



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 6ª celebrada el día lunes 19 de diciembre de 2016.

De 17.00 a 18.30 horas

SUMARIO

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

APERTURA DE LA SESIÓN

La sesión se inició a las 17.00 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, Cariola, Pascal, Rathgeb, Robles, Rubilar, Torres, Osvaldo Urrutia, y Germán Verdugo.

Actuó como Abogado Secretario (A) el señor Mathias Lindhorst Fernández.

CUENTA

1.- Correo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, mediante el cual responde a uno enviado por el director de la Biblioteca del Congreso Nacional (Nº 151). Solicita informe sobre la auditoría del Ministerio de Salud sobre las compras de servicios que hacen los hospitales a sociedades médicas.



2.- Carpeta de la Biblioteca del Congreso Nacional, mediante la cual remite los siguientes documentos: (Respuesta a un Oficio enviado por esta Comisión N° 3).

- Informe “Sistema de Financiamiento a la Salud en Chile”, elaborado por profesionales de Asesoría Técnica Parlamentaria (ATP) de la Biblioteca del Congreso Nacional.
- Informe de la auditoría a los procesos de compra de consultas médicas y prestaciones quirúrgicas a Sociedades Médicas; solicitado al Ministerio de Salud.-

3.- Oficio de la Ministra de Salud, mediante el cual responde oficios enviados por esta Comisión (N° 21-2016 y 14-2016). Informa, entre otros puntos, sobre la auditoría realizada por el Ministerio de Salud a las compras de consultas médicas y prestaciones quirúrgicas a sociedades médicas por parte de establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.

ACUERDOS

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

No hubo acuerdos.

ORDEN DEL DÍA

La Comisión escuchó a las siguientes organizaciones:

- Directora del Fondo Nacional de Salud, señora Jeanette Vega

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

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 18.30 horas.



MIGUEL ÁNGEL ALVARADO RAMÍREZ
Presidente de la Comisión

MATHIAS LINDHORST FERNÁNDEZ
Abogado Secretario (A) de la Comisión Especial Investigadora



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

Sesión 6ª, celebrada en lunes 19 de diciembre de 2016,
de 17.00 a 18.31 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside del diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

Asisten las diputadas señoras Karol Cariola, Denise Pascal y Karla Rubilar y los diputados señores Claudio Arriagada, Juan Antonio Coloma, Jorge Rathgeb, Alberto Robles, Víctor Torres, Osvaldo Urrutia y Germán Verdugo.

Concurre como invitada la directora del Fondo Nacional de Salud, Fonasa, señora Jeanette Vega Morales.

TEXTO DEL DEBATE

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

El abogado ayudante va a dar lectura a la Cuenta.

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

El señor **ALVARADO** (Presidente).- La presente sesión tiene por objeto escuchar a la señora Jeanette Vega Morales, directora del Fondo Nacional de Salud, Fonasa.

Tiene la palabra la señora Jeanette Vega.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a los integrantes de esta Comisión investigadora y aprovecho la oportunidad de agradecer por esta invitación, ya que, de esta forma, puedo mostrar los mecanismos de compra que realiza el Seguro Público de Salud, Fonasa.

En primer lugar, ofrezco mis disculpas por no haber asistido a la invitación anterior, pues la ministra de Salud me solicitó ir en su representación a dos reuniones. Una de ellas fue en la Organización Mundial de la Salud, la semana pasada, relacionada con la Agenda 2030 sobre Cobertura Universal de Salud.

Además, me gustaría tener el tiempo y el espacio para hacer la presentación completa, a fin de tratar de dar respuestas a las preguntas que se han planteado en las sesiones anteriores y, luego, abrir el espacio, si a usted le parece, Señor Presidente, para contestar las preguntas que surjan de esta presentación.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Señora Jeanette, no hay ningún problema, pues hemos estado esperando hace un tiempo su presentación.

Tiene la palabra señora Jeanette Vega.

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

En 2009, implementamos en conjunto con el Ministerio de Salud un Plan de Gestión y Compra Centralizada de Camas para complementar la oferta del sector público de Salud.



Hasta ese momento, la compra se hacía por cada servicio de salud. En 2009, se crea una unidad específica centralizada, cual es la Unidad de Gestión Centralizada de Camas para efectivamente gestionar esta derivación de una manera más ordenada.

En concordancia con lo anterior, Fonasa desarrolla un modelo de compra de camas a prestadores privados por licitación anual, la cual incluye, dentro de los términos de referencia, la clasificación de la oferta existente de acuerdo con la complejidad y precio. Por cierto, no es lo mismo una cama privada crítica que una cama básica y, por lo tanto, tampoco lo son los precios.

En materias de diálisis, a partir de la incorporación en el AUGÉ-GES, esta es cubierta a través de la Modalidad Institucional, lo que significa que todas las personas están cubiertas ciento por ciento. Sin embargo, históricamente la provisión de la diálisis ha sido por centros y establecimientos privados.

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

Respecto de la compra de camas de Fonasa a privados.

Aquí tiene a la vista un gráfico -que ya mostró la ministra de Salud- respecto de la evolución de la compra de prestaciones de Fonasa en el sector público y privado desde 2009 a 2016, el cual está dividido por atención primaria y que se llama PPV, es decir, es el presupuesto que se da a los servicios de salud en base a las prestaciones; lo que se denomina PPI, que es lo que se da como presupuesto histórico, es decir, lo que se paga históricamente en remuneraciones así como en otros presupuestos de inversión que tienen que ver con el mantenimiento. Allí se encuentra el total de transferencia de los servicios de salud. Como ustedes ven, el total va desde 2.2 billones, en 2009, a los 4.5 billones, en 2016, que es el total del presupuesto global que se transfiere a los servicios de salud.

El señor **ROBLES**.- ¿Eso es plata del mismo valor?

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Así es. Está ajustado.

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

Esto es lo mismo que se muestra en un gráfico para que sea más didáctico, y cuando uno mira el presupuesto de compra directa de Fonasa que corresponde a este pedacito que es menos del cinco por ciento, entonces, surge la pregunta ¿cómo se distribuye? Bueno, se distribuye fundamentalmente en cinco ítems.

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

Lo que uno aprecia aquí es que hay un aumento muy importante de los recursos que se utilizan. Específicamente, entre 2015 y 2016, uno puede ver un aumento importante.

Los factores que propician este aumento son:

Primero, que en ambos años hubo alertas sanitarias, por lo que hubo autorización para compras de trato directo, a fin de resolver los problemas derivados de esas alertas sanitarias.

Segundo, hubo un cambio en la manera de licitar de Fonasa. Nosotros ya no licitamos por cama crítica, básica o privada, sino que por resolución de problemas, que se denomina Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD).

Esto significa que en relación con una persona que padece de apendicitis, ya no pagamos por el número de días que haya estado hospitalizado debido a esa enfermedad, sino que por el paquete de la resolución de apendicitis. Para ello utilizamos el sistema estandarizado internacionalmente que, como dije, se llama Grupos Relacionados por



Diagnóstico. Ese sistema es como el de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), pero clasifica las distintas intervenciones sanitarias, de acuerdo con la complejidad. Entonces, uno no paga lo mismo por una apendicitis que por un trasplante, ya que clasifica cuánto pesa cada una de las resoluciones que resuelven las patologías, y lo compara con un promedio de cuánto cuesta una resolución de una hospitalización promedio en el sector salud.

