



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

Sesión 1ª celebrada el día martes 8 de noviembre de 2016.

De 9.30 a 11.30 horas

SUMARIO

La Comisión escuchó la intervención de la Ministra de Salud y de la Subsecretaria de Redes Asistenciales.

APERTURA DE LA SESIÓN

La sesión se inició a las 9.34 horas, en la sede de la Cámara de Diputados en Valparaíso, Sala N° 330 Juan Lobos Krause.

PRESIDENCIA

Presidió el diputado Miguel Ángel Alvarado.

ASISTENCIA

Asistieron los diputados integrantes de la comisión señores Alvarado, Arriagada, Castro, Torres, Pascal reemplazada por el diputado Lemus, Pérez don José, Pérez don Leopoldo, Rathgeb y Rubilar.

Actuó como Abogado Secretaria la titular señora Ana María Skoknic Defilippis, y como Abogado Ayudante, el señor Mathias Lindhorst Fernández.

CUENTA

No hubo documentos para la cuenta.

ACUERDOS

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:



1. **Alvarado.** Dirigir oficio a la Sala de la Corporación se sirva aclarar que el mandato de esta Comisión, cuando señala que estará encargada de “recabar información sobre las adquisiciones de insumos y prestaciones de salud efectuadas por Fonasa a prestadores privados...”, comprende y alcanza a las adquisiciones efectuadas a prestadores privados efectuadas tanto por Fonasa en forma centralizada, como a aquellas que se deciden por los servicios de salud, hospitales y consultorios, y que paga Fonasa como el gran pagador del Estado en materia de salud a través de los respectivos presupuestos.

Lo anterior se origina a raíz de que frente a consultas de los diputados miembros de la Comisión, -en sesión de 8 de noviembre de 2016- solicitando datos de compras de Fonasa y de servicios de salud, desagregadas y diferenciadas de las compras centralizadas de Fonasa, la Ministra de Salud respondió que no correspondía entregar dicha información en esta Comisión Investigadora porque el mandato de la Comisión se referiría a las adquisiciones de Fonasa y no de los servicios de salud. No obstante ello, la Comisión estima que el espíritu de esta instancia investigadora es conocer e investigar todas las compras efectuadas a prestadores privados, tanto directamente por Fonasa, como por los servicios de salud, hospitales y consultorios.

2. **Alvarado.** Fijar el siguiente horario de funcionamiento de la Comisión: lunes de 16.30 a 18.00 horas en Santiago.

ORDEN DEL DÍA

Se citaron para la sesión a las siguientes autoridades:

- La Ministra de Salud, señora Carmen Castillo Taucher, quien intervino apoyada de una presentación digital que dejó a disposición de la Comisión.
- La Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Ana Gisela Alarcón Rojas.

El debate habido en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 249 del Reglamento y en acta taquigráfica que se adjunta al final de este documento.



Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 11.30 horas.

MIGUEL ÁNGEL ALVARADO RAMÍREZ
Presidente de la Comisión

ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogado Secretaria de la Comisión Especial Investigadora



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

Sesión 1ª, celebrada en martes 8 de noviembre de 2016,
de 9.38 a 11.29 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside el diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

Asisten la diputada señora Karla Rubilar y los diputados señores Claudio Arriagada, Juan Luis Castro, Luis Lemus, José Pérez, Leopoldo Pérez, Jorge Rathgeb y Víctor Torres.

Concurren como invitadas la ministra de Salud y la subsecretaria de Redes Asistenciales, señoras Carmen Castillo y Gisela Alarcón, respectivamente.

TEXTO DEL DEBATE

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

Muy buenos días a nuestras invitadas y a los integrantes de la Comisión.

Primero que todo, este día no será como uno habitual. Veremos si mediante acuerdo de Comité se acepta que sesionemos los jueves de 10.45 a 12.30 horas. Esa es una opción, dado que todos los demás horarios están tomados, por distintas razones.

Deseo saludar a la ministra de Salud, señora Carmen Castillo, y a la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gisela Alarcón.

Esta es la segunda sesión de la Comisión Especial Investigadora de las adquisiciones efectuadas por el Fondo Nacional de Salud a prestadores privados, considerando posibles conductas de colusión. En tal virtud, debemos averiguar cómo es el modelo de trabajo que hemos tenido en los últimos años en Chile, como asimismo eventuales perjuicios fiscales a partir de 2010 y posible lucro hacia los prestadores privados de salud.

A continuación, tiene la palabra la ministra de Salud, señora Carmen Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Gracias, señor Presidente. Por su intermedio, saludo a los parlamentarios presentes.

Trajimos una presentación para dar a conocer lo que señala el mandato, que es la compra a privados realizados específicamente por Fonasa.

Como antecedentes generales podemos señalar 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 de salud. 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 brecha de camas, porque hay más demanda de camas críticas que no están disponibles en la red pública. Hay brecha de ofertas 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, 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, para complementar la oferta del sector público de salud.

La gestión de camas durante la pandemia de la influenza AH1N1 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.

En la 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 en todo el país.

Posterior a su incorporación en el AUGGE-GES, pasó a ser cubierto a través de la modalidad institucional, con cobertura ciento por ciento para el asegurado, manteniéndose siempre esta provisión mayoritariamente privada, que luego verán 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.

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

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Las cifras del 2016 son hasta julio?

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Corresponden al presupuesto vigente.

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.



La compra de prestaciones que realiza Fonasa al sector privado no supera el 10 por ciento autorizado legalmente. Tampoco sobrepasa el 5 por ciento del presupuesto. Por lo tanto, está bastante ajustado a lo que exige la ley, lo que consideramos de alto interés para el sector.

Distribución del presupuesto de compra directa de Fonasa en MM\$. Al lado izquierdo se observan los conceptos: Ley de Urgencia, Camas, Diálisis, Otros Compra Directa y Bono GES. En 2015, la Ley de Urgencia, que antes no existía, se comenzó a establecer por compras a través de Fonasa que agrupa esa fórmula de trabajo. En 2015 ese ítem 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 mil millones de pesos a ese ítem, y en 2016 se han destinado, hasta el día de hoy, treinta y cuatro mil setecientos veinticuatro 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, 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.

