



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 4ª celebrada el día lunes 21 de noviembre de 2016.

De 17.00 a 18.30 horas

SUMARIO

La Comisión escuchó al Presidente del Colegio Médico.

APERTURA DE LA SESIÓN

La sesión se inició a las 17.04 horas, en la sede de la Cámara de Diputados en Santiago.

PRESIDENCIA

Presidió el diputado Miguel Ángel Alvarado.

ASISTENCIA

Asistieron los diputados integrantes de la comisión señores Alvarado, Coloma, Castro, Rathgeb, Robles, Rubilar, Torres, Osvaldo Urrutia, y Germán Verdugo.

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

CUENTA

1.- Correo de la Gerencia de Clínicas de Chile AG., mediante el cual solicita a esta Comisión audiencia, con objeto de exponer sus puntos de vista ante la comisión investigadora referida a las compras de Fonasa a prestadores privados de salud.



2.- Carta del Jefe Bancada Renovación Nacional, mediante el cual comunica que en la sesión de hoy, el diputado Leopoldo Pérez será reemplazado, en forma permanente, por el diputado Germán Verdugo.

3.- Carta de la Subsecretaria de Redes, referida a copias de auditoría realizada por el Ministerio de Salud.

4.- Correo de diputada Karol Cariola, mediante el cual excusa su asistencia a la Comisión, debido a impedimento grave.

ACUERDOS

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

1. **Alvarado.** Dirigir oficio al Ministerio de Salud a fin se sirva informar a esta instancia investigadora acerca de los siguientes antecedentes que se pasan a indicar:
 - a. Auditoría realizada por el Ministerio de Salud referidas a las compras de consultas médicas y prestaciones quirúrgicas a sociedades médicas por parte de establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, año 2015-2016.
 - b. Cantidad de sociedades médicas o comerciales que ofrecen bienes o servicios, desagregadas por Servicios de Salud, naturaleza de las prestaciones realizadas, valor de las prestaciones, forma de pago, con individualización de la entidad pagadora. Interesa, asimismo, saber si los precios y pagos por los servicios adquiridos son a valor mercado acorde al servicio o prestación, como asimismo si existen vínculos e intereses incompatibles entre los dueños o controladores de tales sociedades médicas y los Jefes de Servicio que autorizan la adquisición de bienes o servicios a tales empresas.
 - c. Existencia de autorización sanitaria respecto de las prestaciones realizadas por sociedades médicas o sociedades comerciales de las Secretarías Ministeriales de Salud respectivas.
 - d. Existencia y funcionamiento de prestadores exclusivos, que no estarían ofreciendo atención ni prestaciones a público y operan solo con convenio del Ministerio de Salud, tales como la Clínica Ensenada y Clínica Colonial. Interesa, además, conocer si respecto de estos prestadores existe algún informe de las Secretarías Regionales



Ministeriales de Salud o de la Superintendencia de Salud, que las autorice y/o fiscalice.

- e. Existencia de reuniones entre directores de clínicas privadas y el Ministerio de Salud, Directores de Servicio y Directores de Hospital. Naturaleza y objetivos de tales reuniones y cumplimiento de la Ley del Lobby.
- f. Respecto de la realización de telemedicina, por medio de servicio privados, como es el caso que ocurre en la ciudad de Illapel, interesa saber si está autorizado, conocer la entidad autorizante, la forma de contratación (licitación pública o trato directo), forma de pago e individualización de la unidad pagadora.
- g. Existencia de análisis de patologías y cuáles son los procedimientos de derivación de pacientes.
- h. Informe sobre funcionamiento de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas del año 2010 en adelante.
- i. Respecto de las clínicas privadas, informe de los grupos relacionados de diagnóstico; forma de compra de camas; existencia de trato directo respecto de clínicas no licitadas (7) con indicación del servicio o prestación adquirida, precio, forma de pago y entidad que la autoriza; existencia de clínicas fuera del convenio con Fonasa y su individualización e informe sobre la existencia de libre competencia en estos modelos de compra.

2. **Alvarado.** Prorrogar el término de la sesión, en una primera oportunidad, por 15 minutos y, en una segunda oportunidad, por 5 minutos respectivamente.

ORDEN DEL DÍA

La Comisión escuchó al Presidente del Colegio Médico, señor Enrique Paris.

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 18.54 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 4ª, celebrada en lunes 21 de noviembre de 2016,
de 17.04 a 18.54 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside del diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

Asisten la diputada señora Karla Rubilar y los diputados señores Juan Luis Castro, Juan Antonio Coloma, Jorge Rathgeb, Alberto Robles, Víctor Torres, Germán Verdugo y Osvaldo Urrutia.

Concurren como invitados el presidente del Colegio Médico, señor Enrique Paris, y la presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico, señora Izkia Siches.

TEXTO DEL DEBATE

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

El señor Secretario va a dar lectura a la Cuenta.

*-El señor **LINDHORST** (abogado ayudante) da lectura a la Cuenta.*

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Antes de dar la palabra, debo informar que hemos pedido la aclaración del mandato de la Comisión y hemos señalado claramente que no tenemos ningún tipo de restricciones para hacer todo tipo de averiguaciones e investigaciones, lo que, por lo demás, corresponde a nuestra labor legislativa.

Mientras esperamos esa resolución, según he conversado con la señora Secretaria, no habría ninguna dificultad en oficiar cada una de las preguntas e interrogantes que los parlamentarios plantearon en la primera y segunda sesiones.

Por lo tanto, voy a requerir la unanimidad de los diputados para acordar oficiar respecto de los temas que hemos estudiado durante estos días.

Tiene la palabra el diputado Víctor Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, usted señaló que va a pedir la unanimidad, pero creo que una vez clarificado el tema del mandato se deben enviar los oficios correspondientes.

Entiendo que ya ha habido una interpretación del Secretario General, la que mañana será sometida a los Comités, los cuales deberían respaldarla.

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

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, con mucho respeto, me parece mañosa la interpretación de la subsecretaria de Redes Asistenciales. Uno esperaba poder recibir los antecedentes solicitados.

Por lo mismo, quiero pedir que ella sea citada –no invitada- para la próxima sesión, con el propósito de que traiga los antecedentes del caso y poder avanzar en una Comisión que



evidentemente tiene a más de una persona complicada por la situación que se está investigando.

En consecuencia, para que después no diga que no puede venir por un problema de agenda, lo mejor es citar a la subsecretaria de Redes Asistenciales, con la debida anticipación, para la próxima sesión.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, quiero manifestar mi satisfacción por el documento que nos hizo llegar con el formato de investigación que seguirá la Comisión. Me siento muy representada con los ítems que señalan lo que debemos hacer.

El lunes 28 vamos a recibir nuevamente al director subrogante de la Cenabast y a la directora de Fonasa por primera vez, supuestamente.

Entonces, me gustaría entender cómo vamos a reformular nuestro cronograma, en el entendido de que no pudo venir la directora de Fonasa. Y tenemos el tema de la subsecretaria.

Si me preguntan, creo que es una torpeza responder que no nos envía la información de una auditoría que se pidió porque no saben si está en el marco de la competencia, cuando en realidad, para ser honesta, esa auditoría ya debería haber llegado al diputado Víctor Torres como presidente de la Comisión de Salud. Eso era lo más lógico. Es bastante insólito que se escuden en que no entienden o no saben bien cuál el mandato de la Comisión.

Señor Presidente, pido rehacer el cronograma. Me parece bien su cronograma, estoy de acuerdo, pero tenemos que ver cómo avanzamos, porque al parecer los tiempos no nos alcanzan.

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

Como no es mucho el tiempo que tenemos, quiero pedir el acuerdo respecto de los siguientes puntos que quedaron pendientes.

Auditoría del Minsal del 2015 al 2016.

De las sociedades comerciales, ubicación, número en cada uno de los hospitales de Chile; el tipo de prestaciones; la forma y definiciones de los pagos; la forma y la heterogeneidad de los pagos acorde a los servicios por prestación; jornadas de coincidencia diurna y jornada funcionaria; jefaturas e incumbentes.

Respecto de las jefaturas o direcciones de hospitales, vínculos con sociedades comerciales con prestación de servicios.

Prestaciones privadas. ¿Tienen o no una autorización sanitaria acorde con los seremis respectivos?

Prestador exclusivo; que no tienen prestación de prestaciones externas. Solamente convenios con el Ministerio de Salud, Clínica Ensenada, Clínica Colonial, informe de seremi, informe de superintendencia y su Rut y, en otros casos en que exista este tipo de prestadores.