Tercero, hubo un aumento importante en el requerimiento de traslado de pacientes de neonatología, ya que la sobrevivencia de los niños prematuros extremos ha ido en aumento. Entonces, ahora no es inusual que sobrevivan bebés que nacen de 600 gramos, pero implica que pasan un tiempo importante en camas críticas. En consecuencia, uno puede esperar que en la medida en que la sobrevivencia de prematuros extremos siga mejorando, necesitaremos más camas críticas neonatológicas, lo que implica un importante problema de oferta en Chile.

Cuarto, se han generado algunas movilizaciones gremiales que generaron un agudo déficit de oferta pública. Cuando una persona padece un problema agudo grave, no podemos esperar que la movilización termine para atenderlo, por lo que debemos salir a comprar el servicio correspondiente. En la última movilización hubo momentos en que nos faltaron hasta 400 camas al día, por lo que andábamos desesperados buscando en todo el sector salud dónde derivar a los pacientes en estado grave.

Quinto lugar, hemos realizado algún apoyo a contingencias de hospitales, como el San José y San Juan, a lo que hemos apoyado incluso con las Fuerzas Armadas, con las que hemos instalado hospitales de campaña y otros dispositivos que permitieran subsanar las esperas de hasta ocho horas.

Por último, hemos apoyado en el proceso de traslado del Hospital de Rancagua, lo cual ha sido muy importante, dado que es un hospital grande.

Principales procesos licitatorios de compra de camas.

Como dije, hacemos una licitación anual. Antes se hacía por tipos de cama, pero, ahora se hace por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), que agrupa a los pacientes de acuerdo con el consumo de recursos para determinar el precio.

Los beneficiarios son derivados por un establecimiento del Sistema Nacional de Servicio de Salud (SNSS). Es decir, la red deriva a los pacientes a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Cama (UGCC); o sea, si un hospital requiere una cama, llama a la UGCC, la que define a dónde va.

El rol de Fonasa es licitar por periodos de 18 meses. Los servicios que se contratan corresponden en general a diagnósticos que tienen que ver con pacientes críticos, lo que no implica que para su recuperación y resolución no se requieran otros tipos de camas.

Los criterios de selección al momento de la derivación.

Primero, Fonasa tiene un *ranking* de precios. Los prestadores están ordenados por dicho *ranking*, lo que se llama precio base.

Segundo, está el tipo de paciente. Uno no puede mandar un paciente crítico a un lugar que no tenga UTI.

Tercero, la condición clínica del paciente, ya que uno puede mandar a un paciente infartado en estado grave a un centro que no tenga la complejidad necesaria, que es lo mismo que la capacidad resolutoria del prestador.

Finalmente, la ubicación geográfica, es decir, se manda a los pacientes a un centro cercano al que viven, porque sería muy ridículo mandar a un paciente de Punta Arenas para tratarse en Antofagasta.

Ganancias del nuevo modelo de GRD que hemos implementado.

Primero, hay una resolución integral hasta el alta, lo que mejora la calidad de la atención.

Segundo, se ha producido un ahorro significativo de recursos, ya que el precio del día cama disminuyó, en promedio, de 913.360 pesos a 827.236 pesos.

Tercero, ha habido un aumento de 10 prestadores respecto de los que teníamos antes, de los cuales 5 corresponden a regiones.



Cuarto, evita el rescate y costos adicionales para el hospital de origen, porque uno de los problemas históricos que tenemos es que los pacientes eran derivados, pero una vez estabilizados, se llamaba al hospital de origen para que los rescatara. El problema es que si el hospital está colapsado hoy, también lo estará mañana, por lo que los pacientes se empezaban a quedar, lo que aumentaba los costos del sector público.

Ahora se licita el problema hasta el alta. En consecuencia, si el paciente se complica, es un problema del hospital; pero si el paciente es muy bien tratado y sale antes, gana más el hospital. Es decir, hay un incentivo a la calidad de la prestación.

Quinto, hemos incluido tecnologías para la totalidad de beneficiarios.

Sexto, existe un sistema informático automatizado, elaborado por la UGCC, para la derivación a los distintos prestadores privados. En consecuencia, este *software* define automáticamente hacia donde se envía a los enfermos.

Séptimo, el supervisor de la UGCC revisa en forma diaria las derivaciones, con apoyo a enfermeros de llamados.

Octavo, se realizan un informe mensual a las autoridades del Ministerio de Salud sobre los resultados.

Noveno, diversas instituciones realizan auditorías del proceso. En el caso de Fonasa, por el Minsal; en el caso del Ministerio de Salud y de Fonasa, por la Contraloría General de la República.

Por último, contamos con un alto número de profesionales, quienes deben estar coordinados para que esto funcione.

Flujo actual de pacientes.

Si el paciente requiere cama, se busca y se trata de asignar la cama localmente. Si se encuentra la cama, se asigna a la red local. La UGCC busca y asigna la cama pública. Si no hay busca cama privada, la UGCC busca la cama privada. Esta cama privada está regulada por la licitación del GRD, que realiza Fonasa. Como dije, hay 25 clínicas inscritas en el convenio a las cuales se pueden enviar pacientes.

También tenemos trato directo con algunas clínicas, las que están ubicadas en lugares donde no hay otra oferta, por lo que no queda otra alternativa que realizar un trato directo, las que corresponden a 7 clínicas adicionales, que se agregan a la oferta de las 25 clínicas licitadas.

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

La imagen muestra los oferentes adjudicados en la primera licitación Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), que hizo Fonasa. En este momento estamos estableciendo los términos de referencia y va a ser publicada la segunda licitación en diciembre.

Las clínicas aparecen en esta tabla ordenadas por rango de precio. Como pueden ver, el rango de los precios es bastante amplio, desde 2.730.000 pesos de precio base hasta 7.890.000 pesos. Esta amplitud en el rango es producto, por una parte, de la complejidad de los pacientes que los establecimientos son capaces de atender, porque no es lo mismo una clínica que tiene una capacidad de atención de alta complejidad técnica que otra con una capacidad de atención más básica, y por otra parte, con otras condiciones. Por ejemplo, en Magallanes y en Elqui la atención es mucho más cara, entre otras cosas, porque no se dispone de otros prestadores, existiendo allí, en este sentido, una especie de monopolio de la oferta.

Por lo tanto, uno de los parámetros que considera la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) al derivar un paciente, es el precio, además de las otras condiciones que ya expliqué.



En la lámina aparecen enumeradas las 25 clínicas oferentes que están en licitación pero, adicionalmente, hay otras clínicas con trato directo.

La siguiente imagen muestra cuales son: la Nueva Clínica Cordillera, la clínica Avansalud, la Clínica Santa María y el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile en la Región Metropolitana; las clínicas Miraflores y Valparaíso en la Quinta Región y la clínica El Teniente en la Sexta Región.

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

En esta imagen se muestra las derivaciones según tipo de paciente y destino. Básicamente, quiero mostrar que el mayor número de derivaciones corresponde a pacientes adultos, inmediatamente después, pacientes neonatológicos, y luego de eso, los pacientes pediátricos. En general, en el caso de las derivaciones de pediatría, estas se concentran en el período de campaña de invierno, las derivaciones de adultos en pacientes críticos y las derivaciones neonatales en prematuros extremos. Al evaluar por GRD, observamos que también había algunas derivaciones de embarazadas. ¿Por qué? Porque son mujeres con parto prematuro y se derivan porque si el bebe que nacerá es prematuro extremo, debe estar en un establecimiento que le dé las mejores probabilidades de sobrevivida.

