



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 7ª celebrada el día lunes 9 de enero de 2017.

De 17.00 a 18.30 horas

SUMARIO

La Comisión escuchó a la directora del Fondo Nacional de Salud, señora Jeanette Vega y al presidente de la Fundación “Creando Salud”, señor Matías Goyenechea.

APERTURA DE LA SESIÓN

La sesión se inició a las 17.01 horas, en la sede de la Cámara de Diputados en Santiago.

PRESIDENCIA

Presidió el diputado Juan Luis Castro.

ASISTENCIA

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

Estuvo presente el diputado no integrante de la comisión, señor Juan Enrique Morano.

Actuó como Abogado Secretaria la titular señora Ana María Skoknic Defilippis.

CUENTA



1.- Oficio del secretario general de la Cámara de Diputados, mediante el cual comunica que el diputado Luis Rocafull López reemplazará en forma permanente a la diputada señora Denise Pascal Allende.

2.- Oficio del director de Cenabast, señor Pablo Venegas D., mediante el cual remite informe con antecedentes solicitados al Director (S), en la Sesión N° 03, de fecha 14 de noviembre de 2016.(Adjunta informe y CD).

3.- Oficio mediante el cual se da respuesta, por parte de Fonasa sobre adquisiciones y gastos en medicamentos (al Of. 25/2016).

4.- Correo el doctor Armando Pezo Troncoso, mediante el cual reitera su solicitud para ser escuchado por esta Comisión, para brindar testimonio en hechos de salud.

ACUERDOS

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

1. **Rubilar.** Dirigir oficio al Seremi de Salud de la Región Metropolitana a fin tenga a bien, informar las fechas de solicitud y acreditación del establecimiento de salud de nombre Clínica Ensenada, como asimismo, indicar cuál es el plazo promedio de acreditación de una clínica. Por último, se solicitó informar los antecedentes que permitan explicar que ésta clínica se haya logrado posicionar, en dos años y medio, como referente de compras públicas.
2. **Rubilar.** Dirigir oficio a Fonasa, a objeto de a fin tenga a bien, confirmar o desmentir de manera fundada las cifras que señalarían que el índice de mortalidad entre la clínica Las Condes y Ensenada son los mismos, en circunstancias que el índice de complejidad de ambas instituciones de salud son distintos: grado 3,74 para clínica Las Condes y 1,79 para clínica Ensenada.
3. **Robles.** Con motivo de haber escuchado a la Fundación Creando Salud, la que hizo entrega y expuso sobre un "Estudio sobre compra de servicios profesionales en establecimientos del Servicio Nacional de Salud", que se adjunta, acordó dirigir oficio al Ministerio de Salud a fin de poner en su conocimiento tal estudio y, asimismo, solicitar tenga a bien comparar, validar o desmentir los datos que en dicho documento se indican, con los que lleva ese Ministerio.
4. **Urrutia.** Dirigir oficio a Fonasa, a fin tenga a bien, enviar a esta instancia investigadora el análisis de los diferentes rubros por los cuales Fonasa adquiere



servicios, como son camas, exámenes, consultas e intervenciones quirúrgicas, e informar respecto de cada uno de ellos las brechas que se han detectado entre los años 2012 a 2016.

5. **Castro.** Citar para la próxima sesión de comisión al Seremi de Salud de la Región Metropolitana y al Superintendente de Salud e invitar a la Fundación Creando Futuro representada por el señor Matías Goyenechea.

ORDEN DEL DÍA

La Comisión escuchó a la directora del Fondo Nacional de Salud, señora Jeanette Vega y al presidente de la Fundación “Creando Salud”, señor Matías Goyenechea, quienes dejaron una presentación de su exposición a disposición de la Comisión, las que se pueden consultar en los siguientes links:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=94170&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=94169&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

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

ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogado Secretaria de la Comisión Especial Investigadora



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

Sesión 7ª, celebrada en lunes 9 de enero de 2017,
de 17.01 a 18.30 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside en forma accidental el diputado señor Juan Luis Castro.

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

Concurren como invitados la directora del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), señora Jeanette Vega Morales, y el presidente de la Fundación "Creando Salud", señor Matías Goyenechea.

TEXTO DEL DEBATE

El señor **CASTRO** (Presidente accidental).- 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 **CASTRO** (Presidente accidental).- Damos la bienvenida a la señora Jeanette Vega Morales, directora del Fondo Nacional de Salud.

No estuve presente en la sesión anterior. Entiendo que esta se va a destinar para que la señora directora responda las preguntas pendientes.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, antes de recibir a la directora, quien va a responder algunas preguntas pendientes, quiero ver la posibilidad de solicitar la prórroga de esta comisión, pues entiendo que terminaríamos el 4 de febrero.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, la comisión termina el 18 de abril.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, sucede que habíamos calculado que en febrero se terminaba el plazo de la comisión. Entonces, si es el 18 de abril, no hay ningún problema.

El señor **CASTRO** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la directora de Fonasa.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, en esta oportunidad corresponde responder a todas las consultas que nos hicieron en la sesión pasada, para lo cual tomamos nota y nos pareció que era más simple traerlas a través de una presentación.



La primera pregunta era cuáles son las consecuencias que generan la compra desregulada del sistema de salud y cómo podría manejarse.

Al respecto, hay algunas consecuencias que son importantes de plantear. La primera es que hay un aumento de la deuda sectorial, dado que no hay concordancia entre la compra y la oferta institucional y, al comprar de manera desregulada, hay una escasa o nula gestión de precios y de factores comerciales, puesto que la compra es pequeña y, por lo tanto, no hay un factor de posibilidad de negociar con los proveedores de manera más sintonizada.

En relación con qué hacer al respecto, a nosotros nos parece que hay dos acciones que podrían hacerse: primero, establecer una política de mayor eficiencia en el uso de los recursos, optimizando el gasto derivado de la compra de servicios, para lo cual lo que hemos hecho y lo que estamos haciendo son dos cosas.

En primer lugar, hemos reinstalado los Directorios de Compra Macrozonales, lo que significa que se negocia y se discute sobre las compras a nivel de directorio de compras, en que participan los servicios de salud y también el Fonasa, e incorporamos varias glosas, como ustedes sabrán, en la Ley de Presupuestos.

La glosa 09, que es de la partida Ministerio de Salud general; la glosa 01, que está asociada al subtítulo 21 Gastos en personal, y la 02, que está asociada al subtítulo 22 Bienes y servicios de consumo.

¿Qué decimos cuando hablamos de estrategias de directorios de compra? Bueno, los directorios de compra son un mecanismo para asumir el control y la pertinencia de las compras de servicios para racionalizar y optimizar el uso de recursos.

Lo que se hace es que se ve cuál es la oferta y la demanda que existe en cada una de las macrozonas y se define cómo se va a hacer la compra, pensando, en primer lugar, en potenciar la compra interna.

En concreto, eso significa que si un hospital, por ejemplo, de una región no tiene la capacidad para dar algunas prestaciones, pero sí existen en otra región, en otro hospital, que es parte de esa macrorred, se refiere primero a esa macrorred.

También permite tener una mayor claridad de las brechas que hay de oferta en zonas específicas regionales y también en esos directorios se revisan los protocolos vigentes para la estrategia de compra.

Lo otro es que determina un mercado de compra un poco más amplio a nivel macrorregional, agregando demanda y regulando precios.

Sobre esta estrategia específica, nosotros tenemos una persona en Fonasa que está a cargo y que coordina la estrategia global a nombre del Ministerio de Salud y de Fonasa, en conjunto.