Reuniones por ley de Transparencia. El lobby entre directores de clínicas privadas con directores de servicios y directores del hospital y Ministerio de Salud.



Autorizaciones a empresas de telemedicina con municipios o empresas privadas. Saber si existe autorización sanitaria en estos casos; por ejemplo, el caso de la Región de Coquimbo, Illapel.

Análisis de patología y procedimientos de derivación; informe de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas de 2010 en adelante; informe de clínica respecto del eje RD de las camas, grupo relacionado con los diagnósticos en las clínicas; trato directo, que se refiere a las clínicas no licitadas, que son siete; y clínicas fuera de los convenios de Fonasa. Y si rige en estos modelos la libre competencia.

Solicito el acuerdo para oficiar al Ministerio de Salud a fin de que nos responda los once puntos.

¿Habría acuerdo?

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo). Señor Presidente, ¿está pidiendo los contratos y la cantidad de los tratos directos y con quiénes se hicieron? Porque menciona los tratos directos. ¿Qué quiere decir con eso? ¿Estamos pidiendo la relación de contratos, sus montos y con quiénes se hicieron?

Hay que ser un poco más específico, porque la petición es muy general.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Todo.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Si son todas las anteriores, lo comparto, pero si se habla de trato directo, entonces dígame qué va a pedir en trato directo. Hay que ser más específico.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Hay tres modelos que se relacionan. Una licitación con los grupos relacionados de diagnóstico. Hay 25 clínicas que están en ese modelo.

Existe un modelo de trato directo con clínicas no licitadas. Son siete las clínicas en ese modelo. Y hay clínicas que están fuera de los convenios del Fonasa. Por poner un ejemplo, la Clínica de la Universidad Católica, donde no funcionan las otras anteriores, y se tiene que dar este tipo de modelo de trato directo sin modelo de licitación.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Pero lo que estamos pidiendo de ellos no solamente es una relación de las clínicas o de las empresas con que se ha firmado trato directo, sino también cuáles son los servicios que ha prestado esa empresa, por qué monto, y en un período determinado.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Toda la información respectiva en estos tres casos, ya sea en la línea de derivación, los contratos, pagos.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, le pido que cuando se redacte definitivamente la petición el Secretario nos dé el detalle de lo que se pide en cada uno de estos casos, porque de lo contrario aparecen solo los titulares. Nosotros queremos información detallada de cada uno de esos contratos.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Así es. Haremos la distinción.

Tiene la palabra el diputado señor Verdugo.

El señor **VERDUGO**.- Sería conveniente pedir que se acompañe materialmente copia de los contratos que se firmaron.



El señor **ALVARADO** (Presidente).- Se pueden pedir. Vamos a nutrirnos de más antecedentes y se los haremos llegar.

¿Habría acuerdo al respecto?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado señor Coloma.

El señor **COLOMA**.- Señor Presidente, pido que la Subsecretaría de Redes Asistenciales quede citada para la próxima sesión.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Señor diputado, hicimos llegar un cronograma de invitaciones. Para la próxima sesión tenemos citado al contralor y a Cenabast. No obstante, podemos conversar el tema de los invitados.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Es más importante que llegue primero el contralor y luego representantes del Cenabast.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, quiero preguntar si el mandato lo concordó con la Comisión de Régimen Interno para que sea ampliado.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Se ratifica mañana.

-Hablan varios señores diputados a la vez.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- La Comisión Especial Investigadora ha invitado al señor Enrique Paris, presidente del Colegio Médico.

Tiene la palabra el señor Enrique Paris.

El señor **PARIS**.- Señor Presidente, muchas gracias por la invitación. Aprovecho la ocasión para saludar a los señores diputados.

No traigo una presentación. Estuve meditando respecto de traer antecedentes, pero creo que eso no me corresponde.

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, creo que es esa Secretaría de Estado la que tiene que aportar esos antecedentes.

La subsecretaría de Redes Asistenciales, a propósito de que estaban hablando de la doctora Gisela Alarcón, tuvo la deferencia de citar al Colegio Médico antes de conocerse la información, con el objeto de señalarnos un resumen de lo que finalmente apareció en la prensa y de lo que ella envió a las regiones.

Como concepto general, creemos que hay actitudes que no se pueden tolerar, por ejemplo, que jefes de servicio de hospitales que a la vez sean 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 inadmisibles desde el punto de vista ético.

También, nos preocupa mucho que muchas de esas sociedades contraten a médicos que no tienen su especialidad inscrita en el registro de prestadores, lo cual, desde mi 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 dispongo, 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.

Lo señalado había sido denunciado por el Colegio Médico en un canal de televisión el año pasado, ocasión en que fui entrevistado y dije que mi respuesta me iba a causar problemas dentro del gremio médico, lo que efectivamente ocurrió, porque en ese momento señalé lo mismo que he dicho ahora: que no comparto ese tipo de actitudes. A raíz de mis dichos, el dueño de una de esas sociedades pidió que el Colegio Médico me pasara al tribunal de ética.

El señor **TORRES**.- ¿Por qué dichos?

El señor **PARIS**.- Porque dije que había dueños de sociedades médicas que eran, a su vez, jefes de servicio, en cuya calidad firmaban los convenios con esas sociedades. Además, dije 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 en que eso no suceda también hay responsabilidad del Ministerio de Salud, que es el ente controlador. El Ministerio de Salud o los funcionarios que supervigilan ese tipo de contratos no están cumpliendo a cabalidad con 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. No estoy aquí para demonizar ni atacar a nadie, pero debo señalar que creo que en ese caso ha habido una falta grave de ética por parte de algunos de nuestros colegas, así como una falta grave de control.

¿En qué se inscribe eso? Tal como el Colegio Médico lo dijo desde el comienzo, en que el sistema público de salud, como ustedes lo deben saber, 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. Lo estoy diciendo crudamente, pero es así.

Más grave aún: los médicos empezaron a dejar horas en sistema público de salud, a reducir su carga horaria de 33 o 22 horas a 11 horas y 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 por ciento de los médicos está trabajando en el sistema privado, frente al 43 por ciento en el sistema público.



¿Qué hemos propuesto? Primero, 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. En todo caso, no estoy acusando a nadie, estoy dando ejemplos.

Obviamente, 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 creo que hay que aumentar el horario, por lo menos a 22 horas.

Además, consideramos que se debe prohibir, porque existen antecedentes al respecto – materia que debe ser del interés de esta Comisión-, que haya algunas sociedades que incluso venden insumos. O sea, además de operar a un paciente le dicen, por ejemplo, que ellos le venderán determinada prótesis. Aclaro que no estoy acusando a nadie, puesto que, como ustedes entenderán, lo que he manifestado al respecto me ha traído problemas. De hecho, como presidente del Colegio Médico, el último consejo general fue bastante duro para mí, porque muchos representantes de regiones, sin entender lo que dije, asumieron que los estaba acusando y reaccionaron en forma muy negativa.

Para terminar, quiero reiterar que lo que he planteado es lo que el Colegio Médico no comparte: que los médicos tengan sociedades y sean jefes de servicio; que médicos estén en el listado de prestadores sin el reconocimiento de su certificación como especialistas, y que se contraten a médicos que no tengan horario contratado con el sistema público de salud.

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

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, me parecen muy razonables y oportunas las sugerencias del presidente del Colegio Médico.

Quiero hacer una analogía. En un servicio público como el Ministerio de Vivienda y Urbanismo o un municipio hay un arquitecto que trabaja media jornada o jornada completa, es inaceptable que ese mismo profesional se pueda presentar a una propuesta llamada por el propio servicio en que se desempeña. Sin embargo, en salud está ocurriendo algo similar. La Contraloría General de la República sancionaría que un profesional que trabaja en un servicio pueda postular a propuestas públicas de ese mismo servicio; independientemente, que tenga media o jornada completa. Además, el hecho de trabajar genera relaciones y lazos de amistad que hacen posible que se generen ese tipo de hechos inaceptables o ilícitos.

Agregaría otra sugerencia a lo planteado por el presidente del Colegio Médico: que ningún médico que pertenezca a una sociedad médica pueda trabajar en el mismo servicio en el



que esta presta sus servicios. Incluso, debiera considerarse la prohibición de hacer extensiva esa restricción a nivel regional o provincial, sin perjuicio de que puede postular a otros lugares. Por ejemplo, los directores de obra tienen prohibición de ejercer dentro de su propia comuna. En el área jurisdiccional de ese servicio, ningún médico puede postular a una licitación pública; hay que evitar esos lazos. El resto de las sugerencias me parecen muy razonables y las analizaría con mayor profundidad para incorporarlas en el informe final de esta comisión investigadora.