Desde fines de agosto de 2015 se realizan 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 cancelarlo.

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.

Asimismo, 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.

En 2016 se comenzó a cancelar la centralización de compras de prestaciones en radioterapia, lo que es importante para nosotros por la necesidad de realizar ese tratamiento en el momento en que se reemplaza el equipamiento con nuevas tecnologías que están ingresando a nuestros establecimientos asistenciales de la red pública. Por tanto, esperamos que el alza no sea determinante, especialmente en radioterapia.

En cuanto al Bono GES, pueden 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 por ciento en las derivaciones, lo que podemos atribuir a que hubo una alerta sanitaria ese año que requirió un mayor número de ofertas de camas en un corto período. Lo llamativo del análisis que estamos haciendo de esta alerta sanitaria es que tuvo dos curvas epidemiológicas, que fueron tremendamente altas en relación con los cuadros respiratorios, situación que nos



exigió y sobreexigió la asistencialidad en nuestras unidades de emergencia y el requerimiento de camas críticas.

La licitación Fonasa con resolución completa hasta el alta por GRD que ofrece solución a pacientes que anteriormente debían esperar largo tiempo en una cama hospitalaria. Hablamos de soluciones integrales, antes solo se trabajaba con días cama.

Aumento de requerimiento de traslado de pacientes neonatológicos. Lamentablemente, en nuestra población tenemos 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 prematuridad.

Por otra parte, como a todos les consta, hemos 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 nos 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.

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? 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.

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 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 nos debemos 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. Consideramos que ese era un punto muy débil que existía antes de tener el control centralizado y el registro adecuado.

¿Cómo está estructurada la UGCC? En ella trabajan profesionales de gestión instalados en la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Hablamos de 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. Comienza con la solicitud de camas, y si hay cupo disponible en el sector público se deriva al establecimiento más cercano para resolver la problemática. Si no existe cama en el sector público pasa al privado y se busca, según *ranking* de Fonasa, la selección de la cama en clínicas con disponibilidad de respuesta.

El proceso licitatorio respectivo 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. Tenemos un sistema que evita la relación directa para tener mayor control y conocer las debilidades institucionales que necesitamos reforzar, a través de dotación de personal, mayor cantidad de camas, reconversión de ellas, etcétera, lo que nos 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.

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

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 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 los requerimientos.

El modelo de contratación de las prestaciones de salud deberá tener carácter integral, a fin de 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 en caso de que se requiera un nuevo traslado, en caso de exceder la capacidad resolutoria del prestador privado, me refiero al reingreso a otro establecimiento.

Los criterios de la selección en el momento de la derivación parten por evaluar el tipo de paciente, su condición clínica, la capacidad resolutoria del prestador y la ubicación



geográfica, porque si estamos en Arica no podemos llevar a cabo una licitación en Santiago, y siempre es necesario tener presente el precio base.

Las ventajas que vemos con la gestión que estamos efectuando 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 nosotros 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.

El sistema informático automatizado con *ranking* de clínica.

Tenemos una forma ordenada de búsqueda de clínicas, que están “ranqueadas” de acuerdo con distintos ítem que incluyen precios, pero siempre teniendo en cuenta la calidad. Para nosotros, eso es muy importante.

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 estamos cumpliendo bien o no con la gestión e informa a la subsecretaria de Redes Asistenciales en caso de que haya algún problema. Los informes mensuales se dirigen a las autoridades con los resultados.

Tenemos un registro diario y todos los días veo las camas disponibles o los requerimientos de camas de cada establecimiento de salud de alta complejidad. Todo el sistema está atento a cualquier requerimiento.

Se efectúan auditorías por parte de las diversas instituciones. Al ministerio nos han hecho auditorías y también Contraloría ha evaluado si administramos adecuadamente el sistema. Existe un alto número de profesionales comprometidos con el trabajo, tema que también vemos como una ventaja.

En relación con el flujo actual de las derivaciones, 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, podemos suscribir un trato directo. En este caso se trata de siete 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.



En la lámina que estoy mostrando pueden ver todos los oferentes adjudicados que tenemos para la gestión de esas camas y los precios ofertados. Esto se encuentra publicado de acuerdo a lo que establece la ley de transparencia, de modo que está disponible en todos los niveles que corresponde.

¿Cómo queremos mejorar nosotros la eficiencia y cómo lo estamos trabajando? El Fondo de Farmacia (Fofar) colabora tremendamente para estabilizar cualquier descompensación de hipertensión y de diabetes; con eso disminuye enormemente. Debemos evaluar ese impacto con algún estudio que determine en cuánto disminuye la cantidad de descompensados que llegan a nuestros 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.

También existe énfasis en el cumplimiento de las garantías con problemas de salud GES; me refiero a la prevención secundaria de la insuficiencia renal crónica terminal, de la diabetes mellitus y de la hipertensión arterial. Ojalá que no lleguen con daño al nivel crónico; debemos adelantarnos a ello.

También en potenciar el tratamiento de peritoneodiálisis en la red pública. Estamos 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 es el apoyo y la implementación de centros de diálisis en los hospitales públicos. Estamos facilitando la implementación de centros de diálisis públicos a través de todas las vías, para que podamos resolverlos, y también estamos evaluando el sistema para mejorar ese proceso.