¿Cuáles son las glosas que agregamos en el Presupuesto? La primera es la glosa 09, que es la partida del Ministerio de Salud en general, que básicamente lo que hace es definir que el ministerio tiene que informar trimestralmente dentro de los treinta días siguientes al término del período respectivo en la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, todas las compras efectuadas a prestadores privados por parte de los servicios de salud, individualizándose para cada una de ellas las prestaciones realizadas.



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

La glosa 01, asociada al subtítulo 21 Gastos en personal, indica que durante este mes, enero de 2017, la Subsecretaría de Redes Asistenciales va a determinar, mediante una resolución, el valor único por macrozona para la hora de reemplazo de aquellos profesionales contratados mediante la ley N° 19.664 y para los contratados mediante la ley médica N° 15.076.

Esto, con el objetivo de que no suceda lo que nos ocurre en estos momentos, que se contrata profesionales en un servicio y el servicio de al lado contrata 50 pesos más arriba, o 500 o lo que sea, y tenemos una competencia interna de contratación.

La glosa 02, que está asociada al subtítulo 22, Bienes y servicios de consumo, básicamente indica que los servicios de salud dependientes, los establecimientos de autogestión en red y los establecimientos que se crearon con los decretos con fuerza de ley N°s. 29, 30 y 31 del Ministerio de Salud, deben aplicar, para la contratación de servicios con sociedades de profesionales de servicio de medicina u otros de similar naturaleza, los procedimientos establecidos en la ley N° 19.886, de bases sobre contratos administrativos de suministros y prestación de servicios, debiendo los profesionales que se contraten como parte de estas sociedades médicas, ser profesionales que tengan la calidad de titular o a contrata en el sistema público de salud; además, los respectivos directores solo podrán contratar por vía de trato directo cuando no sea posible contratar el servicio requerido.

Si ustedes recuerdan lo que nosotros mostramos la vez anterior es que había un gran número de contratos que eran por contratación directa en el caso de los establecimientos de salud autogestionados en red.

Trimestralmente, todos los servicios de salud y establecimientos tienen que informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales las contrataciones de servicios a que se refiere el párrafo anterior.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene la tarea de consolidar los informes y remitirlos a la Comisión Mixta de Presupuestos dentro de los quince días restantes.

Además de eso, se agrega que los servicios de salud y sus establecimientos, incluidos los autogestionados, no podrán contratar bajo la modalidad de compras de servicios profesionales, la provisión para recursos humanos de jornadas permanentes, y además al menos un 60 por ciento del gasto en medicamentos e insumos médicos, preferentemente los de alta rotación, deberán ser provistos por la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y en caso de que exista una provisión de medicamentos de insumos médicos en mejores condiciones de precios a las que acceda Cenabast o por imposibilidad de dicho Servicio de asegurar la provisión de los mismos, las entidades antes señaladas los podrán comprar y remitir los antecedentes a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, con el objetivo de evitar los sobrepagos en medicamentos cuando se compran de manera aislada o desregulada.



Ante la pregunta de qué significaría para el sistema de salud incorporar las clínicas privadas a la red pública del servicio de salud, en primer lugar, hay que decir que siempre intentamos completar la brecha con la oferta pública. Sin embargo, sabemos que en estos momentos no contamos con la oferta pública necesaria y tenemos una brecha, fundamentalmente de camas, en el sector público que hace que tengamos que comprar prestaciones en el sector privado.

¿Qué hacemos hoy en día? Potenciamos la red pública en lo referido a infraestructura, hospitales, equipamiento y recursos humanos, el plan de recursos humanos, optimizando los polos de desarrollo y redes existentes. También complementamos la red pública con la red privada y para ello hemos cambiado las condiciones contractuales, previamente definidas, hacia una condición de contratos por resolución de problemas más que por días camas u otros. Para poder cautelar los recursos del sector está la compra en la cual se comparte riesgo, que asegura calidad con protocolo de referencia y contra referencia.

¿Cuál sería el impacto de considerar la red privada como parte de la red pública? Tendríamos que cambiar el marco de la ley de Autoridad Sanitaria, porque tendría que haber una dependencia más profunda en términos de lo normativo y regulatorio de la Subsecretaría de Salud Pública y de la cartera de provisión de servicios de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y en términos de dependencia de Fonasa respecto de las reglas comerciales y financieras, lo que en la práctica significa precios públicos y, eventualmente, financiamiento público.

Lo que sí se puede plantear es que es factible tener una red integrada funcionalmente, desde el punto de vista privado y público, si los mecanismos de compra son con una mirada pública. Es decir, que se generen los mismos incentivos y se acerquen los precios lo más posible en base a los aranceles de Fonasa, que es lo que hacemos. Cuando compramos al sector privado asumimos que el arancel es igual al público, más alrededor del 30 por ciento que incluye los gastos fijos, más el 10 por ciento que asumimos de ganancia.

Por cierto, todo lo anterior que fuera más allá de esto significa la necesidad de cambio legal del DFL 1, que establece la reforma el 2005.

La tercera pregunta con respecto a diálisis dice por qué no hay ajustes de precios para diálisis y no se toman en cuenta transporte y otros. De acuerdo con los últimos estudios de costos disponibles de 2011, de la PUC para diálisis, porque tenemos estudios más recientes para la gran mayoría de las prestaciones, alrededor de 2.500 de las 5.000 que están en todos nuestros aranceles, todos actualizados al 2016 para diálisis, el valor de la canasta se ajusta adecuadamente al precio del arancel vigente. Cada año se reajusta el precio de diálisis de acuerdo con el inflator para modalidad institucional para el 2017 de 3 por ciento.

Respecto del transporte de las personas que se someten a diálisis, que efectivamente es un problema, el Fondo Nacional solo puede financiar las prestaciones que están señaladas en el decreto GES; por lo tanto, si no está contemplado en la canasta el traslado, no lo podemos financiar.



Actualmente, como ustedes saben, el decreto GES solo garantiza el transporte de personas con urgencia vital. Por eso, estamos colaborando con la División de Atención Primaria del Minsal respecto de un estudio de costo para saber cuánto significaría trasladar a estos pacientes en hemodiálisis para incorporar en el proyecto presupuestario este monto en la partida de atención primaria, para que las comunas puedan apoyar directamente el traslado de sus pacientes, no solo de pacientes en diálisis, sino ampliarlo a pacientes crónicos que tengan dificultades para acceder a la atención en su comuna.

También se nos preguntó por qué no aumentan el número de personas dializadas en la misma relación con el gasto. La respuesta se contesta por sí misma, porque en general las prestaciones de salud crecen más en precio de lo que crece el PIB y el resto de las cosas.

En los últimos años hemos tenido un 7 por ciento de aumento anual en número de personas y un 9 por ciento anual en gasto, y la diferencia se explica por el reajuste anual de precios para incorporar el aumento de costos.

Con respecto a la diálisis, también nos preguntaron si según los datos que manejábamos había un aumento de diálisis como nicho de negocio.

Como dijimos, el incremento de pacientes que ingresan anualmente es de un 7 por ciento y esto se debe a varias razones. La primera es porque cambia el perfil epidemiológico de la población con un aumento de las enfermedades crónicas, tales como diabetes e hipertensión. Ustedes saben que son el principal factor de riesgo. El 90 por ciento de los casos que llegan con insuficiencia renal crónica corresponde a pacientes cuyo problema primario es la diabetes o la hipertensión.