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

El señor **PARIS**.- Señor Presidente, por su intermedio, al diputado Urrutia.

Tengo un documento que preparó el Departamento de Trabajo Médico. Quiero que recuerden 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, o tal vez no sea tan difícil, pero sí menos práctico. Entonces, se les ofrece que utilicen las dependencias y la capacidad instalada ociosa –digo ociosa, porque no se ocupa-, del mismo hospital.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Pero eso se presta para malas prácticas.

El señor **PARIS**.- Sí, pero lo importante es que la autoridad fije, de manera correcta, el tipo de contrato, la forma como se conforma la sociedad o con quién negocia; pero hay que pensar en eso.

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 Sótero 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.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saludar al doctor Enrique Paris, presidente del Colegio Médico.

Sé que todo esto le ha acarreado dolores de cabeza al doctor Paris, por atreverse a plantear estos puntos de vista. Esto ha proliferado mucho desde que abandoné el cargo que el doctor ocupa ahora, hace ocho años. Desde entonces, el escenario ha cambiado mucho y este cuadro ha empeorado.

De lo conocido, entiendo que hay una acusación en Chillán, y que también hubo una en Punta Arenas, en que la Fiscalía Nacional Económica acusó a sociedades médicas de prácticas antimonopólicas por fijar precios, una estandarización de precios. Según lo que hemos conversado en otras oportunidades, el Hospital San José tiene grupos organizados en su interior, según lo confesó el propio doctor Puccio en esa comisión. Es más, cuando nos constituimos en el Hospital San José, hace dos o tres meses, lloraron amargamente los grupos médicos que actuaban, que se heredaban y seguían, a quienes se les pagaban



sumas millonarias por las prestaciones. Entiendo que hay sociedades pediátricas, anestésicas, oftalmológicas, de medicina prehospitalaria, ambulancias especiales, que actualmente están actuando al interior del sistema público con la anuencia de jefes de servicio y de directores, quienes, conociendo esta realidad, la critican en privado, pero nunca la admiten en público; lo que sí dicen es que hay enormes gastos. Por ejemplo, hay médicos de cuidado intensivo, a quienes se les pagan 60 mil pesos la hora o algo así; se les pagan de sueldos millonarios bajo el alero de una sociedad médica; debido al estado de necesidad de los hospitales, de no tener cargos de jornada, se les paga de esta manera.

Estas son historias conocidas en el Colegio Médico, de estos grupos anestésicos, oftalmológicos, pediátricos, ambulatorios y otros, que están brindando prestaciones.

Con todo, por su intermedio, señor Presidente, quiero preguntar al doctor Paris qué sabe de la famosa 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 instituciones 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. Entiendo que llevan micros con gente de Ovalle y de la Región de Coquimbo, provincia de Choapa, ante un médico general, profesional que está conectado a una pantalla, tiene un monitor y, al otro lado, entre comillas, hay un especialista. Llega el paciente, cuenta sus síntomas y un verdadero trío va interlocutando *on line*; no se sabe si están frente a un especialista de la Clínica Ensenada, que estaría actuando con consejos de especialidad y bajo la oferta que le hacen a algunos municipios.

Doctor Paris, ¿qué opina de que actualmente el principal prestador privado de camas sea esa clínica? ¿Usted conoce esa clínica? ¿Tiene referencias de médicos de esa clínica? ¿Sabía usted que esa clínica tuvo más de ocho, de doce criterios rechazados por la Superintendencia de Salud para operar? ¿Quiero saber si usted sabía o no que la Seremi Metropolitana de Salud en pocas horas autorizó su funcionamiento y que hoy sigue siendo un establecimiento que está actuando de esa manera? Quiero saber si le llama la atención todo esto. ¿Qué elementos maneja usted de información sobre este tipo de prácticas que están realizando con pacientes del Fonasa, todos ellos públicos, pero que se atienden bajo esta intermediación de compra, que es lo que esta comisión está investigando?

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

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, quiero hacer una precisión. Como bien dijeron el diputado Castro y otros diputados que lo antecedieron en el uso de la palabra, primero uno entiende la situación, que tal vez se diferencia respecto de lo que se hizo en torno al hecho de que funcionarios que trabajan en el sistema pública deban cubrir las necesidades y requerimientos del sistema privado, quizás es algo diferente respecto de otras profesiones, sobre todo por el déficit que existe en lugares alejados, que es bastante más difícil de resolver.

Así considerado, uno también responde un poco a lo que plantea el presidente del Colegio Médico. No obstante, varios de nosotros hemos señalado en múltiples oportunidades la



necesidad de que exista un control más estricto respecto del cumplimiento de metas, al menos en los contratos de 22 horas, para evitar, no el ejercicio privado, sino la manipulación que pudiera existir de casos que no se resuelven en las mañanas, para luego ser absorbidos y resueltos de manera artificiosa a través de la compra de servicios de instituciones privadas. Eso es lo que me parece mucho más grave. Desde esa perspectiva, la inquietud que le dejo al presidente del Colegio Médico -en caso que no haberla-, es si existe la posibilidad de un pronunciamiento del Comité de Ética sobre las conductas que pudieran ser sancionadas desde el punto de vista ético, independientemente del control o la fiscalización del Estado. Desde la ética, de qué manera se puede sancionar a médicos que incurran en este tipo de prácticas; cuál es el planteamiento general que el Colegio Médico haría para establecer marcos aceptables y no aceptables, a juicio de este tribunal.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Damos la bienvenida a la doctora Iskia Siches, presidenta del Colegio Regional Santiago.

Tiene la palabra el doctor Enrique Paris.

El señor **PARIS**.- Señor Presidente, respecto de las preguntas del diputado señor Juan Luis Castro en relación con lo que pasó en las ciudades de Chillán y de Punta Arenas, evidentemente, se cometieron algunos errores.

Respecto de Chillán -no sé si sabían-, 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 -no sé si hay algún diputado de la zona- 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.

Estamos hablando de una sociedad de Ginecología y Obstetricia; ellos reconocieron su error y pagaron la multa. Al igual que lo hemos dicho hasta el cansancio, este tipo de situaciones no puede repetirse y hasta ahora ha sido así.

El caso de Punta Arenas fue anterior. Creo que fue durante su presidencia diputado señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Efectivamente ahí estalló.

El señor **PARIS**.- Cabe señalar que también se cometieron errores que hubo que corregir, pero como dije, hasta el momento, no se ha repetido esta situación y espero que no ocurra en el futuro, por lo menos, por parte de sociedades que eran un poco diferentes, puesto que eran sociedades de profesionales. Por ejemplo, en Chillán, obstetricia y ginecología; en Punta Arenas, como es una ciudad aislada y cerrada, se pusieron de acuerdo no solo sociedades, sino también grupos de médicos. Sin embargo, ello está totalmente desechado, prohibido y hemos dado instrucciones para que no se repita.

El estado de necesidad de la que habla usted diputado señor Castro es justamente lo que ha llevado a que los servicios de salud y los jefes de servicios contraten los servicios profesionales de estas sociedades o profesionales que trabajan en la tarde.



En la clínica que nombró, lo que más nos 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 le da la acreditación. Por lo tanto, pienso que si una clínica no está acreditada no puede recibir a pacientes GES AUGE, porque desgraciadamente no está asegurando la calidad del paciente. No tiene acreditación, no tiene esterilización y no tiene equipos de rayos. Además, está ubicada en un *strip center*, un lugar que, a mi juicio, es inadecuado.

Tuve un intercambio de *whatsapp* con el superintendente de Salud -ya superé el problema-; sin embargo, obviamente, me llama la atención que diga que fue autorizado su ejercicio en forma *express* por la autoridad de Salud, el seremi. Es probable 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 lo tanto, creo que es bueno que se investigue esta situación y se corrija, ya que, como dije, el traspaso de compras y de dinero ha sido gigantesco.

Por otro lado, en el tema de telemedicina no sabía que se producían este tipo de transportes de pacientes.

Hemos 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 es una situación un poco inexplicable, porque pensamos 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 anamnesis o el examen físico completo, hacer una hipótesis diagnóstica y un tratamiento.