Algo muy importante: todos sabemos que el trasplante es un tema muy sensible, tenemos más de 1.700 personas en espera de un trasplante renal y lo más probable es que tengamos más a futuro. Queremos 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, que creemos que pueden ser subsanadas si conversamos, hablamos y dialogamos. 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 está la centralización de la compra de camas, que ya hemos visto que nos ha dado buenos resultados, con oferta privada licitada por el Fonasa. El programa de gobierno contempla la incorporación de 200 camas críticas en los hospitales públicos. Al día de hoy hemos incorporado 48 nuevas



camas y se van a sumar 66 al año 2017. Eso no tiene que ver con la reconversión de camas, que es transitoria; es algo definitivo, que queda estable y convertido. En cuanto a las transitorias, tuvimos que convertir prácticamente 500 camas a nivel país, para atender la situación de emergencia sanitaria que vivimos en ese momento.

Aumento de cupo bajo la modalidad de hospitalización domiciliaria en la red pública de salud. Reedición de modelo de atención y gestión de urgencias en la red, en las realidades de emergencia hospitalaria del país y fortalecimiento del uso de mecanismo de pago con resultado, que tiene que ver con grupo relacionado al diagnóstico, 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. Por lo tanto, es muy importante para nosotros que esa decisión de atención integral sea con alta médica incorporada a la prestación que corresponde.

Esa es nuestra presentación, señor Presidente. Quedamos atentos a sus consultas.

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

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, saludo por su intermedio a la señora ministra y a la subsecretaria.

En el transcurrir de esta comisión investigadora, seguramente surgirán varias preguntas en virtud de situaciones más específicas, pero me interesa consultar sobre aquellos criterios de selección en el momento de la derivación, que mencionó la ministra, que aluden a tipo de paciente, condición clínica del paciente, capacidad resolutive del prestador, ubicación geográfica y precio base.

Esas derivaciones ¿son derivaciones electivas de pacientes?

Esa es la realidad de Santiago, pero en regiones ocurre muchas veces que esas derivaciones se deben a la incapacidad de cumplimiento por parte de los hospitales públicos y, en lugares más alejados o en regiones, los mismos médicos de hospitales públicos son los que resuelven en sociedades médicas, práctica que ha sido cuestionada muchas veces, no solo ahora, sino que en el último tiempo.

¿Cómo se resguarda que no haya un incumplimiento ex profeso de determinadas prestaciones en el hospital público, para que luego sean derivadas y resueltas en el sistema privado? Solicito que nos explique cómo se resguarda aquello.

Insisto, tal vez en Santiago no es un problema, o quizá sí, pero lo que me preocupa es lo que pasa en las regiones donde el número de especialistas es bastante más limitado y, muchas veces, deben cohabitar en ambos sistemas.

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

El señor **ARRIAGADA**.- Señor Presidente, junto con saludar a la ministra de Salud y a la subsecretaria de Redes Asistenciales, quiero señalar que estuvo muy buena la presentación.

Al respecto, hay dos cosas que me parecen relevantes; primero, el aumento exagerado de la inversión sanitaria en la patología de diálisis, la cual requiere una revisión más profunda.



¿Habría un marco legal que incompatibilice, por ejemplo, el ejercicio de los urólogos con la propiedad de los centros de diálisis o su vinculación a través de familiares? Es un tema que se debe revisar, porque es un negocio muy complicado.

Reitero lo que dije en la comisión mixta en relación con que en la comuna de La Granja creamos el primer centro de diálisis municipal. Al comienzo, nos costó mucho, más de dos años y medio; nos pusieron obstáculos inimaginables y después nos enteramos de que los mismos médicos que derivaban pacientes de los hospitales Padre Hurtado y Doctor Sótero del Río eran los dueños de los centros de diálisis, también sus familias. Por lo tanto, es una materia que debemos discutir y transparentar, porque el aumento de las cifras es impresionante.

Por otra parte, resulta satisfactorio escuchar y ver en la exposición el esfuerzo que se ha hecho por implementar los centros públicos en los distintos hospitales. Después habría que cruzar las variables financieras de eso, pero es interesante.

Quiero hacer una pregunta de sentido común respecto de lo que uno escucha, ve y sabe. En este esfuerzo centralizado donde todo indica que apunta a la buena gestión de la compra de camas a privados, ¿cómo se controla contar con infraestructura, con especialistas -por ejemplo, en el caso del anestesista- y tener una producción acorde a la disposición de recursos en los propios hospitales? Lo pregunto porque uno escucha que se producen ciertos vicios, por ejemplo, número de camas, de profesionales, etcétera.

Incluso, tengo antecedentes concretos –información que debemos verificar- de que en algunos hospitales prácticamente no se usan en plenitud los recursos que se disponen, lo que obliga al Estado a comprar en el sector privado.

¿Cuándo vamos a tener una cifra real de la producción que debiera –disculpen el término- tener un hospital de acuerdo a la infraestructura, al recurso humano y a los medios materiales con que cuenta? Derechamente, me refiero a los pabellones subutilizados, horas médicas no usadas, etcétera. Es cosa de conversar con los funcionarios que tienen un sentido ético distinto para comprobar lo que estoy diciendo.

Muchas gracias.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saludar a la ministra de Salud y a la subsecretaria de Redes Asistenciales.

La presentación de la ministra es la información que tenemos respecto de cómo debiera funcionar el sistema. Aparentemente, es una metodología que se está aplicando hace muy poco tiempo, por lo tanto, no hay un período determinado como para hacer una evaluación o emitir opiniones al respecto. Lo que sí me preocupa es lo que señalaron los diputados Torres y Arriagada de algunos funcionarios públicos -porque los médicos son funcionarios públicos-, sus vinculaciones y declaraciones de intereses respecto de la prestación de servicio de la misma materia, pero por fuera.

La pregunta concreta es: ¿Fonasa hace prevalecer el cumplimiento de la ley que fortalece la probidad y previene los conflictos de intereses respecto de sus propios funcionarios? Como sabemos, eso está establecido en la ley. Si uno analiza el artículo 60 de



la Constitución Política y toda la legislación que viene derivada de ello podrá ver las distintas inhabilidades que tienen los funcionarios, independiente de los cargos que ostenten. Habrá algunos cargos o autoridades que tienen mayores exigencias respecto de otros, pero en el sector público hay declaración de patrimonio e intereses.

