



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 8ª celebrada el día lunes 16 de enero de 2017.

De 17.00 a 18.30 horas

SUMARIO

La Comisión escuchó a la Fundación Creando Futuro; al Superintendente de Salud y al Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana.

APERTURA DE LA SESIÓN

La sesión se inició a las 17.07 horas, en la sede de la Cámara de Diputados en Santiago.

PRESIDENCIA

Presidió el diputado Miguel Ángel Alvarado.

ASISTENCIA

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

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

CUENTA

No hubo documentos para la cuenta.



ACUERDOS

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

1. **Verdugo.** Dirigir oficio a los 29 servicios de salud a fin tengan a bien, enviar a esta instancia investigadora un cuadro resumen de las sociedades médicas o comerciales con que la red pública de salud bajo su dependencia ha contratado servicios o prestaciones, en los años 2015 y 2016, haciendo especial mención a lo siguiente:
 - Identificación de la empresa.
 - Individualización de los integrantes o socios de dichas empresas.
 - Existencia de funcionarios que presten servicios en tales sociedades y que también lo hagan en el Servicio de Salud respectivo.
2. **Castro.** Dirigir oficio al Seremi de Salud de la Región Metropolitana a fin tenga a bien, informar a esta instancia investigadora, las visitas realizadas a la clínica privada que presta servicios en la Región Metropolitana bajo el nombre de Clínica Ensenada, con posterioridad a la fecha de su autorización sanitaria. Asimismo, interesa conocer, si como resultado de tales visitas, este establecimiento ha sido objeto de sumarios administrativos o investigaciones sumarias, sus resultados, las eventuales sanciones aplicadas, y las fechas de las visitas por parte de esa autoridad de salud a fin de corroborar el cumplimiento de las eventuales irregularidades detectadas en su funcionamiento.
3. **Urrutia.** Dirigir oficio a la Biblioteca del Congreso Nacional a fin tenga a bien, realizar un análisis de los precios unitarios, de cada Servicio de Salud, de las prestaciones y servicios adquiridos por éstos a clínicas privadas o sociedades médicas. Para la realización de este trabajo, la persona designada por esa Biblioteca para su confección, podrá tomar contacto con la Secretaría de la Comisión quienes proporcionaran más detalles de lo requerido, como asimismo, una presentación que contiene datos de interés para la realización de este informe, aportado por la Fundación Creando Salud, cuyo Presidente es el señor Matías Goyenechea.
4. **Urrutia y Alvarado.** Dirigir ofidio a todos los Seremi de Salud a fin tenga a bien, informar a esta instancia investigadora, lo siguiente:
 - Si en los últimos 3 años (2014-2016) han realizado visitas y auditorías, en el marco de sus facultades legales, a las clínicas privadas que presten servicios a la red asistencial de salud del territorio de su competencia,



informando las fechas de tales visitas y auditorias como el resultado de las mismas y la naturaleza de las sanciones si las hubiere.

- Informar el precio unitario de cada prestación o servicio otorgado por clínicas privadas o sociedades médicas a la red pública de salud del territorio de su competencia. Interesa, asimismo, que ésta última información sea desagregada por servicio, hospital o consultorio.
5. **Alvarado.** Citar para la próxima sesión al Seremi de Salud de la Región Metropolitana, señor Carlos Aranda, a fin de respuesta a las consultas sin responder, formuladas en esta sesión.
6. **Alvarado.** Quedó citado para la próxima sesión el Superintendente de Salud.

ORDEN DEL DÍA

La Comisión escuchó a las siguientes organizaciones:

- Representante de la Fundación Creando Futuro, señor Matías Goyenechea.
- Superintendente de Salud, señor Sebastian Pavlovic.
- Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana, señor Carlos Aranda. Este último dejó una presentación a disposición de la Comisión, la que se puede consultar al siguiente link:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmlD=94853&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 18.44 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 8ª, celebrada en lunes 16 de enero de 2017,
de 17.10 a 18.44 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside del diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

Asisten los diputados señores Juan Luis Castro, Juan Antonio Coloma, Alberto Robles, Germán Becker, Germán Verdugo y Osvaldo Urrutia.

Concurren como invitados el presidente de la Fundación Creando Salud, señor Matías Goyenechea; el superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic, y el secretario regional ministerial de Salud de la Región Metropolitana, señor Carlos Aranda, acompañado de la señora Luisa González, jefa del Subdepartamento de Profesiones Médicas.

TEXTO DEL DEBATE

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

La señora Secretaria va a dar lectura a la Cuenta.

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

El señor **ALVARADO** (Presidente).- En el Orden del Día, la Comisión investigadora especial de las adquisiciones efectuadas por Fonasa a prestadores privados, considerando posibles conductas de colusión, como asimismo eventuales perjuicios fiscales y posible lucro de los prestadores privados de salud, va a celebrar esta sesión ordinaria con el objeto de continuar con su cometido.

Se encuentra invitado, para concluir con su presentación, el presidente de la Fundación Creando Salud, señor Matías Goyenechea.

Tiene la palabra señor Goyenechea.

El señor **GOYENECHEA**.- Señor Presidente, en la sesión pasada expuse, pero quedó pendiente la ronda de preguntas.

En esta oportunidad he traído la base de datos de la investigación que en la sesión pasada me comprometí a hacérselas llegar. Hice una recolección de 1.600 licitaciones que se realizaron por parte de los hospitales, en las cuales se identifican el monto y las sociedades médicas involucradas, así como también las materias relativas a la compra y que podrían servir de insumo para esta Comisión investigadora a la hora de analizar e investigar el tema.

Para los efectos de una mejor comprensión, dispongo de un *power point*, y luego abordaré la ronda de preguntas.

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



Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, para direccionar la intervención del señor Matías Goyenechea, le solicito que profundice los casos más emblemáticos de sociedades o de grupos médicos que con más frecuencia están instalados en los distintos servicios de salud u hospitales, en las especialidades en que prestan servicios de manera preferente y si ha habido conflictos de interés, en el sentido que haya jefes de servicios clínicos de determinadas especialidades que sean prestadores de esas sociedades y que, a la vez, tengan jornadas de trabajo en el hospital, es decir, si ha habido colisión de intereses respecto de su rol como funcionario público. No sé si me explico, pero ese es el meollo de debate.

En segundo lugar, quiero saber si usted, a través de su fundación, de acuerdo con los estudios que han elaborado respecto de las compras a privados, de prestaciones y camas, entre otras, ha detectado que existan casos en los que haya conflictos de interés de autoridades públicas respecto de ciertas empresas, clínicas o prestadores, que aparezcan más recurrentemente o preferentemente marcados, a pesar de que el precio de sus prestaciones sea superior a la oferta estándar. Le solicito que nos señale si hay algún caso que le llame la atención.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Alguno de los diputados quiere hacer alguna sugerencia antes de la presentación o hacer énfasis en algún tema?

