



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 5ª celebrada el día lunes 12 de noviembre de 2016.

De 17.00 a 18.30 horas

SUMARIO

La Comisión escuchó a las siguientes organizaciones:

- **Presidente del Directorio de Clínicas de Chile AG.**
- **Representante Legal de Sociedad de Prestaciones Médicas y Quirúrgicas Vigilius Limitada.**
- **Presidente del Directorio de la Sociedad Chilena de Nefrología.**

APERTURA DE LA SESIÓN

La sesión se inició a las 17.00 horas, en la sede de la Cámara de Diputados en Santiago.

PRESIDENCIA

Presidió el diputado Miguel Ángel Alvarado.

ASISTENCIA

Asistieron los diputados integrantes de la comisión señores Alvarado, Arriagada, Coloma, Castro, Rathgeb, Robles, 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 del presidente del Colegio Médico, mediante el cual adjunta copia "Problemas Éticos-Clínicos en Hemodiálisis". En el mismo, solicita audiencia para el doctor Armando Pezo Troncoso, con el objeto de dar su testimonio de las situaciones que le han afectado al interior de su trabajo.

2.- Oficio del Secretario de la Cámara, mediante el cual comunica que el diputado Germán Verdugo reemplazará en forma permanente al diputado Leopoldo Pérez.

3.- Oficio del Secretario de la Cámara, mediante el cual comunica que, el diputado Gustavo Hasbún reemplazará en forma permanente al diputado José Antonio Kast.

ACUERDOS

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

1. **Alvarado.** Dirigir oficio al Ministerio de Salud a fin de insistir en el envío de la información solicitada en oficio N° 14 de fecha 23 de noviembre de 2016, que se adjuntará.
2. **Alvarado.** Dirigir oficio a Fonasa, a objeto de reenviar Oficio N° 14 de fecha 23 de noviembre de 2016, de esta comisión, dirigido a la Ministra de Salud, a objeto pueda preparar las respuestas y antecedentes que allí se solicitan, referidos a materias de su competencia, a fin de que puedan ser proporcionados a esta instancia investigadora el día de su citación, lunes 19 de diciembre de 2016.
3. **Robles.** Dirigir oficio al Ministerio de Salud a fin de que señale las razones que han motivado la no publicación de las guías clínicas de hemodiálisis por enfermedades renales crónicas, que han sido entregadas por equipo de médicos nefrólogos, desde 2012 a la fecha.
4. **Robles.** Dirigir oficio a Fonasa, a objeto envié copia de las guías de hemodiálisis crónicas entregadas a ese organismo y sus costos asociados.
5. **Alvarado.** Prorrogar el término de la sesión por 15 minutos.

ORDEN DEL DÍA

La Comisión escuchó a las siguientes organizaciones:



- Presidente del Directorio de Clínicas de Chile AG., señor Alfredo Schonherr M, y su gerente general, señora Ana María Albornoz.
- El Representante Legal de Sociedad de Prestaciones Médicas y Quirúrgicas Vigilius Limitada, señora Pilar Núñez y el director señor José Chaves.
- El presidente del directorio de la Sociedad Chilena de Nefrología, doctor Eduardo Lorca Herrera.

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 19.10 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 5ª, celebrada en lunes 12 de diciembre de 2016,
de 17.04 a 19.13 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside del diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

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

Concurren como invitados el presidente del directorio de Clínicas de Chile A.G., señor Alfredo Schönherr, acompañado de la gerenta general, señora Ana María Albornoz; el presidente del directorio de la Sociedad Chilena de Nefrología, doctor Eduardo Lorca, y el presidente de la Sociedad de Prestaciones Médicas y Quirúrgicas Vigilius Limitada, doctor Jorge Chávez, acompañado de la gerenta de la misma sociedad, señora Pilar Núñez.

TEXTO DEL DEBATE

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

La señora Secretaria va a dar lectura a la Cuenta.

*-La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria) da lectura a la Cuenta.*

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Se van a requerir los antecedentes respectivos, con el objeto de programar las sesiones para que puedan asistir a la comisión.

La presente sesión tiene por objeto investigar las adquisiciones efectuadas por Fonasa a prestadores privados, desde 2012 a la fecha, considerando posibles conductas de colusión, como asimismo eventuales perjuicios fiscales, a partir de 2010, y posible lucro hacia los prestadores privados de salud.

Por ello, hemos invitado al presidente del directorio de Clínicas de Chile A.G., señor Alfredo Schönherr, acompañado de la gerenta general, señora Ana María Albornoz; al representante legal de Sociedad de Prestaciones Médicas y Quirúrgicas Vigilius Limitada, don Jorge Chávez, y al presidente del directorio de la Sociedad Chilena de Nefrología, doctor Eduardo Lorca.

En primer lugar, hará uso de la palabra el presidente del directorio de Clínicas de Chile A.G., quien dispondrá de aproximadamente veinte minutos para que realice su presentación y posteriormente haremos una ronda de preguntas.

Tiene la palabra el señor Alfredo Schönherr.

El señor **SCHÖNHERR**.- Señor Presidente, agradezco a la comisión que nos haya invitado y, brevemente, quiero entregar algunos antecedentes al respecto.



Clínicas de Chile A.G., también denominada Asociación Gremial de Prestadores Privados de Salud, reúne aproximadamente a 40 instituciones del sector privado entre clínicas grandes, medianas y pequeñas; atendemos alrededor de 8.000.000 de personas al año, de las cuales 5.000.000 son pacientes Fonasa y el resto pertenecen a una Isapre o son particulares.

Sin embargo, nos preocupa la inquietud que ha surgido respecto de las compras de privados en el sector salud. Entiendo que el tema abarca diversas áreas, pero en lo que respecta a nosotros, quiero señalar que estamos conformes con la institucionalidad vigente y que las compras a nuestras instituciones son un poco menores al 5 por ciento de lo que tiene autorizado Fonasa.

Dado los problemas que actualmente enfrenta la salud en nuestro país, me parece bastante lógico recurrir a las instituciones de salud privada, ya que, en nuestra opinión, los hospitales públicos están llenos, por no decir colapsados, pues es sabido por todos que existe una lista de espera importante. Por ello, quiero enfatizar que nuestro interés no es reemplazar a los hospitales públicos, sino más bien creemos firmemente que se deben fortalecer. Por lo tanto, nos parece importante insistir y defender una complementariedad público-privada.

Ahora bien, tal como lo planteamos ante las distintas autoridades, nos parece racional y lógico que el sector público recurra también al sector privado -a su infraestructura- para dar una solución adecuada en un determinado plazo a las listas de espera. Según nuestra información, hay 1.800.000 personas en espera de una consulta y aproximadamente 200.000 cirugías sin programar.

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

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

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

El señor **CASTRO**.- Son 400.000 millones.

El señor **SCHÖNHERR**.- Me había quedado en los 300.000 mil millones.



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

El señor **CASTRO**.- Solo quiero precisar que el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello estableció en 400.000 mil millones la deuda hospitalaria a diciembre de este año, lo que fue comunicado ayer formalmente por esa entidad.

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

El señor **SCHÖNHERR**.- Señor Presidente, insisto una vez más que nos parece muy relevante, dada la situación de que tenemos los hospitales llenos, debido a lo cual estamos usando todos sus recursos, determinar cuál es el costo real.

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

Lo otro que me queda por decir es que las compras clínicas al sector privado de salud, hoy no superan el 5 por ciento del Ministerio de Salud. Es bueno recordar que Fonasa, entiendo que por ley, tiene la autorización de que puede comprar hasta el 10 por ciento.

En resumen, queremos plantear que nosotros vemos que el Estado nos debería mirar a nosotros como un aliado, y nosotros deberíamos ser parte de una red pública nacional de atención de salud, que cuando en alguna parte hay problema, se debería recurrir a la infraestructura y a los recursos de que el sector privado dispone.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, agradezco la presencia del directorio de Clínicas de Chile A.G.

Quienes estamos en el sector salud desde hace muchos años conocemos la labor que ustedes han realizado, cómo han ordenado al mundo prestador, cómo se han estructurado para estandarizar y para tener una relación con el Estado, por un lado, y con los aseguradores privado, por otro, que permita que en el centro esté el paciente, de tal manera de lograr la maximización de beneficios para los pacientes.

Ustedes tienen una lista larga de afiliados a nivel nacional. Normalmente, en años anteriores estábamos acostumbrados a ver que en el *ranking* de los prestadores que más frecuentemente recibían o vendían camas al sector público, sobre todo en los períodos de invierno, aparecieran las grandes clínicas afiliadas a la asociación gremial que representan. Lo mismo ocurría en materia de facturación, porque eran las que habitualmente eran las que más vendían servicios y camas al sector público.

Me remonto a esa información porque en el origen de esta Comisión fue una sorpresa, semanas atrás, cuando se dio a conocer esta noticia a través de un periódico nacional, que aparecieran dos entidades, dos clínicas privadas, las clínicas Ensenada y Colonial, dentro de las principales prestadoras en número de camas, particularmente, hacia el sector público, y respecto de lo cual no teníamos antecedentes. *A posteriori* supimos que la formación de la clínica Ensenada es de fecha reciente, de 2014, razón por la que nos llamó la atención que se haya transformado en la principal prestadora de camas.



Ignoro si algunas de las clínicas aludidas pertenecen a la asociación Clínicas de Chile, pero quiero preguntar si desde el punto de vista de la asociación existe alguno de los afiliados a ustedes que no sea una clínica de atención abierta al público, sino que sea exclusivamente por derivación. Quiero saber si existe esa figura dentro de la asociación Clínicas de Chile. ¿Qué piensa la institución respecto de esa modalidad de existencia? ¿Saben ustedes, como asociación, que establecen y se someten a estándares de calidad, si esas dos clínicas se someten a sus estándares de calidad, a sus autorizaciones de funcionamiento y a la modalidad atípica o distinta de solo recibir por derivación y no con atención externa de pública?

En resumen, quiero saber si pertenecen a la asociación. Si la respuesta es afirmativa o negativa, me interesa saber la razón, y que nos señalen qué calificación tienen ustedes de esas entidades, las que este año aparecen encabezando el *ranking* de prestadores privados al sector público en camas hospitalarias.

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

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, nuestro invitado ha planteado que las clínicas del sector privado en salud deberían considerarse como un aliado del sector público, como parte de la red pública de salud.

Quiero saber si han planteado eso en alguna oportunidad al Ministerio de Salud, qué condiciones han fijado, o si el ministerio les ha planteado alguna vez esa posibilidad y en qué condiciones, si es que eso se ha llevado a cabo.

Lo consulto porque me parece bastante lógico lo que se está planteado, y me llama la atención que hasta ahora no tengamos conocimiento de que haya alguna propuesta o negociación, ya sea de parte de ustedes o bien de parte del ministerio.

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

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, en el informe que se adjunta se menciona que el 52 por ciento de los médicos que ejercen en Chile atienden en las clínicas que forman esta asociación gremial.