Diferente es lo que se hace en algunos servicios de salud que están trabajando con telemedicina para dar atenciones de urgencias en la noche. No sé si saben que eso existe en Chile. 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 guagüita. Sin embargo, insisto, no es lo mismo interlocutar y examinar a una persona por videoconferencia y decirle: "Creo que tiene tal o cual cosa." No sé si le indican tratamiento o medicamento, pero lo mejor es tener contacto directo con el paciente. Por lo tanto, este tipo de medicina no es compatible con la práctica de la medicina hipocrática, la que sí tiene un contacto directo con el paciente.

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



El señor **CASTRO**.- ¿Qué información tiene respecto del rol que tuvo en Ensenada su predecesor en la presidencia de la orden médica, de acuerdo a la información que ha salido en la prensa?

El señor **PARIS**.- Confío en la información de la prensa –supongo que habrá periodistas acá-, pero para una instancia como esta no quisiera basarme en ese tipo de información; por lo tanto, a su pregunta, no tengo información fidedigna de la actuación de nuestro expresidente, por lo que creo que debería ser invitado a la comisión, es lo más lógico y lo más justo, para escucharlo y dejar que haga sus descargos si es que hay algún requerimiento o duda sobre su actuación. Pienso que él tiene todo el derecho a ser escuchado.

El diputado Torres, que no está presente, hizo una pregunta muy interesante respecto del control o evaluación del trabajo médico y hay un consenso del equipo de salud en general. Creo que tiene que haber una evaluación, buena o mala, en base al resultado que se obtiene del acto médico, ya que lo que ha dicho el diputado señor Torres es que obviamente muchos de los problemas que se han suscitado guardan relación con la ética. Por ello, voy a recibir sus sugerencias y solicitar un pronunciamiento al Departamento de Ética respecto de este tema, pues no estoy ciento por ciento seguro de haberlo pedido, pero en una de las últimas mesas directivas acordamos justamente –Iskia Siches forma parte de la directiva nacional también- pedir al Departamento de Ética -no a los tribunales todavía-, que nos dé una pauta de cómo deberían establecerse estas relaciones entre las sociedades médicas y los servicios clínicos, porque aquí no estamos hablando de los servicios de salud.

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

El señor **RATHGEB**.- Señor Presidente, quiero felicitar a nuestro invitado y reconocer el hecho de que pueda señalar con tanta claridad la exposición que ha indicado aquí.

Evidentemente que este tipo de irregularidades genera una pérdida fiscal importante. Además, en el caso de la Región de La Araucanía esto también ha estado incubando y generado un ambiente laboral muy tenso. Los funcionarios del servicio de Salud o de los distintos hospitales sienten que en esto hay una situación compleja de la que están quedando absolutamente al margen y, además, sienten que no pueden desempeñarse adecuadamente.

El rendimiento de los médicos en el sector público no es el mismo que en el sector privado. Evidentemente, esto ha generado una situación muy compleja, particularmente, en la Región de La Araucanía. El hecho de que haya material, dependencias y personal ocioso también genera una importante pérdida fiscal, teniendo presente que el rendimiento de los médicos es mucho más bajo en la parte pública. Las prestaciones del sector público son más caras que las del sector privado, pues la mantención del personal, las dependencias y la infraestructura genera un costo adicional, que no está evaluado o sopesado en dinero.

Doctor Paris, esta situación, al menos en la Región de La Araucanía, está generando conflicto laboral entre los profesionales médicos y técnicos que trabajan en los distintos servicios de salud y hospitales.

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



El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero preguntar al doctor Paris por qué existe tanta capacidad ociosa en el sector público, ya que, en definitiva, la construcción y adquisición de equipamiento tienen un costo para toda la sociedad en su conjunto.

¿Quiere decir eso que cuando se hacen inversiones en los distintos hospitales públicos o servicios de salud, no se está evaluando socialmente la conveniencia de esas inversiones?

¿Estamos gastando en equipamientos e inversiones que no somos capaces de usar?

También quiero saber de qué manera se podría usar esa capacidad ociosa. ¿Contratando médicos y exigiéndoles cumplimiento de metas? Parece inaudito que tengamos media jornada de capacidad ociosa en todos los servicios y hospitales públicos. Es una situación absurda.

Como no soy experto en el área de salud, quiero que explique cómo se soluciona en otras partes o de qué manera se podría enfrentar este problema.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el presidente del Colegio Médico, señor Enrique Paris.

El señor **PARIS**.- Señor Presidente, la pregunta del diputado Jorge Rathgeb tiene que ver con algo que nosotros también hemos detectado. No solo hay situaciones tensas entre los médicos y el equipo salud, sino también entre los mismos médicos, pues como no todos quieren acceder a este tipo de trabajo, se producen situaciones de inequidad. Un ejemplo de ello sucede de manera clara en el Hospital Gustavo Fricke.

Aquí 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 me parece legítimo y bueno para bajar las listas de espera; sin embargo, hemos 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 hemos escuchado en el Consejo General del Colegio Médicos muchas veces. Se ha creado una especie de sentido perverso para mantener esta situación.

Ahora, la capacidad ociosa se mantiene porque tenemos un 57 por ciento de los médicos trabajando en el sistema privado y un 43 por ciento en el sistema público, sistema en el que tenemos inscrito al 80 por ciento 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.

Entiendo 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. El ejemplo que usted puso también se da. 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 compartimos, pues el médico debe seguir atendiendo al paciente.

Creo que su pregunta sobre por qué no se utilizan muchos hospitales en las tardes, tendríamos que preguntárselo a la subsecretaria de Redes Asistenciales.

Ahora, ¿cómo hemos querido corregir esta situación? Estamos tramitando una ley en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, que pretende mejorar y dar incentivos para que los médicos se mantengan en el sistema público de salud. Creo 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 esta 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 podamos contar con tecnología avanzada en el sistema público de salud hará que los médicos vuelvan a este sistema.

Debemos buscar formas de reencantarlos para que no se sigan yendo y vuelvan. Una de las formas de lograrlo, justamente, es evitar que se pague más a los *outsiders* que trabajan en la tarde, paguemos menos o no paguemos lo mismo que pagamos ahora. Hay que pagar de forma justa, pero no en exceso.

Hay que trabajar en todo eso. Además, hay que reconocer que los hospitales públicos son el campo clínico de las universidades. O sea, si hacemos 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 esta área, pues genera que el médico se quede en el sistema público.

En resumen, hay que buscar iniciativas ingeniosas para que los médicos se queden o vuelvan al sistema público, que es donde más los necesitamos.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputad Osvaldo Urrutia.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero pedirle al doctor Paris que se explique sobre el caso del Hospital Gustavo Fricke.

Como diputado, represento al distrito de Viña del Mar y me interesa que explique esa situación.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el doctor Enrique Paris.

El señor **PARIS**.- Señor Presidente, en el Hospital Gustavo Fricke 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 a nosotros, como Colegio Médico, para solicitar ayuda. Hablé con la autoridad pertinente para que tratara de solucionar este problema, pero no sé si ya se solucionó.

En el Hospital Gustavo Fricke –hay que reconocerlo- 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, con nombre y apellido. Considero que fue un error, no se debió nombrar a nadie hasta que no terminara la investigación. Ellos trabajan



de manera diferente; don Jorge Kaplán mantuvo una ética y una forma de trabajo dedicada a la investigación, a dar más cobertura a los pacientes que no podían pagar.

El ejemplo al que me referí era el del oftalmólogo, médico a quien conozco personalmente, estuvimos juntos en la Universidad de Lovaina, en Bélgica. Lo conozco desde esa época.

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

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo a nuestros invitados.

Quiero hacer tres preguntas. La primera tiene que ver con algo que usted mencionó al principio. Desde que tenemos en el país la ley AUGE se determinó que la priorización de las patologías y de los problemas de salud se hiciera más bien desde el punto de vista administrativo-financiero que desde el punto de vista del médico. Por lo tanto, es la patología diagnosticada la que introduce a la persona en el sistema.

Eso produce dos problemas. Primero, que la patología se inicia cuando el especialista la diagnostica. Por lo tanto, si usted tiene una catarata, mientras el oftalmólogo no diga que es catarata no inicia el proceso de AUGE. Y es un problema serio pues aunque la catarata sea diagnosticada por un oftalmólogo privado, para el sector público no existe confirmación diagnóstica hasta que lo vea el médico del hospital. Entonces, tenemos una barrera de entrada al Auge dada por esta problemática.

Segundo, siempre he pensado que la gran mayoría de los médicos en Chile tienen un nivel suficiente como para ser los primeros en entender los problemas económicos del país, y por cierto los propios. En ese plano, la demanda, en general, es orientada por los médicos. La oferta orienta la demanda en el sector salud; los colegas pueden mantener la demanda cautiva mucho tiempo a través de las consultas, controles y más controles hasta resolver el problema, pero hay dos temas que están ocurriendo y me parecen muy preocupantes y que pienso que tienen que ver con este fenómeno.