La siguiente imagen muestra las derivaciones por hospital. Cuando se ve cuáles son los 10 hospitales que tienen el mayor número de derivaciones, en 2016 el campeón mundial es el Hospital San José seguido del Hospital San Juan de Dios. En general, se observa que hay bastante correlación entre los hospitales con mayor número de derivaciones y aquellos en que ha ocurrido algún tipo de movilización gremial o alguna situación especial. Al final, estas contingencias, también implican un mayor gasto para el sector salud.

Y al buscar cuáles son los prestadores privados de salud con el mayor número acumulado de casos de derivación, el primer establecimiento de salud es Ensenada, seguido por Colonial, Bicentenario y Las Condes.

¿Por qué? Porque en el ranking tienen más peso y debido a que son más baratos, lo que hace que sean los con más derivaciones.

Pero, si se observa el monto de los pagos, el primer lugar lo tiene la clínica Las Condes y el segundo lugar lo tiene la Clínica Indisa, bastante lejos del resto, porque estos establecimientos tienen mayor capacidad para prestar atención en servicios críticos. Por lo tanto, los pacientes que se les derivan suelen ser los más críticos, es decir, con los GRD más complejos, como, por ejemplo, pacientes con infarto agudo al miocardio complicado cuya atención es más cara que la de un paciente al cual hay que operar de colecistectomía.

Por eso es que esos cuestan más.

¿Qué pasa con el Hospital Público? ¿Cuáles son los hospitales públicos que reciben pacientes cuando la UGCC busca y lo primero que busca es en la red pública?

El establecimiento público de salud que más recibe es el hospital Félix Bulnes, por lejos. Luego de eso el hospital Del Carmen y, a continuación, el hospital Luis Calvo Mackenna en niños, lejos también. El punto a destacar en esto es que la red de salud actúa de manera solidaria y cuando sobran camas en algún hospital, inmediatamente, se ponen a disposición del sistema para que, si se requiere una cama, inmediatamente se traslade al sistema



público primero, y solo si no hay camas disponibles en parte alguna del sistema público, se empieza a buscar en el sistema privado.

Es importante hacer notar que cerca del 70 por ciento de las derivaciones han sido a camas de pacientes a críticos, y en 2016 la cifra ha sido mayor, 82 por ciento.

En otras palabras, es evidente que el déficit de camas que tenemos es, fundamentalmente, de camas críticas, lo que significa que se debe construir, UTIS, UCIS y UTIS pediátricas en todos los nuevos hospitales.

Ahora me quiero referir, porque esta es una pregunta que ha aparecido, ¿qué ocurrió en 2014 cuando se compró por trato directo antes de que se implementara la licitación por GRD?

En 2014, el Ministerio de Salud dicta mediante decreto 121 una alerta sanitaria el 26 de junio. La Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través del ordinario CN° 2364 de fecha 17 de julio de ese mismo año, solicita a Fonasa que, en virtud de la campaña de invierno y la alerta sanitaria, se ampliara la oferta de camas en prestadores privados para suplementar la cantidad disponible por la licitación vigente -en ese momento todavía licitábamos por tipo de cama- para todos aquellos pacientes que fueran trasladados vía UGCC dependiente de dicha Subsecretaría.

Esta lámina muestra el oficio que nos envió la Subsecretaría, en el que, básicamente, nos indica que en este contexto y consideradas las contingencias, es necesario ampliar la disponibilidad de camas privadas en estas regiones, para pacientes adultos trasladados vía UGCC.

Para cumplir con lo requerido en esta solicitud y en el marco jurídico de esta alerta sanitaria que autorizaba, específicamente, a hacer tratos directos si se requería con urgencia, Fonasa suscribió con tres clínicas -Colonial, Ensenada y Nueva Cordillera- convenios de trato directo para tener más camas disponibles y durante ese período se derivó el número de pacientes que la tabla muestra. A la clínica Cordillera se derivó cuatro pacientes, porque ese convenio se hizo a final de 2014; a la clínica Ensenada se derivó 190 pacientes y a la clínica Colonial se derivó 118 pacientes. La tabla en esta imagen muestra el costo promedio de cada paciente derivado. Se derivó a esas clínicas a 312 pacientes. En el mismo período, los pacientes que fueron derivados al resto de las clínicas adjudicadas corresponden a un total general de 2.000 pacientes, con un monto total pagado 17.712.727.975 pesos, cuyo monto promedio por caso fue de 8.699.768 pesos. Deseo indicar que ese es el costo promedio por caso de los tratos directos, que tuvimos en aquellos que estaban licitados por tipo de cama. Es una de las razones por la cual también cambiamos el tipo de licitación al año siguiente, porque ese era un costo promedio altísimo. Una hospitalización por paciente nos salía en promedio más de 8 millones de pesos.

En la lámina está el orden de las derivaciones: a la Clínica Las Condes se derivaron 306 pacientes, que fue a la que más se derivó ese año; Indisa, Servicios Médicos Tabancura, etcétera.

Entonces, esto es lo primero. Voy a volver atrás.

Primero, el año 2014 hay una alerta sanitaria, la subsecretaría nos pide que ampliemos la oferta y hacemos tres ofertas adicionales. Y en esto se derivan 312 pacientes adicionales, con un costo promedio de alrededor de 3 millones o algo así, para el total.

En ese mismo período se derivaron 2.036 pacientes con la licitación vigente, que tenía que ver con tipo de camas. Aquí además nos dimos cuenta de que la compra por camas era altamente ineficiente, porque nos salía muy caro. Ahí implementamos el mecanismo GRD.

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



Sin embargo, hay una excepción en este artículo 14 para aquellos que solicitaron acreditación antes del 30 de junio de 2016. Esta excepción comprende todas las instituciones que se muestran en la lámina: el hospital clínico de la Universidad de Chile, la Clínica Valparaíso, la nueva Clínica Cordillera, la Clínica Miraflores, el hospital clínico de la Universidad Católica, Salud Integral, Clínica Lircay, Clínica Ensenada, Clínica Los Carrera, Clínica Loa Andes, de Los Ángeles; Clínica Hospital del Profesor y Clínica Dávila.

Todos estos establecimientos, todos estos prestadores, con excepción del hospital clínico de la Universidad Católica y la Clínica Dávila, no tienen acreditación y están todos acogidos a esta excepción.

Estamos tratando que en el decreto rectificatorio GES –les pido su apoyo-, el último que va a salir este año, haya una excepción para los hospitales de las Fuerzas Armadas, porque lo que ocurre con dichos hospitales es que la previsión de las Fuerzas Armadas no tiene cobertura para el Auge. Por lo tanto, no se han acreditado. Sin embargo, lo que nosotros hemos conversado con ellos es que necesitamos que inicien el proceso de acreditación porque ahí hay una oferta de camas, que es a precio público, aquel sector público que no está siendo utilizada.

Por lo tanto, eso es algo que esperamos que venga en el modificatorio, para permitir una excepción por un año mientras los hospitales de las Fuerzas Armadas se acreditan, para poder mandar pacientes cuando ellos tengan oferta disponible.

Pero además de eso, en la licitación del Fonasa explícitamente se especifican las condiciones de entrega de los servicios. Las condiciones son que el prestador, para participar en la licitación o para tener un trato directo con el Fonasa, requiere contar con una autorización sanitaria de instalación y funcionamiento vigente, otorgada por la autoridad sanitaria correspondiente y, además, cumplir con la exigencia establecida en la normativa sanitaria vigente y con las normas técnico-administrativas de la modalidad institucional, que son las normas que rigen cómo se hace la atención institucional.