Entonces, parece increíble que en el siglo XXI, con los sistemas de información que actualmente existen, ocurran cosas como las que la opinión pública ha conocido a través de los distintos medios de comunicación respecto de las relaciones directas o indirectas con centros que prestan servicios a Fonasa.

Ahora bien, no me complica la compra de servicios; de hecho, hay un viejo dicho que señala que “la necesidad tiene cara de hereje.” Me parece bien cuando se trata de conseguir un buen precio, porque me imagino que lo hacen sobre esa base, además que los precios son bastante más baratos que en los centros y, en ese sentido, Fonasa tiene un poder de negociación distinto al de un privado, pero lo que me complica es que como Fondo Nacional de Salud, que para todos los efectos funciona como una empresa de seguro de salud del Estado, no fiscalice que se cumpla más aún si sabemos que se trata de recursos públicos comprometidos.

En segundo lugar, para los pacientes AUGE que se deben atender en el hospital base Doctor Sótero del Río –del distrito que represento- y también en los hospitales La Florida y Padre Hurtado, muchas veces, se deben realizar operaciones en otros centros asistenciales cuando los plazos no se cumplen o faltan camas y, al final del día, al paciente le importa un comino si el establecimiento de salud es privado o público, lo que le interesa es que le solucionen el problema a la brevedad -hablo de cáncer mamario, de estómago, de vesícula o de las operaciones para los adultos mayores de prótesis de caderas, etcétera-. Repito, no les importa si se trata de la clínica A, B, C o D, o del prestador X, sino que le den una solución en el menor tiempo posible.

Por lo tanto, me interesa saber si hay algún tipo de fiscalización de dichos plazos –desde el punto de vista de Fonasa- respecto del cumplimiento de los servicios que se compran cuando el hospital no puede resolver el requerimiento y el paciente tiene la posibilidad de irse –obviamente haciendo toda la tramitación requerida- en 10 o 15 días a un prestador que tenga el servicio del Fonasa asignado para ese segmento, sea privado o público.

Como el mandato de la comisión es investigar las adquisiciones de insumos y prestaciones de salud efectuadas por Fonasa, me gustaría aclarar estas dudas al respecto. Una parte la explica el sistema AUGE y, la otra, algunas prestaciones de procedimiento más que de atención de camas y de cirugías.

Muchas gracias.

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

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, me acaban de comunicar que fue rechazada la solicitud para sesionar en forma paralela con la Sala en las próximas sesiones. Por lo tanto, debemos fijar otra fecha.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Sesionaremos los días lunes, señor diputado.



¿Habría acuerdo para que el diputado señor Luis Lemus reemplace a la diputada señora Denise Pascal?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, esta comisión tiene dos ámbitos que dicen relación con materias de prestaciones.

Por lo tanto, quiero tratar de entender cuáles son las sociedades médicas, su identificación, su ubicación, su magnitud, en cada uno de los hospitales de Chile; quiero entender qué prestaciones dan, cómo se les paga, quién definió lo que se les debía pagar; qué conflictos de intereses hay exactamente en cada uno de los hospitales de Chile respecto de quienes eran parte de esas sociedades médicas, con jornadas diurnas o jornadas funcionarias y que a la vez ocupaban cargos de jefatura y que tenían el rol de ser incumbentes al momento de tener que decidir qué sociedades tenían que prestar y a qué monto y a qué pago esas prestaciones.

Quiero entender cuáles son los vínculos de la jefatura de los servicios clínicos y los directores de hospitales con estas sociedades. Me estoy acordando del caso de San José, que el doctor José Miguel Puccio, su director, nos explicó latamente el tema -porque asistimos-, y cómo el hospital estaba cooptado por distintos grupos que heredó, que trató de manejar y que estaban copando gran parte de la urgencia y de la atención programada, y que aparecía desbordado. Al respecto, me interesa saber cuál es la penetración que tienen hoy las sociedades médicas en los hospitales. Quiero tratar de entenderlo exactamente en su dimensión y en la forma en que fueron adjudicadas esas prestaciones.

Asimismo, conocer la auditoría externa del Ministerio de Salud, que comprende el período 2015-2016, publicada en un medio de prensa, donde habla de esos conflictos de interés que aparecen colisionados entre quienes autorizaron y quienes llevaban una vela en el entierro, porque eran autorizados a la vez, por ellos mismos, es decir, de esas sociedades médicas.

¿Cuáles son las diferencias salariales, por ejemplo, de médicos UCI y de médicos oftalmólogos? ¿Quién es prestador privado y quién tiene jornada pública? Incluso, algunos comparten el mismo doctor y en ambas condiciones, son prestadores privados en la tarde y son jornada pública en la mañana, por lo tanto, reciben por las dos vías.

Quiero saber cuál es la legalidad de esos hechos, cuál es la magnitud de esos hechos y cuáles son los personeros que dieron luz verde para que esto ocurriese.

En el campo de las prestaciones privadas, me gustaría entender cuál es la autorización sanitaria que las seremis de Salud le han dado a cada uno de los prestadores privados que les venden camas hoy al sistema público.

En particular, me gustaría comprender, de estos dos emergentes prestadores privados que aparecen con la gran venta de camas en 2015 -me refiero a Ensenada y Colonial-, cómo fueron autorizados, cuál fue el informe que dio la Superintendencia de Salud para avalar que existieran estos centros prestadores, y que entendemos no tienen prestación externa, sino solo son derivadores desde el mundo público para recibir pacientes, pero no reciben gente de la calle.



Me gustaría saber cuál es el vínculo, en el caso de Ensenada, del doctor Pablo Rodríguez Whipple y don Jorge Insunza Becker, respecto de esas dos clínicas. Quiero saber si son ejecutivos, si son representantes, qué gestión han hecho ante directivos de servicios de salud; qué reuniones han pedido ofreciendo sus servicios en distintos servicios de salud, a directores de hospitales y en el Ministerio de Salud, según la agenda de Transparencia, estas personas que aparecen relacionadas con ellos.