Quiero saber, en números absolutos, cuántos médicos son, cuántos de ellos atienden exclusivamente en el sector privado y cuántos lo hacen en un sistema mixto. Además, quiero que nos señalen si todos esos médicos son personas naturales, si además prestan servicios como sociedades médicas o si ustedes hacen una separación entre las sociedades médicas y las personas naturales.

A mi juicio, es importante saber y conocer cuántos son los médicos que representan ese 52 por ciento, y cuántos de ellos están en ambos sectores, es decir, en el público y en el privado, y cuántos son exclusivamente del sector público.

Se nos dice que la asociación atiende a más de 8 millones de personas, y que efectúan más de 100 millones de atenciones de salud, lo que corresponde al 48 por ciento del total de las prestaciones especializadas que se dan en el país. En relación con eso, me gustaría saber cómo se puede separar esa información por tipo de atención o de especialidad. Por ejemplo, cuántas atenciones son en pediatría, ginecología o traumatología y cuántas tienen que ver con servicios externos de anestesiistas. En definitiva, quiero conocer un poco más de esas



100 millones de atenciones de salud, cómo se desagrega esa información tan general y cómo podemos saber cómo se distribuyen esas atenciones en las 40 clínicas que forman esta asociación, la cual, según palabras de ustedes, representa a casi el 70 por ciento del sector privado.

Por lo tanto, respecto del 48 por ciento de las atenciones, me interesa saber cómo se distribuyen en estas 40 clínicas.

En el fondo, es una matriz que tiene, por un lado, todas las especialidades y, por otro, todas las clínicas. ¿Cómo se distribuyen las atenciones en esos dos ejes de coordenadas? ¿Cómo llegan a la cifra de cien millones de atenciones en salud?

Por último, los invitados afirman en el documento que el Estado se encuentra desbordado y que prueba de ello es que hoy existen 1,6 millones de pacientes en listas de espera.

Hago presente, si mal no lo recuerdo, que el Ministerio de Salud sentenció que había 1,8 millones de pacientes en listas de espera, y no 1,6. Por consiguiente, la cifra es aún mayor.

¿Cuál es la capacidad mensual que tiene para atender el sector privado? Porque hoy tenemos más de 200.000 personas esperando una cirugía.

¿Cuál es la capacidad que tiene el sector privado para absorber esa demanda? ¿También está sobrepasado? ¿La tasa baja o aumenta? Lo pregunto porque veo que la tasa cada vez aumenta más.

Supongo que se debe a que ha habido paros prolongados en el sector de la salud, a lo sucedido con el terremoto del 27 F y a todas esas cosas que han atentado contra una buena atención de salud, pero sería bueno saber cuál es la capacidad del sector privado porque sabemos cuál es la capacidad del sector público.

Entonces, queremos saber si existe una brecha entre la oferta y la demanda en salud en nuestro país, lo cual es un dato que sería bueno determinar.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- También quiero hacer un par de preguntas.

Respecto de la acreditación, quiero preguntar si todas las clínicas están acreditadas o en qué proceso se encuentran.

Además, como no tienen tuición respecto de la heterogeneidad, ¿cómo explican los costos?

No es lo mismo una cama en la clínica equis de la Región de Coquimbo que una cama en Santiago, o en otra ciudad, con el mismo procedimiento. ¿Cómo explica esa situación?

¿Hasta dónde llega la tuición como clínica?

Tiene la palabra el señor Alfredo Schonherr.

El señor **SCHONHERR**.- Señor Presidente, respecto de la primera pregunta sobre las dos clínicas que hizo el doctor Juan Luis Castro, debo señalar que conocimos la clínica Ensenada cuando apareció en el diario. Jamás había oído de ella.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Pertenece a Clínicas de Chile?

El señor **SCHONHERR**.- No ha pertenecido ni tampoco hoy pertenece. En realidad, no la conocemos para nada.

Entiendo que la clínica Colonial es afiliada nuestra.



El diputado preguntó si dentro de nuestros asociados existían clínicas que no eran abiertas al público y, por ende, según entiendo, recibían pacientes por algún embudo, por un comprador directo o por alguien que las alimentaba.

Entre nuestros asociados no se da esa situación. Todas las clínicas son abiertas.

Con respecto a la clínica Colonial, nuestra información al día de hoy indica que se dedica básicamente a cuidados críticos crónicos. Siempre fue así desde sus orígenes. O sea, recibe pacientes en tratamientos intensivos, pero en general crónicos.

Es muy triste lo que voy a decir, pero hay pacientes que no van a mejorar, pero van a vivir, y hay que cuidarlos con una serie de apoyos.

El señor **CASTRO**.- ¿La clínica Colonial es abierta al público?

El señor **SCHONHERR**.- Sí, es abierta. Está asociada a Clínicas de Chile A. G. Es tan abierta que recuerdo que cuando era gerente de la clínica Las Condes le enviábamos pacientes oncológicos, o de otro tipo, que requerían cuidados críticos por un período muy prolongado.

El señor **CASTRO**.- ¿Qué opina la asociación que representa de la modalidad cerrada? ¿Qué opinión tiene sobre esa forma de hacer las cosas?

El señor **SCHONHERR**.- Por definición, creemos en la libre competencia. Un ejemplo hipotético. Si el hospital equis se ve sobrepasado en sus camas UTI pediátricas y llama a una licitación en donde participan al menos tres proponentes, si por eso se entiende modalidad cerrada me parece bien.

Ahora, si por ser amigo de alguien –lo voy a decir con todas sus letras- se consigue que todo el desborde venga de una clínica, no me parece, porque es un atentado a la libre competencia.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Entonces, usted no ve libre competencia en esa clínica en especial.

El señor **SCHONHERR**.- Señor Presidente, en verdad, no conozco el tema en detalle. Por supuesto que he leído la prensa. He estado presente en algunos eventos donde esto se le ha preguntado a la directora del Fonasa y ella ha contestado que se han cumplido todos los requisitos legales, que está dispuesta a mostrarlo y que no hay ninguna irregularidad. Para ser franco, no he profundizado en el tema.

Se preguntó si habíamos planteado esa posibilidad.

Históricamente, la hemos planteado muchas veces y, en verdad, nunca nos ha ido bien, por distintas razones. Sin embargo, debo decir que este año la situación ha cambiado un poco.

Lo que sí se ha dado es que el ministerio siempre se acuerda del sector privado en época de invierno, cuando tiene problemas con el virus sincicial respiratorio, u otro tipo de dificultades, donde recurre al sector privado y nos manda muchos pacientes.

El resto de los pacientes que recibimos del sector público en general proviene directamente de los hospitales, porque hay clínicas que pertenecen a nuestra asociación que tienen algún grado de complejidad o especialización mayor y, por ende, cierto tipo de pacientes casi siempre -por no decir siempre- terminan siendo tratados en alguna de las clínicas que pertenecen a nuestra institución.



Sin embargo, durante este año, si bien el volumen de compra no ha aumentado -aunque creo que algo ha aumentado-, aparentemente nos están mirando con buenos ojos. Quiero creerlo.

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

Esas serían mis respuestas. No sé si me faltó algo.

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

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, quiero saber si sus propuestas son formales, si se han formulado a través de documentos o han sido solo conversaciones sostenidas en reuniones. Lo consulto porque si son propuestas formales sería conveniente conocer cuáles son las condiciones que le han ofrecido a Fonasa o al sector público en general, para que sea considerada la oferta que están haciendo, porque por alguna razón eso hasta ahora se ha desechado. Me parece que puede ser un mecanismo altamente favorable y positivo en cuanto a los recursos que se gastan en esa materia.

El señor **SCHÖNHERR**.- Señor Presidente, voy a decir dos cosas, una de las cuales a lo mejor es políticamente incorrecta, pero honesta. Creo que parte del problema es de voluntad política; de ser consecuente ante la ciudadanía, porque también hemos leído en los diarios que comprarle al sector privado es privatizar la salud, y ese es un estigma. Hablo desde el punto de vista de mi responsabilidad personal.

Respecto de si hemos hecho una propuesta concreta, con números y clara al Ministerio, debo decir que no. ¿Por qué? Porque lo que hemos hecho con el Ministerio –a lo mejor, Ana María Albornoz lo desmiente, porque tiene mejor memoria que yo- es decir lo mismo que les estoy diciendo ahora, pero por escrito: “Estamos dispuestos, estamos listos, cuando quiera, por las listas de espera, etcétera.”. Se lo hemos planteado por escrito a la ministra de Salud y al superintendente de Salud. Pero hasta ahí llegamos.

Las otras preguntas las va a contestar Ana María Albornoz, porque dicen relación con cifras.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, no es necesario que nuestros invitados respondan ahora, porque sé que son consultas complejas.

El señor **SCHÖNHERR**.- Vamos a enviar este libro a cada miembro de la Comisión. En todo caso, si quedan algunas dudas, cuando quieran nos llaman y efectuamos las aclaraciones pertinentes.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, sin perjuicio de eso, tal vez nos pueden hacer una aproximación, ya que tienen la información.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Ana María Albornoz.

La señora **ALBORNOZ** (doña Ana María).- Señor Presidente, en la asociación Clínicas de Chile desarrollamos un estudio que se llama “Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile”, el cual considera todas las prestaciones y todos los datos del sector privado completo, no de las 40 clínicas. Quiero hacer esa salvedad, porque el dato que entregamos, de que en el sector privado trabaja el 52 por ciento de los doctores, es un dato que



tomamos del Colegio Médico, información que figura en la página 77 de este documento, en la que aparece el detalle de qué tipo de médicos hay: de los 35 mil médicos, hay 19 mil que son especialistas, y las cuarenta clínicas asociadas a nuestro organismo representan aproximadamente el 70 por ciento de las prestaciones que se brindan en Chile.

Quiero establecer que los datos que figuran acá, así como todos los datos numéricos que consignamos, no son de nuestros cuarenta asociados, porque es importante saber lo que hace el sector privado en general, no los cuarenta asociados que hoy tenemos, porque a futuro pueda que esa cifra sufra variaciones.

Lo importante de este documento, que vamos a poner a disposición de los diputados de la Comisión, es que señala que el sector privado es muy importante, ya que hacemos casi la mitad de casi todas las prestaciones que se hacen en Chile. Por lo tanto, creemos que podemos formar parte de lo que expresó el presidente de nuestro organismo, que es la red de utilización pública. Es decir, en un país donde las inversiones no sobran y es difícil hacer nuevas, apelamos a que la autoridad considere las inversiones hechas. Y tal como lo dijo nuestro presidente, si el Estado logra tener una dimensión exacta de los costos de atender las prestaciones de salud, podría evaluar y atender a las personas en las listas de espera mediante la compra de prestaciones a los privados, los que representan casi la mitad de la oferta que hay en Chile, que está formada por privados muy competitivos.

Lo anterior, responde una pregunta que aquí se formuló, referida a las razones que explicaban la diversidad de precios. Eso se debe a que una cama en un lugar vale distinto que en otro. Eso da cuenta de la competencia que hay en el sector de las distintas posibilidades que hay para elegir. En tal sentido, hablamos de la libre competencia. Y, en la medida en que se pueda escoger donde atenderse y haya más oportunidades, nos parece que es útil para la gente que necesita las prestaciones.