Por lo tanto, esta es una cláusula específica de la licitación del Fonasa. Si no cumple, no se puede presentar, y si se presenta, es descalificado. Por lo tanto, no existe ningún prestador privado que no cumpla con este requisito en las licitaciones que efectúa el Fonasa.

Quiero hacer presente que en el Fonasa llevamos el registro de todas las audiencias de prestadores privados. No tenemos audiencia ni ningún tipo de comunicación con prestadores privados que no sea por la ley del *lobby*.

Lo que ustedes ven en la gráfica son todas las audiencias por ley de *lobby* que hemos efectuado entre mayo de 2015 a diciembre de 2016, y quién ha sido el sujeto pasivo a cargo y quién ha sido el sujeto activo que ha tenido la reunión.

Los sujetos pasivos son básicamente aquellos que pueden tenerla. De todas esas, yo he tenido solamente una audiencia ley de *lobby*. Las otras han sido derivadas a quien corresponde, de acuerdo al negocio. Esa ha sido con Ximena Casarejos, en relación con la Teletón.

Ahora, también sé que ha habido alguna inquietud por comparar la compra de camas del Fonasa y que hay una compra de camas de los servicios de salud.

Nosotros monitoreamos esto desde el Fonasa, a pesar de que la compra de camas la hacen los establecimientos y los servicios de salud, pero hacemos una función de monitoreo.

¿Cómo lo hacemos? Todos los años pedimos al Mercado Público que nos mande la lista de todo lo que se ha comprado en el año y analizamos qué ha ocurrido, porque eso es sin sesgo y lo más completo que existe. Entonces, hacemos un monitoreo independiente.

La siguiente lámina muestra la compra de los años 2014, 2015 y 2016, y lo que ven ahí es la comparación entre la compra que hace el Fonasa y la que hacen los servicios de salud. Lo que se aprecia es que la compra que hace el Fonasa es de alrededor de un 50 o 60 por ciento de la compra que hacen los servicios de salud.

En el año 2015, el total que se compró del sector salud, en total, fue de 488 mil millones. De esta cifra, el Fonasa compra el 25 por ciento, en tanto que los hospitales compran el 57 por ciento, los servicios de salud el 17 por ciento y el Ministerio de Salud el 1 por ciento.



¿Qué significa esto? Que la mayor cantidad de compra que se está haciendo al sector privado es de los hospitales.

¿Qué compran? En global, evaluaciones de salud individuales, 25 por ciento; especialidades médicas, 19 por ciento; farmacéutica, 9 por ciento, etcétera. Y dentro del rubro otros está fundamentalmente la compra de diálisis.

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

Fundamentalmente, casi la mitad de las compras corresponden a evaluaciones de salud individuales; el 25 por ciento son fármacos; el 16 por ciento son atenciones que tienen que ver con especialidades médicas, como las compras quirúrgicas, y el resto corresponde a cosas más ambulatorias, como enfermería, paramédicos y laboratorios clínicos.

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

En el caso de los servicios de salud, que aparecen de color azul en la lámina, hay un porcentaje mayor que es por trato directo, y en el caso de los hospitales, la gran mayoría de la compra es por trato directo. En castellano, eso significa que estamos comprando de manera desregulada, lo cual, raya para la suma, es un problema mayor.

¿Por qué eso es tan importante? Porque cuando en Chile se creó y se generó el Fonasa como seguro, la idea fue separar las funciones: la función financiera del sector, que se hiciera centralizadamente a cargo del seguro público, y la función de prestador, por los prestadores públicos. Ese fue el sentido de la reforma del 2005, en la idea de que una compra mayor es más eficiente, porque se compra mucho más.

Desafortunadamente, en el mismo DFL N° 1, de 2005, se agregó como función del director del servicio “celebrar convenios con universidades, organismos, sindicatos”, etcétera, para que estos tomen por cuenta del servicio algunas acciones de salud por la vía de delegación o de otra modalidad de gestión, y el párrafo dos, que es el complejo, señala que “Los Servicios podrán pagar prestaciones en que sean sustituidos por acciones realizadas, mediante el traspaso de los fondos presupuestarios correspondientes u otras formas de contraprestación”.

En resumen, se transformaron en contratistas que subcontratan otras empresas, y eso es supercomplejo desde el punto de vista del sistema en su conjunto. Aquí estamos hablando de país, no de gobierno.

Es complejo porque obliga a que tengamos una apertura que permite hacer una compra desregulada y que no es a escala. Porque si compro en el hospital chiquitito, las condiciones en las que compro son mucho peores que si tengo un solo comprador. Es lo mismo que la Cenabast para los medicamentos. Hay que comprar a través de la Cenabast y potenciarla, porque en la medida en que sigamos comprando de a poquito, el sistema se nos encarece y se genera deuda.

Además, una vez que hacemos esto, no es que nosotros nos quedemos sentados, sino que monitoreamos, y el mejor monitoreo que uno puede hacer es a través de los pacientes, porque puede que la acreditación esté bonita, que la instalación sanitaria sea bonita, pero lo importante, ¡lo más importante!, siendo importante todo lo anterior, es cómo funciona con los pacientes.

Entonces, ¿qué monitoreamos? En esta lámina aparecen algunos de los indicadores que monitoreamos. Primero, monitoreamos la calidad de los registros, y para todos nuestros prestadores en convenio de cualquier tipo, monitoreamos el promedio de diagnósticos y el promedio de procedimientos. Lo primero que se observa es que el promedio de diagnósticos en los establecimientos privados se encuentra por sobre el promedio de establecimientos públicos.



El promedio de diagnósticos en los establecimientos privados es de 3,9, y el de procedimientos es de 7,3. Para un paciente, esto significa que sale del hospital con un promedio de 4 de diagnóstico, y con un promedio de 7 en procedimiento. O sea, si ingresa por un infarto, sale con diagnóstico de infarto, de hipertensión arterial, de diabetes, lo cual no tiene ninguna connotación de valor.

Pero lo más preocupante es esta diferencia de procedimiento, porque los procedimientos son definidos por el médico tratante, y en la medida en que no esté normado qué exámenes pedir, los médicos tenemos cierta tendencia a pedir baterías, y cuando uno pide una batería, de la batería no necesariamente le sirven todos para el diagnóstico, sino que puede que sirva la mitad y la otra mitad podría habérsela ahorrado si uno lo mira desde el punto de vista económico.

Sin embargo, allí entra en juego el criterio médico para definir lo que se debe pedir. En la lámina se aprecia el orden, y también se ve, raya para la suma, que las clínicas en que hay más camas críticas son las que tienen más diagnósticos y más procedimientos, lo que parece de toda lógica.

Lo otro importante es que sabemos que el 64 por ciento de los egresos hospitalarios que mandamos se concentran en seis clínicas: Ensenada, Las Condes, Colonial, Bicentenario, Indisa y Tabancura, y lo que estamos mostrando son los egresos, el porcentaje de *outliers*.

¿Qué son los *outliers*? Son aquellos pacientes que están mucho más tiempo del que uno esperaría si hubiera una gestión de calidad, y también el porcentaje de fallecidos, y lo que se observa básicamente es que en general no hay tremendas diferencias ni en porcentaje de *outliers* ni en porcentaje de fallecidos.