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

El señor **GOYENECHEA**.- Señor Presidente, como ya mostré esta presentación antes, me voy a saltar algunos puntos que desarrollé con detenimiento. Básicamente, me voy a enfocar en las últimas láminas, en las que se describen los servicios que más frecuentemente contratan los hospitales. Se trata de intervenciones quirúrgicas relacionadas con la lista de espera GES.

También, existen compras realizadas en función de determinadas brechas de personal que podría haber en los establecimientos, en los que puede existir algún tipo de situaciones que podrían ser más complicadas. Me refiero a coberturas de turnos o contrataciones específicas para hacer consultas fuera de ciertos horarios, respecto de las cuales, tal como está señalado en la base de datos, muchas veces no se entregan todos los antecedentes en la licitación. Por ejemplo, en las bases respectivas se pide que se entreguen las certificaciones de los títulos de especialidad, pero puede que no estén incorporados esos antecedentes. Asimismo, podría haber personas que estén realizando funciones dentro del mismo hospital y que nuevamente son adjudicadas. Uno se encuentra con ese tipo de licitaciones, sobre todo en la compra de servicios médicos y consultas.

También, hay muchas compras en las que uno podría cuestionar que se usen determinado tipo de métodos, por ejemplo, compras de algunos hospitales por trato directo, sin pasar por una licitación pública, a pesar de haber más oferentes. En la Región Metropolitana hay más oferentes, de modo que no es necesario adjudicar constantemente



por trato directo. En ese sentido, uno podría encontrar situaciones que por lo menos requieren de una explicación.

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

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Quiero consultar en qué términos ocurre eso. ¿Incorpora a todos los servicios? ¿Es una muestra de todos los servicios de salud? ¿Cuál es el porcentaje de la muestra?

El señor **GOYENCHEA**.- El estudio comprendió el período 2014-2015, y se hizo a través de solicitudes de información pública a todos los servicios de salud. Se les pidió información de todas las licitaciones en las que estuvieran involucrados profesionales de la salud. No se hizo cualquier tipo de compra, por ejemplo de técnicos; eso se excluyó de la muestra. O sea, es una muestra de hospitales o servicios en los que solo hubiera médicos o profesionales del ámbito de la salud. En ese sentido está puesto el foco.

No todos los hospitales y servicios de salud respondieron la solicitud de información, a veces nos topamos con problemas de falta de transparencia y de respuestas de ese tipo.

Logré reconstruir alrededor de 20 por ciento del total del subtítulo 22 para los dos años, que es lo que se gasta en compras de servicios. En términos de hospitales, puede que sea un poco más, pero hasta ahora, hay 51 incluidos en la muestra, siempre relacionados con licitaciones, tratos directos y DFL, que hubieran sido ejecutados en esos períodos.

Lo segundo que hay que señalar es que básicamente se trata de licitaciones relacionadas con sociedades médicas, ONG o fundaciones, las que en muchos casos también participan o están al alero de determinadas instituciones hospitalarias.

Como se observa en el cuadro que tienen a la vista en estos momentos, la cuarta institución con más adjudicaciones es la fundación Profesor Aníbal Ariztía, del hospital Calvo Mackenna.

El señor **CASTRO**.- ¿Qué es Funcoval? ¿A quién corresponde la representación legal de esa entidad?

El señor **GOYENCHEA**.- Funcoval es una fundación que entrega servicios en el hospital de Temuco. Se puede revisar en el mercado público quién tiene la representación legal. Es una sigla de un prestador que se ha adjudicado prestaciones para ese hospital durante 2014 y 2015, fundamentalmente intervenciones quirúrgicas. Este tipo de instituciones son fundaciones que entregan servicios específicos a un hospital. También, hay sociedades médicas como los servicios personales de Óscar Orrego Canseco o la Sociedad de Prestaciones Médicas Quirúrgicas Vigilius Limitada, que también tienen un porcentaje bastante importante de la facturación que detectamos en ese estudio. Además, hay prestadores de carácter más institucional como la Pontificia Universidad Católica de Chile, pero eso tiene que ver con algunas compras específicas que realizó el Instituto Nacional del Cáncer, las que eran de un tamaño bastante importante.

Conile es de Valdivia. Entre las que se adjudican algunas prestaciones hay sociedades que en muchos casos no tienen página web y que solo están registradas en el mercado público, de manera que no hay información en la que se pueda encontrar quienes componen



su directorio o mayor claridad respecto de esas sociedades. En todo caso, les voy a dejar la base de datos en la que pueden buscar a los prestadores.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿En general suele ser ese el modelo o estoy equivocado?

Tiene la palabra el diputado Germán Verdugo.

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, sería conveniente oficiar a los hospitales que contrataron prestaciones de esas empresas, para que informen el tipo de sociedad y quiénes la integran, es decir, que aporten todos los antecedentes. Sugiero que se pida directamente al hospital o al servicio que los contrató que entreguen a esta Comisión todos los antecedentes.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Juan Antonio Coloma.

El señor **COLOMA**.- Señor Presidente, solo agregar al oficio -al mismo servicio Salud al cual se está oficiando respecto de cuál es la sociedad y quiénes la componen- si los médicos que trabajan en dicha empresa, a su vez, trabajan en el hospital o en el servicio público respectivo.

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

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, dado que estas licitaciones se efectúan por mercado público, las sociedades tienen que inscribirse con todos sus datos. Por lo tanto, podríamos pedir información de todas estas personas jurídicas, a quiénes representan, a quiénes pertenecen estas sociedades y quiénes las componen, amén de pedir la misma información a los servicios de salud respectivos.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, en la sesión pasada la directora del Fonasa nos dijo que la compra era prácticamente ciega, en el sentido de que se buscaba directamente a ciertos oferentes, lo cual no tenía mucho que ver con cierta estandarización, calificación o acreditación del oferente. Aprovechando la presencia del superintendente de Salud, pido que veamos este punto, cuando corresponda. Lo planteo, porque uno imagina que la Superintendencia debiera tener una mirada de todos los oferentes, particularmente a los del AUGE, que hoy se encuentran brindando servicios, sea en calidad de prestadores individuales o como instituciones, a los servicios de Salud para patologías, a lo menos, del AUGE. Insisto, es importante calificar, sobre todo, los conflictos de interés. Me interesan sobremanera los casos que denuncian que médicos que tienen cargos de jefatura de servicios clínicos y que, a la vez, forman parte de alguna de estas sociedades, y que en esa calidad de jefes están autorizando masivamente a que sociedades brinden prestaciones en los hospitales, invirtiendo incluso las jornadas, pues son médicos de jornadas muy pequeñas, pero que tienen contratos de prestaciones abultadas, generando un incentivo perverso enorme en el sistema. Esto lo dejo planteado, para después abordarlo con el superintendente.