Primero, de acuerdo con las cifras la compra de diálisis ha aumentado prácticamente al doble en menos de cinco años.

¿En cinco años aumentó tanto la prevalencia de insuficiencia renal crónica terminal como para aumentar al doble los costos de personas que requieren diálisis?

Ahí hay un tema muy preocupante, porque al final del día es natural pensar que en este proceso se produce un fenómeno de sobrediagnóstico de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, y como esa dolencia está incluida en el AUGE rápidamente se incrementa el número de pacientes.

Quiero preguntarle su opinión respecto del tema de las 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. Es una cosa bastante notoria.

Otro tema que quiero consultar es el siguiente. Uno puede entender lo que usted ha planteado acerca de las sociedades y los carteles médicos, pero está ocurriendo un fenómeno que no tiene que ver con las sociedades, sino con los médicos considerados en forma individual.



Me consta que en Santiago hay hospitales que requieren reemplazos en turnos, pero no hay quien quiera hacerlos como en el pasado, contratado por el servicio, es decir, con un contrato de reemplazo: 28 horas.

Por lo tanto, para hacer un reemplazo en una urgencia maternal, en una urgencia quirúrgica, o donde sea, el servicio requiere de alguien que reemplace, y si nadie quiere hacerlo hoy los médicos están siendo pagados ya no por contratos, sino por compra de servicios con boleta, con una remuneración por hora bastante más alta incluso de la que se paga al médico titular. Quiero oír la opinión de nuestro invitado al respecto, porque lo que se observa es que el sistema está orientando a los colegas a no suscribir contratos, sino simplemente a reemplazar, porque en la medida que se contrata como médico de urgencia no gana el valor de la hora de urgencia que se paga al reemplazante. Se observa que muchos colegas, sobre todo jóvenes especialistas, prefieren que los contraten a honorarios contra boleta.

En el mismo tema, quiero preguntar por los médicos especialistas extranjeros que han llegado a nuestro país, que son muchos, algunos muy bien formados, pero otros, por cierto, no.

Lo que se ha planteado en nuestra mirada desde el punto de vista político es que a los médicos especialistas -no a los médicos extranjeros- hay que incorporarlos de una forma distinta, ya no a través del EUNACOM (Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina). Se ha planteado que sea a través del CONACEM (Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas) y me parece razonable. Como es un tema de interés nacional quiero conocer la opinión del Colegio Médico en esta materia.

Ahora, si bien el AUGE ha sido muy positivo para los pacientes, en la medida que se toma una decisión dentro de un cierto intervalo de tiempo y con una cierta cobertura financiera, y la persona va a tener respuesta a ese problema de salud, pero no es menos cierto que eso significa, de una u otra forma, que los pacientes que no están afectados por patologías AUGE simplemente no son atendidos en el sistema público de salud, y sus problemas prácticamente no se resuelven en el sistema público de salud en forma normal, sino a través de esta compra de servicios para disminuir las listas de espera.

Me parece que el sistema está empujando al sector público de salud a privatizar la prestación.

Quiero saber que piensa el Colegio Médico al respecto, porque me preocupa el tema. He planteado este tema a la ministra de Salud en varias ocasiones y a propósito de distintos temas, y hay dos cosas que me parecen muy básicas y relevantes, que se relacionan con algo que usted dijo y que yo no sabía, lo que me asombró y preocupó muchísimo. Si solo el 43 por ciento de los médicos está en el sector público, la probabilidad de que el sector público resuelva los problemas en el tiempo y oportunidad adecuados es muy baja. Aunque aumentemos la cantidad de médicos especialistas, si ellos no van al sector público, no podremos mejorar nuestra capacidad de atender las necesidades de la población, por lo cual deberán recurrir al sector privado de salud y a la compra de servicios.

Aquí tenemos un punto central en términos de políticas públicas de futuro y no solo de gestión.



He conversado con algunos directores de hospital, en Santiago sobre todo, y también en regiones, y me dicen: ¿Qué hago Alberto? No puedo dejar el turno de noche sin un obstetra. ¡Tengo que pagar!

Si no tengo a nadie que pueda resolver ese tema, tengo que pagar.

Por otro lado, los colegas que son titulares dicen: ¿Por qué voy a venir a hacer turnos en la noche por el costo de hora que paga el servicio si al colega que está a mi lado le pagan el doble?

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

El señor **PARIS**.- Señor Presidente, en primer lugar, sobre el tema de la barrera de entrada de los pacientes al AUGE, espero que los especialistas no estén pensando en la oferta y la demanda.

Creo 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.

Aquí tenemos una discusión eterna con las Isapres, porque dicen que el médico –se lo escuché al superintendente Sebastián Pavlovic hace poco rato-... Hoy se dio la noticia de que las Isapres habían aumentado en un 40,2 por ciento sus utilidades en relación con el año anterior en la misma época, fundamentalmente porque aumentaron el costo de la prima AUGE, y el costo de la prima AUGE no es utilizado por los pacientes. De 2,7 pesos, el paciente o la Isapre está gastando 1 peso, por lo que la Isapre se queda con 1,7 pesos y eso está “salvando” a algunas Isapres, como la Isapre Más Vida, que obtuvo una utilidad de 4.000 y tantos millones de pesos, según la información actual.

¿Por qué ocurre eso? Debido a que cuando a un paciente se le señala que tiene una patología AUGE y le llenan el formulario correspondiente, aspecto sobre el que debiera haber más control por parte de la superintendencia o de quien corresponda, en muchos casos ocurre que este no quiere que se le cambie el médico tratante, situación que en su momento fue advertida y señalada por el Colegio Médico. Muchos pacientes quieren seguir con su médico de cabecera, con el doctor que los ha atendido siempre, y cuando eso sucede, por decirlo de algún modo, la plata destinada al fin señalado no se gasta. Ante esa situación, no se trata que el médico quiera controlar la oferta y la demanda, sino que muchas veces es el propio paciente el que señala que no se quiere ir al AUGE, aunque se lo pidan, porque quiere seguir con el médico que lo ha tratado siempre.

Por lo tanto, el problema de la barrera de entrada tiene que ver más bien con la falta de especialistas. Al respecto, voy a dar otra cifra. 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.

Respecto de la diálisis, recomiendo a esta Comisión que se lea un artículo publicado este año en la Revista Médica de Chile, en el que la Sociedad Chilena de Nefrología hace un



análisis muy descarnado en materia de diálisis. 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.

Por lo tanto, creo que ese artículo, el cual acaba de ser publicado, es sumamente interesante, el que además fue presentado para un concurso relacionado con ética en el área salud.

En este caso, la Sociedad Chilena de Nefrología es la que está llamando la atención, puesto que es rarísima tanto la cantidad de plata que se utiliza para diálisis como la cantidad de pacientes con insuficiencia renal crónica que son sometidos a ese procedimiento, en circunstancias de que a lo mejor no todos debieran ser incluidos. En ese sentido, se está produciendo, como decimos los médicos, una especie de encarnizamiento terapéutico. O sea, se sigue insistiendo en tratar al paciente, aun cuando su pronóstico sea malo, en lugar de conversar con su familia, para que esta decida retirarlo de ese procedimiento, con el objeto de dejarlo morir con tranquilidad.

En cuanto a los reemplazos de turnos, 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, que no digo que sean malos, pero a los médicos generales, que no son especialistas y no son cirujanos, 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 tenemos que dar una solución: hay muchos médicos que no quieren hacer turnos.

Asimismo, hablemos las cosas sinceramente, también hay un problema de impuestos, ya que hay médicos que nos quieren que los contraten, porque les aumenta la tasa impositiva.

Hay otra situación, que no sé si ustedes la conocen, pero en Iquique la tenemos claramente estudiada: 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. No sé si sabían eso. El médico no hace el contrato directo con el servicio. Eso lo hacen fundamentalmente para rebajar impuestos o porque no quieren pagar tantos impuestos.

En cuanto a los extranjeros, también para las regiones, en las que hay menos médicos, habíamos 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.