A partir de mirar qué estaba ocurriendo con la indicación de diálisis hicimos una auditoría este año, en conjunto con la Superintendencia de Salud, y detectamos dificultades en la indicación de diálisis, entre otros, porque no estaban claramente especificados algunos grupos, por ejemplo, el grupo de pacientes mayores. En base a esto, se originó una completa revisión de la normativa vigente. Primero, de las guías clínicas, que no habían sido actualizadas desde el año 2005; segundo, el decreto GES de este año; tercero, las normas técnico-administrativas para manejo de enfermedad renal crónica; cuarto, el reglamento de los centros de diálisis. Todo esto con el sentido de poner el incentivo en un mejor tratamiento previo a la llegada de la indicación de diálisis y cambiar hacia una garantía de enfermedad renal crónica más que a la garantía netamente focalizada en diálisis.

Ustedes saben que el sector público históricamente no ha absorbido toda la demanda de pacientes que requieren diálisis. Actualmente, no más del 10 por ciento de los pacientes se dializa en el sector público.

Por lo tanto, dado que esto es GES, tenemos que completar la oferta pública con la privada, realizándose el 90 por ciento de la compra en el sector privado. Lo que hemos hecho es garantizar el monitoreo de la calidad del tratamiento, a través de indicadores biológicos que implementamos este año. Es decir, indicadores que tienen que ver con los



resultados en los pacientes, más que indicadores que tengan que ver con que si las mangueras están bien puestas, si los equipos miran al sur o al norte, etcétera.

¿Qué significa esto? Quiero contarles que hemos hecho esfuerzos muy importantes por hacer dos cosas: aumentar las diálisis en el sector público y aumentar la frecuencia de la diálisis peritoneal.

Sin embargo, ha sido extraordinariamente difícil lograr ambas. En realidad, hemos tenido poco éxito, a pesar de que hemos puesto inventivos tales como pagar por adelantado que se hagan los cambios en infraestructura para instalar diálisis, y la última idea que estamos pensando es empezar a conversar con alcaldes para ver si apoyamos a nivel comunal centros de diálisis que pudieran ser una alternativa como algunos ejemplos hay en la actualidad. Lo que nos interesa, por una parte, es movernos hacia peritoneo de diálisis que tiene menores complicaciones, mayor sobrevida y menos invasiva para el paciente y, por otro lado, movernos hacia diálisis públicas más que diálisis privadas, por cierto manteniendo las condiciones de calidad de diálisis.

Con respecto a las camas, hay una pregunta que me gustaría contestar porque es muy importante. ¿Por qué la compra? Si miran la gráfica, se ve que disminuye el gasto en 4.200 millones, en 2013; aumenta mucho en el 2014 y luego se estabiliza. Bueno, las razones son muy claras. En junio de 2012 concluyó la licitación de día cama que existía, que hicieron entre 2010 y 2012 para esta prestación, pero Fonasa adjudicó la nueva licitación un año después, en junio de 2013, y la Contraloría tomó razón de los convenios el último período del trimestre de 2013 y en el primer trimestre de 2014.

En la práctica, eso significó que toda la derivación en el período enero y julio de 2013 fuera comprada directamente por los servicios de salud, y que el resto, aquello de lo que no se tomó razón, fuera comprado directamente. Entonces, lo que ocurrió no fue que el gasto haya disminuido, sino que el gasto en la compra directa a Fonasa disminuyó, pero este se trasladó al de los servicios de salud.

En 2014, Fonasa retoma la mayoría de esas atenciones y paga mucho de lo que ya se había hecho mediante compras centralizadas en 2013, debido a que no estaban en toma de razón, y ese es el *pick* que se observa en el gráfico que tienen a la vista en estos momentos, el cual con posterioridad se estabiliza.

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

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



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

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

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

En la próxima lámina figura el aumento de las garantías rechazadas debido al paro de funcionarios. Ustedes se pueden apreciar que llegamos a la cifra mínima, de 2.656 en agosto; en septiembre tuvimos un pequeño aumento, pero se produjo un salto muy importante entre octubre y noviembre, que salta de 2.832 a 3.067. En estos momentos, estamos monitoreando esa situación, porque nos hemos dado cuenta de algo que es muy complejo, que se debe llevar a cabo casi un monitoreo diario de las garantías para que tengamos la derivación cuando corresponde y la alerta inmediata para que podamos hacer la compra, en el caso de las garantías vencidas.

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

Respecto de GRD, nos preguntó el diputado Alberto Robles si todavía tenemos licitaciones por cama o si están todas bajo el modelo GRD. Ante esa pregunta, quiero decir que Fonasa actualmente no tiene licitaciones día cama, de allí que todas las derivaciones de pacientes críticos se realizan a través de la UGCC y su mecanismo es por GRD.



En cuanto a por qué hay diferencias en los precios base ofertados, eso se produce porque en el proceso de licitación pública por GRD la oferta de cada prestador se lleva a cabo sobre la base de dos aspectos, la complejidad de su capacidad resolutive y la completitud de su cartera de servicios.

Por lo tanto, si un hospital tiene una cartera de GRD poco compleja y solo un grupo etario, su precio base es distinto que el precio base de un hospital o de un establecimiento privado, que tiene una alta complejidad de su cartera y que, además, por ejemplo, tiene neonatos y UCI, entre otros servicios.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, sobre los precios base ofertados, la directora del Fondo Nacional de Salud ha señalado que hay diferentes precios debido al índice de complejidad y la cartera, pero me gustaría mayor precisión al respecto, porque revisé las cifras números que entregó en la presentación anterior, en la que dijo que no había grandes diferencias entre las clínicas Ensenada, Las Condes, Colonial, Bicentenario, etcétera, en materia de complicaciones de los pacientes, pero aquella información no estaba ajustada por índices de complejidad, y yo hice ese ajuste de índices y me encontré con que la Clínica Ensenada, el índice de complejidad es de 1,96 versus, por ejemplo, en de la clínica Las Condes, en la que es de 3,74. Recordemos que el monto de diferencia entre Clínica Ensenada y Clínica Las Condes debe ser 1.500.000 de pesos, más o menos, pero estamos diciendo que la Clínica Las Condes recibe pacientes con 3,74 de índice de complejidad versus 1,96, de Clínica Ensenada, pero la tasa de mortalidad corregida por índices de complejidad en la Clínica Las Condes y en la Clínica Ensenada es la misma. No es que sean, en estricto rigor, iguales, estamos diciendo que una clínica, con mucha más complejidad, tiene la misma tasa de mortalidad que una que tiene muy poca complejidad, situación que no me calza.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Si usted me permite, no conozco las cifras a las que usted se refiere, pero no tenemos ningún problema en calcular exactamente para toda la casuística y clínica por clínica. Es más, todas las bases de datos las hemos entregado por Transparencia. No he identificado a las personas a quienes nos la han pedido para hacer esos cálculos. En este momento, no puedo rebatir ni afirmar lo que usted dice, tengo que disponer a mi equipo para hacer los cálculos.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, ¿le parece que acordemos pedir esa información?

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo en tal sentido?

Acordado.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Es así como los establecimientos cuya cartera de servicio es más específica y menos compleja tienden a tener precios bases menores que aquellos establecimientos cuya cartera de servicio abarca una mayor diversidad, tanto de



tipo de pacientes: adulto, neonato y pediátrico, como tipo de resolución: médico y médico-quirúrgico.

Respecto del pago por GRD, nos preguntaron por qué habíamos incorporado la Clínica Ensenada, cuáles fueron las condiciones y qué ocurrió en ese caso.

La vez pasada mostramos que en 2014 la Subsecretaría de Redes Asistenciales nos solicitó formalmente ampliar la cartera e incorporar a todos aquellos prestadores privados, porque estaban en una situación de alerta sanitaria. En base a ello, ese año ampliamos la cartera en tres clínicas.