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



El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero preguntar sobre dos aspectos.

En primer lugar, respecto de aquellas cifras bastante importantes que mostró en la sesión pasada sobre los hospitales de Copiapó y de Vallenar, que sumados -como son parte de un servicio- están dentro de los primeros. Quiero saber si eso se dio principalmente en la época del aluvión, debido a que hubo necesidades mayores.

En segundo lugar, quiero saber, en términos globales, si las remuneraciones que se pagan a los médicos contratados bajo esta modalidad, en orden al contrato que tiene un médico clínico en el hospital en forma regular, son iguales o mayores. Lo pregunto, dado que haré algunas solicitudes de información, ya que algunos directores de servicios contratan a médicos extranjeros o nacionales a costos bastante mayores -pueden llegar al doble- de lo que se le paga a un médico funcionario por las 22 o 28 horas, que normalmente tienen todos los médicos, lo que, como señal, que sería extraordinariamente complejo, ya que estaríamos incentivando a que los médicos dejen los hospitales y se contraten como sociedades, lo cual es altamente peligroso para el sector público.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para oficiar al ente respectivo, sea a Mercado Público o Ministerio de Economía y a todos los servicios del país, sobre la conformación de estas sociedades comerciales?

Acordado.

Tiene la palabra el señor Matías Goyenechea.

El señor **GOYENECHEA**.- Señor Presidente, voy a responder la pregunta que se me hizo. Para ello me apoyaré en la base de datos, en la que se puede ver la información por servicio de Salud.

En esta base, y para que ustedes lo puedan tener con mayor claridad, viene indicado el número de licitaciones, el ID, el servicio de salud, el hospital al cual corresponde, el tipo de contrato, el nombre de los prestadores que estarían siendo adjudicados, el inicio del contrato; a veces, la fecha de término, porque son temporales y, otras veces, son por tipos de compra por acciones de salud y, en ese caso, al momento que se extingue se da por terminado; el tipo de servicio provisto y los montos. Aquí está el tipo de recurso humano y el detalle de las compras.

Solo los montos de 2015 suman 1.163 millones de pesos y los correspondientes a 2014 llegan a los 1.230 millones de pesos. Como ven, el número de compras que se realizó durante esos dos años es más o menos parejo, por lo que no habría una diferencia significativa al respecto.

Ahora, en cuanto al tema de los valores de las compras que se realizan, sí se puede detectar que, por ejemplo, el promedio pagado a un médico especialista por hora, según el estudio que hizo la Universidad Católica en 2011 para Fonasa, estaba alrededor de los 20.000 pesos; sin embargo, aquí se encuentran licitaciones por hasta 80.000 pesos la hora, sobre todo, en el caso de los anestesistas.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Ello es según especialidad.

El señor **CASTRO**.- Es un escándalo.



El señor **GOYENCHEA**.- También están las horas por consulta, en cuyo caso los valores que se pueden calcular son bastante superiores a los promedios que se pagan por contratos en un hospital público normal; es decir, se puede llegar a pagar el doble, el triple o mucho más de lo que se paga a un especialista en horas normales.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Tiene desagregado lo heterogéneo de estos pagos en los servicios?

El señor **GOYENCHEA**.- Señor Presidente, habría que ir viendo, según los hospitales y los servicios de salud, cuál es el tipo de compra que van realizando y, basado en ello, los montos y las compras que se están haciendo puntualmente. No tengo un detalle mayor o específico sobre este caso, porque no era el foco del estudio, pero sí es algo que se puede, de manera rápida, revisar.

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

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, podríamos preguntar, en el oficio que se acordó enviar a los servicios y a los hospitales, el valor hora por el cual se contrata. En otras palabras, podríamos tener las empresas, quiénes las componen y el valor hora por la que se contrató.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Señor diputado, habría que considerar que son distintas prestaciones.

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, pero que nos informen al respecto, porque eso es lo que necesitamos saber.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para acceder a la petición del diputado señor Germán Verdugo?

Acordado.

Señor Goyenechea, ¿es factible hacer una comparación con algunas acciones quirúrgicas no AUGE, por ejemplo, la cirugía de hemorroides? ¿Ello tiene variaciones?

Tiene la palabra el señor Matías Goyenechea.

El señor **GOYENCHEA**.- Señor Presidente, efectivamente habrá variaciones, las que dependerán de dónde se realicen las prestaciones; la mayor o menor disponibilidad del recurso humano puede generar ciertas variaciones en los precios. Lo importante sería constatar, pero el foco de este estudio no fue verificar si en una misma prestación o en un mismo establecimiento se produjeron variaciones importantes, pues sería significativamente complejo.

Las prestaciones o compras son de distinto tipo, por lo que muchas veces se compran horas o disponibilidad de ciertos profesionales, como la compra de una intervención quirúrgica completa, lo que, claramente, tiene un valor distinto, según su naturaleza.

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

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, entiendo que si la columna K, monto del contrato, la divido por la columna I, número de atenciones reales, obtengo el precio unitario del servicio.



Sin embargo, me llama la atención que en algunos casos, por ejemplo, en los servicios de imagenología -línea 198-, si divido los 20.370.000 de pesos por las 31 atenciones, da un valor de 700.000 pesos por cada servicio. ¿Es correcto?

El señor **GOYENCHEA**.- Efectivamente.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Pero existen algunas inconsistencias, por ejemplo, en la línea 211 se señala 10 intervenciones por hemorroides, pero el número de atención real fue de 5 pacientes. ¿Es un error?

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Todas las prestaciones se hicieron en los mismos recintos hospitalarios públicos?

El señor **GOYENCHEA**.- Sí.

Me explico, al momento de la investigación se estaban emitiendo órdenes de compra por ciertos servicios y no se estaba ejecutando totalmente el paquete comprado. Tomé las órdenes de compra respectivas y, sobre ello, puse el valor y el número de intervenciones, para que el valor final fuese lo más real posible.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Entonces, puede ser que ese contrato no se haya cerrado en 2015 o hasta el año que usted contabilizó, y que todavía estén pendientes algunos servicios para completar la cifra.

Si es así, no sería correcto dividir el monto del contrato por cinco intervenciones, pues habría que verificar primero si se hicieron otras intervenciones durante ese año.

El señor **GOYENCHEA**.- El valor es a la orden de compra, no al total de la licitación. Entonces, sí corresponde hacer la división, porque si es por sobre el total de los servicios contratados el monto será más grande y el número de intervenciones menor, por lo que el precio será más alto.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- En la columna H aparece el monto del contrato licitado, que es por una cantidad de prestaciones, si esto lo divido por el número real de prestaciones efectuadas obtengo el precio unitario.