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

Lo otro importante es que la mayor cantidad de derivación es por ventilación mecánica. Nuevamente volvemos a lo que estábamos mirando antes, que es superimportante, y es que nos faltan camas críticas y nos faltan ventiladores, porque estamos derivando una gran cantidad de pacientes para ponerlos en respirador mecánico.

Si tuviéramos esta tecnología en el sistema público, podríamos evitarnos la derivación, porque además es un paciente que tiene alto costo. Entonces, no basta con construir hospitales, hay que implementar los hospitales, de manera tal que efectivamente cubran la oferta que se requiere. Eso con respecto a las camas.

Lo segundo que compramos es diálisis, y esta compra es compleja, porque no se puede restringir, pues está en el AUGE; por lo tanto, para los pacientes que tienen insuficiencia renal crónica y requieren diálisis, este servicio debe ser comprado.

Ahora, uno podría decir que la manera de bajar la compra es mejorando el tratamiento a nuestro paciente hipertenso y diabético, porque llegarían menos insuficiencias renales crónicas, y lo otro es mejorando también los tratamientos en pacientes que son superañosos, que se pueden manejar con tratamiento convencional.

Por ejemplo, si tengo un paciente de 80 años de edad que padece cáncer, la indicación de ponerlo en hemodiálisis, aunque tenga una insuficiencia renal crónica, es un poco compleja. La guía clínica de insuficiencia renal crónica no ha sido modificada desde 2005; por lo tanto, eso es algo que es urgente de hacer para mejorar esto.

Como dije antes, la compra es fundamentalmente a privados. Los centros de diálisis son fundamentalmente privados, y más del 50 por ciento de ellos corresponden a una multinacional. Creo que el 59 por ciento son centros que son de Nephrocare. No más de un tercio son centros que pertenecen a grupos específicos de médicos.

Desafortunadamente, la participación del sector público se ha mantenido constante; no más del 11 por ciento en 2015. A pesar de que ha habido esfuerzos durante años por tratar



de aumentar la oferta pública, ha sido extremadamente complejo lograr que esa oferta efectivamente aumente.

¿Qué monitoreamos? También, monitoreamos indicadores de calidad. ¿Cómo? Tenemos conectados todos los centros de diálisis del país y estos nos tienen que reportar los resultados de cada uno de sus pacientes de manera mensual, y tenemos indicadores.

Primero, una buena diálisis tiene que mantener a los pacientes con una hemoglobina entre 10 y 12 gramos por decilitros; es decir, no pueden ponerse superanémicos. Segundo, deben tener una albúmina mayor de 3,5 gramos, es decir, no pueden perder proteínas.

Tercero, deben tener un acceso vascular con una fístula, en lugar de catéter.

Cuarto, deben tener un Kt/V mayor o igual a 1,2, que es un indicador específico de que la diálisis está bien hecha.

Quinto, tiene que funcionar su metabolismo de calcio y fósforo, porque si la diálisis está mal hecha empiezan a distorsionarse y, por cierto, deben tener una mortalidad similar a la que ocurre en las series mundiales.

En la presentación, podemos apreciar el resultado de las diálisis. Les pido que lo miren en su hojita, donde figuran cuatro indicadores de los que monitoreamos, lo hicimos con algunos más, pero les puse los ejemplos que figuran allí.

El Kt/V, que es el indicador de calidad de diálisis, promedio país, indica que el 84 por ciento de los centros de diálisis cumplen con la norma; es decir, el 84 por ciento de los centros de diálisis pueden demostrar que la diálisis es de óptima calidad.

El indicador de albúmina, señala que el 86 por ciento de los centros cumplen con este indicador de manera óptima. Estos son los que funcionan bien, respecto de los cuales que tenemos espacio para mejoría.

El indicador de hemoglobina, demuestra que solo la mitad de los pacientes tienen su anemia controlada.

El indicador de calcio y fósforo indica que solo el 20 por ciento los tienen controlado.

Esto ocurre en todos los países. Cuando uno empieza a monitorear estos parámetros, se puede comprobar cómo se van normalizando. Esto no se había hecho antes.

Medidas para mejorar la eficiencia de la compra de camas.

Primero, estamos haciendo énfasis en hacer una compra eficiente de las garantías de los problemas de salud GES que nos provocan más gastos, como la prevención secundaria de la insuficiencia renal crónica terminal, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Estamos haciendo una serie de acciones en el ámbito de la insuficiencia renal crónica, respecto de las cuales hicimos una auditoría, pero que no es el motivo de esta presentación.

Segundo, potenciación del tratamiento de peritoneodiálisis en la red pública.

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

Medidas para mejorar la eficiencia de la compra de camas.

Primero, mantenemos la centralización de compra de camas a través del AUGE CC y seguimos licitando todo. Es decir, nuestra visión es que Fonasa no compre nada que no esté licitado.

Segundo, fortalecemos el uso del mecanismo de pago por resultados, vigente desde agosto de 2015, para la compra de camas críticas. Las bases ya están en Contraloría para la toma de razón. Nos parece que esta es la mejor estrategia para que la compra de camas sea eficiente.



Eso es lo que quería compartir con la Comisión.

Muchas gracias por la atención.

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

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero consultar respecto de la afirmación que se hizo de que existe una compra desregulada.

¿Cuáles son las consecuencias para el sistema de salud que genera esta situación y de qué otra manera podría manejarse esto? Usted nos ha planteado el tema de Fonasa y lo que pasa con los hospitales, con los servicios, donde creo que hay una ventana, una puerta o un portón abierto, respecto de lo cual tengo la impresión de que se maneja en forma muy discrecional. Quiero saber qué están haciendo o cómo piensan revertir esa situación.

En segundo lugar, en la sesión pasada estuvo el presidente de la Asociación de Clínicas Privadas, quien se quejó de que habían propuesto que las clínicas privadas fueran consideradas como parte de la red pública, pero que no habían tenido ninguna respuesta del ministerio respecto de esta situación.

¿Qué significaría para el sistema incorporar a las clínicas privadas a la red pública del servicio de salud? Creo que eso también contribuiría a mejorar los precios o a evitar problemas como los que aquí se plantearon, por ejemplo, por la diputada Rubilar respecto de las clínicas de diálisis, las cuales se repartían geográficamente los sectores y cobraban precios sustantivamente diferentes unas de otras.

Por otro lado, también me llamó mucho la atención una cifra que usted señaló en su presentación, relacionada con la distribución del presupuesto de compra directa de Fonasa, porque asciende de 2.452 millones en 2009 a 34.724 millones en 2016; pero, curiosamente, el año 2013 alcanzó a 4.298 millones. Además, las cifras por diálisis suben de 78.000 millones en 2009 a 137.000 millones a la fecha. Pareciera ser que el aumento de las personas que se encuentran en esa situación no se ha elevado en forma proporcional al incremento del gasto. No anoté ese dato, pero vi en la presentación que hizo que existía la información sobre el número de personas que se atendían en 2009 y las que se atienden en 2016. Llama la atención también los montos que actualmente se están utilizando en eso.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señorita Karol Cariola.