En 2015 establecimos la licitación pública por GRD y cambiamos el mecanismo de pago por día cama a pago de resolución del programa completo. Se adjudica a 25 prestadores, entre ellos la Clínica Ensenada.

Como dije la vez anterior, tanto para la suscripción del trato directo como para adjudicar la licitación, era requisito contar con autorización sanitaria. Para la Clínica Ensenada, dicha resolución es la N° 027154, de 18 de julio de 2014, otorgada por la Seremi de Salud de la Región Metropolitana.

En relación con la acreditación, esta institución se encuentra acogida a la excepción establecida en el decreto N° 3, artículo 14, del decreto AUGE 2016. Previo a esto, no existía la garantía de calidad, en términos de acreditación, por lo que no era exigible. Por tanto, al momento de su postulación y posterior adjudicación, esta institución cumplía con la normativa vigente.

La compra de servicios para esta institución corresponde a resolución de patologías agudas o agudizadas de paciente adulto en estado crítico, que requiere atención médica. Eso es lo específico que se compra.

Quiero precisar que anteriormente mostramos que no es la única clínica en esta situación. Al ver el listado de todos los hospitales bajo la misma excepción, algunos de ellos se mantendrán en el decreto modificadorio GES, que entiendo que está en tramitación.

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

Por su parte, el artículo 29 del decreto ley N° 3.529, de 1980, excluyó a la Universidad de Chile de la aplicación del decreto ley N° 1.263, de 1975, Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado.

En la práctica, significa que la Universidad de Chile, pese a ser un organismo público, no está eximida de la aplicación de la ley de compras públicas por las prestaciones de salud que otorga en Fonasa. Por lo tanto, para estos efectos, debemos tratar a la Universidad de Chile como inserta en el marco regulatorio de la ley de compras públicas, lo que significa que debe postular como todos.

Respecto de la Clínica Ensenada, nos preguntaron si se separaba la compra de camas de la compra de servicios. La compra de camas a la Clínica Ensenada, o a cualquier otra,



realizada por Fonasa corresponde a la modalidad de compra por GRD, que significa el pago de un monto calculado acuerdo con la complejidad del caso, que incluye todos los servicios, como exámenes, cirugías, medicamentos, que el paciente requiera desde su ingreso al alta.

Sobre cuándo se eligió a la Clínica Ensenada, qué tiempo de acreditación tiene, por qué se eligió, cuándo fue la última vez que se acreditó y cuál es el detalle de los servicios que se están comprando. En 2014, el Ministerio de Salud dictó alerta sanitaria mediante el decreto N° 121, de 26 de junio. Adicionalmente, la Subsecretaría de Redes Asistenciales solicitó a Fonasa, en virtud de la campaña de invierno y de la alerta sanitaria decretada, que contratara oferta adicional de camas a prestadores privados.

En cumplimiento de esa solicitud, Fonasa suscribe convenios bajo la modalidad de trato directo con 3 clínicas: Colonial, Ensenada y Nueva Cordillera, con el objeto de tener más camas disponibles.

Quiero recalcar que el *ranking* para hacer la referencia se elaboró fundamentalmente a precios y cartera; están por orden de precios, y la derivación de todos los pacientes corresponde a la unidad de gestión centralizada de camas. Fonasa no tiene ninguna injerencia en cómo se derivan los pacientes, lo que es importante volver a destacar.

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

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, en primer lugar, entiendo lo de la alerta sanitaria, pero me gustaría comprender con más detalle si en ese momento solo estaban esas tres clínicas para validar.

En segundo lugar, deduzco que nuestra invitada debe revisar sus números. Lo digo, porque el análisis que hice de los datos de su presentación anterior, me da una tasa de mortalidad muy alta en la Clínica Ensenada. Entonces, quiero saber si esta clínica tiene pabellón, si tiene banco de sangre; qué pasa si un paciente se complica, aunque sé que derivan pacientes de baja complejidad, pero resulta que se complican. En ese caso, ¿dónde son derivados, a qué red?

Señor Presidente, la Clínica Ensenada llama mucho la atención. Por eso, en su momento voy a pedir que se oficie para saber cuándo se solicitó la autorización sanitaria de esta clínica, porque una cosa es cuándo se la dieron y, otra, cuándo la solicitaron. Quiero saber si la tramitación fue promedio, rápida o exprés.

Como dije, llama la atención todo lo relacionado con la Clínica Ensenada, aunque entiendo las razones de la directora para haberle dado trato directo; pero, en estricto rigor, su primera factura es de 2014. Entonces, en 2014 aparece una clínica, clínica que se convierte en líder del mercado público en dos años y medio. Lo encuentro realmente



sorprendente, digno de análisis en escuelas de negocios, porque logra posicionarse como un tremendo referente de las compras públicas.

Soy tremendamente honesta, algo no me calza, sobre todo cuando se cierra este sector de derivación que tenía el hospital San José, que era el policlínico Maruri, por razones que puedo compartir, en el sentido de que no estaban las condiciones, que había problemas, etcétera. Pero se toma la decisión de cerrar 40 camas en el policlínico Maruri y ¡oh, sorpresa!, abre Clínica Ensenada, se llena y empieza a ser líder. Entonces, claro, con esto, uno se pregunta si acaso se va a priorizar el sistema público o no. Lo digo, porque más allá de que hubiera habido problemas en el policlínico Maruri, perfectamente se pudieron haber mejorado las condiciones con el pago que se está llevando a cabo y no haberlo cerrado.

Una de las consultas que se hizo a la dirección del Hospital San José fue la siguiente: ¿con qué va a reemplazar las 40 camas de la Clínica Maruri? Finalmente, se dijo que no había ningún problema y terminaron comprando al sector privado, como lo mostró la directora.

Entonces, ¿cómo llega a convertirse en una empresa, en una clínica líder que no tiene las mejores condiciones para atender? A lo mejor, podemos estar equivocados, la directora nos podrá explicar mejor.

Con esa tasa de mortalidad se tendrá que cuestionar la efectividad de la clínica, el nivel de complicaciones y de mortalidad es mucho más alto. Claramente, hay que poner atención al respecto.

¿Cómo se logra eso? ¿Por qué se produce? ¿Cómo una clínica logra, en tan solo dos años y medio de su creación, obtener autorización sanitaria y convertirse en una de las tres primeras que adquiere más recursos, adjudicados por parte de estas licitaciones?

He dicho.

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

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, nos sigue haciendo ruido el tema de la compra desregulada. Se piensa que es el origen o la causa de la externalización.

Sin embargo, se plantea lo siguiente: "se van a establecer políticas de eficiencia y se va a optimizar el gasto derivado." Además, agrega una serie de informaciones respecto de la estrategia del directorio de compras, etcétera.

Al respecto, se le consulta: ¿usted podría afirmar que a partir de 2017 se deja el sistema desregulado para iniciar un proceso de compra regulado por Fonasa y el Ministerio de Salud? ¿Podría afirmar eso o es un paliativo de lo que existe? ¿Una vez cumplida esta glosa deja la libertad para seguir actuando en la forma que se estaba haciendo?

Repito, no queda claro si es un paliativo o la solución al problema planteado.

Respecto de la compra de camas en 2013, que usted explicó que se había pagado en 2014, se habla de 4.298 millones de pesos y, en 2014, 17 mil millones de pesos, incluso



inferior a lo que se gastó en 2012. Y usted dice que gran parte de lo que no se pagó en 2013 se pagó en 2014.

Entonces, si en 2013 se compró directamente por los hospitales, no será que se hizo pensando en lo que a ellos les convenía para administrar mejor sus recursos. Luego, en 2015, 23.900 millones de pesos y, en 2016, 34 mil millones de pesos.