Entonces, si en ese momento el contrato no estaba finiquitado y se realizaron menos prestaciones, el valor que muestra en esta base de datos no es el unitario, pues ese valor definitivo sería el que estipule el contrato, salvo que no se hubiesen hecho esas intervenciones e igual se hubieran pagado.

El señor **GOYENCHEA**.- Exacto. Se tomó hasta el corte real.

Ahora, como son órdenes de compra, en el mercado público están estipuladas la cantidad de compras realizadas en relación con el valor por esos servicios, por lo que debería estar calzado.

En la base de datos que aprecian en la pantalla se establecen casos en que influye el tiempo. Por ejemplo, en el caso de la línea 345 del servicio de anatomopatología existe una disponibilidad temporal, lo que demuestra que influye el tiempo y no el número de prestaciones. Se desprende que en relación con ese periodo se pagó una cantidad determinada de recursos.

De todas formas, los detalles de cada licitación se pueden revisar a partir del número de la licitación requerida.



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

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, el señor Goyenechea afirmó que existen compras que se pueden cuestionar. ¿Qué porcentaje de compras son cuestionables y cuál sería la propuesta para evitar que se generen este tipo de situaciones?

No sé si después de realizar las conclusiones del estudio determinaron de qué manera se puede evitar que estas situaciones se sigan repitiendo en el tiempo.

El señor **GOYENECHEA**.- Señor Presidente, nosotros concluimos que efectivamente puede haber licitaciones que responden a problemas de falta de recursos, como especialistas que quieran estar contratados en los respectivos hospitales. Muchas veces se hacen concursos, pero los puestos no son llenados, ya que los mecanismos de compra de servicio pagan mejor el desempeño por tiempo, que contratado.

Hay que cuestionar cómo es la remuneración del gremio médico que se ofrece en los hospitales públicos y cómo se generan incentivos perversos, para que muchas de las prestaciones que se podrían realizar durante los horarios de trabajo de los médicos, se estén realizando por fuera del horario y pagado a precios superiores.

Considero importante revisar las modalidades de contrato, así como la política de planificación del recurso humano.

Ahora, hay otros tipos de situaciones. Existe un caso muy emblemático que está incorporado en la base de datos, cual es lo que sucede en imagenología. No es que el hospital no haga la intervención o que no tome la placa de rayos, sino que manda a informar a un centro médico, por lo que en vez de tener contratado al radiólogo las 44 horas, compra a precios gigantescos cada uno de los informes.

Es un gasto ineficiente, donde muchos recursos se terminan desperdiciando, pudiendo pagar mucho mejor a ese médico radiólogo y generando ahorros bastante considerables para el sector.

Ese tipo de gastos terminan siendo muy ineficientes que, entre otras cosas, pueden generar problemas de índole ético, como disminuir la productividad para luego contratarla por fuera de los horarios. Estas situaciones no son más que un reflejo de la precariedad del sector público. Por lo mismo, la idea de nuestro estudio era visualizar ese tipo de precariedades y definir cómo y dónde intervenir.

Cuando un hospital tiene muchos tipos de compras relacionadas con ciertas materias, uno se puede cuestionar qué sucede con ese hospital y cómo subsanar el tema. Por ejemplo, generando más recursos, a fin de contratar más personal, comprando máquinas o dando el espacio necesario para contar con la disponibilidad requerida por ciertos pabellones.

Esta era la intencionalidad de este estudio, y me parece que con esta base de datos, al menos, se pueden ver las dificultades que se presentan en cada hospital. Esta es la mayor riqueza que se puede obtener de acá.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, por su intermedio, pregunto al señor Goyenechea si ha observado la conducta de las clínicas Ensenada y Colonial respecto de estas materias.



Me refiero a la compra de servicios, a la externalización de algunos de ellos y al *modus operandi* de esas operaciones comerciales.

El señor **GOYENCHEA**.- Señor Presidente, no he revisado el caso de esas dos clínicas. Me parece que esas clínicas hoy están obteniendo adjudicaciones por parte de los convenios que realiza con Fonasa para la compra de días-cama, donde me parece que está el mayor número de compras que recibe este tipo de clínicas. En estos años no me aparecen como compras directas realizadas por los hospitales.

Sí se puede detectar ese tipo de compras en el caso del programa de compras que tiene Fonasa. Sin embargo, por intervenciones quirúrgicas o algún otro tipo de prestaciones, no me aparece ninguna de estas dos clínicas.

El señor **CASTRO**.- Entonces, ¿debería aparecer a través de las Unidades de Gestión de Camas de los Servicios de Salud, para que esté en los primeros lugares del ranking de compras?

El señor **GOYENCHEA**.- Por ahí podría aparecer. Sí, ahí habría que buscarlo. Y eso se puede pedir por oficio.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Este modelo lleva más de una década en Chile. ¿Cree que tenga vuelta atrás?

El señor **GOYENCHEA**.- Señor Presidente, me parece que hoy día los incentivos apuntan a tener este sistema por largo tiempo. Sin embargo, va a depender de la voluntad política del Ejecutivo, de los gobiernos de turno, para llegar a acuerdos con los actores presentes en los hospitales.

Hoy día hay un proceso de discusión entre el gobierno y el Colegio Médico para revisar lo que tiene que ver con su situación remuneracional. En ese sentido, me parece que aquí hay que generar una política de recursos humanos de mayor largo plazo, porque es ahí donde está el problema, más que en la construcción de hospitales o en la falencia de equipamientos. Hay una situación con el recurso humano donde es necesario generar un acuerdo general con el gremio médico, para mejorar las condiciones y hacer innecesario este tipo de compras, lo cual implica mejorar las condiciones y quizá generar ciertas inhabilidades, para que se puedan hacer cierto tipo de compras, sobre todo en el caso en que puedan ser más cuestionables cuando un mismo jefe de servicio participa en la compra para su servicio. Ahí se puede perfeccionar los mecanismos, lo cual requiere una intervención más desde el gobierno para generar esos cambios.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Damos las gracias al señor Matías Goyenechea.

Damos la bienvenida al superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic, y al secretario regional ministerial de Salud de la Región Metropolitana, señor Carlos Aranda.

Tiene la palabra el señor Aranda.

El señor **ARANDA**.- Señor Presidente, brevemente voy a presentar el marco jurídico de autorización sanitaria de hospitales y clínicas.

Hay tres cuadros normativos, dos decretos supremos y el Código Sanitario, que están mencionados allí y rigen este marco jurídico.