Por otra parte, quiero señalar que el 90 por ciento de nuestras instituciones están acreditadas, con terceras acreditaciones algunas y con segundas acreditaciones otras. Desde que se comenzó a hablar de la acreditación, fuimos promotores muy activos. Trabajamos con el Ministerio de Salud y con la Superintendencia de Salud para desarrollar el sistema de acreditación, porque era de interés que los prestadores privados mostrar su calidad.

Por lo tanto, nuestras instituciones son también las primeras en acreditarse.

El señor **SCHÖNHERR**.- La respuesta concreta es que el 90 por ciento está acredita y el resto en proceso de acreditación.

La señora **ALBORNOZ** (doña Ana María).- Ya solicitaron la acreditación, y están en vías de ser asignadas las entidades acreditadoras por la Superintendencia. Están en lista de espera.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Del universo total de prestadores privados, ¿qué porcentaje representa la Clínicas de Chile?

La señora **ALBORNOZ** (doña Ana María).- Aproximadamente el 70 por ciento de los prestadores privados.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Le damos las gracias a la Asociación de Clínicas.



A continuación, corresponde escuchar al doctor Eduardo Lorca, presidente del directorio de la Sociedad Chilena de Nefrología, médico nefrólogo de larga experiencia.

El señor **LORCA**.- Señor Presidente, agradezco mucho la invitación.

Antes de comenzar mi presentación, quiero hacer dos alcances respecto de lo planteado por el presidente de la Asociación de Clínicas.

En primer término, debo señalar que todas las sociedades científicas chilenas participaron el 2014 y 2015, con Fonasa, en la elaboración del nuevo catálogo de prestaciones de Fonasa, pero hasta hoy no sabemos qué pasa con eso. En esa ocasión, se estudió cada una de las prestaciones de salud valoradas en el país, la que no sabemos en qué estado se encuentra. Tuvimos que trabajar en verano y ad honorem.

Por lo tanto, debido a que el costo actualizado de las prestaciones no lo tenemos ¿cómo se va a comparar el sector público con el privado si no sabemos cuáles son los valores reales?

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

La enfermedad renal crónica consume 23 por ciento del presupuesto AUGE.

Vine en representación de la Sociedad Chilena de Nefrología. Actualmente soy el *past president*, pero participo de las actividades de la sociedad desde 2011.

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

Somos una sociedad científica, no una asociación gremial y, por lo tanto, nos referimos al tema solamente desde ese aspecto.

Desconocemos el diseño y la metodología utilizada en la auditoría hecha por Fonasa, así como la rigurosidad científica que aplicaron para llegar a las conclusiones entregadas a la prensa. Consideramos que los medios de comunicación no son los espacios adecuados para la exposición de resultados y la discusión de una investigación en desarrollo en cada uno de los servicios de salud, sin antes haber sido expuesta a una evaluación de pares y expertos que validara la metodología y las conclusiones. Suponemos que fueron rigurosos en el análisis de los resultados; de otro modo estaríamos presumiendo erróneamente una mala práctica de la medicina, específicamente de la nefrología, para nuestros pacientes con enfermedad renal crónica AUGE. Por lo tanto, eso crearía desconfianza en la población de los equipos de salud.

Basados en reportes de prensa, como sociedad científica discrepamos de los motivos que esgrimiera Fonasa para realizar esa auditoría, porque reflejan desconocimiento de la



enfermedad renal crónica -para no usar una palabra más dura-, de su progresión y evolución, con o sin tratamiento. El riesgo de esa falta de conocimientos podría generar conclusiones e inducir a toma de decisiones erradas por parte de la autoridad sanitaria.

La sociedad Chilena de Nefrología, a través de su Comité de Catástrofes, que es un lujo para nuestro país y una autoridad mundial en el tema, ha participado, de manera activa y estrecha, con el ministerio en todas las situaciones de emergencia que han ocurrido desde febrero 2010 en adelante. En terremotos, aluviones, incendios en Valparaíso e inundaciones, hemos asistido mediante la entrega de recomendaciones técnicas, que están en nuestra página web: nefro.cl; reacción de protocolo y acción presencial e inmediata de médicos nefrólogos en las zonas de catástrofe. Ejemplo de ello es que el *whatsapp* de la Sociedad de Nefrología fue el que se utilizó para ubicar a los pacientes durante el aluvión. Ubicamos al ciento por ciento de los pacientes, se les entregó el manual y se les indicó cómo debían conducirse en la situación de catástrofe. A la semana, junto con el Ministerio de Salud, fuimos capaces de instalar en el Hospital de Coquimbo una unidad que funciona las 24 horas del día. Se trabajó 5 días seguidos y se sacó adelante a todos los pacientes de debían dializarse.

Es errado implementar una auditoría bajo la premisa de que los pacientes en situación de catástrofe deben dializarse en un máximo de una semana o, de lo contrario, mueren. La sobrevida de pacientes sin diálisis, en circunstancias extraordinarias, no necesariamente implica que hayan tenido una indicación errada inicial o que deba discontinuarse la terapia dialítica. Esa generalización constituye un error y denota falta de conocimiento, pues existe suficiente literatura respecto de catástrofes nacionales e internacionales, amén de protocolos y guías, en los que se señala que la mayoría de los pacientes con tratamiento de diálisis que no padezcan una enfermedad aguda, intercurrente o descompensante, puede permanecer sin dializarse con medidas conservadoras, tales como dieta, diuréticos o reposo, entre otras, por una o dos semanas.

El reporte de Fonasa señala que en algunos centros de diálisis privados se pesquisó ausencia de antecedentes en las fichas clínicas de los protocolos exigidos por el GES para enfermedad renal crónica avanzada y se presume una incorrecta indicación médica de diálisis. Afirmar lo anterior requeriría haber realizado a esos pacientes una evaluación clínica por expertos, junto con exámenes de laboratorio *ad hoc*, que confirmen o rechacen esa grave afirmación comunicada a la prensa. Se desconoce si esos estudios confirmatorios se realizaron. Asimismo, sería muy valioso saber si esa misma auditoría de Fonasa evaluó los antecedentes en centros de diálisis de la red asistencial del Ministerio de Salud y cuáles fueron los resultados y las conclusiones obtenidas.

Muchos de nosotros, como el doctor Alvarado, que también ha trabajado en hospitales públicos, recibimos enfermos con dos, tres o hasta cuatro fichas o atendemos a enfermos sin ficha; por lo tanto, dejar registro de todas las atenciones en papel, es bastante difícil.

En relación con el eventual conflicto de interés de los médicos nefrólogos en las indicaciones y en la derivación de pacientes a centros de diálisis, se debe tener presente que, de acuerdo con la normativa vigente, son las comisiones derivadoras de cada hospital base,



dependiente del Ministerio de Salud y Fonasa, las que definen a qué centros de diálisis serán enviados los pacientes; no lo deciden los médicos nefrólogos tratantes que indican la terapia. La comisión derivadora está compuesta por cuatro o cinco médicos institucionales no nefrólogos, quienes no pueden tener ningún tipo de vinculación contractual o societaria con los centros de diálisis de derivación. Por lo tanto, es incorrecto atribuir al nefrólogo la derivación de pacientes a un determinado centro, por interés personal o económico, pues esa es responsabilidad exclusiva del ministerio o de Fonasa, a través de sus comisiones derivadoras.

De acuerdo con el registro anual de la Sociedad de Nefrología, de Hemodiálisis Crónica 2016, del total de centros de diálisis existentes en el país, solo 16 por ciento es de propiedad de nefrólogos o de sociedades médicas integradas por nefrólogos, el resto pertenece a empresas multinacionales e inversionistas no relacionados con la especialidad, con 64 por ciento; entidades públicas, con 17 por ciento; clínicas privadas, con 2 por ciento, y universidades, con 1 por ciento.

Si bien es el nefrólogo quien debe indicar el tratamiento de diálisis de un paciente, en nuestro país, una cantidad importante de indicaciones son entregadas por médicos no certificados como especialistas. Lo anterior se debe a la escasez de nefrólogos a nivel nacional. Hay 7,2 nefrólogos por millón de habitantes, mientras que el promedio latinoamericano es de 14,2 por millón de habitantes y se concentran principalmente en las grandes ciudades. Así, la prescripción de diálisis por médicos no especialistas arroja una cifra importante, que debe ser tomada en consideración frente a la posibilidad de errores en la indicación del tratamiento.

La Sociedad Chilena de Nefrología ha solicitado al ministerio, en múltiples oportunidades, declarar la nefrología como especialidad en falencia, a fin de implementar iniciativas que aumenten el número de nefrólogos, especialmente en regiones.

La indicación de diálisis en pacientes ancianos es un tema sensible, que no ha estado ajeno a la preocupación de nuestra sociedad. Nos parece un error establecer que debiera existir una edad límite para acceder a la diálisis o, incluso, al trasplante. No obstante, reconocemos que existen condiciones de avanzado deterioro o de compromiso clínico irreversible que contraindican el ingreso o continuidad de la terapia. Al respecto, nuestra Sociedad, a través del comité de cuidados paliativos renales, ha propuesto a la autoridad sanitaria la incorporación del tratamiento conservador paliativo en todos los hospitales de la red. Esta opción estaría destinada a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada y que, además, padezcan otras enfermedades crónicas invalidantes, cuando la terapia de diálisis no ofrece mejor calidad de vida ni expectativas de vida, o bien está contraindicada o es de alto riesgo.

En el Hospital Las Higueras de Talcahuano ya existe un programa piloto, que está liderado por nefrólogos pertenecientes a nuestra Sociedad, quienes están desarrollando esa opción, la cual en ningún caso reemplazaría la diálisis cuando estuviera bien indicada en un paciente sin otras comorbilidades invalidantes. Ese programa piloto está siendo financiado, en parte, por Fonasa.



La razón de la creación del GES en Chile fue lograr el acceso pleno de la población chilena a los cuidados y tratamientos de las patologías adscritas en la ley. La enfermedad renal terminal en Chile, al igual que en países desarrollados, tiene pleno acceso a la hemodiálisis. Por lo tanto, considerando la tasa de prevalencia chilena, de 1.090 pacientes por millón de habitantes, similar a la obtenida en la Comunidad Europea, hay un adecuado número de pacientes bajo este tipo de tratamiento.

Ahora bien, contrario a lo que ocurre en nuestro país, la prevalencia del resto de Latinoamérica es considerablemente menor, teniendo en promedio 600 pacientes por millón de habitantes. Ello, se debe principalmente a la falta de cobertura de hemodiálisis y al subdiagnóstico de esta patología en dichos países.

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

Por último, destacar que la baja mortalidad anual de nuestros pacientes en hemodiálisis es similar a los pacientes de países desarrollados: 8 por ciento. Solo Japón sobrepasa a Chile en una mejor tasa de mortalidad, lo cual quiere decir que en nuestro país se hacen bien las cosas, tanto en el sector público como en el privado, en lo que se refiere a nefrología.