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, concretamente, quiero saber si dentro de los oferentes privados adjudicados a licitación está contemplado el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Hemos estado en una larga conversación con el Ministerio de Salud, que además fue coherente con una acción que se tomó respecto de la ley de Presupuesto. Por lo demás, tengo en mis manos todos los documentos que acreditan que el Hospital Clínico de la Universidad de Chile funciona con el mismo RUT de la Universidad de Chile, que es una universidad del Estado y acá está contemplada como una institución privada. Distinto es que se autofinancie versus que sea pública o privada. O sea, esta es una institución pública que se autofinancia porque no recibe recursos del Estado, como debería recibir. Sin embargo, quiero saber por qué se contempla en esta línea siendo esto no coherente con la línea política que se está trabajando con el Ministerio de Salud. Además, quiero preguntar cómo se modifica la relación directa de trato, a propósito de lo que aprobamos en la ley de Presupuesto.

Por otro lado, lo que quiero consultar tiene que ver con lo llamativa que es la situación del Hospital San José. Conozco bastante cerca la situación de dicho hospital porque soy diputada por el distrito en que está presente. La directora dijo que es el campeón mundial de la compra privada. No estoy en desacuerdo con esa afirmación, ya que es cosa de mirar el gráfico, pero se hace referencia a que la razón por la cual se hacen las derivaciones tiene que ver principalmente con las movilizaciones gremiales y otras contingencias. No puedo estar de acuerdo con eso. Efectivamente, este año, en el Hospital San José, ha habido



procesos de movilización, pero en 2015 hubo más aún. Por eso, me llama la atención que en 2015 las compras fueran bastante menores que las de 2016, en circunstancias de que hubo menos movilización gremial, en términos de paralización, fuera del paro del sector público, que fue amplio. En cambio, el año pasado hubo distintos procesos de movilización e incluso propios del Hospital San José, con conflictos internos, más allá de lo nacional.

Señor Presidente, pido a la directora que nos diga a qué se refiere cuando habla de las contingencias porque hemos detectado en el Hospital San José varias situaciones que tienen que ver con el abuso excesivo que hay a la compra interna de servicios a los prestadores, que son los propios médicos del hospital que tienen sociedades médicas, que venden prestaciones al mismo hospital. De hecho, hay todo un cuestionamiento respecto de la situación del director del hospital. Eso llama la atención porque uno de los puntos que motivó la creación de esta comisión investigadora tiene que ver con el crecimiento en las compras al sistema privado, particularmente a la Clínica Ensenada. Si damos cuenta de ello, habría que decir que esta es la clínica con más compras en 2016.

Esa clínica se ubica en la comuna de Independencia, en un servicentro, entre un supermercado y un minimall, un *stripcenter*. Es un *mall* muy chiquito. Entonces, mientras vemos una gran cantidad de necesidades que no son cubiertas en el Hospital San José, la falta de especialistas y una serie de otras situaciones en relación con la urgencia, vemos también, por otra parte, las condiciones de la Clínica Ensenada –no la conozco por dentro, pero es cosa de verla por fuera para darse cuenta de que es una clínica que no sé cuántas condiciones tiene para tener ese nivel de compras por parte del servicio público. Eso no se entiende. Realmente me llama la atención y creo que hay que profundizar respecto de cuáles son los elementos de contingencia a los que se hace referencia. Pregunto especialmente por el Hospital San José, que es el que más llama la atención y por la excesiva diferencia que hay entre la Clínica Ensenada y la Colonial, que es la que sigue. Estamos hablando de un número de 683 versus un 449 en la que viene. Quiero tratar de entender qué pasa ahí, por qué razón se da esta relación y por qué se elige una clínica con estas características, que realmente no sé si cumple con los años de acreditación. Quiero preguntar cuánto tiempo de acreditación tiene, qué porcentaje de acreditación tiene, cuándo fue la última vez que se acreditó y cuáles son en detalle los servicios que se están comprando a la Clínica Ensenada por parte del Hospital San José, a través de Fonasa.

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

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, a mi juicio, aquí quedan claros dos temas que me parece importante precisar, sobre todo para nuestras conclusiones.

El primero es que no es Fonasa el que compra, ya que solo licita y una vez que determina la licitación en forma volumétrica, la decisión de compra está en manos de los servicios. Me interesa que eso quede muy claro. Los hospitales hacen la compra y quien decide dónde se va tampoco es Fonasa, sino el ministerio, a través de la Unidad de Gestión de Camas Críticas. Quiero que eso quede claro porque cuando partió la Comisión una de las cosas que vi en la prensa fue esta idea de representar en el Fonasa la responsabilidad. Aquí, hay un problema distinto.

Digo eso, porque una de las cosas que hemos debatido fuertemente es cuando el Fonasa pasó de ser un fondo a ser un seguro y, cuando eso ocurrió, cambió el sistema de modalidad chilena. Un fondo era recursos que Chile tenía y que distribuía de acuerdo con las necesidades del país. Un seguro público cambia su filosofía y al cambiarla –ese es un debate que debemos tener, ya lo vimos en el gobierno del Presidente Piñera- hoy estamos con un seguro público que tiene que gestionar para todos los chilenos en esta forma y unos seguros privados, que son isapres que se quedan con una parte muy significativa de los resultados de la gestión. En cambio, los resultados de una buena gestión del Fonasa quedan para todos los chilenos. El resultado de una gestión de las isapres queda en ganancias y utilidades para la isapre. Ya sabemos cuáles son los montos que significan y, además, para



más remate, ni siquiera quedan en Chile, sino que se van en gran parte al extranjero porque todos sabemos que las isapres son de propiedad de empresas extranjeras. Planteo eso para que ese punto quede claro en la discusión final que vamos a tener, por lo menos a mi modesto modo de entender es distinto el que financia que el que presta, y eso lo tenemos que separar, tal como señaló la señora directora.

Una de las bases para tener un buen sistema es separar al financista del prestador y no tenemos para qué tener como financista a empresas extranjeras. ¡No las necesitamos! Chile perfectamente puede ir a un modelo de seguro único con prestadores público-privados, como existen en otros modelos de distintas naciones desarrolladas en el mundo, para que la utilidad de la buena gestión quede para todos los chilenos y no en el bolsillo de las isapres. Planteo esto porque esa información es bastante relevante.

Por otro lado, quiero preguntar dos cosas que me parecen importantes para el resultado de la Comisión. La primera es si todavía hay algunas licitaciones solo por camas o todas ya están con este sistema, que me parece súper racional, del modelo GRD que ha introducido la doctora Vega en nuestro sistema. Esto no estaba antes y hay que felicitarlo.

Ahora, cuando Fonasa licita hay una diferencia de precio de base ofertado muy significativa, desde 2.730.000, la más barata, a la Clínica Los Carrera, Servisalud, a la más cara, casi 8.000.000 de pesos precio base ofertado.

Quiero entender cuál es la diferencia en términos de precio base ofertado, porque podría corresponder a que el ofertado de Servisalud no corresponda al mismo paquete de complejidad de las últimas clínicas.

Me llama la atención el hecho de que el Hospital Clínico de la Universidad de Chile tenga costos altos, 6.800.000; el del Hospital Clínico de la Universidad Católica, 6.000.000. Son dos muy buenos centros de salud, tienen todas las especialidades y las capacidades para resolver bien los problemas. Del listado, la que tiene más tecnología incorporada y con mayor capacidad en cuanto a *staff* médico es la Clínica Las Condes, que tiene un costo de 5.500.000.

Entonces, me gustaría una mínima relación, porque me llama la atención que la Clínica Las Condes tenga ese nivel y los hospitales clínicos de la Universidad Católica y de la Universidad de Chile tengan un costo mucho mayor. Con esto, tiendo a pensar que dichos hospitales clínicos están gestionando mal -sobre todo el de la Universidad de Chile me preocupa, porque es un establecimiento que lo entiendo público- o están incorporando un superávit para desarrollar otros proyectos.