El decreto supremo 161 de 1982, que es el reglamento que se aplicará a todos los hospitales, clínicas y demás establecimientos de salud donde se presta atención cerrada para ejecutar fundamentalmente acciones de recuperación y rehabilitación de personas enfermas.

El artículo 7° establece las características principales que deben tener estas instalaciones, lo que se requiere: ubicación y nombre del establecimiento, individualización del propietario, instrumentos que acrediten dominio del inmueble, objetivos y campos de acción en que se desarrollará la actividad del establecimiento, croquis del edificio que indique distribución funcional de las dependencias y copias de los planos de las instalaciones de electricidad, de agua potable, etcétera.

Artículo 8. Las solicitudes serán estudiadas por la oficina o dependencia de la seremi de Salud de la región respectiva.

Los resultados deben ser informados, previa visita al inmueble, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde la fecha de su presentación. O sea, también establece fechas máximas.

Artículo 9. Con dicho informe, el seremi dictará una resolución aprobando el local o rechazando la solicitud, en cuyo caso deberán expresarse las razones en que se funda el rechazo.

Artículo 10. Aprobado el local, el interesado solicitará la autorización de instalación, indicando la siguiente información:

a) Individualización del médico cirujano que asumirá la dirección técnica del establecimiento; b) indicación de los profesionales, técnicos y demás personal que integrarán su dotación estable; c) descripción de los equipos e instalaciones con que contará el establecimiento.

Artículo 11. La oficina a que se refiere el artículo 8° verificará si la solicitud reúne los requisitos indicados e informará de ello, dentro de los quince días siguientes a su presentación, al Secretario Regional Ministerial de Salud, quien deberá dictar la resolución que autorice la instalación del establecimiento, previa comprobación del pago del arancel correspondiente. En caso de que la solicitud de autorización mereciera observaciones, la resolución del Secretario Regional Ministerial de Salud fijará el plazo dentro del cual ellas deberán ser subsanadas, a cuyo vencimiento se dictará la resolución que deniegue en definitiva la instalación, si dichas objeciones no han sido satisfechas por el interesado. Si, en cambio, el interesado da cumplimiento a la resolución del Secretario Regional Ministerial de Salud, este autorizará de inmediato la instalación del establecimiento.

Artículo 12. Las solicitudes a que se refieren los artículos 7° y 10 podrán presentarse conjuntamente por el interesado en una misma presentación, para obtener la aprobación del local y la autorización de instalación del establecimiento. En este caso, la solicitud deberá ser estudiada y resuelta dentro del plazo de veinticinco días hábiles, contados desde su presentación.

Artículo 14. Si por cualquier circunstancia la Secretaría Regional Ministerial de Salud no diere cumplimiento a los plazos indicados en los artículos 8°, 11, 12 y 13, su Secretario



Regional Ministerial de Salud deberá informar de inmediato al Ministerio de Salud las razones que han determinado esa situación y adoptará las medidas necesarias para resolver la solicitud que se encuentre pendiente.

Marco jurídico del Código Sanitario:

En el artículo 7°, inciso segundo, señala que la autoridad sanitaria ante quien se presente una solicitud de autorización o permiso, deberá pronunciarse dentro del plazo de 30 días hábiles, contado desde que el requirente complete los antecedentes exigidos para ello, y en caso de denegarla, deberá hacerlo fundadamente.

Artículo 8.- Las solicitudes serán estudiadas por la oficina o dependencia de la Secretaría Regional Ministerial de Salud... dentro del plazo de quince días hábiles contados desde la fecha de su presentación

Artículo 9.- Con dicho informe, el Secretario Regional Ministerial de Salud dictará una resolución aprobando el local o rechazando la solicitud.

Artículo 10.- Aprobado el local, el interesado solicitará la autorización de instalación.

Las solicitudes a las que se refieren los artículos 7°, 10 y 12 podrán presentarse por separado o en conjunto y para esto el seremi tiene que resolver en 25 días hábiles, contados desde su presentación.

Respecto de Clínica Ensenada, por solicitud N° 6860, de 11 de febrero de 2014, solicita el representante legal, don Rodolfo Bustos Basili, la autorización para Clínica Ensenada, ubicada en Avenida Vivaceta N° 957, comuna de Independencia, razón social Sociedad Portal de Salud SpA.

Por Resolución Exenta N° 026656, de 11 de julio de 2014, se deniega la autorización de instalación de la Clínica Ensenada por no cumplir con algunos requisitos estipulados en el Decreto Supremo 58, de 2008, referido a equipamiento e insumos médicos.

Específicamente, se detectó falta de algunas de las bombas o jeringas de infusión, lámparas portátiles, camillas de traslado y ventilador volumétrico, que al hacer la revisión, deben estar operativos en el lugar en que deben funcionar regularmente.

Posteriormente, los funcionarios del Subdepartamento de Profesiones Médicas realizan visitas de formalización al establecimiento, constatando que todas las observaciones efectuadas habían sido subsanadas.

Por Resolución Exenta N° 027154, de 18 de agosto de 2014, se autoriza el local y la instalación de la clínica.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, por su intermedio quiero comentar al señor Aranda que en la sesión anterior le preguntamos a la directora de Fonasa cómo era posible que una clínica que según la normativa que adjudicó su categorización para ser oferente de camas al sistema público, específicamente para pacientes que se agudicen o reagudicen para ocupar camas críticas –ese es el paquete que oferta Clínica Ensenada al sistema público- no tuviese un sistema de radiología propio ni un sistema de banco de sangre y hemoderivados propios, sino por encargo, para poder funcionar.



Se nos dijo que esa condición no dependía de Fonasa, que tenía que ver con un estándar que se ofrecía a un paciente público, porque aquí estamos pensando en un paciente del sistema público que tiene un *gold standard*, unidad de paciente crítico, y hasta donde sabemos todo hospital cabecera de región, u Hospital Tipo 1, posee estos dos servicios: radiología, con todas sus variantes, y banco de sangre en forma permanente, las 24 horas. Ese es el estándar en el sistema público para un paciente crítico de UPC, y laboratorio.

Entonces, se nos dijo que esto no era resorte del Fonasa y que era un problema de la seremía que autorizaba a esas reparticiones para tener los requisitos mínimos; que este no era un tema que el Fonasa pudiera responder, sino más bien la autoridad sanitaria.

Por eso, quiero preguntar al doctor Aranda si el problema se reducía a unas bombas de infusión, a unas jeringas más o jeringas menos, y en un mes se cumplió con lo requerido para que se otorgara la autorización. La pregunta es quién se hace cargo de que esa clínica -no sé si otras- no tuviera servicios de rayos las 24 horas. Dicha carencia afecta a los pacientes, puesto que les toman una radiografía al día o les hacen un escáner y después tienen que buscar en el sistema dónde los trasladan para hacerles esos exámenes, y lo mismo respecto de las transfusiones. Se nos dijo también que tampoco era resorte de la superintendencia, sino de la autoridad sanitaria.