Incluso, se da un listado de explicaciones, pero si consideramos el período 2011, 2012, 2013 y 2014, igual queda una duda respecto de la eficiencia de los años 2015 y 2016, a pesar del listado de explicaciones que se dio.

Ahora bien, en 2014 debió haber sido mucho más alto el gasto, pues se estaba cubriendo lo que no se había pagado en 2013.

Esas dos situaciones provocan bastante más ruido.

He dicho.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Usted ha visitado la clínica Ensenada?

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- No he visitado la clínica Ensenada. No la conozco.

El señor **CASTRO** (Presidente).- La pregunta es para que lo pueda acumular, según información que usted misma entregó, dado que esto es para resolver patologías agudas o agudizadas del adulto en estado crítico. Esa es la definición que se hizo.

¿Existe algún establecimiento público o privado que realice compras de servicio para este tipo de patología médica agudizada en estado crítico, donde no hay rayos X, ni nada de imagenología que no sea una vez al día, como existe durante las mañanas en esa clínica?

¿Existe eso o es más bien una política del Fonasa que sea así para esta categoría de pacientes? ¿Cuál es la telemedicina que hace la clínica Ensenada? ¿En qué consiste y a qué usuarios se dirige?

Tiene la palabra el diputado Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, la sesión pasada se entendió que la toma de decisión del traslado de los pacientes no es de Fonasa, sino que la determinan los propios servicios.

Nos podría explicar mejor aquello, pues se entiende que la compra se está generando de manera distinta; sin embargo, son los servicios quienes toman la decisión o son los encargados de derivar a los pacientes. A lo mejor, el problema radica en la gestión del servicio.

Por otra parte, quiero llevarlo a un punto cada vez más preocupante, como es el tema de la diálisis. Por ello, quiero solicitar que se invite a algunos directores de servicios.

En mi región -se hizo una solicitud al ministerio- se acaba de comprar un servicio de neurocirugía por un mes. Se contrató a un colega, por trato directo, por la suma de 30 millones de pesos; 44 horas, horario funcionario y estar atento a la llamada. Es decir, puede



estar tranquilamente en el hotel a la espera de que se produzca algún caso complejo. Repito, 30 millones de pesos al mes, más o menos lo que un médico gana en un año.

Esta situación nos llamó poderosamente la atención. ¡Es increíble, por decir lo menos! Ello, porque durante muchos años, en la región de Atacama, hubo colegas que atendían urgencias sin cobrar y cuando era mucho se les devolvían las horas empleadas, por el horario de sobreprecio en el hospital público. Entonces, que se contraten colegas en estas condiciones es realmente increíble.

Más aún, nos informan que hay antecedentes, en el mismo estilo, de un colega que trabajaba en el hospital. Por ello, se pidió la información completa al respecto.

Si no ponemos atajo a esta situación, cualquier médico va a cobrar una cantidad de recursos similar por hacer turnos de llamada. Incluso, nos decían que había turnos que costaban un millón y medio de pesos.

Usted doctor Castro, que hizo turnos durante tanto tiempo, al igual que yo, sabrá de algún caso de un médico que por trabajar 28 horas gane seis o siete millones de pesos al mes. Con estos valores, es lo que termina ganando un médico por hacer un turno. La verdad es que es súper grave, y esto no lo hace Fonasa, sino los propios servicios.

Ningún director de servicio ha dejado su cargo durante este período, todos han entrado por la Alta Dirección Pública, problema que comenzó en el gobierno del Presidente Piñera, cuando empezaron las compras de servicios. Esto se desbancó y lo estamos sufriendo ahora, es lo que finalmente produjo en el sector público esas compras de servicios.

Por lo tanto, como comisión, debemos revisar aún más lo que está sucediendo. Y para ser franco, más que la situación de la Clínica Ensenada, me preocupa más esta situación, que se está dando en todo el país.

Quiero tener claro hacia dónde vamos, porque si el sector público compra servicios a través del subtítulo 22 a sociedades de profesionales -todos sabemos que el profesional que atiende, a usted como a mí, es uno o, como mucho, son dos- o si se observa lo que pasa en diálisis, que considero bien importante conocer. Finalmente se avanza hacia la privatización de la salud pública en manos de los prestadores y para mí eso es lo más problemático.

Por eso hoy las consecuencias de las compras desreguladas son las que me produce mayor inquietud. ¿Cómo lo solucionamos? A mi juicio, no es concebible que se continúe autorizando a los servicios comprar de esta manera, menos a los hospitales, porque al final del día lo que ocurrió en Copiapó fue decidido por el hospital.

Se trata de un tema relevante y, por ello, quiero solicitar que invitemos a los directores de servicios y de hospitales y, por último, a representantes de algunas sociedades médicas para abordar la materia.

Señor Presidente usted y la doctora Rubilar conocen tan bien como yo el tema de las sociedades médicas. Por ejemplo, los ginecobstetras son imprescindibles para otorgar una



buena atención en el parto y, por eso, es importante que estén en el turno. Y si dichos especialistas no quieren hacer reemplazos o hacer turnos, el hospital se ve obligado a comprar el servicio, cuyo costo es enorme.

El señor **CASTRO** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la señora directora.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, se realizó compra por trato directo a esas tres clínicas, porque, en ese momento, eran las únicas que tenían las camas críticas disponibles que se necesitaban. Todo el resto de la oferta estaba copada; de hecho, por eso nos solicitaron ampliación de la oferta.

Respecto de las preguntas sobre la clínica Ensenada, creo que hay que tener claridad en un aspecto: en salud hay separación de funciones y al Fonasa le corresponde comprar de acuerdo con las leyes vigentes y con base en licitaciones públicas o trato directo en el caso de concurrir medidas excepcionales.

Las leyes vigentes establecen que tenemos que comprar por licitación pública y el requisito para que un proveedor acceda a una licitación pública es contar con autorización sanitaria o, desde que entró en vigencia el decreto, en junio del 2016, estar acreditado o excluido de la acreditación de dicho decreto.

La descrita es la función del Fonasa, de acuerdo con la ley, y con eso cumplimos.

Señor diputado, yo no visito ninguna clínica, pues no es mi rol. Mi función es comprar como corresponde y realizar el ejercicio financiero para cuidar los recursos del Estado destinados a salud.

Lo anterior también se vincula con la otra pregunta que me formuló. Si me pregunta si creo que la glosa solucionará el problema, mi respuesta es no. Considero que solo es posible solucionar el problema si el Fonasa, a nivel país, Estado y no a nivel coalición de gobierno, tiene las atribuciones que se fijan en el DFL 1 de la ley del 2005, que establece que el Fonasa compra para el sector público de la misma manera como la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud adquiere los medicamentos.

Eso se ha vulnerado a través de un resquicio, pues la norma señala que los servicios podrán en ocasiones comprar prestaciones, si se requieren. Esto ha llevado a realizar una compra que, en estos momentos, es muy difícil de garantizar.

Discutimos la glosa respetiva, sobre todo, la que se agregó con un fin restrictivo para que las personas tuvieran que ser funcionarios y entiendo el motivo. La idea es que la gente no se vaya y se le compre igual, estando fuera de manera regulada.

Por otra parte, el problema surge porque los mecanismos de compra son distintos y si trabajo con dos sistemas de compra -la mitad de mi jornada salario y la otra mitad por prestación, por *service* que es lo más ineficiente que hay-, lo que ocurrirá es que se va a tender a disminuir mi jornada lo más posible para que me paguen *fee for service*. Por eso,



estamos implementando el modelo GRD, mediante el cual al menos pagamos por resolución.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, me permite una interrupción.