También quiero entender a las que tienen costos menores, porque la Clínica Ensenada tiene un precio base ofertado bastante bajo, comparado con la Clínica Las Condes. Entonces, me gustaría saber si ello es porque los paquetes ofertados son de bajo nivel o porque tiene un modelo de gestión distinto.

Por último, en cuanto a la diálisis, recibimos en esta comisión al presidente de la Sociedad Chilena de Nefrología y le formulé la misma pregunta que le hice cuando tratamos el presupuesto, porque tengo una mirada crítica en términos de la gestión de diálisis de parte de los privados, sobre todo porque la gran parte de los servicios de diálisis son entregados por un proveedor privado, que, además, es una empresa extranjera. Me gustaría entender esta situación, porque, de frentón, a mi juicio hay un nicho de negocio, no solamente en términos de salud de las personas.

En esa oportunidad le echó la culpa a que no está aprobado lo que la Sociedad Chilena de Nefrología habría entregado hace tiempo, que tiene que ver con los protocolos de atención de diálisis, asunto que deberemos preguntar al ministerio. Me parece que es poco razonable que desde 2011 al 2017 proyectado, el costo de las prestaciones en plata del mismo valor suba de la forma que está subiendo. Él dijo que en Chile la cantidad de enfermos crónicos está dada por el aumento de la prevalencia en diabetes, en hipertensión y en otras enfermedades de este tipo, a diferencia del resto de Latinoamérica, y que a medida



que pase el tiempo un porcentaje muy alto de chilenos va a sufrir de insuficiencia renal crónica y deberán ser dializados. Algo así planteó.

Eso me llamó poderosamente la atención, porque quien indica la diálisis no puede ser el mismo que recibe al paciente en su centro. Me preocupa que el nefrólogo decida que un paciente se debe dializar y él mismo lo reciba en el centro privado. Me complica esa autodemanda. Me parece que hay un problema ético complejo.

Por lo tanto, me gustaría saber hacia a dónde apuntan los datos que manejan sobre el aumento de diálisis, que me llama la atención, porque no tengo explicación sanitaria para el aumento de 2011 al 2016.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Me gustaría solicitar a la directora del Fondo Nacional de Salud que asista a la próxima sesión, ya que hay varios diputados inscritos y no nos va a alcanzar el tiempo.

Tiene la palabra la diputada Denise Pascal.

La señora **PASCAL** (doña Denise).- Señor Presidente, agradezco la presencia de la doctora Jeanette Vega.

Al igual que el diputado Robles, me llama la atención el sistema de diálisis. Está claro que el mismo médico que atiende la diálisis, tiene un convenio. Ahí hay una cosa poco clara. En mi zona es clarísima la situación.

Se dijo que había que tratar de integrar a los hospitales de las Fuerzas Armadas, pero el hospital de la FACH está.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Pero no GES.

El señor **ROBLES**.- Trabaja como privado, no como público en este sentido.

La señora **PASCAL** (doña Denise).- También me llama la atención el hecho de que el Hospital Clínico de la Universidad de Chile actué como privado, en circunstancias de que es público. Ahora, su costo mayor probablemente se debe a que es el que tiene mayor cantidad de becas de especialización dentro del sistema de hospitales.

Por otra parte, en cuanto al gasto del sector privado, como la Clínica Ensenada, que es la más alta, ¿se separa la compra de camas con la compra de servicios? Porque puede que esta clínica no tenga mayor costo de camas, pero sí de servicio, lo que es distinto.

No veo las diferencias en la presentación, porque hay un monto global. Lo veo en mi zona, pues en las clínicas privadas normalmente no hay tanta venta de camas como de servicios, como radiología, etcétera, porque los hospitales muchas veces no tienen los servicios necesarios y se compra al sector privado. No así en el caso de las camas, que son derivadas a Santiago o a otro sistema.

Por tanto, me gustaría saber cuál es la separación al respecto, porque puede ser que la cantidad no sean por camas, sino por servicios.

Ahora bien, coincido con la diputada Karol Cariola, en el sentido de que no entiendo que una movilización gremial lleve a la necesidad de comprar más camas. O sea, ¿porque está en paro un hospital hay que derivar a las clínicas privadas?

Según lo que entiendo, los hospitales que más derivan no son los que están en movilización.

Por último, en la presentación se observan cuadros desde 2014 a la fecha, pero en otros aspectos figura información de años anteriores. Quiero saber si eso se debe a que en materia de camas críticas no existen antecedentes con anterioridad a 2014, porque la derivación a clínicas privadas se lleva a cabo antes de esa fecha.

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

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, tengo siete preguntas pero no las voy a realizar todas en beneficio del tiempo.

La principal conclusión de la exposición de la doctora Jeanette Vega es que hay una carencia de camas críticas en el sector público, lo que resulta bastante obvio, ya que no se puede tapar el sol con un dedo, y la principal concentración se observa en la Unidad de Pacientes Críticos, con la que prácticamente no se cuenta.



Entiendo que una inversión de esa naturaleza cuesta alrededor de 15 millones o 20 millones de dólares para un número de 40 a 50 camas de Unidades de Pacientes Críticos: alrededor de medio millón de dólares por paciente, de modo que la pregunta que hay que hacerse es por qué insistimos en hacer tantos hospitales y no hacemos Unidades de Control de Pacientes Críticos, que al parecer es lo que más se necesita.

Por otra parte, quiero hacer una proposición a la Comisión. Se ha mencionado tanto por la diputada Cariola como por el diputado Castro, así como por otros diputados en sesiones anteriores, la situación de algunas de las clínicas privadas, las cuales parece que les molesta, no sé si por el hecho de ser privadas o porque han ganado muchas licitaciones o debido a que los precios son muy bajos en comparación con la competencia. Se ha criticado a la clínica Ensenada, pero en materia de precios está en lugar cuarto, mientras que la Universidad de Chile está en el lugar 23 de 25.

Es bastante obvio que la licitación por GRD es por precio, de manera que si uno llegó al lugar 23 en materia de precios, cabe preguntarse por qué le dan trato directo a esa empresa, ante lo cual seguramente la respuesta será porque no hay más camas en las otras clínicas.

Por lo tanto, la crítica que se hace a algunas clínicas se debe a la pérdida del sentido común, a que no han visto las cifras o no entienden los cuadros. Entre una clínica que en materia de precios está en el lugar cuarto, versus otra que se encuentra en el puesto 23, de 25, obviamente que el Estado tiene que adjudicar la licitación a la que ofrece los precios más baratos.

Entonces, quiero proponer que vayamos a esas clínicas y que la Comisión se constituya en la que ha sido cuestionada, que concurramos a la Universidad de Chile y que comparemos, no solamente por precios, sino por calidad, porque en el *ranking* que tengo a la vista, en materia de calidad los resultados también son mejores en aquellas que ofrecen mejores precios.

No veo cuál es la crítica y a título de qué se hace. ¿Será por el prejuicio que se tiene en contra de las clínicas privadas versus las públicas? Además, se ha llevado a cabo un cuestionamiento a la doctora, porque ha dicho que los paros afectan la oferta. ¡Indiscutiblemente que afectan! Si un hospital se encuentra en paro durante 30 días, obviamente que va a tener menos oferta. Lo demás es ser ciego o no querer reconocer los hechos tal como son.