Quiero saber qué relación tiene la directora de Fonasa, que dice no conocer al señor Rodríguez, en circunstancias de que hay fotos en las que aparecen compartiendo. Entiendo que son conocidos, pero ella ha declarado que no, pero ya vendrá en su minuto a aclararlo. ¿Qué relación existía entre estas dos partes; el comprador y el que vendía los servicios a partir de estas conexiones?

¿Cuál es el informe de la Superintendencia de Salud respecto de estas clínicas, sobre todo Ensenada, en cuanto a las condiciones de exigibilidad que tenía para poder brindar sus servicios? ¿Por qué, en pocos días, en 2014, el seremi de Salud le dio la autorización sanitaria, después de habérsela rechazado durante meses, en su última oportunidad, cuatro días después de haber sido requerida?

¿Cuál es la forma en que el Ministerio de Salud autoriza hoy la telemedicina? Lo consulto porque hay telemedicina razonable, radiológica, acreditada, validada; incluso, según entiendo, por la información que existe, en el caso de la provincia del Choapa, hay centros de telemedicina que han sido gestados por algunas de las personas que mencioné, donde van alcaldes que llevan micros de gentes para ser atendidos por un doctor que está conectado a una pantalla de computador, por Internet, donde hay otro doctor, de una de estas clínicas, que le dice qué hacer y qué remedio darle. Es decir, la persona presencialmente está frente a un médico general que, en pantalla, aparece conectado con un especialista.

¿Es eso telemedicina? ¿Está avalado por el Ministerio de Salud? ¿Dónde más se asiste? ¿Cuál es la realidad de lo que ocurre aquí como convenio público-privado?

He hecho un conjunto de preguntas precisas, que pongo de manera inmediata sobre la mesa. Sé que no todas se pueden responder en un solo acto; sin embargo, quiero ser franco y directo en decir que estos son los temas que están en el debate y que motivaron la creación de esta Comisión Especial Investigadora, y respecto de las cuales queremos llegar a aclararlas todas ellas con meridiana precisión.

He dicho.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Lamentablemente, tengo que suspender la sesión para ir a dar *quorum* a la Sala.

Se suspende la sesión.

-*Transcurrido el tiempo de suspensión:*

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

Vamos a esperar que lleguen los otros diputados para acordar los días en que vamos a sesionar, porque no resultó la petición de hacerlo los jueves.



Quiero hacer unas consultas. Se habla de las camas, pero detrás de estas hay distintas patologías, enfermedades, etcétera. Como señaló el diputado Torres, por equis razones a veces el problema no son las camas, sino cómo resolver la patología, pues en la mayoría de los casos se requiere la derivación.

Por consiguiente, me gustaría saber si tienen el análisis de las enfermedades y patologías de mayor derivación. Esa información nos puede ayudar muchísimo.

También describen un índice funcional de los recintos públicos-privados. Por lo tanto, quiero saber cómo se llega a ese índice funcional y los elementos e implicancias que tiene.

Por otra parte, se dio a conocer una auditoría externa del Ministerio de Salud, en 52 hospitales, y queremos conocer el detalle de esa auditoría.

Tiene la palabra la diputada Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saludar a la ministra de Salud y a la subsecretaria de Redes Asistenciales.

Pido que me disculpen, porque me encontraba en la Comisión de Régimen Interno.

Quiero preguntar respecto de la entrega de datos, que no pude presenciar por las razones que he explicado. ¿Se mostraron los datos de la compras de Fonasa y servicio por servicio? Porque son cosas diferentes. En consecuencia, me gustaría saber si los montos entregados están desagregados por servicio.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la ministra de Salud, señora Carmen Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, es importante indicar que el mandato de la Comisión precisamente es lo que acaba de decir la diputada Rubilar.

La indicación que tenemos 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 servicio de Salud; con compras a los servicios de salud.

Por lo tanto, se tendría que reevaluar la situación. Nosotros estamos hablando de las prestaciones y compras de Fonasa. Muchas de las respuestas que se deben entregar tienen que hacerse a través de Fonasa.

La subsecretaria de Redes Asistenciales va a responder algunas preguntas que se plantearon, pero hay otras en que deben considerar si corresponde ampliar el mandato de la Comisión.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Ana Gisela Alarcón.

La señora **ALARCÓN** (doña Gisela).- Señor Presidente, junto con saludar a los miembros de la Comisión, procederé a responder algunas preguntas que involucran la gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

En relación con el marco general o conceptual, lo primero que quiero señalar cuando hablamos de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, en respuesta a una pregunta del diputado Víctor Torres, estamos hablando del ámbito exclusivo de pacientes de emergencia, es decir, de pacientes que están en las unidades de emergencia hospitalaria; no estamos hablando de otro tipo de derivaciones. En el último tiempo, en forma excepcional, hemos



incluido la derivación de pacientes, niños, niñas y adolescentes, 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 ese marco, hemos creado 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 de 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, como señaló la ministra, 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, tal como lo señaló la ministra, 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 nos entrega Fonasa, el que denominamos de precio y calidad.

¿Qué nos dice ese *ranking*? Que si necesitamos, por ejemplo, enviar un paciente a una clínica con un diagnóstico de infarto al miocardio, ellos nos 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, hemos 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, hemos pedido auditorías preventivas y estado siempre vigilando que ese *ranking* se cumpla y no se salte ninguna etapa.

La primera etapa es buscar la cama en un hospital público, como primera medida, y hay hospitales que reciben un gran número de derivaciones intrapúblicas. Entre ellos, podemos 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.

Como se ha dicho, nos preocupa que la capacidad institucional sea la que primero esté resguardada, porque, si no, se crean mecanismo que claramente son perversos, en términos de no ocupar lo que se tiene, debido a lo cual se deriva.