El señor **CASTRO** (Presidente accidental).- Sí, señora diputada.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, la verdad es que respetuosamente discrepo de la señora directora. Si se sostiene que a uno le corresponde solo pagar, eso es cuando Fonasa es un fondo; sin embargo, Fonasa ya no es un fondo, sino que constituye un seguro público y, en consecuencia, la función de dicho organismo es mucho más que extender un cheque y pagar, como en la tesorería.

En esa misma línea, si se hace un cruce -usted lo hará en algún momento-, se encuentra con una de las clínicas situada en el top de los traspasos que tiene alta tasa de mortalidad, a pesar de tener bajo índice de complejidad y, además, como uno sabe, que no cuenta con pabellón, servicio de rayos X de manera constante y banco de sangre.

Señor Presidente, solicitaré citar a representantes de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas del Ministerio de Salud (UGCC), porque necesitamos escuchar que nos dicen al respecto.

Además, cabe considerar que al seguro público le corresponde cuidar a sus asegurados y, por tanto, tiene algo que decir, más allá de si el establecimiento tiene o no autorización sanitaria.

Sabemos que en el país la autorización sanitaria tiene un estándar muy bajo. Tanto es así que ni siquiera la acreditación tiene un estándar muy alto, lo cual es reconocido por todo el mundo.

Por lo tanto, creo que es muy importante conocer de qué clínica estamos hablando, pues recibe muchos recursos del Estado.

Si lo anterior es culpa de la UGCC, del Servicio de Salud u otra entidad, concurrirán los representantes del organismo responsable a la comisión, pero, sin perjuicio de ello, el seguro público tiene algo que decir respecto de dónde se compra la prestación y si ha comprado directamente, por trato directo, porque se lo pidió la Subsecretaría de Redes Asistenciales o quien fuera. Estamos hablando de saber a quién compramos, más allá de la autorización sanitaria.

Por lo tanto, y por su intermedio, señor Presidente, quiero saber si la directora cree que la clínica cumple con las condiciones para hospitalizar y atender a esos pacientes. Usted fue subsecretaria de Salud Pública y, en consecuencia, tiene mucho conocimiento en la materia.

Eso es lo uno quiere entender en la presente comisión.



El señor **CASTRO** (Presidente accidental).- Señora directora, en el mismo sentido, quiero agregar lo siguiente.

Ignoro el monto de lo que se paga por la cama crítica, pero es distinto a lo que se cancela por la cama intermedia y básica e, imagino, que al seguro público le importa cómo son acogidos y en qué condiciones son atendidos los pacientes que acceden a la prestación. En ese sentido, no observo –a no ser que usted lo señale- un mínimo exigible a todo establecimiento que recibe un enfermo crítico del sistema público, sea el prestador privado o público.

Entonces, llama la atención, en este caso con toda la celeridad de la instalación, de esta u otras –existe la colonial, en fin-, de qué manera el seguro público se hace cargo de la responsabilidad de saber, por ejemplo, que servicios como los mencionados, rayos X, banco de sangre u otros, no están disponibles para enfermos sometidos a ventilación mecánica, quienes están graves y pueden agravarse dentro del proceso. Obviamente, quien compra y está transfiriendo cuantiosos recursos debe conocer aquello. Cabe mencionar que esta clínica es la segunda o tercera en facturación y la primera en camas prestadas.

¿Cómo se compatibiliza esto? Porque lo único que hace el seremi de salud –lo vamos a invitar a la Comisión- es un *checklist* esencial de una clínica que, además es cerrada, o sea, no recibe enfermos externos, sino que solo por derivación.

Tiene la palabra el diputado Robles.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, quiero entender bien la discusión, porque como dijo la directora de Fonasa, una discusión que hubo fue lo que usted está señalando. Tanto es así que una de las garantías del AUGE es la de calidad, que requiere acreditación. En esa discusión manifestamos que la autoridad sanitaria era la responsable en esa área.

Por eso, me llama mucho la atención el sentido de la discusión, porque pareciera ser que la diputada plantea al Fonasa que tome decisiones que dicha institución no debe adoptar. En el fondo, una clínica es autorizada por la autoridad sanitaria. Si lo hace es porque esta última considera que allí se pueden dar prestaciones de salud.

Como manifestó la señora Vega, si no tuviese servicios de rayos para dar atención a un paciente crítico, la autoridad sanitaria no debiera autorizar a dar cierto tipo de prestaciones. Como indicó la diputada, hay que llamar a la autoridad sanitaria para que explique cómo autoriza o acredita sanitariamente una clínica de ese tipo. Es primera vez que me entero de que una clínica ha sido autorizada sin tener rayos. En verdad, no tenía idea de eso. Me parece que hay que pedir esas explicaciones a la autoridad sanitaria.

Cabe recordar que en el AUGE se incorporó la idea de los hospitales autogestionados en red -ello está contemplado en una ley de la República-, que fueron incorporados en el gobierno del Presidente Piñera en forma automática y sin que cumplieran la acreditación del caso; sin embargo, actualmente esos hospitales funcionan y toman decisiones por sí solos.



Me gustaría que pudiéramos centrar el tema en el objetivo importante de la Comisión. Entiendo que es necesario regular el tema de las clínicas no reguladas.

Nunca estuve de acuerdo con la utilidad del seguro público. Incluso, se dio una larga discusión en el Auge. Si el Fonasa entraría en el seguro público, terminaría siendo casi un fondo para todos. El seguro tiene una mirada más individual.

Por cierto, en el Fonasa debe haber una capacidad de compra cuando el sector de salud público está superado por la cantidad de pacientes en todo el país y no solo en Santiago, sobre todo cuando se trata de camas críticas.

¿Cómo el Fonasa, el seguro público, se asegura de la disponibilidad de camas para el sector público en lo crítico? Eso es lo razonable e importante determinar hoy.

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

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, me gustaría que nos concentráramos en el mandato de esta Comisión y no hiciéramos filosofía sobre el sistema de salud, porque no es el objeto de esta Comisión, el cual está claramente definido en el mandato. Nuestra misión es investigar la posible colusión en las compras de insumos y prestaciones de salud efectuadas por Fonasa a prestadores privados desde 2012 a la fecha, considerando las diversas modalidades de compra o adjudicación de colusión. Ese es el objeto y no tenemos otra responsabilidad más que esa.

A mi juicio, no podemos concentrarnos en criticar la adjudicación en una determinada clínica en particular, sino respecto de cuál fue el proceso de compra; por qué se hizo -se ocupa esta palabra tan eufemística- una compra desregulada, si las compras del Estado se hacen de tres formas, a saber licitación pública, licitación privada o trato directo, y se justifican cada una en su mérito. Si no se hicieron compras o licitaciones públicas o se adjudicó mal a quien no correspondía por no cumplir los requisitos establecidos en las propias bases de licitación, digámoslo.

Entonces, traigamos y revisemos dichas bases. Si se cumplió estrictamente con las bases de licitación y la principal variable de adjudicación era el precio y se adjudicó por esa variable, entonces estamos tonteando y todo lo otro está de más. De modo que el error se comete cuando se diseñan las bases.

Por lo tanto, dado que hemos tenido muchas conversaciones respecto de una clínica en particular o de otras que han sido mencionadas majaderamente, me gustaría que nos concentráramos en el proceso de compra y de licitación que le correspondió a Fonasa.

Respecto de eso, también se ha dicho que la estrategia de Fonasa es determinar las brechas asistenciales en los distintos rubros, es decir, no solo en camas, sino que también en consultas, exámenes e intervenciones quirúrgicas. Me gustaría conocer cuáles son esas brechas asistenciales y cómo pretenden enfrentarlas.