Respecto de los médicos extranjeros, quiero señalar que daremos todo nuestro 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 Conacem y no el Eunacom. Apoyamos esa postura, tal como lo planteamos ante la Comisión técnica que está tramitando esa iniciativa, pero La Tercera no entendió nada, porque dijo una barbaridad respecto de la noticia. Pero en verdad nosotros apoyamos la posibilidad de que los médicos extranjeros –algunos muy buenos- que tengan una especialidad, en vez de dar el Eunacom y el examen de especialidad, den solamente el examen de especialidad en Conacem, lo que les permita ser contratados en el sistema público de salud en forma automática. Eso no es fácil, no es rápido, pero por lo menos les suprimimos un trámite.

Por último, en cuanto a los pacientes no AUGE, 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.

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

La señora **SICHES** (doña Izkia).- Señor Presidente, trabajo en el sector público, tanto en un hospital tipo 1, en el San Juan de Dios, como también en la atención primaria. Entonces, lo que se ha retratado acá no logra mostrar la dureza de lo mal que estamos. Creo que la Comisión de Salud o esta comisión investigadora en realidad pueden ser un sustrato para el gobierno que venga, en cuanto a que esto es realmente un problema, y no les estamos dando las soluciones de salud a los pacientes, sean GES o no GES. Por compra de servicios o como sea, no llegamos. Yo lo veo todos los días. Atendí todo el día de hoy a pacientes de la atención primaria, y efectivamente a mí se me cae la cara de vergüenza todos los días cuando tengo que decir a un paciente: “Siga esperando, el fármaco no llega o no está”.

Esa es una realidad mucho más dura. Quizá haya macrocifras que uno intenta transparentar. Aquí se han manifestado muchos de los problemas que tenemos, pero creo que igual hay un punto central, que independientemente de las ideologías, 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. O sea, alguien que empieza a vender una prestación con finalidades económicas y no con indicaciones clínicas, es que no entendió nada de medicina o no pudo llevar su análisis económico a una cosa que es como de ética mínima.



En ese sentido, hay muchos casos en que el recurso humano médico está involucrado, y al respecto voy a hacer algún grado de defensa, pues me 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, quiero aclarar -entendiendo que mi generación es la que no quiere trabajar en el sector público, que no quiere ganar poco y que no quiere hacer turnos- que yo soy de esa parte de los colegas que nos formamos en el sistema público de salud y que estamos convencidos de que es allí donde se hace la medicina. Pero también vemos en nuestros 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 queremos que el sistema público crezca y se vuelva a fortalecer, vemos que no están las estructuras, vemos que el sector público no tiene la capacidad. A diferencia de lo que ha dicho acá, en mi hospital y en mi centro de atención primaria, en general hacemos 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 construyan o habiliten el pabellón de forma institucional.

No quiero que quede la impresión de que estoy cargando a la Nueva Mayoría o apuntando a un tema ideológico de la Derecha, sino que este es un tema medular para que funcionen los hospitales. Por eso, hay que encontrar otro mecanismo.

Respecto del tema del recurso humano-médico, en representación del Colegio Médico de Chile me tocó participar en una comisión conjunta cuando iniciamos nuestras negociaciones, y lo primero que le planteamos al ministerio es que esto de las sociedades es un cáncer. ¿Por qué? Porque nos va subiendo los precios a suma alzada y competimos entre nosotros, cuestión que redundo en que nuestros colegiados se pelean entre ellos mismos, porque las oscilaciones de precios son muy grandes. A lo largo del país, hicimos 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, lo suben en otro, y esto sigue en escalada. Esto le sale más caro al país. Para evitar, era necesario -quizá- estipular otros mecanismos. Entiendo que se diga, desde una mirada económica: "bueno, le pago por rendimiento". Pero esta tampoco es la lógica, porque hemos visto los resultados. Además, no tenemos capacidad para fiscalizar al privado ni al que está funcionando directamente por temas económicos.

Pero los que iniciaron estas modalidades -tenemos que recordar- 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, le planteamos al Ministerio de Salud hacernos cargo de este tema, analizar las sociedades e intentar a largo plazo eliminarlas de nuestros hospitales, porque las jibarizamos, nos sale caro como Estado y nos va a seguir saliendo cada vez más caro, la respuesta fue que no era parte de la política del período.

Me parece que es un desafío mayúsculo y el gobierno que venga tendrá que enfrentarlo 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 tenemos, o reestructuramos la modalidad de pago.

Por último, me quiero referir a un tema muy sentido. Se apunta a muchas de esas sociedades con el dedo, se las trata de inmorales que operan o no sé qué. Pero debo aclarar 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? Les voy a dar la asignación de estímulo de 180 por ciento; les voy a hacer un cariñito, etcétera. 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.

En el tema de turnos, la hora se paga a 11.000 pesos y el mercado cambió. ¿Por qué? 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 anestesiistas.

Entonces, el origen del problema, aun reconociendo todos los problemas que tenemos y que tenemos algunos colegas que no entendieron de qué se trataba la medicina, el problema medular es la estructura del financiamiento. Además, entra a una caja negra que no nos 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 terminamos contratando médicos argentinos no acreditados para operar a los pacientes.

Entonces, tal como lo hicimos en su momento, planteo que las sociedades, a mediano o largo plazo, desaparezcan al interior de los hospitales. Finalmente, debiéramos buscar la calidad, porque entrar en esta dinámica de eficiencia no es tanto.

Estuve revisando y hay cosas bien incipientes en el tema de datos duros, como esto de 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, un cabro joven que haciendo la investigación que nadie ha querido hacer, investigación en la que uno esperaría que el Estado estuviera vinculando, sobre cuál la forma más efectiva, dado que la plata es poca, para contratar mejor a los colegas y hacer que los recursos rindan.

Sin duda, nos dolieron mucho 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 si quisiera ganar plata, estaría en otro centro, sino están en estas sociedades porque quieren hacerse cargo de esos pacientes. Creo que podemos buscar mecanismos más atractivos o menos complejos.

Por último, quiero contar una experiencia personal en servicios, ahora con el tema de los conflictos de 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.

Me correspondió atender en BUPA como interconsultora, y vi 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 tenemos capacidad fiscalizadora.

Muchas gracias.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Solicito el acuerdo para prorrogar la sesión en quince minutos.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

La señora **SICHES** (doña Izkia).- Señor Presidente, quiero aclarar que cada vez que hablo de sociedades, no me refiero a las sociedades científicas, sino a las comerciales.

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

El señor **PARIS**.- Señor Presidente, el doctor Robles hizo una pregunta muy interesante.

Preguntó qué pensaba el Colegio Médico respecto de que se estuviera privatizando la salud en Chile. Le digo sinceramente que yo antes pensaba que no. Es más, don Julio Montt, un demócratacristiano y bioeticista, que fue ministro de Salud durante la presidencia de Aylwin, siempre me ha dicho, con una visión mucho más madura que la mía 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, la mecánica mercantil, no lo tengo claro. Pero tenemos esa impresión, y la única forma de controlar eso es potenciando, mejorando y haciendo más atractivo el sistema público.

Ahora, cuando hablaba de capacidad ociosa, me refería 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.

Creo en el complemento entre la medicina pública y privada; creo que se pueden hacer trabajos complementarios. Por lo tanto, no hay que demonizar a la medicina privada porque



se pueden obtener buenos beneficios, pero hay que regularizarla, controlarla y normarla para que las instituciones funcionen. Solo eso va a permitir que le saquemos provecho a ambos sistemas y podamos trabajar por la salud de la población.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, soy una convencida de que en esta comisión investigadora, más que lograr una sanción de alguna autoridad o algo por el estilo, debemos revisar el mecanismo del sistema de funcionamiento. Si hay algo que puede aportar la comisión es precisamente ver cómo funciona el sistema de salud, hacer un diagnóstico y determinar si es lo que queremos mantener o cambiar. Para ello, debemos ser capaces de transparentar cómo funcionamos en la actualidad.

Estamos hablando de un sistema que fue validado por nosotros; todos sabemos relativamente cómo funciona y lo hemos permitido. ¡Es la realidad! Todo por nuestro afán fiscalizador, pasando por ver cómo compra Fonasa, pasando por los servicios de salud, etcétera.

Eso es lo primero que quiero acotar, porque lo que hemos visto tiene que ver con un problema sistémico del Ministerio de Salud, que no tiene cómo comprobar cuánto produce y cuánto gasta. Entonces, va al Ministerio de Hacienda y este los manda “a freír monos al África” –literal-, porque no son capaces de resolver.

En la comisión del Auge tuvimos sentados a los representantes del ministerio y de la Dipres. En el ministerio dijeron que el Auge estaba desfinanciado, diagnóstico que compartimos todos, porque la plata que era para 56 está en 80. Sin embargo, cuando le preguntamos al ministerio de Hacienda, este nos dijo que el Ministerio de Salud jamás ha sido capaz de probar que está desfinanciado y que le falta plata. Pero no tengo cómo validar esa afirmación.