Como sociedad científica en el compromiso de la salud renal de nuestro país, nos avala la participación activa de nuestro representante en varias comisiones técnicas, tanto en Fonasa como en el Ministerio de Salud, especialmente en la elaboración de guías clínicas en cuanto a la enfermedad renal crónica, diálisis y trasplantes.

Acabamos de sacar un manual de catástrofes que estamos editando, el cual vamos a entregar tanto a la comunidad nacional como internacional y por supuesto al Ministerio de Salud para que lo tenga a su disposición cuando lo requiera.

Por otra parte, quiero aprovechar la oportunidad para contarles sobre lo que estamos trabajando en conjunto con el Ministerio de Salud y Fonasa, aunque debo decir que, muchas veces, es frustrante trabajar con ellos porque, por ejemplo, la guía nueva de Enfermedad Renal Crónica Avanzada, Hemodiálisis, la entregamos en 2012 y aún no ha sido publicada. Esa parte no nos corresponde. Si bien es cierto trabajamos leal y activamente junto a muchos médicos que se involucraron en el tema, reitero, aún no tenemos esa guía publicada en nuestro país.

En este momento, quien habla está suscrito a la comisión que está desarrollando la parte de prevención de enfermedad renal crónica. Terminamos el trabajo de 2016 y ahora vamos a ver todas las intervenciones que queremos incorporar a nuestro sistema, de manera de detener esta enfermedad que todos los años agrega 11.000 millones de pesos al presupuesto de Salud, el cual ya contempla 160.000 millones solo en diálisis y si a ello agregamos trasplantes, entonces, estamos hablando de 180.000 millones. Por lo tanto, necesitamos urgente medidas de prevención de esta enfermedad.

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



La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, quiero excusar mi inasistencia, pero estaba en la Comisión Investigadora de Gendarmería que acaba de terminar, por lo que no pude escuchar todas las intervenciones de los representantes de las clínicas de Chile, con excepción del último invitado, a la que le presté mucha atención.

En más de alguna oportunidad dije que creía que los médicos, en general, son personas tremendamente éticas y comprometidas, lo cual voy a mantener de forma constante. Además, es una premisa con la que uno debe partir.

Dicho lo anterior, efectivamente -y lo vamos a ir determinando en esta comisión-, hay situaciones que se deben regular, porque hay cosas que lamentablemente se están escapando de lo que debiera ser como, por ejemplo, la compra de las sociedades médicas, a pesar de que están sin atender en los tiempos y en los rendimientos que debieran ser en las mañanas.

Respecto de la denuncia que hace Fonasa por esta auditoría a la Sociedad Chilena de Nefrología -y que me parece muy importante que vengan a hacer sus descargos-, me llama la atención de que la directora del Fonasa todavía no concurra a la comisión, pues no creo que aún esté en China. Me dicen que nuevamente se encuentra fuera del país; sin embargo, reitero, es muy importante que ella asista para que nos explique efectivamente esta metodología que hoy la Sociedad Chilena de Nefrología objeta, pues dice que no tiene conocimiento y, para ser franca, nosotros tampoco. Ustedes comprenderán que muchos nos enteramos por la prensa -lo que está muy de moda últimamente- respecto de esta situación. Por esta razón, por su intermedio, señor Presidente, quiero decir varias cosas a nuestro expositor.

En primer lugar, me tocó ir a ayudar a Copiapó cuando se suscitó esta situación. Estuve varios días en la zona, llevé a médicos y realmente fue impactante y dramática ver la situación que se está viviendo en Atacama.

Si bien usted plantea que la mayoría de los pacientes en diálisis crónica que no padezcan una enfermedad aguda descompensante pueden permanecer con medidas conservadoras, dietas, diuréticos, reposo, etcétera, una o dos semanas sin dializarse, puedo decir que efectivamente es así, pero las condiciones en que estaban los pacientes no eran las mejores, ya que no estaban en reposo, ni con diuréticos, ni con dieta. Es más, varios de ellos no tenían ni siquiera cómo acceder a comprar ciertas cosas. ¡Era bien dramático!

Entonces, siendo muy sincera, me llama la atención que no se haya generado una morbilidad -no hablo de muerte- mayor en la catástrofe de Atacama, pues, como médico, hay algo que aún no me calza, en el sentido de que las condiciones en ese lugar eran bastante complejas.

Como hipótesis uno podría plantearse que, tal vez, hay un sobrediagnóstico que ingresa a diálisis y que no corresponde. Personalmente -y lo digo con mucho respeto- lo analizaría con detención, pues creo que ustedes, más allá de lo que dice el papel, deberían analizar cuál era la situación real de Atacama, porque esta no era una situación en la cual las personas estuvieran muy tranquilas y no les pasara nada; ni siquiera llegaron a los SAPU o a



los hospitales en situaciones más complejas. Insisto, analizaría esta situación con mayor detención.

En segundo lugar, respecto del tema que los derivan las comisiones, me gustaría consultar, por su intermedio, señor Presidente, si le consta que esto funciona así en todo el país. ¿No ocurre que en algunos hospitales el médico tratante o jefe de Nefrología conversa con el director del hospital y determinan dónde derivar al paciente? ¿Usted puede dar fe de que ello no ocurre en ninguna parte y que en todos los servicios de Salud hay una comisión evaluadora que es la que deriva?

Por otra parte, me parece complejo que usted valide el que no esté ni en la ficha clínica ni en los registros de los pacientes. Si bien ello puede que suceda alguna vez, no puede ser siempre la misma tónica. Entiendo la sobrecarga que tienen los médicos en el sistema público de salud, al igual que valoro todo el trabajo que hacen, pero no debemos olvidar que hay estándares mínimos que se deben tener en cuenta; más aún, cuando un paciente va a terminar siendo derivado a una diálisis.

Con esto quiero decir que deben estar los respaldos y los exámenes respectivos, el examen físico y una historia clínica mínima que justifique tal derivación. Por lo tanto, llamaría a ser extremadamente cuidadoso respecto de la defensa que se haga y no que se diga que esto, por ser parte del sistema público, es así ya que lo que queremos finalmente es que la atención sea la correcta para que efectivamente nadie, cuando se haga este tipo de auditoría, se encuentre con que no existen los respaldos y con ello termine cuestionando toda una política pública que es tremendamente relevante.

Por lo tanto, considero un error justificar el que no esté validado en la ficha clínica lo que realmente debe hacerse para atender a un paciente con este tipo de características que justifique tener que derivarlo a un centro de diálisis.

Por último, agradezco y comparto que debemos regular la situación de los adultos mayores que en algunas oportunidades no genera algún tipo de beneficio; incluso, a veces, puede generar perjuicios, y quienes somos médicos lo sabemos, lo que no significa que todo aquel que cumple la edad de adulto mayor se quede sin acceso a una diálisis. ¡Eso es absurdo! Todo depende de las condiciones clínicas de los pacientes, que finalmente es lo que se debe evaluar y no la edad per se. Ello es parte de la discusión que tenemos con el AUGE, ya que, en general, para muchas cosas se pone edad límite siendo que, en realidad, lo que debería primar es la condición clínica del paciente.

No obstante lo anterior, creo que hay que normar ciertas cosas –lo que es básico en medicina-, porque, a veces, se puede curar, pero nunca se debe dañar. Hay ciertas cosas que no deben ser estándares como, por ejemplo, cuando se deriva a pacientes que no corresponde, porque como dije no son un beneficio sino, por el contrario, definitivamente un perjuicio.

Considero que debemos invitar a la directora de Fonasa, Jeanette Vega, en más de una oportunidad a esta comisión, puesto que temas como el de la Clínica Ensenada, el de la Sociedad Chilena de Nefrología o el de las sociedades médicas no podemos tratarlos en una sesión.



Necesitamos abordar el tema de la auditoría y conocer la contramirada de la Sociedad Chilena de Nefrología, pues podrían rebatir muchos puntos. No olvidemos que hablamos de un tema del que no sabemos bien cómo, cuándo, ni dónde ocurrió.

En síntesis, señor Presidente, pido que cuando asista la directora de Fonasa y discutamos el tema de la auditoría, también esté presente algún representante de la Sociedad Chilena de Nefrología para contrastar las posiciones.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Solicito la anuencia de esta Comisión para pedir las respuestas a los oficios remitidos al Ministerio de Salud. Asimismo, para enviar esos mismos oficios a Fonasa, ya que para la próxima sesión está citada la directora de Fonasa, Jeannette Vega.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, estoy de acuerdo con la petición, sin embargo, pronto se cumplirá un mes desde que fueron enviados esos oficios. Le recuerdo que usted tiene la potestad de ejercer ciertas acciones bastante duras en contra de los jefes de los servicios si no llegan las respuestas a los oficios solicitados.

En el fondo, lo que quiero decir es que si no llegan las respuestas a los oficios antes de que concurra a esta Comisión la directora de Fonasa, usted, señor Presidente, puede ejercer esas acciones. De hecho, en la Comisión Investigadora que fiscalizaba eventuales irregularidades en otorgamiento de pensiones a funcionarios de Gendarmería, solicitamos al Presidente que ejerciera esas acciones y las respuestas a los oficios llegaron a la semana siguiente. Esas acciones son muy efectivas.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Diputada Rubilar, aún contamos con tiempo para recibir esas respuestas, por ello recurrimos al acuerdo que acabamos de efectuar.

Tiene la palabra el diputado Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero hacer una pregunta técnica al doctor Eduardo Lorca.

Durante la tramitación de la Ley de Presupuestos nos llamó profundamente la atención que en muy poco tiempo se duplicó la cantidad de pacientes en diálisis, lo que es una situación muy rara. No lo digo de forma peyorativa, pero es muy raro que la prevalencia de una enfermedad renal crónica varíe tanto entre un país y otro.

La información que manejo es que Chile tiene una prevalencia de enfermedades renales mucho más alta que en otros países de Latinoamérica. Por lo mismo, considero que existe un sobrediagnóstico y, por ende, una sobreindicación de diálisis. Y no tanto por colegas nefrólogos, aunque algunos deben tener alguna participación, pero en la actualidad la diálisis se da principalmente por empresas extranjeras, incluso multinacionales. Es un tema que llama poderosamente la atención.

Considero necesario oficiar al Ministerio de Salud, con el objeto de que expliquen por qué no han sido publicadas las guías clínicas emanadas en 2012. Necesitamos una respuesta escrita y clara al respecto.



Insisto en que, luego de ver las cifras en la Ley de Presupuestos, me llamó mucho la atención un *laissez faire*, un déficit en la regulación y el control de los diagnósticos. Algo similar ocurre con las cesáreas, en el área de salud reproductiva, pues existe una gran diferencia en las tasas de cesáreas entre el mundo público y privado.

En la salud pública se dan ciertos hechos que uno no puede aceptar tan fácilmente. Por lo mismo, quiero que el doctor Lorca explique estos puntos que he planteado, pues son una mirada basada en números que no se condicen con la seriedad de nuestros profesionales médicos y, sobre todo, de nuestros nefrólogos.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Solicito la anuencia de esta Comisión para pedir a Fonasa, en primer lugar, las guías no publicadas de diálisis crónica de 2012 en adelante y, en segundo lugar, el costo de las prestaciones de salud.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra doctor Eduardo Lorca Herrera.