Como he indicado, hay un solo caso de la clínica aludida, que es la Unidad de Paciente Críticos. O sea, es adjudicar las camas para dichos pacientes, pero ha habido otra serie. Entones, quiero conocer esas brechas, si existe un estudio de brechas y cómo se va a enfrentar.

Fíjense que hay algo más profundo: los derechos humanos de los pacientes enfermos. Se habla mucho de los derechos humanos, pero se ha dicho que hay 300 mil pacientes con diagnóstico y a la espera de una cirugía. También hay 1.500.000 pacientes, si no me falla la memoria, que están a la espera de una interconsulta con un especialista.

Entonces, no me importa si esa interconsulta la compramos al privado o no, sino que la licitación sea clara y transparente, se adjudique al menor precio y que la persona que está esperando ser operada de la vesícula hace un año sea intervenida, para que no le surja un tumor y se muera. Eso es lo que importa. Lo demás está de más, a lo menos en esta Comisión.

He dicho.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra le señora Jeanette Vega.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señor Presidente, vuelvo a reiterar lo que dije. Primero, todas las licitaciones que hace Fonasa son públicas. En la sesión anterior mostré la diferencia entre las licitaciones cuando compra Fonasa que cuando compraban, en algunos casos, los establecimientos hospitalarios.

Todas las licitaciones que hace Fonasa tienen toma de razón por parte de la Contraloría General de la República. No existen las licitaciones de Fonasa que no estén sujetas a toma de razón por dicho órgano contralor. Todas se enmarcan dentro de la ley de Compras Públicas. Por lo tanto, si ustedes requieren las bases de todas las licitaciones, no tenemos ningún problema en mandarlas.

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

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- ¿Existen los convenios marco?

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Por cierto, señor diputado. En primer lugar, nosotros no compramos nada fuera del marco de la ley de Compras Públicas. Por ejemplo, lo de diálisis es un convenio marco. Usamos los mecanismos de convenios marco, de licitaciones, la modalidad de gran compra, etcétera.

En segundo lugar, hemos dicho majaderamente que licitamos por cartera de servicio y por precio. En general, damos un puntaje dependiendo de la cartera de servicio y del precio. Una vez licitados todos los servicios, ese es el número que está disponible y es lo que se manda a la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, la cual envía al lugar que ellos estimen conveniente.



Repito, no tenemos la atribución de discriminar en una licitación si cualquiera clínica o establecimiento cumple con los requisitos legales para participar en una licitación pública. Dichos requisitos son que tenga acreditación sanitaria, porque se supone que eso da garantías sanitarias para el funcionamiento de una clínica. De lo contrario, no podría funcionar.

Entonces, mal podríamos como Fonasa ver si la autorización sanitaria que le dieron corresponde o no. Ese no es el rol de Fonasa, sino de la autoridad sanitaria.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, solicito que pidamos, a quien corresponda, la información necesaria para obtener la acreditación sanitaria, y que se nos señale cuáles son los requisitos necesarios para que una clínica acceda a la acreditación sanitaria que requiere para prestar ese servicio.

En segundo lugar, me imagino que tienen facultades para subir los estándares de las bases. Una cosa es lo que se establece para la acreditación sanitaria, pero, por ejemplo, el mandante respectivo podría exigir que toda clínica, aunque cuente con acreditación sanitaria, tenga sistema de rayos, banco de sangre u otra cosa que tenga relación con lo que estoy comprando para dar mayor seguridad a los pacientes. ¿Tienen facultades bases para eso?

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Así es, y no solo para eso. Por ejemplo, en la licitación de diálisis, que corresponde el mayor porcentaje de compra directa de Fonasa, alrededor de 170.000 millones, este año otorgamos un valor especial al *ranking* de indicadores biológicos, que es un *ranking* que no dice relación con cuántas diálisis se llevan a cabo, sino sobre cómo están los parámetros biológicos de los pacientes que se someten a ese procedimiento. En la licitación que está en toma de razón en la Contraloría, en este mecanismo de mejoría continua, efectivamente empezamos a poner indicadores biológicos.

Respecto del análisis que hizo la diputada Rubilar, quien señaló que se basó en nuestros datos, lo que hicimos fue llevar a cabo un seguimiento de los pacientes que mandamos. Los datos que tenemos muestran que, en general, no hay diferencia sustantiva de mortalidad entre las distintas clínicas a las que les compramos cuando uno ajusta por complejidad de cartera. Eso es lo que muestran nuestros datos, de manera que me llama mucho la atención la afirmación de la diputada. Por eso, tenemos que mirar ese análisis para ver exactamente a que se refiere ella.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- ¿Cuáles son las variables ponderables para adjudicar una licitación? ¿Qué ponderación tienen, por ejemplo, el precio y las otras variables que han incorporado?

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Puedo responder, siempre que me diga respecto de qué licitaciones quiere la información, porque al año hacemos varias licitaciones.

El señor **CASTRO** (Presidente accidental).- Se puede solicitar esa información por oficio, señor diputado.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Muy bien, nos señalan qué licitaciones quieren y les enviamos todos los antecedentes.



El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- De los casos más complicados.

El señor **CASTRO** (Presidente accidental).- Diputado, le recuerdo que en las comisiones hay un *modus operandi*, el que se encuentra establecido en el Reglamento.

Directora, muchas gracias.

¿Habría acuerdo para invitar al seremi de Salud metropolitano y al superintendente de Salud?

Luego invitaremos a los directores de servicio, pero partamos por las grandes autoridades encargadas de la acreditación y de la autorización sanitaria.

Acordado.

Tiene la palabra el presidente de la Fundación Creando Salud, señor Matías Goyenechea.

El señor **GOYENECHEA**.- Señor Presidente, voy a presentar un estudio que me fue encargado por la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud, Fenpruss, respecto de las compras de servicios que se estaban realizando en los hospitales. Básicamente, el estudio plantea generar un diagnóstico respecto de qué y a quién se estaba comprando, y a partir de eso se construyó una base de datos. Se analizaron 1.547 licitaciones, de las cuales se seleccionaron 645. El criterio de inclusión fue que se tratara de compras a profesionales de salud, dado que hay muchas compras que se realizan a técnicos, administrativos y otros. Todas las compras relacionadas con profesionales se incluyeron en este estudio.

El horizonte temporal fue desde el 1 de enero de 2014 hasta noviembre de 2015. El levantamiento de la información se realizó mediante solicitudes de información pública. Se enviaron 57 solicitudes a hospitales y a los servicios de Salud respectivos, con un total de 86 solicitudes. Básicamente, se verificó la materia de lo que se estaba comprando y se determinó la cantidad de prestaciones o el tiempo de duración de las licitaciones, porque muchas veces se compran servicios específicos o, a veces, tiempo, por lo que hay diferencias en torno al tema. Se identificaron los oferentes, los montos de los contratos y los profesionales involucrados. En resumen, se descartó o se incluyó sobre la base de esos criterios.

Respecto de los resultados obtenidos, del total de solicitudes se nos respondió el 77 por ciento; no todas las peticiones de información fueron respondidas. Ese es un problema de otra índole, en relación con la forma en que funciona la transparencia en esas instituciones de Salud.

Se estudiaron 1.547 licitaciones, tratos directos y órdenes de compra específicas realizadas en ese horizonte temporal. Las licitaciones se recibieron viendo y analizando las actas de adjudicación, bases y propuestas económicas, así como los anexos incluidos e, incluso, la documentación que debía aportar la empresa o sociedad para ganar la licitación.