Señor Presidente, solo estoy repitiendo una respuesta que se nos dio, y como está presente la autoridad sanitaria quiero que nos diga quién se hace cargo de esa situación que sigue ocurriendo con estas dos prestaciones, que no tienen un recinto para enfermos público, que debe recibirlos en la unidad de paciente crítico y que no cuenta con radiología ni banco de sangre.

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

El señor **ARANDA**.- Señor Presidente, en primer lugar, he mostrado los requisitos y la reglamentación en todo lo que se exige para dar la autorización sanitaria.

Le voy a pedir a la señora Luisa González que me asesore porque el procedimiento de los criterios exigidos a las instalaciones se rige estrictamente por las normativas.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Luisa González.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Luisa).- Señor Presidente, soy encargada o jefa del Subdepartamento de Profesiones Médicas de la Seremi de la Región Metropolitana. Este cargo específicamente se relaciona con la autorización de los establecimientos de salud, tanto públicos como privados.

Respecto de la pregunta de la Clínica Ensenada, no solo se autorizaron las camas UTI y UCI, sino también Imagenología. El subdepartamento que lo autorizó no es el mío. Se trata de un subdepartamento que tiene que ver con equipos críticos. Ellos estuvieron en el establecimiento, verificaron los equipos. Nosotros autorizamos eso como sala de procedimiento. Por lo tanto, ellos partieron con Imagenología.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, quiero aclarar que no estoy diciendo que no se haga imagenología. Lo que digo –lo sé por fuentes de la propia clínica- es que una vez al día, en las mañanas, cuando el médico pasa de visita ordena cuáles son las radiografías o escáner que se deben realizar, van a una empresa externa y las toman; después piden los



informes y punto. Salvo que haya una situación de extrema gravedad, no se toman más en el día, porque todo ello está externalizado. No hay disponibilidad propia para estos procedimientos ni tampoco un banco de sangre.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Luisa).- Bueno, no es obligatorio que las clínicas tengan un banco de sangre, pero sí los hospitales. Hay que diferenciar a los establecimientos. Un hospital tiene que partir con todo, y en este caso sí tenemos la Unidad de Medicina Transfusional y la imagenología, que tiene que ser completa. Un hospital no puede partir sin esos elementos, no así la clínica.

La clínica, aunque tiene hospitalizados, puede recurrir a servicios externos. Esa es una particularidad que tiene la clínica y, según la reglamentación, no estamos obligados a pedirles que tengan banco de sangre e imagenología, aunque sí debemos solicitarles los convenios. Eso sí es importante.

Ahora bien, ellos partieron con sus equipos críticos, o sea, autorizados. En imagenología tenían los equipos y fueron vistos por nuestros formalizadores. Ellos los presentaron, pero no puedo dar fe de eso porque nuestro subdepartamento no autoriza equipos críticos, sino otro subdepartamento dentro de la Seremi que tiene relación específica con los equipos críticos. Lo que sí puedo indicar es que nosotros tuvimos la resolución en la que se manifestaba que estaban autorizados, y que se fue a ver.

El señor **CASTRO**.- ¿Cuántas camas funcionan?

La señora **GONZÁLEZ** (doña Luisa).- Son 50 camas, 44 UTI y 6 UCI.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, si es como dice la señora Luisa González, me gustaría preguntar al doctor Carlos Aranda, en su calidad de secretario regional ministerial de Salud de la Región Metropolitana, cuál es la validación de esos equipos de rayos, quién los autorizó y bajo qué condiciones.

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

El señor **ARANDA**.- Señor Presidente, dada lo compleja de la autorización y al no contar con el detalle respectivo, me parece más correcto dar una respuesta documentada al respecto, con el fin de cumplir con todos los requisitos. Voy a tomar nota de las preguntas, porque hay varios departamentos en distintos ámbitos, son muchas clínicas.

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

El señor **VERDUGO**.- Señor Presidente, tengo una confusión propia de mi ignorancia en estas materias, respecto de la diferencia existe entre la contratación de esos servicios de parte de un hospital público a una clínica privada y cuando dicha contratación se produce en el sentido contrario.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Diputado Verdugo, la explicación que recibimos es que hay una unidad de gestión de camas, en la que se acuerdan los precios de las compras de servicios, y que los de esta clínica serían los más adecuados, no los de otras con más tradición, por decirlo de manera elegante, que cuentan con otros implementos y servicios.

Tiene la palabra el diputado Osvaldo Urrutia.



El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, me gustaría saber si en las bases de licitación de los servicios de contratación de camas de esas clínicas se considera la exigencia de que cuenten con laboratorios de sangre y de imagenología.

Además, quiero saber cuáles son las razones técnicas para obligar a una clínica que tenga esos dos servicios. Es decir, me gustaría que nos señalen por qué una clínica no podría subcontratar un servicio.

Asimismo, deseo consultar qué antigüedad tienen los equipos, los bancos de sangre y qué tan actualizados son los estándares, en comparación con las clínicas privadas, de los hospitales del área metropolitana. Lo consulto porque mi experiencia es que en muchos casos en los hospitales de la región se mantienen equipos que están cerca de su obsolescencia funcional. Entonces, mi consulta es por qué no puede subcontratar un servicio un hospital que cuente con un equipo que esté mal o que sea costoso de mantener.

Entiendo que en este caso existe especialización; una clínica puede contratar a un especialista que cuente con los equipos adecuados. En mi opinión, no veo si existe alguna limitación o una razón médico-técnica para exigir que una clínica deba contar con un laboratorio de sangre.

Hago la consulta porque en el quehacer diario las empresas no pueden ser autárquicas, no pueden hacer todo dentro de un mismo rubro. Solo como analogía, quiero señalar el ejemplo de la construcción, en la que hay muchos servicios que se subcontratan, como la topografía, la mecánica de suelo, los laboratorios de calidad, con especialistas que se dedican únicamente a eso. Entonces, mi consulta es si hay alguna razón médica para que este tipo de servicios de laboratorio deba ser prestado única y exclusivamente por la clínica que se subcontrata. Aplicando la teoría implícita en la consulta del diputado Verdugo, deseo saber por qué se exige a las clínicas que tengan esos servicios y no los subcontraten, en circunstancias de que ni los hospitales cuentan con ellos.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, solo me gustaría aclarar al doctor Aranda la naturaleza del tipo de paciente de que estamos hablando.

El planteamiento que hice no tiene que ver con la naturaleza pública o privada del prestador, es decir, del examen de laboratorio o de rayos; no tiene que ver con eso.