El señor **LORCA**.- Señor Presidente, por su intermedio, en primer lugar responderé al diputado Alberto Robles.

Según la Encuesta Nacional de Salud, el 2,7 por ciento de la sociedad chilena padece una enfermedad renal crónica. Ahora, si vamos a la atención primaria –así está publicado- ese porcentaje aumenta a 12,1 por ciento, y según el Programa de Salud Cardiovascular el 36 por ciento de la población padece una enfermedad renal crónica.

Chile es un país especial en Latinoamérica, no es igual a otros países. Además, somos el país que ha presentado el mayor aumento de personas que padecen hipertensión, obesidad o diabetes, tres principales causas de enfermedades renales crónicas. En 2035, el 16,5 por ciento de la población padecerá diabetes, cifra que ya alcanza el 9,1 por ciento.

¿Qué puedo decir, diputado Robles? Está claro que en muy poco tiempo habrá más personas que padezcan enfermedades renales crónicas, nos guste o no. ¿Somos iguales a nuestros hermanos latinoamericanos? Está claro que no.

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

Respecto de las preguntas de la diputada Karla Rubilar, luego del aluvión hubo un solo paciente al que no ubicamos, uno de diálisis peritoneal, quien se fue solo a La Serena; pero al resto de los enfermos, los ubicamos a todos.

A los pacientes los trasladamos a Tocopilla al tercer día del desastre, porque no había forma de dializar. El día sábado 6 instalamos la diálisis en el Hospital Regional de Copiapó y se trabajó todas las horas correspondientes.

Obviamente, pudo haber fallecidos. Pero si nos remontamos al 2010, nosotros fuimos felicitados por la Sociedad Internacional de Nefrología, ya que solo cinco personas fallecieron luego del terremoto de ese mismo año. Esas muertes se produjeron por infartos al miocardio, otra por un accidente cerebral hemorrágico –cayó una estructura sobre la cabeza-, pero ninguno por problemas de diálisis. Nosotros no tuvimos muertos en diálisis.



Durante ese mismo desastre, en Concepción, no teníamos agua, bencina, petróleo, ni luz; sin embargo, gracias a todo el trabajo mancomunado entre la Sociedad de Nefrología y el Ministerio de Salud, la parte Redes, se logró sostener la situación.

A lo anterior hay que agregar que en el incendio de Valparaíso y en muchos otros eventos hemos tenido bastante experiencia. Los enfermos sí recibieron atención; sé por lo que pasaron, pues el doctor Esteban Gómez y el doctor del hospital de Copiapó estuvieron al lado de los enfermos, revisándolos y dializándolos.

Créame que los enfermos se pueden sostener incluso en condiciones muy adversas. Los pacientes que pueden manejar de mejor forma una situación extrema son los que realizan diálisis peritoneal, ya que pueden efectuarla de manera manual, en cualquier parte.

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

Con respecto a la ficha clínica, cuando yo le digo eso, le voy a ser bien honesto. ¿Cuál es el problema que tenemos?

Usted sabe que en Chile la APS tiene ficha electrónica, pero la atención secundaria no tiene ficha electrónica.

Para que usted ingrese un paciente a diálisis tiene que ir con informe médico, donde va la historia, el examen físico, todas las cosas que usted conoce muy bien; aparte va el IPD, que es el proceso diagnóstico del Auge. Además, los marcadores virales. O sea, para ingresar un paciente a diálisis tiene que enviar todo eso.

¿Qué pasa con ese documento después? No sé.

Le puedo decir lo que pasa en mi hospital: Hospital del Salvador. Hay fichas perdidas, o quedaron en la ficha 2 y no quedó en la 4.

Después, los centros de diálisis reciben eso. Los centros de diálisis sí deberían tener archivada esa derivación, porque es obligatorio. Entonces, habría que ir ahí a buscarla. Tanto en el público como en el privado los centros de diálisis deberían tener la copia de esa documentación, porque es fundamental.

Tenemos un problema serio con la ficha, porque en atención secundaria especializada en Chile no tenemos un escritorio médico, una ficha electrónica, que nos ayude -no por la cosa tecnológica- a hacer el seguimiento, por ejemplo, con el RUT de algunos pacientes que vienen de la atención primaria a la atención secundaria o terciaria. Eso no lo tenemos. Sé que tiene un costo enorme, pero es una cosa que echamos de menos. Entonces, hay un problema de los registros.

Señora diputada, cuando nosotros entregamos esto, lamentablemente tengo que decirlo, es la parte administrativa de nuestros hospitales la que tiene que hacerse cargo de eso. Tiene que hacer que estén las fichas clínicas, pero no están.

Con respecto a los mayores de 75 años, hemos insistido hasta la saciedad al Ministerio de Salud y el Fonasa -se lo acaba de pedir hace dos semanas, de nuevo, a la doctora



Bahamonde, que es la tercera del Fonasa- que estamos disponibles, con el comité de cuidado paliativo, el comité de ética de la sociedad de nefrología, que ha publicado tres trabajos sobre conflictos de interés en nefrología en los últimos tres años, y además en la comisión de diálisis, para trabajar con el Ministerio en criterios de inclusión y exclusión para diálisis.

Hasta ahora no hemos recibido ninguna comunicación por escrito que nos invite a desarrollar ese trabajo. Lo venimos diciendo hace años.

Cosas súper sencillas para quienes no son médicos. Todos tenemos una carga de comorbilidad; tenemos A, B, C; tenemos diabetes, hipertensión, ácido úrico alto, etcétera. Eso genera un *score* de comorbilidad. Entonces, cada uno de nosotros, frente a una situación, un infarto al miocardio o una insuficiencia renal crónica, podríamos tener un *score* que nos ayuda a tomar decisiones. Esta persona no va a ir a diálisis, no importa la edad. Esta persona sí va a ir a diálisis, tiene ochenta años, es autovalente, no tiene comorbilidad, va al banco, firma cheques, etcétera. A esa persona la voy a dializar. Pero también tenemos personas de setenta y cinco años o más que en realidad, como muy bien dice la diputada Rubilar, no le aportamos nada. Sí tenemos que tenerlo en casa, con cuidados y medicamentos, para que tenga una sobrevida digna. Eso es lo que tenemos que hacer. Esa parte, diputado Robles, no la tenemos. No tenemos el manejo conservador. Faltan recursos para eso.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Muchas gracias, doctor Lorca.

Una consulta. ¿Todavía sigue existiendo el modelo de la fístula en los hospitales?

El señor **LORCA**.- Sí.

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

A continuación, corresponde escuchar a la representante legal de la Sociedad de Prestaciones Médicas y Quirúrgicas *Vigilius* Limitada, señora Pilar Núñez, y al miembro del directorio, señor José Chávez.

Para información de los colegas, *Vigilius* es una entidad de prestaciones en el ámbito de la anestesia, principalmente en Santiago, Rancagua y Quilpué.

Tiene la palabra el señor José Chávez.

El señor **CHÁVEZ**.- Señor Presidente, soy anestesiólogo y uno de los directores de la Sociedad de Prestaciones Médicas *Vigilius*. Fundamentalmente, realizamos prestaciones anestésicas. Ese es nuestro rol.

Nuestros contratos directos, como listas de espera con el Fonasa, son los que ven en la presentación. O sea, tenemos una escasa participación en las listas de espera. Dentro del concierto de la cantidad de prestaciones que se dan en este ámbito, nuestra presencia es mínima, porque cuando se genera la ley que dio la obligación del GES y cierto tipo de prestaciones que tenían que cubrirse legalmente, con ciertos plazos obligatoriamente, el 2000 y años siguientes, se fue generando una lista de espera porque en el fondo no estaban preparados los recursos para resolverlo.

Al 2005-2006 se encuentran con listas de espera enormes, y un grupo de administradores, dentro del ámbito de la salud pública, y en ese tiempo fue el doctor Behnke, partió con un



modelo de gestión en el cual se contrataron servicios externos, ya sea de equipos de cirujanos o sociedades médicas de diversos tipos, traumatólogos, etcétera, para ir resolviendo patologías, y eso comenzó en el Hospital Padre Hurtado, en 2006. Y eso también sucedió en el ámbito anestesiológico.

Ingresamos a este ámbito en 2010, y nuestra participación, fundamentalmente, no tiene que ver con listas de espera, porque no son más que las que se indican. Son accidentales en nuestro trabajo.

Más bien lo que hicimos fue cobertura de horas anestésicas faltantes en urgencias. Ese es el rol que hemos tomado. La primera prestación nuestra parte alrededor de 2010. Hay dos fenómenos. Se produce un cuello de botella con la resolución del GES, porque si bien fueron agregando patologías –una buena cantidad de ellas era quirúrgica-, se pensó en los diversos equipos quirúrgicos, pero siempre en todos ellos se iba a necesitar un anestesiólogo, y esto generó un cuello de botella que hizo crisis en 2006, en primera instancia, y hace una segunda crisis en 2010, porque ese año las clínicas ampliaron sus pabellones –crecieron en más de 110 pabellones- y hubo salida masiva de anestesiólogos desde la parte pública hacia la privada, y quedaron muchos turnos descubiertos.

Entonces, los hospitales empezaron a comprar servicios: llegaba una urgencia, tenían que enviarlo a una clínica.

Por ejemplo, la gente que revisó esto en 2010 sacaron los cálculos y vieron que era más caro comprar ese servicio –en términos de comprar todo el servicio de la operación y la estadía en la clínica- que pagar servicios anestesiológicos. Por lo tanto, licitaron horas anestésicas a determinados valores en diversos hospitales.

Ahora, los agentes participantes en esto, como sociedades médicas que brindan servicios anestésicos, solo en Santiago pueden ser veinte o veinticinco, con diversa cantidad de miembros.

Nosotros no somos ni lejos la más grande, porque si uno mira la magnitud de la empresa, tiene que verlo por la cantidad de horas que resuelve y la cantidad de personal que trabaja con ellos.

Probablemente, *Morpheus* sea la más grande y la segunda Liner, que no es una sociedad médica, pero cumple este mismo rol y está en diversos hospitales.

Nosotros hemos hecho el catastro de quiénes son. No tenemos contacto con ninguna de las otras empresas, salvo cuando nos enfrentamos en las licitaciones. Pero sabemos que existen todos estos grupos. De hecho, esto hace que se genere una cierta movilidad, en términos de que uno puede ganar una licitación y al año siguiente perderla, o puede estar en un hospital determinado un par de años y puede no volver más, porque otro grupo se consolidó ahí. O sea, esto tiene bastante variabilidad.