En ese marco, quiero contar solamente un dato que para nosotros fue muy relevante. Cuando asumimos esta administración, en marzo del 2014, nos encontramos con que por varios meses habíamos tenido a nivel nacional 140 camas bloqueadas en las Unidades de Cuidados Intensivos. Entonces, dijimos: “Esto no puede ser, porque tenemos que poner en marcha nuestras camas para evitar esta derivación extrema. Hoy, los promedios con los que trabajamos están entre 30 y 35 camas bloqueadas. No hemos llegado nunca a tener cero cama bloqueada en pacientes críticos, porque eventualmente hay problemas de personal o de aislamiento por brotes infecciosos que hacen que se bloquee alguna cama. Pero la mantención de la preocupación para que esa cama crítica que está disponible en otro sistema esté abierta, disponible y en trabajo es una preocupación permanente también de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas. Con esto, quiero aclarar que esta 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, también debo decir 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 el tema de diálisis, no podemos sino compartir la preocupación. En eso, estamos trabajando, porque el hecho de que un paciente entre a diálisis, finalmente lo que significa es que ha fracasado la anticipación del daño. La mayor causa de diálisis es la diabetes mellitus, y si no hemos logrado controlarla a tiempo, el paciente entra en diálisis. Y si no somos capaces de trasplantarlo a tiempo, se mantiene en diálisis, con un deterioro grande de su calidad de vida.

Entonces, estamos revisando las guías clínicas del GES. Estamos 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, como señalaba la ministra, que ya está teniendo un incremento de compensación en pacientes diabéticos e hipertensos.

Hemos reforzado las instrucciones para las comisiones derivadoras, porque en cada hospital existe una comisión derivadora 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, estamos 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.

Estamos recibiendo los datos de todo el país. Y el equipo de auditoría nuestro, que es el mismo que procesó la auditoría de compra de hospitales -que ha sido referida acá-, está pronto a emitir un informe que ha ido recibiendo los antecedentes de todo el país.

Estamos preocupados por esta situación, no solo por el mayor gasto que hace Fonasa en compras -el 39 por ciento 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, debo decir que en el caso de la compra de camas críticas, se ha señalado que nuestra preocupación permanente es hacer que las camas disponibles estén en trabajo.

En el resto de los temas, tal como la ministra lo ha señalado, excede al mandato de la Comisión que debamos entregar todos los datos que tenemos 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, debo señalar que estamos trabajando en mecanismos de regulación. Por eso, estamos 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 la producción y la programación médica especialmente, pero, también, del resto del equipo, se cumplan. Por tanto, hemos definido algunos algoritmos muy claros, en términos del directorio de compras. Hemos establecido los directorios de compra. Y no tiene nada que ver con lo que hace una UGCC, sino que estamos hablando de otro terreno, que es la compra que se hace en los hospitales o en los servicios de salud.

Además, voy a mencionar que un tema para nosotros ha sido reinstalar los directorios de compra, y el directorio de compra tiene como mandato, en primer lugar, chequear que se requiere la compra. ¿Cómo se chequea eso? Se hace mirando que la capacidad institucional para hacer esa prestación esté claramente sobrepasada. Si eso no ocurre, no debíamos autorizar la compra. En eso estamos trabajando. 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, paso a un sistema privado con precios conocidos.

Eso es parte del plan integral en el que estamos trabajando, que aborda, entre otros temas, las auditorías que han sido publicadas. Este plan podemos presentarlo cuando la comisión lo solicite, o cuando se amplíe su mandato.

La auditoría la realizó el equipo del Ministerio de Salud; el nombre es auditoría externa, pero los auditores son del Ministerio de Salud. Primera vez que se realiza esta auditoría. Estamos 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 abordan exclusivamente la gestión de Fonasa, como verificar si las clínicas tienen autorización sanitaria. Para tal efecto, Fonasa nos envía el listado de clínicas y el orden al que tenemos que derivar. Eso es lo que nosotros hacemos.

El diputado Alvarado preguntaba sobre el índice de eficiencia o índice funcional, que trata de reflejar la eficiencia de un sistema. Nosotros estuvimos revisando el inserto que apareció en ese diario. Al respecto, tenemos más antecedentes y tenemos 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 la eficiencia, el índice funcional de 1 y se estima más ineficiente que un establecimiento que mantiene el índice funcional de 1.

Esa es la lógica de los GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico), que son una herramienta de gestión clínica, esencialmente, y que nos han permitido mejorar la función de la compra, dado que antes debíamos trasladar un 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.

La mayoría son problemas cardiovasculares en adultos, pero se han incrementado de manera importante –lo señaló la ministra- los de neonatología. Cuando necesitamos trasladar a una paciente con su recién nacido -habitualmente son embarazos múltiples los que provocan estos traslados-, muchas veces tenemos que financiar la estadía de la madre y la del recién nacido.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Señores diputados, quiere referirme al mandato de esta comisión investigadora. Creo que este un problema de larga data y, por ende, requiere de la más absoluta transparencia. No cabe duda que todas las instituciones del Estado están disponibles para ello.

En el mandato de la comisión se hace referencia al “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”.

La intención no es restringir el ámbito, menos de una situación que se viene dando en el país desde hace muchos años. Se trata de políticas de Estado, por lo que no me parece que haya que restringir la investigación a ciertos límites legales, toda vez que no va con la sintonía que el país requiere, es decir, mayor transparencia y claridad, sobre todo en temas de salud. Estoy disponible para trabajar; tenemos tiempo suficiente para investigar sin prejuicios, con un modelo de trabajo que ya está instalado en el país, aunque a algunos les parezca bien y a otros mal.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.



La diputada **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, en el mismo tenor, es necesario consultar a la Secretaría de la Cámara, si el mandato nos permite –yo creo que sí, por el perjuicio causado-, acceder a todas las compras a privados realizadas por los servicios de salud. Lo contrario significa no poder analizar las compras por servicios de salud; no poder analizar lo que pasó con la Clínica Ensenada y el servicio de salud central u otros servicios; no poder analizar las compras que se hacen a las sociedades médicas, etcétera.