Al tratarse de pacientes críticos, que es la esencia del convenio que tiene la Clínica Ensenada con el sistema público, a ese estándar de paciente crítico me refiero, quiero saber si la disponibilidad del examen de apoyo de diagnóstico está a la mano, evitando mayor riesgo al paciente, porque en un establecimiento bajar del piso quinto al piso tres a tomar un escáner no es un problema para un enfermo crítico; pero es distinto, como ocurre en esa clínica, sacarlo de la calle Vivaceta, que es donde está ubicada, y llevarlo a otro establecimiento en una ambulancia, con un respirador mecánico y un médico abordo, por todos los riesgos que ello implica, para hacer una prestación externa. Para ser precisos, es muy distinto el equipo de rayos portátil, que va a la cama del paciente, le toma una radiografía simple de tórax, a exámenes de esta naturaleza, que cada vez se toman más en el caso de los enfermos críticos, como los escáner o las resonancias, para lo cual el paciente



debe ser movido, con todos los riesgos que ello conlleva. En ese caso no da lo mismo si está disponible dentro del recinto, independiente de que sea de origen público o privado, o si debe ser trasladado a otra parte. Ese es el punto que quiero se precise.

Además, me gustaría preguntar al seremi de Salud de la Región Metropolitana cuántas visitas posteriores a agosto de 2014 ha realizado la seremi de Salud, en que haya registro de las condiciones en que opera dicha clínica.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Doctor Aranda, me gustaría saber quién define la calidad de los enfermos que recibe la clínica. ¿Son enfermos críticos o hay una determinada categorización de los pacientes?

El señor **ARANDA**.- Señor Presidente, puedo responder detalladamente, pero la invitación a esta sesión era, en general, para saber si había autorización o no.

La autorización tiene complejidades específicas con distintos especialistas. Hay que revisar caso a caso, y está la documentación. El tema de fondo es que sí está autorizada, se hizo dentro de los plazos esperados. En todo caso, puedo revisar en detalle las preguntas pendientes y hacer llegar la respuesta con posterioridad.

Sin perjuicio de aquello, puedo señalar que no está en nuestra naturaleza lo relacionado con la contratación de servicios externos; es decir, si contratan servicios externos no tiene que ver con el ámbito de la autorización, sino con otro ámbito, de procesos más bien de carácter clínico. Nosotros nos ocupamos respecto de si cumple o no.

Obviamente, como dijo el doctor Castro, es lícito que nos planteemos si un paciente grave, crítico, tiene que ser trasladado fuera para hacerle un examen. Sin embargo, debo ceñirme a la reglamentación de todos los procesos. Puedo traer el detalle de la reglamentación para saber si se cumple o no.

Este es un tema muy específico para la seremi de Salud, por cuanto debe cumplir con todas las normativas en estricto rigor, porque, de lo contrario, podemos ser sancionados por distintos órganos del Estado. En la discusión tenemos la duda si un procedimiento es suficiente para garantizar la seguridad del paciente. ¿Es suficiente esto? Pero tampoco estamos autorizados para interpretar, más allá de lo que debe ser, la normativa. Eso corresponderá a los legisladores o a nuestras autoridades superiores. Son cuerpos que se han ido desarrollado y perfeccionando en la medida en que la tecnología se va produciendo.

Por lo tanto, quiero circunscribir la capacidad de respuesta a una normativa específica, la que hemos cumplido, y si hay algún detalle, lo vamos a revisar y lo vamos a poner en conocimiento.

Respecto de la otra pregunta, a nosotros no nos corresponde referirnos a si hay contratos o no, independiente de que podemos opinar; pero si se contratan algunos servicios u otros, no está en nuestra naturaleza el detalle de esto. Si los hubiera, lo revisaré en el detalle.

Ahora, nosotros, posterior a esa fecha, hemos hecho cuatro fiscalizaciones y un sumario sanitario, con aplicación de una multa de 40 UTM. Si ellos no cumplen con la normativa, iniciamos un sumario; luego, y si corresponde, se aplica la multa y si no se resuelve el tema,



dependiendo de la gravedad, podemos prohibir el funcionamiento o caducar la autorización sanitaria de la clínica. Eso en cuanto a las fiscalizaciones a la fecha.

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

El señor **CASTRO**.- Señor Aranda, ¿cuál fue la causal de sumario?

El señor **ARANDA**.- Ayúdeme señora Luisa. Respecto del sumario sanitario.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Luisa González.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Luisa).- Son varios los requerimientos que faltaban cuando se realizó la visita. Faltaban equipamientos y elementos que eran importantes para la clínica.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Cuándo se realizó esta visita, señora Luisa?

La señora **GONZÁLEZ** (doña Luisa).- La visita se efectuó a fines de 2015. Además, las bodegas no daban abasto por la mantención de los equipos, que son bastantes.

En otra visita, las observaciones que se le hicieron en el sumario, la clínica ya las había subsanado.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, por su intermedio, pido que se oficie para se informen todas las visitas realizadas con posterioridad a la autorización sanitaria de esta clínica; el registro que se constató en ella; el sumario y las visitas posteriores en las que se habría constado que se habrían subsanado -habría que ver cuáles fueron exactamente las razones- las irregularidades detectadas en esa época.

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

Acordado.

Señora González, en la Seremi existe algún concepto para definir qué es una clínica; qué es un hospital y qué es un centro médico.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Luisa).- Sí, eso está establecido en el Código Sanitario, particularmente en el reglamento N° 161 de hospitales y clínicas, que establece de manera clara la diferencia entre hospital y clínica.

El hospital es un establecimiento de atención cerrada, que es de hospitalización, pero que tiene bastante más complejidad que una clínica. El hospital puede ser de un tipo de especialidad, como también puede serlo para la atención de adultos o de niños.

El hospital no puede empezar a funcionar si no tiene todos los elementos, como bien decía el doctor Castro, es decir, no puede funcionar si no tiene las unidades de apoyo: farmacia, imagenología, unidad de medicina de transfusión, laboratorio. En este sentido, un hospital, en tanto hospital, no podría funcionar, sea público o privado.

La clínica es diferente, porque es un servicio que puede ser ambulatorio, toda vez que tiene consultas, pero también hospitalización. En la hospitalización, las unidades de apoyo tienen que establecer convenio con imagenología, con laboratorio, con unidades de medicina transfusional, incluso con servicios de traslado de pacientes.

Todos esos convenios son solicitados a través de la Seremi. No queda ningún cabo suelto. La clínica no puede funcionar si no presenta un convenio para transfusiones; otro para imagenología; otro para laboratorio, etcétera. Si necesita tener rápidamente el acceso a un resultado, requiere tener ese convenio con un laboratorio.