En términos de precios, la banda de precios de estas prestaciones está actualmente, si uno mira todo el país, en rangos que pueden ir desde 35.000 hasta 80.000 pesos la hora, como es el caso de Copiapó, y todos con mecanismos diversos de funcionamiento, si son ciudades pequeñas o como el caso de Santiago que funciona más bien como un libre mercado, porque en ese caso existe una banda de precios que va desde 35.000 pesos hasta 65.000 o



70.000 pesos, por lo que es una banda bastante amplia de precios por el valor hora. Es difícil pensar que en ese rango tan amplio pudiera existir colusión, como alguien planteó en algún momento. Además, para que haya colusión se requiere una cierta cercanía.

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

Ahora, podemos demostrar con números, en la parte en la que hemos asistido en los hospitales con nuestro servicio, y donde hemos tenido permanencia, que en general los requerimientos de hora han ido en descenso.

En esa época, en 2010, hubo una serie de discusiones sobre el tema impulsadas por el doctor Mañalich como ministro de Salud, y si bien discutieron de diversas maneras sobre el particular, a veces con un poco de exageración, también buscaron resoluciones, y una de estas fue abrir los espacios de formación, porque en el fondo, si bien en algún momento se acusó a la sociedad de anestesiólogos de ser un cartel -esa fue la palabra que se usó-, esta no era una manera de demostrarlo, porque en Chile la ley no permite que ninguna sociedad médica tenga poderes para restringir ese tipo de cosas. Lo que había eran ciertas diferencias respecto de cuánta gente podía ser formada al mismo tiempo en todos los cupos de universidades de que se disponían.

Entonces, en ese momento se generó un compromiso para formar una cantidad mayor de anestesiólogos. Nosotros mismos, como empresa y como anestesiólogos, participamos en la formación de estos profesionales que posteriormente pasaron a cerrar las brechas, tanto del hospital San Borja como del hospital Dr. Luis Tisné.

Así es que entramos en el San Borja con un requerimiento de nueve turnos faltantes de anestesiólogos; en este momento va quedando uno y probablemente el próximo año va a estar lleno.

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

Entonces, podemos demostrar a través de números que donde hemos estado las brechas se han ido cerrando y hemos ido participado en la formación de la misma gente que ha ocupado esos lugares, de manera que partimos en un hospital donde teníamos en 2012 o en 2013, como en el San Borja, 1.100 a 1.200 horas, y hoy tenemos 300 horas y probablemente se van a reducir el próximo año.



Toda esta información es verificable y, por lo tanto, es la que tienen los mismos hospitales, lo cual demuestra que si una empresa maneja o manipula este tipo de espacio, las brechas tendrían que crecer o por lo menos tendrían que mantenerse. Pero aquí se ha dado lo contrario, nosotros hemos ido reduciendo esos espacios, porque no es nuestra intención quedarnos permanentemente en esto. Esta es una empresa pequeña dentro de todo este rubro, y esta reducción de horario para nosotros implica la salida hacia otro tipo de actividad. Pero las brechas, sobre lo que estamos discutiendo nosotros, por lo menos se están cerrando.

Pediría que viéramos las cifras, tanto las de contrato directo con Fonasa, para que se vean los números con precisión, como también la evolución de nuestro comportamiento en los diversos hospitales.

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

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Señor Presidente, para nosotros como empresa fue una sorpresa la invitación, pero nos permite aclarar un tema que siempre está en el ambiente, en los medios de comunicación, que dice relación con la forma en que funcionan las sociedades de anestesia.

Nosotros somos una de tantas. Quizás lo que nos caracteriza es que estamos ubicados en más de un hospital. Existen muchas sociedades de variadas especialidades, no solo de la anestesia, que funcionan en los hospitales, pero que están como locales tratando de resolver las falencias que se producen en estos.

Nosotros hemos salido un poco y ha sido por una necesidad. Hemos participado de licitaciones y nos hemos ganado esas licitaciones, primeramente por los valores, porque nuestro desarrollo como sociedad siempre ha sido solo en el área de la anestesia.

Cuando nos dijeron que íbamos a participar de la comisión que está viendo los convenios de Fonasa, nos llamó la atención.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Solicito el asentimiento para prolongar la sesión por 15 minutos.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Continúa con el uso de la palabra la señora Pilar Núñez.

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Les decía que cuando nos llegó la invitación respecto de esta comisión que está investigando los convenios de prestadores privados con Fonasa, la verdad es que nos llamó la atención, porque nosotros tenemos convenios principalmente a través de licitaciones públicas, que la vemos directamente con los hospitales.

Nosotros no tenemos más que esto —es un cuadro bastante básico— que fue una cosa circunstancial, que estando en algunos lugares nos solicitaron. Primero, estos pequeños convenios de anestesia, y los que aparecen en la lámina con color verde son aquellos que tienen un valor promedio más alto de la cirugía es porque se contrató al equipo completo.

Fue una cosa que teníamos el contacto y nos dijeron que lleváramos el equipo de cirujanos al hospital de La Ligua, por ejemplo, y participamos de 306 cirugías, cuyo valor promedio



que está al fondo de cada una, por el valor total de la prestación que realizamos, es por la cirugía del equipo completo. El equipo constaba de un cirujano, un ayudante y el anestesista. El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- ¿La última columna es el precio unitario?

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Así es.

Como se puede observar, eso ocurrió en dos recintos hospitalarios además del hospital San Borja. Fueron 50 procedimientos los que se realizaron: 25 en el 2014 y 25 en el 2015, que también son procedimientos y cirugías en los cuales participó todo el equipo: arsenalera, auxiliar, anestesista, ayudante, cirujano. Esa es la única situación en que nosotros tenemos directa relación, porque sabemos que Fonasa paga esas prestaciones.

Pero en los convenios, como sociedad con hospitales –en la lámina los identificamos-, empezamos primero en el hospital Félix Bulnes, donde estuvimos un año. Allí aparece indicado desde cuándo empezamos y terminamos, que fue en enero de 2011 hasta diciembre de 2011, con el valor hora de anestesia. Estamos presentando estas cifras para derribar el mito de que los convenios con los anestesistas son enormes.

Hay sociedades que pueden cobrar mucho, pero nosotros como Vigilius no lo hacemos; los promedios están ahí. Nosotros empezamos cobrando 25.000 pesos la hora y el contrato terminó con ese mismo valor en no vigente.

En el hospital de Quilpué, que estamos desde el año 2010, empezamos con un valor hora de 25.000 pesos. Han pasado seis años y hoy continúa el convenio. Esto es todo verificable, porque todo está hecho a través de licitación. Existen contratos, de modo que se puede verificar, a través de Mercado Público, que esos son los valores que nos cancelan por hora. Hoy este contrato está vigente y cobramos 35.000 pesos la hora.

En el hospital Salvador, en el que estuvimos tres años con el mismo valor, terminó ese convenio. Ya no está vigente.

Hoy estamos hoy en el hospital El Pino, cuyo valor aparece en la lámina. En el hospital de Rancagua, ya llevamos un tiempo allí y acabamos de ganarnos otra licitación, que es por el mismo valor por tres años más. Por lo tanto, el valor hora de anestesia se mantiene, y en el hospital San Borja, también es ese valor.

En el hospital Dr. Luis Tisné empezamos con 25.000 pesos en el año 2012 y terminamos con 35.000 en el año 2016. También ese convenio no está vigente.

Lo que aparece después en las láminas son los estados y el promedio de horas mensuales que tenemos, que se calculó de acuerdo con el último año.

Las horas en el hospital de Quilpué corresponden a más o menos 15 turnos mensuales. Esa es la falencia que existe en el hospital y nosotros ahí estamos cubriendo vacaciones, licencias médicas y hay medio turno en que no existe el anestesista para cubrirlo.

En el hospital de Quilpué son 365 horas, en el hospital El Pino son 468 horas, en promedio, el último año. En el hospital de Rancagua, que es el último, son 800 horas mensuales en promedio, y en el hospital San Borja Arriarán son 671 horas.

El valor inicial es lo que más hemos hecho en el hospital cuando empezamos el convenio. La segunda cifra es lo que estamos realizando, lo cual demuestra la diferencia y que esto ha ido en descenso, justamente por lo que dijo el doctor Chávez, que ha habido contrataciones y que



todos esos cargos que estaban vacantes, los cuales solicitamos cubrirlos con licitación, lo están cubriendo ahora los médicos especialistas que se han recibido hace poco tiempo.

¿Cuál ha sido nuestro aporte? Nosotros vemos que nuestra labor en los hospitales ha sido un aporte. De acuerdo con la cantidad de turnos y de procedimientos promedio que hacen por turno los especialistas, porque aparte de las cirugías están los trabajos de parto, nosotros cubrimos todas las urgencias.

Ahí están, más o menos, los procedimientos anuales que hemos realizado y si eso lo divido por la cantidad anual que nos paga cada uno de los hospitales, hay un promedio, que es el valor por procedimiento, el que está bastante cercano a lo que Fonasa paga a los anestesiistas por procedimiento.

La verdad es que dos cosas nos llamaron la atención cuando nos invitaron: la palabra lucro y los convenios con Fonasa. En cuanto a los convenios con Fonasa no tenemos más de los que les señalamos ahora. Respecto del lucro, sentimos que somos una sociedad que tiene una rentabilidad, pero que hemos sido un aporte al trabajo en los hospitales, además de cubrir las falencias en urgencia, con turnos completos. En una reunión en el hospital de Rancagua nos dijeron que la demanda hospitalaria, sea porque muchas veces no había anestesiistas en turno o porque tenían que llevar a los pacientes a clínicas privadas, había disminuido bastante con la contratación de anestesiistas y con tener un anestesiista de turno las 24 horas.

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

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, quiero hacer dos preguntas. En primer lugar, quiero saber cómo se fija el valor hora, si es por UF y si se establece al momento del contrato.

En segundo lugar, nuestros invitados hablan de procedimientos y de valor hora. Entiendo, por lo que han expuesto, que la oferta que ellos hacen como sociedad médica es por hora, pero probablemente el procedimiento puede durar más de una hora, incluso puede durar hasta tres o cuatro horas. La pregunta es quién controla el taxímetro, quién certifica cuánto duró la operación, cómo sé cuánto dura la operación, cuánto es lo normal. ¿No sería lógico llamar a licitación por procedimiento y no por hora?

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

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, entiendo por qué nace la sociedad de anestesiistas. Cuando un médico clínico que trabaja en un hospital se va al sector privado, por cierto que el director del hospital tiene que buscar alguna forma de suplir esa falencia.

En primer lugar, quiero saber qué lleva a un anestesiista a migrar del sector público, según su experiencia. Entiendo que es por un tema económico; me imagino que el valor hora de un anestesiista que trabaja en un hospital es menor a la que ustedes están planteando. Si en el hospital El Pino pagan 35.000 pesos la hora -por lo que vi en la presentación-, tal vez el anestesiista que es funcionario recibe 15.000 pesos. ¿Cuánto es el valor hora del anestesiista público? Quiero saber cuál es la diferencia.