Este no es un tema puntual contra una directora de Fonasa, toda vez que estamos mandatados para conocer desde 2010 a la fecha, sino que se trata de saber cómo se compra en nuestro país al sector privado, sea a sociedades, clínicas; compras de prestaciones de servicios u otras. Necesitamos hacer las consultas, necesitamos una presentación clara de cada uno de los servicios de salud de cuánto se compra anualmente, a quién se compra, a qué clínicas o sociedades médicas, etcétera. En caso contrario, esta comisión no tendría sentido.

Por ejemplo, es necesario saber por qué Fonasa compra estos grupos de PAD (Pago asociado a diagnóstico) de embarazo, parto y puerperio en clínicas donde no hay neo. En nuestro país está validado que alguien se puede atender por un parto en donde no hay uci neonatal y pediátrica y si esa guagua tiene complicaciones, la red tiene que derivarlo a otro lado. Es increíble, pero son cosas que pasan en nuestro país. Entonces, si vamos a discutir el tema, aprovechemos esta oportunidad. Insisto, nosotros validamos conocer desde el 2010 a la fecha porque no tenemos ningún inconveniente en ver qué se compra en la Clínica Las Condes, en la Clínica Bicentenario, en el Hospital de la Católica; qué se quiere comprar el día de mañana en el Hospital de la Chile.

Tenemos que elaborar un esquema de trabajo que permita desglosar los temas como corresponde, para lograr respuestas que sirvan de algo para el día de mañana.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Reitero que la investigación está circunscrita a adquisiciones de insumos y prestaciones, por eventual perjuicio fiscal y posibles lucros.

La situación se ha prolongado por muchos años. Me atrevo a decir que si este modelo de trabajo se elimina, colapsa el sistema sanitario en Chile. Hay situaciones bastante críticas: hoy se compran servicios que van desde situaciones complejas hasta uñas encarnadas. Por eso, tenemos que despejar esta realidad. La sociedad chilena está exigiendo transparencia absoluta. Restringirnos por ciertos resquicios legales convertiría a esta comisión investigadora en una mascarada.

Tiene la palabra la ministra Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, como Ministerio de Salud somos los más interesados en tener la transparencia que corresponde.

El mandato es el mandato y, si ustedes lo estiman, estamos dispuestos a presentarnos ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados porque nos interesa entregar toda la información que existe al respecto. Insisto, si no es posible a través del mandato, podemos hacerlo a través de dicha comisión. Finalmente, son ustedes quienes tendrán que analizarlo, pero quiero que sepan que nosotros estamos disponibles para ello, por eso hicimos la auditoría.



Creemos que es un tema tremendamente importante, solo esperamos que se valore el peso de este análisis pues es la primera auditoría que se hace en Chile respecto de esta materia. Es importante la transparencia y si ustedes lo estiman podemos buscar otras vías para entregar la información.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, le pido que adoptemos el acuerdo para solicitar a la Sala una ampliación del mandato. De hecho, el que actualmente existe nos faculta para solicitar expresamente al Servicio de Salud información acerca de la gestión de compras, porque de acuerdo a la respuesta de la propia señora ministra y de la subsecretaria ahí es donde estaría el problema, y el objetivo que esta comisión debe analizar.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, quiero insistir en que el mandato nos da esa facultad; por lo tanto, si hay dudas, le podemos solicitar a Secretaría que se pronuncie al respecto.

¿Qué opinión tiene la Secretaria de la Comisión?

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la Secretaria, señora Ana María Skoknic.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, aquí no se trata de tener opinión, el mandato señala que se encargará la información sobre adquisiciones de insumos y prestaciones de salud efectuadas por Fonasa a prestadores privados desde 2012 a la fecha, considerando modalidades, etcétera; así como también respecto del eventual perjuicio fiscal sufrido como consecuencia de las pérdidas de entradas en los procesos financieros a partir de 2010 y el posible lucro. Al parecer, el mandato abarcaría tres subtemas. Uno es desde 2012, otro desde 2010 y el otro es el lucro.

La Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional señala respecto de las comisiones que: “ni aun por la unanimidad de sus integrantes, podrán extender su cometido al conocimiento de materias no incluidas en el objetivo o finalidad...”

Por tanto, la Secretaría de la Comisión ni la Secretaría de la Cámara puede interpretar al respecto. Solo la Sala podría extender el cometido de la comisión investigadora.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, no entiendo la explicación de la abogada secretaria. Dice que no podemos solicitar la información de Fonasa desde 2012.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- No estoy diciendo eso, sino que estoy leyendo lo que señala el mandato. Ustedes son quienes tienen que decidir qué es lo que consideran.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Ese es el tema, insisto en que con el mandato actual podemos hacer lo que queramos. Está claro, no hay que pedir una ampliación.

La secretaria dice que puede verse todo el perjuicio fiscal y con eso se pueden analizar todas las compras de todos los servicios.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Lo que yo estoy diciendo es que si alguien...



El señor **ALVARADO** (Presidente).- Perdón, la lectura se refiere a tres puntos básicos: la adquisición de insumos, los eventuales perjuicios, pero no me queda clara la mirada que tienen nuestros invitados al restringirlo y no a ampliarlo a cada uno de los hospitales, a cada uno de los servicios del país.

No sé si los asesores tienen alguna opinión al respecto.

Tiene la palabra el diputado señor Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, en estricto rigor, efectivamente, estamos ante una complicación en la interpretación del mandato y para resolverlo debemos ser un poco más tinterillos en el tema, porque desde esa perspectiva podemos evitar mayores conflictos.

Todo lo que se desprende posterior a 2012, hasta la fecha, está en directa relación con situaciones referidas a Fonasa.

Por tanto, en ese aspecto es confuso, y lo único que uno podría hablar es de las posibles conductas de colusión respecto del eventual perjuicio, pero todo está referido a Fonasa.

