecto, si el presupuesto de salud es más de 15%, el de control es del 0,15 % en el año 2017, y sigue a la baja. O sea, claramente hay una tendencia en que ha ido decreciendo el gasto en materia de control, y si esto se lleva al porcentaje del PIB que significa el control, es más escueto aun, porque es de 0.04%.

Recomendaciones.

a) La CGR, para ejercer sus facultades de control, ésta debe recaer respecto de un profesional funcionario, nombrado titulas o a contrata, es decir, mediando un nombramiento; mas, no es posible fiscalizar respecto de profesionales a honorarios, sobre todo si es contratado por montos que son parcelados; y los profesionales contratos por las sociedades médicas comerciales que a su vez son contratadas por los servicios de salud y hospitales públicos del país, donde es muy difícil hacer un seguimiento, porque esa información no llega a Contraloría. Por ende, desde la óptica de la fiscalización, esta no es una vía óptima de contratación de personal sanitario.

b) Es preciso mejorar el presupuesto para la fiscalización y control por parte de la CGR., para fiscalizar más y de manera más eficiente.

6.- <u>En cuanto a Clínica Ensenada.</u>

Se debe revisar el sistema de acreditación o certificación de los prestadores públicos de salud, como la clínica Ensenada, por el cual vela la Superintendencia de Salud, toda vez que una clínica no puede atender pacientes sin la pertinente certificación o sin haber aprobado el proceso de acreditación; no debieran existir clínicas con certificación transitoria, mientras completan el proceso respectivo. Esta materia debe ser revisada por la Superintendencia.

Cabe destacar que Ensenada no pertenece a la Asociación de Clínicas AG., no hace atención abierta, y es un modelo creado para que el Ministerio haga compras de camas críticas.

Una clínica que venda camas críticas al sistema público no debiera ser objeto de excepción al requisito de acreditación.

7.- <u>En materia de diálisis.</u>

Se precisa mayor fiscalización respecto de los protocolos de derivación. Se deben adoptar medidas para evitar los conflictos de interés de los médicos que indican las diálisis y que, a su vez, tienen relación con los centros

médicos privados que las ofrecen y que se adjudican a altos costos las licitaciones públicas para esas terapias. Deben existir, siempre, fichas clínicas y antecedentes en los centros de diálisis, para evitar la incorrecta indicación médica del tratamiento. A su vez, se debe promover la instalación de centros de diálisis en hospitales públicos y en centros comunales, por sobre la adjudicación a las empresas extranjeras que son los titulares en la actualidad.”.

* * * * * * * * * *

IX.- Se designó Diputado informante al señor Miguel Angel Alvarado Ramírez.

* * * * * * * * * *

Tratado y acordado según consta en las actas correspondientes a las sesiones de los días 2, 8, 10, 14 y 21 de noviembre, y 12 y 19 de diciembre de 2016, 9 y 16 de enero, 6, 14 y 20 de marzo, 3 y 17 de abril, 8, 15 y 31 de mayo, y 7, 14 y 21 de junio de 2017, con la asistencia de los diputados Miguel Angel Alvarado Ramírez (Presidente), Claudio Arriagada Macaya, Bernardo Berger Fett (en reemplazo del diputado Rathgeb), Juan Luis Castro González, Juan Antonio Coloma Alamos, Gustavo Hasbún Selume, José Pérez Arriaga, Leopoldo Pérez Lahsen, Jorge Rathgeb Schifferli, Alberto Robles Pantoja, Karla Rubilar Barahona, Víctor Torres Jeldes, Osvaldo Urrutia Soto, Enrique Van Rysselberghe Herrera (en reemplazo del diputado Coloma) y Germán Verdugo Soto.

Sala de la Comisión, a 21 de junio de 2017

ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogada Secretaria de la Comisión

Contenido

I.- COMPETENCIA DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA, AL TENOR DEL ACUERDO DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS QUE ORDENÓ SU CREACIÓN..... 1

II.- ANTECEDENTES GENERALES..... 1

III.- RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO..... 2

IV.- EXTRACTO DE LAS EXPOSICIONES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS INVITADAS A LA COMISIÓN..... 4

I.- AUTORIDADES DE SALUD.- 4
--- Ministra de Salud, señora Carmen Castillo Tauche.-..... 4
--- Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Ana Gísela Alarcón Rojas. 11
--- Ministro de Hacienda señor Rodrigo Valdés Pulido. 15
--- Directora del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), señora Jeanette Vega Morales. 20
--- Jefa de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, señora Patricia Navarrete.....48
--- Director (S) de la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast), señor Jaime Espina Ampuero. .57
--- Superintendente de Salud, señor Sebastían Pavlovic.....64
--- Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana, señor Carlos Aranda.....70
--- Director del Hospital San José, señor José Miguel Puccio. 74
--- Director del Servicio Metropolitano Central, señor Jorge Antonio Martínez. 80
--- Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, don Luis Antonio Infante. 87

II.- OTRAS AUTORIDADES.-.....90
--- Contralor General de la República, señor Jorge Bermúdez. 90
--- Fiscal Nacional Económico, señor Felipe Irarrázabal Philippi. 100

III.- GREMIOS, ASOCIACIONES Y MÉDICOS.-.....104
--- Presidente del Colegio Médico, señor Enrique Paris. 104
--- Presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico, señora Izkia Siches. 110
--- Presidente del Directorio de la Sociedad Médica de Nefrología, doctor Eduardo Lorca. 112
--- Presidente del directorio de Clínicas de Chile A.G., señor Alfredo Schönherr. 117
--- Representante legal de la Sociedad de Prestaciones Médicas y Quirúrgicas Vigilius Limitada, señora Pilar Núñez, y el integrante de su directorio, señor José Chávez. 121
--- Médico oftalmólogo-retinólogo, señor Armando Pezo Troncoso. 128
--- Presidente de la Fundación Creando Salud, señor Matías Goyenechea. 135

V.- INFORMES Y DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN.....141

VI.- LISTADO DE OFICIOS DESPACHADOS Y DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN EN EL MARCO DE SU INVESTIGACIÓN. 141

VII.- CONSIDERACIONES QUE SIRVAN DE BASE A LAS CONCLUSIONES O A LAS PROPOSICIONES RECHAZADAS POR LA COMISIÓN. 151

VIII.- CONSIDERACIONES QUE SIRVEN DE BASE A LAS CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES APROBADAS POR LA COMISIÓN. 151

IX.- DIPUTADO INFORMANTE 187