Respecto del proceso, se logró seleccionar 645 licitaciones, que corresponden a 51 hospitales. Cabe señalar que hay hospitales más pequeños, que no tuvieron licitaciones en ese período de tiempo en el que se compraron prestaciones.



En relación con las dificultades, para efectos del estudio, muchas veces fue difícil separar entre lo que correspondía a los técnicos y a los profesionales, porque a veces estaban dentro de la misma licitación. Sin embargo, existe el problema de que en ocasiones hay información que no se encuentra disponible en las licitaciones. Muchas veces, anexos que debieron estar incorporados dentro de estas, como por ejemplo, los títulos profesionales u otras documentaciones obligatorias, no estaban presentes, lo cual es complicado desde el punto de vista legal.

Si bien las compras son de diversa naturales, están centradas en el subtítulo 22 del respectivo presupuesto de los hospitales, y desde el punto de vista del gasto total de ese subtítulo, estas representan el 20 por ciento del total del presupuesto. Se gasta casi un punto del PIB en ese tipo de materia. Dentro del subtítulo 22 se incluyó y consideró la compra de prestaciones y lo correspondiente al DFL 36, de acuerdo con el informe emanado de Fonasa sobre los indicadores financieros del sistema de salud.

Efectivamente, para ese entonces se veía un aumento marcado de los gastos en relación con los años 2014 y 2015. Me parece que este año también se presentó un aumento en esa materia.

Respecto de la ejecución de recursos general del presupuesto de salud y del total de recursos que van a pago de prestaciones de salud realizadas por el sector privado, más allá de lo que específicamente analizaremos, está la modalidad de libre elección, los convenios de provisiones y prestaciones médicas que realiza Fonasa correspondientes a compras de cama, diálisis, el bono AUGE y las compras por hospitales, las que no son un monto menor, incluso llegan a ser superiores al gasto total de Fonasa. Eso es importante de considerar, porque es una cantidad relevante en pesos.

Al momento de levantar los datos, se consideró el tipo de profesionales, los servicios contratados, etcétera. En general los datos encontrados implican un total de veintisiete mil millones de pesos, es decir el 13 por ciento del total que gastan los hospitales en 2014 y 2015. Contabilizamos un total de 2.279 profesionales que participaron de las licitaciones, órdenes de compra o tratos directos.

La siguiente imagen muestra los tipos de profesionales que se compraban. La mayor cantidad corresponde a médicos o trabajos médicos y, luego, a otro tipo de profesionales.

El siguiente gráfico muestra el detalle, pero sin los anestesiólogos y traumatólogos, porque existen mayores cantidades de compras específicas para ellos. Los médicos son los que tienen mayores compras, y el segundo profesional en el fondo médico de salud con más compras son las enfermeras o enfermeros.

Lo más frecuente desde el tipo de servicios contratados son las compras de intervenciones quirúrgicas, que representan el 33 por ciento del monto total incluido en el estudio, y son predominantemente relacionadas al GES, aunque también se detectan intervenciones en problemas de salud que no están incorporados al régimen GES y que se proveen por trato directo u otra forma.



Un segundo grupo de actividades contratadas mediante las compras de servicios son las prestaciones médicas, por ejemplo, cobertura de turnos, extensiones horarias, consultas médicas y de especialidad y otras de tipo tiempo para un determinado establecimiento de salud. Este tipo de contratos corresponden al 14 por ciento del total de montos identificados en el estudio.

El siguiente gráfico muestra el desglose. Las compras o servicios quirúrgicos suman alrededor de nueve mil doscientos millones; los servicios médicos en términos de temporalidad suman cuatro mil millones. Tres mil ochocientos millones solo en el servicio de anestesiología; luego aparecen los valores para el servicio de personal profesional, varios; también podemos ver los servicios de oftalmología, imagenología; angioplastias y enfermería.

Desde el punto de vista de las empresas y sociedades ofertantes, la gran mayoría o el gran peso de las compras, el 91 por ciento, son realizadas a personas jurídicas, y solo el 8 por ciento de las compras identificadas están en personas naturales que ganaron la licitación.

La siguiente imagen muestra las empresas o fundaciones que tienen mayor peso desde el punto de vista de las compras de servicios que se realizan. Por ejemplo, Funcoval es una sociedad que funciona en el hospital de Valdivia; también hay ONG que proveen servicios; la fundación Ariztía del Calvo Mackenna. En el fondo, vemos sociedades o fundaciones que a veces están al alero de los hospitales y les proveen servicios. Así también, empresas de mayor envergadura que entregan servicios de anestesiología u otros, en términos más amplios, no solo a un determinado prestador.

Las compras de servicios por parte de los establecimientos de salud incluidos en el estudio nos muestran que las principales carencias de los respectivos establecimientos son básicamente una expresión de presión que recibe el sistema público de salud en función de su falta de capacidad para absorber la demanda sanitaria del país.

Otro elemento importante de abordar que nos muestran los datos es la existencia de muchas horas contratadas a los mismos médicos de los hospitales para hacer extensiones horarias o coberturas de turnos, lo que habla de un problema de planificación de recursos humanos bastante grande. En ese sentido, me parece necesario hacerse cargo de ese problema.

También es importante señalar que hay compras que pareciera visualizan brechas. Por ejemplo, compras de informes de rayos. En lugar de tener un médico radiólogo que informe los rayos, los mandan a un establecimiento privado.

Lo anterior genera una presión financiera muy grande que impacta –como lo dijo la directora de Fonasa- en la deuda hospitalaria.



Voy a dejar como insumo la base de datos que construí, en la que aparecen identificadas cada una de las licitaciones, para que el ministerio y Fonasa puedan estudiar a fondo los problemas y solucionar las brechas particulares en algunos centros o zonas.

La última imagen muestra el listado de hospitales con mayor gasto. El hospital de Temuco aparece en primer lugar -según la información que recabó el estudio, porque no todos respondieron-, en segundo lugar está el hospital de Valdivia, y el Tisné en tercer lugar.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Muchas gracias.

Lo dejamos invitado para el inicio de la próxima sesión para que pueda responder las preguntas, porque estamos sobre la hora de término.

Tiene la palabra el diputado Osvaldo Urrutia.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, de acuerdo con lo informado por la Secretaria, la idea es hacer un análisis –aunque me dijo que lo tenía- de los distintos rubros por los que adquieren servicios, entendiendo por ello, los distintos tipos de camas, las consultas médicas, exámenes e intervenciones quirúrgicas y saber en cada uno de esos tipos y rubros cuál es la brecha detectada desde 2012 a 2016.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para solicitar la información pedida por el diputado Osvaldo Urrutia?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, pido que se oficie al Ministerio de Salud solicitándole información sobre los gastos de compras, por hospital, en 2014 y 2015.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para solicitar la información pedida por el diputado Alberto Robles?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Jorge Rathgeb.

El señor **RATHGEB**.- Señor Presidente, relacionado con ese mismo estudio, solicité antecedentes respecto de las derivaciones y quienes conformaban las sociedades a las que se derivaba. Desconozco si el Ministerio envió ya la información; si no fuera así, pido que se reitere la petición.

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

La señora **SKOKNIC** (doña Ana María).- Señor Presidente, llegó un oficio que responde 17 preguntas que hicimos al Ministerio de Salud. Tendría que revisarlo, para saber si está la respuesta a la pregunta del diputado Rathgeb. Sin embargo, todos los documentos,



consultas y respuestas, están en la página web de la comisión investigadora y es información pública.

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

-Se levantó la sesión a las 18.30 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,

Redactor

Jefe Taquígrafos Comisiones.