Efectivamente, una de las posibilidades es solicitar una ampliación del mismo, incorporando a servicios y salvando la situación; de otro modo será complejo, desde el punto de las competencias que cada uno de nosotros nos dimos al aprobar esta comisión, con la redacción actual. Fui firmante de la misma y no tengo dudas respecto del fondo que se quiere investigar; sin embargo, creo que hay que ser respetuosos de lo que nosotros mismos nos impusimos.

Si queremos investigar más, solicitemos la ampliación.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, obviamente, no tengo ningún problema al respecto, pero insisto en que esta redacción no quiere investigar las razones por las cuales se hizo la investigación, lo cual me parece de locos. Si quieren sacar temas leguleyos para dilatar la investigación, perfecto. Pero esta es una comisión que nació de las compras de Ensenada que se hacen a través de Fonasa en un servicio de salud. ¡De qué estamos hablando! También del Servicio de Salud Central, después lo vamos a demostrar con papeles, con las reuniones y con todo lo demás.

Como dije, me parece que solo es una estrategia dilatoria, porque en estricto rigor esto es lo que se va a investigar y no tiene sentido no investigarlo.

Si quieren pedimos la ampliación a la Sala y nos demoramos dos semanas más. ¡Perfecto! Pero que nadie piense que no es lo que era, por algo pedimos la creación de esta comisión: para investigar las compras a privados a través de los hospitales, de los servicios de salud y de Fonasa. Insisto, son las compras a privados, no es Fonasa; tampoco es la directora, sino las compras a privados.

Señor Presidente, si usted considera que hay que llevar la petición a la Sala, habría que crear otra comisión investigadora. No se puede investigar de otra forma.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, en la misma línea de la diputada Rubilar, creo que existen antecedentes suficientes al respecto.



Esta es la primera sesión de esta comisión investigadora y la propia autoridad sectorial ha dicho que dentro de la estructura del funcionamiento del sistema de compra de prestaciones de servicios, insumos, etcétera, hay una unidad que decide. Fonasa es el ente que financia lo que se le solicita, no esta distinción o definición de compra por cuenta propia. Me imagino que serán los hospitales, los servicios de salud o las redes asistenciales quienes, de alguna manera, deciden qué es lo que se debe comprar. Como su capacidad no se los permite, muchas veces, deben recurrir a terceros, sean públicos o privados. Es lo que puedo desprender de las opiniones que se han dicho en esta comisión.

Respecto de los conflictos de intereses, pregunta del diputado Castro y de quien habla, esta unidad de gestión de compra funciona al alero de los servicios de salud que es la que finalmente define, no Fonasa. Es un dato nuevo que, quizá, no se tenía considerado cuando la Cámara tomó la decisión de aprobar la creación de esta comisión investigadora. Por lo tanto, es perfectamente factible, con los antecedentes recabados, solicitar la ampliación del mandato para evitar cualquier suspicacia, desde el punto de vista legal o de nuestro procedimiento reglamentario, en orden a que sea Fonasa. No hay para que poner el apellido del hospital A, B o C, o del servicio de Salud A, B o C, sino que cómo opera la gestión de compra. Obviamente, pediremos la información de todos aquellos servicios que tienen participación directa en la compra de estos servicios.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, creo que hay acuerdo respecto del propósito final cual es aclarar la investigación en cuanto a la arquitectura general y el detalle de cómo se genera una orden de compra, desde dónde se genera, quién la paga y quién finalmente recibe los servicios a cambio. Eso, en el contexto general de lo que se busca, me queda claro, al igual que la exposición del Ministerio de Salud respecto de abrir toda esa información ya sea aquí o en la Comisión de Salud. Las voluntades están empeñadas.

Solo pido que se interprete por parte de la Mesa si estamos de acuerdo. De lo contrario, se pide ampliación. ¡Nada más que eso!

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

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, si ustedes acuerdan lo que propuso el diputado señor Castro está dentro de contexto, o sea, de la legalidad.

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

¿Habría acuerdo para acceder a la petición del diputado señor Castro?

Acordado.

A continuación, vamos a considerar el horario de funcionamiento de la Comisión.

Una posibilidad sería los lunes, de 12.45 a 14.00 horas, en Santiago.

¿Habría acuerdo?

-Hablan varios señores diputados a la vez.

Otra posibilidad es sesionar los lunes a partir de las 9.00 horas, en Santiago.

-Hablan varios señores diputados a la vez.



La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, me informan –sería bueno hablar con el diputado Torres- que queda la última sesión de la Comisión de Salud el próximo lunes, en Santiago. Por consiguiente, quizá podríamos sesionar de 10.30 a 12.30 horas, que quedará libre.

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

El señor **LEMUS**.- Señor Presidente, me es imposible asistir los lunes a las 9.00 horas.

Sugiero como alternativa el miércoles, a las 9.00 horas, pues ello daría más facilidades a quienes viajamos de regiones. Desgraciadamente, tengo dificultades los lunes, y lo manifesté tanto a usted como al diputado Castro.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Voy a dar tres opciones y una de ellas tendremos que elegir.

El lunes, en Santiago, de 10.30 a 12.30 horas.

El lunes, en Santiago, de 16.00 a las 17.30.

El martes, miércoles o jueves, en Valparaíso, de 9.00 a 10.30 horas.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, yo puedo el jueves, pero hay dos diputados que participan en la Comisión de Cultura, Artes y Comunicaciones.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Y los martes?

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Tres jefes de bancada, los diputados José Luis Castro, Karol Cariola y yo no podemos los martes.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Y los miércoles?

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Hay dos diputados en la Comisión de Familia. ¡El lunes es lo más lógico!

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para sesionar los lunes, en Santiago, de 16.30 a 18.00 horas?

Acordado.

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

-Se levantó la sesión a las 11.29 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Jefe Taquígrafos Comisiones.