En segundo lugar, hay algo que me preocupa de la sociedad de anestesiistas -tal vez es algo que está ocurriendo también en otras sociedades- y que es evidente que si la demanda en



salud pública es alta y la oferta de especialistas no es suficiente, el demandante necesita cubrir esa oferta, y por cierto que una de las formas de satisfacer esta demanda pasa por la fórmula de crear sociedades, lo que se está dando en todos lados. Esto lo vimos con los ginecólogos, en Chillán. Al final del día, la mirada es que se privatiza la acción médica de anesthesiólogos. Creo que la única forma de evitar esta situación es cuando la oferta es muy alta y se llena de anestesistas, porque ahí cambia el escenario, algo que en nuestro país difícilmente podrá ocurrir en el futuro cercano.

Lo que uno está empezando a ver en el sistema público -no solo con los anestesistas, sino que con muchas otras especialidades- es que los médicos están abandonando el sector público, principalmente aquellos que tienen experiencia, para contratarse por ese valor hora, ya sea a honorarios con boleta o a través de licitaciones que están haciendo los hospitales.

El problema importante es hacia dónde va el sector de salud pública. ¿Vamos a comprar servicios a los profesionales para que entreguen servicios obstétricos, de anestesiología, de unidades de tratamiento intensivos? ¿Vamos a cambiar el contrato profesional que hoy tienen, con horas médicas de 22 horas o 28 horas, por contratos anuales o por número de procedimientos? Quiero saber cómo ven la situación desde su sector.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio saludo a nuestros invitados. Quiero recordarles que la Comisión investiga las compras o trato directo de licitación a través de Fonasa y también a través de los servicios de salud. Por eso, probablemente, el Presidente les hizo la invitación. Yo creo que ustedes algo esbozaron, pero por un tema un poco de pudor no lo profundizaron, pero lo cierto es que hay sociedades de anestesistas que cobran hartito más que nuestros invitados. Entiendo que es un tema complejo de abordar por parte de ustedes, porque es un tema ético, pues son su competencia, pero es la realidad. Tenemos sociedades de anestesistas a las cuales se les puede pagar 70.000 pesos la hora y un poquito más a veces y un turno puede llegar a hacer 800.000 pesos.

De buenas y a primeras uno dice ¡guau!, y vuelve a decir ¡guau!, porque uno empieza a preguntarse -y es parte de lo que discutimos en las primeras sesiones- si es que hay recursos para pagar esa cantidad a una sociedad, por qué no hay recursos para pagar un buen sueldo a un anestesista para que se quede haciendo turno y sea parte del hospital, que tenga otro compromiso, y no solo una prestación de que va un día a un turno y le da más o menos lo mismo lo que pasa con el hospital o no.

Eso es parte de la discusión que uno siempre ha dado, la compra de servicios versus lo que supuestamente debiera ser un médico: parte del hospital. No digo que sea ciento por ciento así, porque de todo hay. Puede haber médicos de planta que no tienen ningún compromiso y puede haber prestadores de servicios con mucho compromiso, pero la tónica debiera ser esa: sentirse parte de algo.

Entonces, la primera pregunta que uno se hace es por qué y si les han planteado alguna vez de que es mejor hacerlo así, porque el ítem de compras es más fácil a través de sociedades



en vez de llenar una planta. O sea, ahí hay un tema burocrático de por medio, ¿se lo han planteado?

También se nos ha dicho que las grandes sociedades de anestesiistas se reparten el territorio para que no choquen: “tú no te metes en el mío y yo no me meto en el tuyo”. Me tienen que comprar a mí, ya que soy el único que oferto y pongo el precio que quiero.

Me gustaría saber si ustedes conocen esa información; insisto, siempre parto de la base de que la inmensa mayoría de los médicos quiere hacer el bien y que para eso estudió medicina, pero también es cierto que tenemos otras situaciones complejas que debemos regular.

¿Tienen información respecto de esta suerte de “repartija” de territorios que les permite poner precios exorbitantes? Frente a la necesidad, eso se permite, porque no queda otra. Imagínense no tener anestesiista en un turno. ¡De qué estamos hablando! Se nos morirían los pacientes.

Finalmente, cuando ustedes entregan procedimientos completos, como el equipo que plantearon, ¿es más barato cuando les compran el equipo completo o es más negocio, entre comillas, solo vender la prestación del anestesiista? Consulto en el mismo tenor del diputado Urrutia, ya que el financiamiento también tiene que ver con los incentivos. Si se crean las sociedades y se termina pagando precios exorbitantes, muchas veces, tiene que ver con las señales que da el pagador, hacia dónde quiere que vaya el camino.

Como dije anteriormente, cuando ustedes venden el servicio completo, ¿es más barata la hora del anestesiista que cuando venden el equipo completo o al revés? Me gustaría entender eso porque existe el GRD y otros mecanismos que tienen el tenor de lo que plantea el diputado Urrutia. Consulto para saber la estructura y entenderla mejor.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Conocen el porcentaje de médicos y anestesiólogos, dentro del total, que están adscritos a distintas sociedades? ¿Cuántos son los casos de médicos anestesiólogos que tienen contrato mixto, es decir, que ejercen 11 o 22 horas y, a su vez, pertenecen a las sociedades?

¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión?

Acordado.

Tiene la palabra la señora Pilar Núñez.

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Señor Presidente, me referiré a la parte técnica porque entiendo que no saben cómo funciona.

El diputado Urrutia nos preguntó por el valor de la hora. Al respecto, quiero decir que nosotros, como sociedad, respondemos a licitaciones y lo que se licita propiamente tal es la hora de anestesia porque trabajamos en urgencia, que es distinto a trabajar por procedimiento. Por lo tanto, cuando un médico va y da solo la anestesia para una cirugía, paga Fonasa, paga un bono y ese bono tiene un valor. Los anestesiistas que están en urgencia realizan 15 turnos, más o menos en promedio, sobre todo cuando hay atención de partos, cuando hay ginecología. Ahora bien, en un turno puede haber 25 cirugías y el anestesiista debe cubrir cada una de ellas. Como dije, puede haber 4, 5 o 10, pero en estos hospitales nunca hay solo una. Por ejemplo, en el Hospital de Quilpué, 5 o 6, pero en



Hospital El Pino, en el Hospital San Borja, en el Hospital de Rancagua, donde solo hay dos anestesiistas, porque queda un médico en maternidad y otro en el turno de urgencia, las cirugías son muchas.

Entonces, puede haber cirugías como un legrado, de solo 15 minutos, y puede haber una cirugía de neurología, por ejemplo, de urgencia, que puede durar 5 horas. Por eso ofertamos por hora, porque el médico tiene la obligación de estar 24 horas, haya una o 30 cirugías. Por lo tanto, no podemos poner precio porque en las licitaciones Mercado Público sube una licitación y es el hospital el que pone el valor. Por ejemplo, si el Hospital de Rancagua licita la hora de anestesia en 45.000 pesos, la pregunta es: ¿quieren ustedes participar? Y nosotros decidimos si lo hacemos o no.

En la actualidad, en el Hospital El Pino, el Hospital de Quilpué, somos los únicos oferentes, no porque estemos coludidos con otros o porque nos pongamos de acuerdo, sino porque nadie quiere participar por un valor de 35.000 pesos. ¿Por qué participamos? Porque la mayoría de los médicos que trabajan con nosotros y los socios que empezaron esta licitación son médicos que cumplen horario, están contratados en el servicio público y entienden la importancia de que haya anestesiistas en un hospital. Entonces, todos los anestesiistas que trabajan con nosotros prestan servicios y están contratados en un hospital y en sus horarios libres, y antes de ir a una clínica, prefieren cubrir los turnos que muchas veces llegan a 2 y hasta 3 en la semana. El turno que le corresponde por estar contratado es un 22/28, que es el sistema en el que se contrata a los médicos, más uno o dos turnos, dependiendo de la disponibilidad de tiempo que tengan. Se quedan trabajando en el mismo hospital y por eso se trabaja por hora, no por procedimiento. Los únicos procedimientos que mostré fueron casos circunstanciales que estando en el hospital nos pidieron que hiciéramos.

Como dije, postulamos a esa licitación, se pudo haber presentado más gente, aunque ya no recuerdo, pero se hizo por ese procedimiento: nos contratan por hora. Insisto, el hospital pone el valor, no nosotros.

En todas las licitaciones en las que hemos participado el hospital dice: el valor es tanto y si ustedes quieren participan o no. También hay licitaciones que se declaran desiertas, porque nadie quiere trabajar por el valor que el hospital oferta. Es el hospital, como dije, el que pone el valor y no el médico anestesiista. Nuestra sociedad decide si participamos o no. Nada más. Nos acogemos al valor que el hospital impone, porque es una imposición. No podemos postular con un valor distinto porque en el minuto en que lo hagamos declararán desierta la licitación.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Podrían ustedes ofertar por un valor máximo?

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Podríamos ofertar menos si quisiéramos. El valor que pone el hospital es un valor máximo. Entonces, si el hospital dice 35.000 pesos, nosotros decidimos si participamos o no. Si participamos y si sale adjudicada funciona de esa manera. Por lo tanto, el médico que trabaja con nosotros no trabaja por procedimiento, independiente de lo que dure la cirugía; trabaja por hora y su obligación es estar 24 o 12 horas, dependiendo del requerimiento, en el hospital, sin moverse para cubrir todo lo que está ahí.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Ustedes pueden hacer 15 procedimientos o solo uno.



La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Los hospitales que funcionan con urgencia, no se rigen por ese procedimiento.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Está bien, solo hice un comentario. Sin embargo, el riesgo es una curiosa licitación en la que participan, porque a ustedes les pagan por el turno, no por el procedimiento.

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Normalmente se paga a los médicos por el turno.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- ¿Quién pone los insumos?

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- El hospital, porque el anestésico no puede andar con sus anestésicos.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Por otra parte, también existe el modelo –a propósito de la palabra taxímetro, que puede sonar fuerte- de contratación en horarios diurnos en procedimientos en cirugía. En algunos hospitales si se cumple la hora, el médico que trabaja de noche perfectamente puede decir: hasta acá llego. Eso también existe. ¿O usted dice que no?

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Sí, imagino que sí. Nosotros principalmente trabajamos y participamos de licitaciones de urgencia.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Quiero aclarar que en los horarios diurnos y de hasta cierta hora existe un procedimiento, por lo tanto, uno sabe cuándo empieza la cirugía, pero no cuándo termina. Es un viejo aforismo.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, me gustaría que nuestra invitada se refiera a la comparación del valor hora de un anestésico en el sistema público.

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

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Señor Presidente, respecto de la consulta del diputado Osvaldo Urrutia que está pendiente, sobre el taxímetro, el médico tiene la obligación de estar, por lo que no puede cobrar más si una cirugía dura más de lo presupuestado; o sea, se le paga por turno.

En cuanto a la pregunta del diputado Robles, voy a dejar al doctor que responda, ya que está al tanto de los anestésicos.

Sobre la consulta de la diputada Karla Rubilar, sobre el precio, en cuanto a si nos ponemos de acuerdo con otras sociedades para participar o no de una u otra licitación, la verdad es que no puedo hablar por las otras sociedades. Como dije, nosotros participamos de las licitaciones que nos interesan, porque conocemos los hospitales donde se trabaja, pero nunca tenemos relación con otras sociedades, ni menos –como se ha dicho en múltiples ocasiones a través de medios de comunicación- se ponen de acuerdo los médicos.