Quiero felicitar a la doctora por haber asumido un estándar internacional, porque el sistema de los GRD no es una creación del Ministerio de Salud, es algo antiguo, que se utiliza en otros países, y en Europa se usa mucho.

El GRD es cambiar el día cama, o sea, equivale a detener el taxímetro hasta que se solucione el problema del enfermo, independientemente de los días que ello demore. Es una manera de asumir el riesgo en forma compartida.

Por lo tanto, el GRD es una cuestión de sentido común, la que en Chile no se había implementado, hasta que a alguien, brillantemente, se le encendió la ampolleta y dijo: ¡Oh, sorpresa! ¿Hagamos lo mismo que hacen en países desarrollados? Y lo hicieron. ¡Aplausos, los felicito!

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, la doctora Vega lo implementó cuando era subsecretaria.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Usted ya habló. Déjeme intervenir. Lo dejé hablar silenciosamente, a pesar de que no compartí mucho lo que planteó.

Señor Presidente, me gustaría que usted tomara el acuerdo, después haré las otras preguntas en beneficio del tiempo de los demás diputados que quieran formular consultas.

Como usted ya invito a la doctora para la próxima sesión, haré las preguntas en ese momento, con más tiempo, pero me gustaría que tomara el acuerdo respecto de la visita, para la siguiente sesión, a las clínicas cuestionadas que han sido señaladas.

Tengo conocimiento de una de ellas, que funciona en una especie de centro comercial, que anteriormente perteneció a la Universidad de Chile. ¡Oh, ahí existía y funcionaba el Centro de Diagnóstico de la Universidad de Chile! Entonces, ¿también cometió el pecado de



funcionar en un centro comercial la Universidad de Chile? Se lo señalo a aquellos que tanto admiran que se encuentre en el *ranking* de precios en el lugar 23 de 25, ¡Pongámonos serios!

Por favor, señor Presidente, tome el acuerdo, porque quiero ir a conocer la realidad de la Universidad de Chile, de la Universidad Católica, y de otras universidades. Vamos también a las clínicas cuestionadas, las cuatro primeras que están en el primer lugar, aquellas que tienen el pecado de cobrar el precio más barato.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Enviamos a cada uno un cronograma, en el que se consigna que dentro de los invitados se contempla a las clínicas, específicamente a la Clínica Ensenada. No obstante, no tendría ninguna dificultad para llevar a cabo la visita inspectiva que se ha propuesto, si hay acuerdo de la Comisión. También, solicité que enviaran nombres de eventuales invitados, de acuerdo al interés de cada uno de ustedes.

No tengo dificultad alguna para sesionar en un lugar específico, pero se requiere el acuerdo de la Comisión.

Tiene la palabra el diputado Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, cuando uno va a un centro de salud, depende de lo que queramos ir a ver. Quienes conocemos esto, sabemos que es muy complejo realizar ese tipo de visitas. Si el diputado Osvaldo Urrutia quiere ir a ver la complejidad de un sector, de un servicio, quiero señalar que eso es muy distinto que concurrir a ver otra cosa. No sé si será necesario ir, puesto que la directora nos acaba de decir que todos los centros cumplen con la autorización sanitaria, y en ese sentido nuestro país es muy estricto, de manera que no sé si valga la pena ir.

Lo que sí me parece razonable es invitar a los directores de los hospitales clínicos de la Universidad de Chile, de la Universidad Católica, de la Clínica Las Condes y de la Clínica Ensenada, con el objeto de que nos cuenten cuál es su realidad, porque no creo que nos den a conocer cosas distintas.

En general, todos los servicios de unidades y de monitoreo crítico usted los conoce, señor Presidente, y son parecidos.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Diputado Robles, esos directores están en la lista de invitados. En todo caso, es efectivo que hay marcadores biomédicos que podemos analizar y evitar una visita de inspección de esa índole, porque creo que hay suficiente literatura al respecto, para cuantificar la calidad de los servicios.

No obstante, la Comisión está autorizada para sesionar en provincia, en hospitales. No hay ninguna dificultad en hacerlo si se ponen de acuerdo y así se pide.

Tiene la palabra el diputado Claudio Arriagada.

El señor **ARRIAGADA**.- Señor Presidente, prefiero escuchar a la subsecretaria y dejar mis preguntas, que están referidas al hospital experimental de Padre Hurtado, al hospital Barros Luco y a las sociedades médicas que allí funcionan, para la próxima semana.

Solicito que se recabe el acuerdo de la Comisión para que una de las preguntas sea referida a la adquisición de medicamentos por parte de la atención primaria, así como para requerir los antecedentes de un sumario efectuado en la Comuna de la Granja, el cual abarca un ámbito de carácter especulativo, desde medicamentos vencidos, entrega de medicamentos que no corresponden y compras que no se han efectuado. Como ya se instruyó un sumario, propongo que se pidan los antecedentes para incorporar la variable medicamentos de atención primaria, debido a que son muy fuertes los rumores al respecto en algunos sectores.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Perfecto, diputado.

También quiero informar a los diputados que llegaron después del inicio de la sesión que está toda la información solicitada a través de los acuerdos previos y, por tanto, se les remitirá a cada uno de ustedes.

El señor **ARRIAGADA**.- Señor Presidente, pero no está la atención primaria.



El señor **ALVARADO** (Presidente).- No, no está la atención primaria.

El señor **ARRIAGADA**.- Señor Presidente, solicito que se incorpore.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo?

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, ¿en Cenabast pedimos atención primaria?

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Sí, también. Pero reiteramos.

Tiene la palabra el diputado Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, como dice el diputado, acordemos solicitar información respecto de toda la atención primaria, por ejemplo, en relación con la Granja y, en especial, me gustaría que nos remitieran antecedentes de Tierra Amarilla. No obstante, hay que pedir antecedentes sobre toda la atención primaria.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Creo que lo pedimos para Cenabast.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Lo que pasó en la comisión investigadora de Cenabast es que quedó pendiente que trajera todos los antecedentes y nos pidió plazos. Eventualmente, puede venir de nuevo.

No obstante, no se pidió el acuerdo.

Creo que él iba a venir.

¿Habría acuerdo para pedir a la atención primaria? ¿Terminaron esos sumarios?

Un señor **ARRIAGADA**.- Señor Presidente, tengo entendido que sí.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Pero lo pedimos ampliado para toda la atención primaria.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Agradecemos la presencia de los invitados y esperamos que en la que la próxima sesión puedan dar respuesta a todas las interrogantes y muchas otras que pudieran surgir.

Tiene la palabra la doctora Jeanette Vega.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, muchas gracias.

Me llevo la lista de las preguntas y trataremos de ir contestándolas y, un poco, aclarando los temas. No es fácil entender nuestro sistema de salud y menos todavía con algunos de los cambios que hemos hecho.

Solo quiero señalar que hay aspectos a los cuáles no puedo dar respuesta, porque no están bajo el ámbito del Fonasa. Por ejemplo, insisto, respecto de las compras de los hospitales no tenemos la atribución para evitarlas, por ello mostré el DFL N° 1. Por lo tanto, en algunas materias la información la obtenemos de otros lados, porque, de lo contrario, no la tenemos, sobre todo para conocimiento del diputado Claudio Arriagada.

Asimismo, estoy encantada de venir la próxima semana.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 18.31 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,



Redactor
Coordinador Taquígrafos Comisiones.