Entonces, lo primero que debiéramos hacer es transparentar el sistema, porque no creo que los médicos sean todos unos demonios que andan por ahí tratando de ganar más “lucas” a costa del sufrimiento de la gente. No lo creo, pero pasan cosas como las que plantea el presidente, en cuanto a que los incentivan a formar sociedades porque necesitan otro subtítulo, un subtítulo a contrata, porque no tienen planta. Eso es verdad.

Ahora bien, ello ocurre porque tenemos un Estado que no es moderno y un sistema de salud que no está acorde con lo que debiera ser. A veces, uno se pregunta cuánto se traspasa a las sociedades en compra de servicios y si ese monto permitiría pagar sueldos que les permita a los médicos querer estar en el sistema público, porque muchos de ellos sienten que, después de 10 o 15 años de especialidad, ganar lo que ganan parece no ser justo. Por lo tanto, lo compensan por esta vía y después muchos de ellos no se quieren ir.

¿Qué hacen? Están una hora en la mañana y compensan con esta sociedad y esta compra de servicios en la tarde, cosa que hemos visto con radiólogos, oftalmólogos, etcétera, por tratarse de especialidades escasas.

Por otra parte, uno piensa que si fuera capaz de pagarles lo que ganan con las compras de servicios sería posible retenerlos por más tiempo, pero no hemos tomado la decisión de hacer un análisis para reformular el sistema. Eso es lo primero que debiéramos ver.



Otra cosa que quiero mencionar tiene que ver con la cantidad –creo que mínima- de médicos que hacen cosas indebidas. Si ello sucede es el propio Colegio Médico quien debe regular y sancionar a dichos médicos. Estoy convencida de que el tema de la tutela del colegio es fundamental.

Debemos avanzar en ese proyecto que está detenido desde hace bastante tiempo y devolver la potestad ética que tenían los colegios profesionales, lo cual contribuiría muchísimo a que este tipo de cosas no pasaran más. Pienso que es una contribución que debemos debatir.

Por otro lado, hay cosas que debemos regular como, por ejemplo, a los médicos que se ponen de acuerdo, a las sociedades de anestesiólogos que cobran un ojo de la cara. Incluso, lamentablemente, hay sociedades de médicos que desarrollan una suerte de trata de médicos extranjeros. ¡Esa es una realidad! Traen a médicos desde el extranjero y les dicen: “Trabaja aquí o no trabajas en ningún otro lado”, y los tienen en hospitales, no de Iquique, que uno podría entender y decir: ¡pucha, tan alejado, cuesta llegar! Pero no, los tienen en el San José, sin Eunacom, a honorarios y sin responsabilidad administrativa alguna, porque un médico tiene responsabilidad penal del ejercicio de la profesión, pero sin ninguna responsabilidad administrativa. Posteriormente, son jefes de turno, lo cual resulta insólito.

En el tema de las diálisis -que planteó muy bien el diputado Robles- nos debemos meter a fondo. Con las diálisis estamos como con el reflujo gastroesofágico en el tema del posnatal, con unas tasas gigantescas de insuficiencia renal. No existe una correlación con la epidemiología del país, por lo tanto, también hay que revisar esa situación o cualquier tipo de compra de servicios.

Por otra parte, en la reforma que hicimos en 2005, con la separación de redes, con salud pública y los servicios de salud independientes, también existe un despelote por cuanto manda el director del servicio de forma autónoma, lo cual tampoco es real porque pasan cosas extremadamente raras ahí y finalmente no funciona como red.

Entonces, cuando la doctora Siches habla de la atención primaria, debo decirle que creo en la importancia de la descentralización, pero en salud ha habido una mala decisión, y lo digo con claridad.

Quiero que los médicos tengan los sueldos que tienen los municipales, y no se trata de empeorar su condición ni nada por el estilo. Pero esa correlación inexistente entre la atención primaria y secundaria -porque tenemos una salud dependiente del municipio versus un servicio de salud- es un desastre. Esa cuestión no funciona.

Hay que mantener los derechos, los beneficios de todos los funcionarios de la atención privada, y no hay que moverse ni un solo milímetro, problema que también tiene que ver con lo que está pasando hoy.

Por ello, es importante que con el Colegio Médico veamos la posibilidad de establecer un código de ética, una sugerencia de correlación de quién puede firmar, no firmar; cómo se puede derivar, si me puedo autoderivar o no, porque tenemos profesionales de la salud que son directores y que se compran servicios a sí mismos. ¡Eso es así, no lo podemos negar! Espero que ese tema lo podamos revisar en la comisión, más allá de buscar sanciones y



cosas por el estilo, que no es mi objetivo. Debemos ser capaces de transparentar lo que pasa y ver cómo potenciamos la salud pública. La salud privada es muy relevante y hay que hacerla complementaria, pero no a costa de desvestir a la salud pública.

Cuando tengamos una salud pública poderosa, de calidad, que resuelva, no habrá ningún problema en complementar. Eso sería estupendo, pero –repito- no a costa de que nadie se quiera atender en un hospital, porque eso es lo que siento que estamos haciendo.

Ojalá les vaya bien mal a los hospitales para que así compremos afuera. Esa cuestión es insostenible, porque la única opción de la gente -sobre todo en regiones- es el hospital. Por ejemplo, la clínica de Iquique no tiene UCI, ya que no es de alta complejidad. Entonces, cuando se complica la salud de un paciente termina en el hospital de Iquique. ¡Linda la cuestión! Entonces yo compro como Fonasa a una clínica, que no tiene ninguna capacidad de resolver las complejidades, porque solamente tiene unas camitas por aquí y por allá, y si se me complica la cosa tengo que mandar al paciente al hospital. Eso pasa con las clínicas de las maternidades.

Creo que muchos de ustedes saben que hay clínicas que no tienen UCI neonatal. En la clínica se atiende el parto, Fonasa le paga el PAD, pero dónde termina si se complica la salud del bebé. En la RED, en el hospital público, coordinada con la gestión de cama central. ¡Eso es insólito! Es obvio que esa clínica cobre barato, ya que todo el riesgo se lo traspassa al sistema público.

¡Ese tipo de cosas no las podemos permitir más! Llegó el momento de hacer las cosas bien, de transparentar, de trabajar con el Colegio Médico y decir cómo queremos el sistema público de salud, que en vez de hacer estas mejoras, que son buenas, los sueldos de los profesionales, etcétera, es fundamental una carrera funcionaria que los motive y esté acorde a sus servicios.

Acabamos de modificar la ley para que los alcaldes puedan tomar decisiones respecto de sus plantas, aumentarlas, etcétera. Pero qué pasa con los servicios de salud, que siguen teniendo un horario. ¡No, me parece que tenemos un sistema completamente obsoleto y hay que asumirlo de una vez por todas!

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

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, el objeto de esta comisión es investigar eventuales fraudes y colusión entre jefes de servicio, jefes de clínicas y sociedades médicas comerciales. Ese es el objeto de la comisión, independiente de que podamos discutir y conversar sobre el sistema de salud en general, a pesar de que considero que es materia de la Comisión de Salud y que es un proyecto que debería presentar el gobierno.

Ahora bien, la comisión tiene un plazo acotado -90 días- y tenemos un calendario de personas que invitar. El tema es investigar de frentón si hubo fraude o colusión en estas materias y para eso es la ronda de invitados.

A propósito de algunas aseveraciones que se han hecho, el mercado existe, formal o informalmente, querámoslo o no, cuando hay oferentes y demandantes de un determinado servicio. En ese sentido, el Estado no ha sido capaz de entregar un servicio a ese 80 por



ciento de población que se atiende, ello por incapacidad, por incompetencia o por cualquier razón, da lo mismo; pero tener 1,5 millones de personas en lista de espera es un fracaso rotundo, “aquí y en la Quebrada del Aji.” No sé si en otra parte del mundo existe eso, sobre todo cuando tenemos una construcción de hospitales, de consultorios y anunciada la construcción de 60 hospitales en Chile. ¿Para qué los vamos a construir si vamos a tener un 50 por ciento ocioso? No lo entiendo, si ni siquiera somos capaces de retener a los médicos. Preferiría pensar en el paciente y decirle: “señor, yo le doy a usted la posibilidad de un bono y vaya y atiéndase donde quiera, donde tenga calidad. No lo obligo atenderse ni con el Estado ni con el privado. Donde usted quiera.”