Soy la encargada de diseñar lo relacionado con las licitaciones y jamás he tenido algún acuerdo o algún llamado con otras sociedades. Somos pocas las sociedades y sabemos cómo funcionamos. Soy la gerenta, luego está mi secretaria y los anestésicos, por eso quiero dejar muy claro que nunca hemos tenido relación alguna con otra sociedad.

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



El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, me gustaría saber si todos los hospitales licitan de la misma forma: por hora, fijan el piso o hay hospitales que licitan de forma distinta.

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

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Señor Presidente, de las licitaciones que hemos participado todos ponen un valor hora máximo.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- En el caso del Hospital de La Ligua ustedes plantearon un procedimiento.

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Sí, porque trabajábamos bajo una licitación por hora en urgencias del Hospital de Quilpué y por eso participamos en el hospital de La Ligua, para hacer procedimientos, que fue muy poco.

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

El señor **CHÁVEZ**.- Señor Presidente, hay hospitales que licitan por prestaciones.

De hecho, cuando parte el sistema en el Hospital de Padre Hurtado, licitan por prestaciones, listas de espera de cirugías, laparoscopia, hernias inguinales en niños, etcétera. Han seguido una política de prestaciones a largo plazo.

Incluso, hay hospitales que han licitado 1.000 colisectomía laparoscópica y una sociedad se las adjudicó; o sea, también se licitan prestaciones individuales. Pero no nos ha tocado estar en ese rubro, las licitaciones han sido adjudicadas por otras sociedades más grandes, más poderosas, con más influencia. Por eso no estamos en ese rubro.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Cuántos son los socios en su sociedad?

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Señor Presidente, se trata de una sociedad privada compuesta por dos sociedades más, en las cuales los socios son médicos.

Ahora, nuestros colaboradores, que son los que hacen los turnos y a quienes les cancelamos con boletas de servicio, son alrededor de 45. Todos trabajan en hospitales públicos, ninguno se dedica al ámbito privado.

El señor **CHÁVEZ**.- Señor Presidente, el exdirector del Hospital San Borja, señor Claudio Robles, no era médico, sino enfermero, pero tenía un MBA; por lo tanto, sabía de números, de administración e hizo los cálculos antes de tomar la decisión. Se dio cuenta de que el rango de sueldos para quienes cumplían turnos de 28 horas de urgencia, fluctuaba entre 2.000.000 y 2.500.000 de pesos, tomando en consideración la previsión.

Ahora bien, la ley N° 15.076 establece que el turno de 28 horas equivale a 4 horas diarias en un mes de 30 días, lo que significa 120 horas mensuales; esto con un valor cercano a los 20.000 pesos por hora. Al que trabaja contratado se le paga la hora efectiva, si no la cumple, no se le paga.

En el Hospital San Borja se hizo un estudio -2012- respecto de las licencias médicas, y se constató que el promedio es de 20 días, incluyendo las pre y posnatal, a lo que se agrega las vacaciones, que pueden ser desde 15 a 25 días, más el descanso compensatorio por las 28 horas, que son 10 días. Entonces, de las 120 horas mensuales, resultó que las horas efectivas eran cercanas a 90 horas mensuales, cuyo valor fluctuaba entre 25.000 y 26.000 pesos la hora real para el contratado. Cabe señalar que esto no ha cambiado mucho, es más o menos semejante.



Cuando el exdirector hizo el cálculo, la diferencia no era tan grande. Lo más caro fue no tener la persona y enviar a un paciente al sector privado, por lo que una operación de apendicitis, por ejemplo, costaba 18.000.000 o 20.000.000 de pesos. Entonces, obviamente, el gasto era menor, por eso optó por ese sistema; su decisión fue netamente matemática.

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

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, me gustaría saber si los turnos licitados en los distintos hospitales son por la misma cantidad de horas.

El señor **CHÁVEZ**.- No, porque depende de las brechas.

En cuanto a por qué la gente se está yendo de los hospitales, en 2010 creció enormemente la cantidad de pabellones en las clínicas, hubo una gran demanda y buenos precios. Por eso la gente se fue masivamente a las clínicas.

Como sabemos, los hospitales tenían problemas; por ejemplo, el Sótero del Río, que tiene una población de alrededor de 2.000.000 de personas, tendría que contar con dos anestesiólogos en maternidad, porque atiende 120 partos diarios aproximadamente, y solo cuenta con uno. El pabellón central cuenta con dos anestesiólogos, sería ideal que contara con cuatro, porque además de la anestesia deben hacerse cargo de una sala de recuperación que funciona como una "UTI", con cien pacientes graves que no tienen salida a sala, porque no hay cupos. Entonces, esos dos anestesiólogos además deben atender a dos pacientes que llegan a urgencia; si llega un tercero, deben atenderlo igual; si llega un cuarto y un quinto, también. Por lo tanto, la carga asistencial es tan grande y riesgosa que si la gente tiene posibilidades de irse, se va. O sea, si tuvieran el personal suficiente, probablemente, esos cupos se completarían.

Claramente las condiciones son un factor.

El Hospital de Temuco cuenta con dos anestesiólogos: uno está en maternidad, en el primer piso, y el pabellón central está en el quinto piso, y en muchos de los turnos hay uno solo. Entonces, es imposible que un solo anestesista se haga cargo bien del turno sin que pase algún evento. Entonces, esa circunstancia que no cubría el requerimiento generaba una salida: se iba más y más gente.

Cuando las condiciones laborales se vuelven malas, ese es un factor. Si hubiera la gente suficiente para hacer la labor y las condiciones laborales se mejoran, no solamente económicamente, es posible que funcione mejor.

Dentro del ámbito de la anestesia, hay otro tema que tiene que ver con el trato. Existían frecuentes maltratos de parte de la autoridad, lo que llevó a la salida masiva de gente del Hospital San Borja.

En el 2009 nueve cargos quedaron vacantes de un viaje. Esto fue producto de que la jefatura de pabellón en ese momento repitió una frase que vengo escuchando desde 1990 hasta el 2015. Producto de mejorar las condiciones laborales a raíz de solicitar la compra de maquinarias nuevas, la respuesta eran en dos frases. Primero, ¡si no le gusta, la puerta es bastante ancha y se va! Segunda, ¡tengo filas de anestesista con su currículum esperando por tomar este cargo!



Esas frases las escuché muchas veces y las autoridades la creían, hasta que de repente se encontraron con los hospitales vacíos y se preguntaron dónde se fue la gente, por qué no hay anestesista.

En el fondo no hubo previsión. En el mismo GES en 2005 se encontraron que no tenían personal suficiente para resolver el problema, porque pensaron, con datos basados en 1995, que era un tema de gestión. Por lo tanto, no se calculó que cuando tiraban 57 prestaciones, de las cuales varias eran quirúrgicas, se iba a generar un cuello de botella. O sea, es un riesgo sistémico. Una decisión conllevaba a otro problema, y eso no se pensó.

Ahora bien, no creo que esté creciendo esto por la forma en que han buscando solucionar el problema de nuestro ámbito. Hace poco un expresidente de la Sociedad de Anestesia, el doctor Renato Chacón, publicó una evolución de la formación de anestesista, donde señala que desde el 2010 hubo un crecimiento amplio en la planta de formación de personas.

Paralelamente, han traído muchos médicos extranjeros. Tanto es así que el desastre de Venezuela ha provocado que mucha gente emigre a Chile llenando las vacantes. Por eso, en anestesia la tendencia de la brecha es a reducirse, pero no sé si totalmente.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Cuánto vale una hora de anestesista en el ámbito privado?

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

El señor **CHÁVEZ**.- Depende del lugar. En la Clínica Alemana funcionan con un sistema de pirámide. Existe un grupo de arriba que capta la mayor parte del ingreso, el otro capta el ingreso intermedio y abajo están por hora. En este caso la Clínica Alemana contrata por horas al que viene recién llegando. Debe ser el 80 por ciento de la planta de anesthesiólogos. A ellos les pagan entre 35.000 y 40.000 pesos la hora, dependiendo del área en que van a estar.

En la Clínica Las Condes la hora es de 38.000 pesos para los que llegan; en la Clínica Tabancura, 34.000 pesos la hora; en la Clínica Dávila y Avansalud, 35.000 pesos la hora.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Señor Chávez, en la sociedad Vigilius, y en las otras sociedades, ¿tienen conocimiento si hay médicos becados en el último año?

Cuando son contratos por horas, ¿quién pasa visita al paciente al día siguiente? ¿Tiene que ser el recinto?

En cuanto a materia médico-legal, ¿quién asume la responsabilidad en caso de negligencia?

El señor **CHÁVEZ**.- Señor Presidente, en algún momento hubo becados, y prácticamente todas las sociedades médicas han tenido médicos becados, y algunas todavía tienen, incluso las no médicas. Liner trabaja fuertemente con becados en la actualidad.

En hospitales como Luis Tisné sus contratos definían que la condición del que realizaba turno era ser médico anesthesiólogo. En algún momento se conversó con la autoridad y aceptó, por requerimiento, que pudieran utilizarse médicos becados, y después hubo desacuerdo al respecto.

En el Hospital San Borja está completamente vetado. No podemos tener médicos becados haciendo turnos.



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

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Señor Presidente, en ninguno de los hospitales en que estamos hay médicos vetados. Todos son certificados, con la beca de anestesia, y todos se encuentran registrados en la Superintendencia. Sí lo hubo en el Hospital Luis Tisné.

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

El señor **CHÁVEZ**.- En algún momento tuvimos, pero en conversaciones con la autoridad se prohibió.

Desde el punto de vista de médico-legal, cada anestesiólogo tiene un seguro y cada persona responde de sus acciones.

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

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Las licitaciones tienen requerimiento de tipo administrativos y técnicos. Dentro de los requerimientos técnicos, para postular solicitan que todos los médicos estén certificados por la Superintendencia y que tengan un seguro de *mala Praxis*. Por lo tanto, no puede postular a una licitación si el médico no cumple con este requisito.

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

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

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Usted es funcionario público?

El señor **CHÁVEZ**.- Sí.

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

La señora **NÚÑEZ** (doña Pilar).- Señor Presidente, en el futuro se va a solicitar en todas estas sociedades funcionarios públicos, situación que se cuestiona ya que dicen que no pueden ser funcionarios públicos aquellos que tengan participación en sociedades, pero entiendo que una de las ideas es que cada uno de los médicos que pueda participar de estas sociedades estén trabajando en servicios públicos.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Habría que ver cuál es el rendimiento de pabellón público-privado.

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

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿En la licitación no hay objeción para las personas que no hayan cumplido con la beca?

El señor **CHÁVEZ**.- No hay objeción. El Estado debería objetar a las personas con deuda pendiente.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Muchas gracias por su asistencia.

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

-Se levantó la sesión a las 19.13 horas.



ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Jefe Taquígrafos Comisiones.