Si vamos a discutir del sistema, me parece que ese es el mejor: que el paciente elija y no se le obligue a estar en un hospital que es incompetente, que lo tiene en lista de espera y que le hace esperar ocho meses para una consulta oftalmológica.

Son distintas formas de ver cómo solucionamos este problema, y estoy dispuesto a discutirlo, pero no creo que esta sea la comisión para hacerlo porque estamos mandatados para investigar fraude y colusión entre los servicios públicos, entre los hospitales y sociedades médicas privadas.

Por lo tanto, le pido, señor Presidente, que nos concentremos en ese tema, porque si no la comisión no va a terminar nunca para que podamos llevar los temas propios de atención de salud a la comisión que corresponde, que es la de Salud.

Por último, que recabe el acuerdo para invitar al médico oftalmólogo del Hospital Gustavo Fricke, que mencionó el doctor Paris. Asimismo, solicitar al director del Hospital Gustavo Fricke los contratos que ha suscrito con sociedades médicas comerciales desde 2010 a la fecha.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Señor diputado, hicimos esas peticiones acerca del tema de los contratos para todo el país en la primera sesión de la comisión. En el caso del médico oftalmólogo, le sugiero requerir un informe y ver el caso.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- No sé si el Colegio Médico tiene un informe o si lo puede hacer.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Entonces se lo podemos pedir al mismo médico o al servicio.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Lo que pasa es que hay un caso concreto de abuso de prácticas monopólicas que han sido mencionadas por el presidente del Colegio Médico. Entonces, si él tiene más antecedentes, que los envíe, pero me gustaría escucharlo del propio afectado.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Lo mismo sucede en Chillán, en Punta Arenas, etcétera.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Sugiero pedir un informe al mismo colega y al director del Servicio de Salud.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado señor Germán Verdugo.



El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, la doctora afirmó que el problema es la estructura de financiamiento del sistema, que esa sería la causa del fraude, de la colusión y de todos los problemas que la comisión debe conocer. Ahora, no sé si a partir de esta afirmación -hay cinco médicos- están de acuerdo y contestes en que realmente el problema sea ese. De ser así, debiéramos abocarnos a estudiar y revisar en profundidad la actual estructura de financiamiento que tiene el sistema, tanto público como privado; explicarnos en detalle cuál es la estructura de financiamiento del sistema de salud público y privado y, a partir de ello, sacar nuestras conclusiones.

Eso es lo que la comisión debe hacer, pero no sé quién sería la persona indicada para que nos explique esta estructura de financiamiento.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- La comisión espera clarificar un modelo. En este momento, tenemos prácticamente tres sistemas de salud: el privado, el público y el de externalización.

No voy a hacer una defensa corporativa de los médicos, pero este sistema no se diseñó a instancias de los médicos, además es bastante heterogéneo. No es lo mismo en la Quinta Región, en la Región de Coquimbo o de Arica y Parinacota. De hecho, los precios son muy distintos.

Por otra parte, hay situaciones claramente irregulares, como el contrato de 44 horas del equipo de salud y el contrato de 22 horas de los médicos, pero todos trabajan en un horario vespertino y quienes tienen 44 horas igual reciben dinero extra, aunque no deberían recibirlo. Eso me lo explicó el doctor Paris.

Tiene la palabra la doctora Izkia Siches.

La señora **SICHES** (doña Izkia).- Señor Presidente, lo que usted dice me hace mucho sentido. Entiendo que existen diferencias de percepción del mundo, pero me interesa que esto sirva porque uno puede ir cazando 3 o 4 de los 100 que existen. Creo que abogados, ingenieros, médicos, etcétera, hay gente que se da cuenta de que el giro del “negocio” de la salud no lo estamos haciendo bien, sea paciente isapre o paciente Fonasa.

En algún momento perdimos la capacidad de fiscalizar. La pregunta es: ¿cómo la recuperamos? Le respondo al diputado, con todo el respeto posible, que me interesa saber cuál es la propuesta de la Derecha. Ahora, si usted me responde que es un bono portable, le digo que no nos alcanza la plata. O sea, si nos sobrara, le diría a la gente que vaya donde quiera, pero no nos alcanza. Por eso, entran los mecanismos más eficientes, porque no pueden tomar hora con un neurocirujano, sino que primero deben ir al médico general. Esa es una forma de recursos.

Quiero citar al presidente, porque él lo dice, este es un problema para el gobierno, para el político o parlamentario que venga, porque en su región igual lo hacemos como las “pelotas”. Lo estamos haciendo mal, efectivamente, muy mal. Eso necesitan hacer: analizar más allá de lo ideológico, cómo gastamos mejor los recursos. Independientemente de dónde vengan, hay que encontrar un mecanismo.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Hay que poner bien la zanahoria.



La señora **SICHES** (doña Izkia).- Es que en la zanahoria nos pasa esto. Hasta a nuestros nefrólogos, que les hacemos 7 años de ética, se están mandando a los pacientes. O sea, se jibarizó todo. Ese profesional, que es un especialista, un súper especialista, se pasó el sistema...

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- La causa de esto no es el financiamiento, sino la ambición del hombre. El hombre es como es, no como quisiéramos que fuera.

La señora **SICHES** (doña Izkia).- Por eso. El sistema nos ha demostrado que no funciona a la demanda, a la gente, y lo hacemos por una necesidad, que el día de mañana será de cualquiera de nosotros y que no va a tener capacidad de pago. Lo invito a crear un espacio más importante.

En definitiva, se pueden buscar tres o cuatro casos simbólicos para los distintos mecanismos de colusión que existan.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por cinco minutos?

Acordado.

El libro Conversación en La Catedral, de Mario Vargas Llosa, parte con la siguiente pregunta: “¿En qué momento se jodió el Perú?”

Tiene la palabra el señor Enrique Paris.

El señor **PARÍS**.- Señor Presidente, el diputado Verdugo tiene toda la razón en que uno de los temas importantísimos es estudiar el financiamiento de la salud.

El diputado Osvaldo Urrutia tiene su postura respecto de buscar una solución de un vóucher, que en otros países existe.

Sin embargo, las diputadas y los diputados, me imagino que el diputado Robles con mucha fuerza, van a influir en los programas de salud de los candidatos a la presidencia de la república. Tienen mucho poder.

Entonces, como dijo la diputada Karla Rubilar, la comisión debe investigar los casos de fraude y colusión, pero también revisar el funcionamiento y cómo regular esta situación, porque ningún gobierno va a formar tantos especialistas con tanta rapidez como para solucionar el problema dentro de cinco años. Ese proceso tardará más y seguramente debemos seguir contando con este tipo de trabajo.

Por otra parte, a modo de propuesta, como me lo recordó la doctora Izkia Siches, debe haber un pacto social con la salud pública; es decir, que los partidos políticos y los gremios elaboren una reforma al sistema de salud, que debe comenzar con el Ministerio de Salud para que se transforme en un ente técnico, y ojalá tenga un directorio que dure diez años, similar al del Banco Central, que fije al Ministerio su conducta o forma de trabajar, pero a largo plazo. Y que no los estén cambiando. Que el Ministerio tenga gente técnica que pueda dar respuesta a todas sus consultas, porque es el Ministerio el que debe responder.

Ahora, dicho ministerio técnico debe ir de la mano con lo que en otros países se llama ETESA, Evaluación de la Tecnología Sanitaria, porque es lo que da la posibilidad de elegir los tratamientos, la droga, las vacunas, los medicamentos, los especialistas, la forma de trabajar, qué es más rentable, qué es menos caro y qué rinde y mejora a los pacientes.



Además, creo que debe haber un premio a la dedicación exclusiva, que podría ser un tema menor, para el médico que quiere quedarse en el hospital las 44 horas y atender a sus pacientes privados ahí, también puede ser. Volver a los pensionados. ¡Por qué no! Que les den un premio. Por ejemplo, si un médico se queda las 44 horas en el hospital Sótero del Río, y no se mueve de ahí, debe tener un estímulo especial.

Otro gran tema es desmunicipalizar la atención primaria. Los programas de gobierno deben discutir ese tema, porque la descoordinación que hay entre la atención primaria, secundaria y terciaria es enorme. Ni siquiera pueden convivir los sistemas computacionales.

Es un desafío para todos ustedes que pueden influir en los programas de salud de los próximos candidatos a la presidencia.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Agradezco la presencia de nuestros invitados.

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

-Se levantó la sesión a las 18.54 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Jefe Taquígrafos Comisiones.