El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Una clínica en la que se pone botox es igual a una de pacientes críticos? Me refiero, en el contexto de la ley y no en la observación.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Luisa).- No es lo mismo, porque el botox se aplica en una sala de procedimiento, que es un lugar establecido para realizar tipos de procedimientos, que no son de hospitalización. Inyectar botox no implica que la persona vaya a quedar hospitalizada.

Estoy de acuerdo con ustedes, nadie puede asegurar lo que vaya suceder con ese paciente, pero para el tratamiento de botox, siendo considerado una aplicación de un producto que va internamente en el ser humano, el establecimiento requiere tener un médico como director técnico y el personal adecuado, ya que se trata de una actividad de salud.

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

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, quiero ampliar la información que solicitó el diputado Castro, porque parece que nos estamos ensañando con una clínica en particular. Ha sido recurrente, en esta sala, escuchar a algunos diputados pedir información al respecto, cuando el...

El señor **CASTRO**.- El que más cama ha vendido al sistema público. Es solo eso nada más. Un dato objetivo.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, estamos para investigar los procesos de compra de Fonasa, que dio a conocer el listado de sus licitaciones. Esta clínica llegó con los precios más baratos, en comparación con otras. No sabemos, pero entiendo que la información se solicitó, si en las bases de licitación se exigieron las cosas que está incorporando el diputado Castro.

Pienso que la información debe ser ampliada a todas las auditorías que se hicieron durante los años 2014, 2015 y 2016; qué clínicas auditaron y cuáles fueron las sanciones que se aplicaron a cada una de esas clínicas. De esa forma, podremos tener un patrón de comparación, para no dedicarnos a analizar solo a una clínica en particular, lo cual es injusto; le estamos cargando la mata a una clínica, sin conocer la realidad. Recordemos que estamos estudiando el proceso de compra de Fonasa.

Por esa razón pedí invitar al director médico de la clínica, a objeto de que nos exponga su realidad; de lo contrario, ir a visitarlo, como lo propuse hace dos sesiones. Visitemos la clínica, para salir de de todas las dudas.

Por eso, pido que en el oficio en cuestión se amplíe la información a todas las auditorías realizadas en los últimos tres años, lo que es de toda justicia.

Además, señor Presidente, y en conformidad con la información que entregó el expositor anterior, pido que se nos entregue un análisis de los precios unitarios por las distintas prestaciones logrados por los diferentes servicios. Recuerdo que en sesiones anteriores pedimos que los hospitales nos enviaran los costos reales, los costos fijos y las variables de todas las prestaciones, de manera de contrastar esa información con los precios obtenidos a través de las compras, con cada uno de los servicios.

Creo que ese análisis se lo podemos pedir a la Biblioteca, sumándole que nos presente el nivel de concentración de estas compras por servicio. Si se hace un buen análisis con la



base de datos que construyó este señor que nos vino a exponer, podríamos sacar una serie de conclusiones. A mi juicio, esta base de datos está en bruto y hay que hacer un análisis de ella.

Lo que pido es que alguien, a lo mejor la Biblioteca, nos hagan un análisis de toda la información que está en esa base de datos. Por ejemplo, cuáles son los precios unitarios que se logran; cuál es el nivel de concentración de compra en cada uno de los servicios; cuáles son las especialidades que más se subcontratan, en fin.

Lo anterior porque más allá de las licitaciones que realizó el Fonasa, materia que quedó relativamente clara tras la concurrencia de su directora -hay que completar información-, observo que el principal problema está en las compras que llevan a cabo directamente los hospitales y los servicios de salud. En ello, aparentemente, tenemos el gran forado; no es en esta, sino que es en las otras.

Por ello, considero que, a pesar de la contribución que hizo esta persona al elaborar esa base de datos -que hay que completar y mejorar-, aún se puede obtener mucha información relevante para el análisis de la comisión.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- El diputado Osvaldo Urrutia propuso solicitar la información ampliada de las fiscalizaciones de todas las secretarías regionales ministeriales.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

En segundo lugar, solicitar a la Biblioteca del Congreso Nacional la realización de un análisis comparado de las diferentes prestaciones en los distintos servicios, utilizando la presentación del señor Matías Goyenechea o bien la información que envió el Ministerio de Salud.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Osvaldo Urrutia.

El señor **URRUTIA** (don Osvaldo).- Señor Presidente, el señor Matías Goyenechea dijo que muchos servicios y hospitales no le respondieron, en otras palabras, que solo algunos remitieron información.

Por lo tanto, propongo que se oficie a las autoridades responsables de las entidades que no contestaron, a fin de que remitan la información reflejada en esa base de datos para hacer un análisis integral.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- También el ministerio tiene esa información.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, quiero redirigir el foco de la conversación, pues no se trata de que realicemos un extenso y lato análisis de cómo son las reglamentaciones de las clínicas o de los hospitales, sino que el foco debe estar en lo siguiente:

Nos referimos a algunos establecimientos creados en el último tiempo sin atención abierta, es decir, a dichos establecimientos no llega gente de la calle a consultar ni concurre



a consultas médicas o se interna, producto de que llega de afuera, de su casa, lo ve un médico y ordena su internación. ¡No! Estamos hablando de establecimientos privados que son de derivación cerrada de pacientes públicos; no es que lleguen pacientes de Isapres, sino que son ciento por ciento pacientes públicos.

¿A qué voy con mi comentario? Quiero comparar y entender el estándar que estamos ofreciendo en el lado público a un paciente público y el estándar que estamos ofreciendo en el lado privado, pero de derivación pública, a esos mismos pacientes y no otros.

No quiero que entremos en una disquisición sobre que en la clínica es de una forma y en otro establecimiento de otra, porque el foco está en el usuario y en el paciente público.

Si el paciente infartado en el Hospital San Luis de Buin no tiene cama en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Barros Luco, irá a la Clínica Ensenada o a la Clínica Colonial. ¿Me explico? Así es, así ocurre en la práctica.

No se trata de abordar la emergencia que genera un fenómeno que tiene dos años, porque podríamos debatir sobre las históricas clínicas Las Condes, Tabancura, entre otras, que han sido prestadoras y acreditadas infinitas veces. ¡No! Estamos hablando de fenómenos distintos, de clínicas nuevas que son receptáculos, por escasez, en ciertos periodos del año, de pacientes públicos, críticos, médicos –no quirúrgicos-. Por ello, quiero entender cuál es la lógica de la oferta de la cartera de servicios que estamos dando y el nivel de calidad que se está prestando a nuestros pacientes públicos. Ahora bien, que estén transitoriamente en un recinto privado es otro tema.

Ese es el foco de lo que estamos tratando de dirimir y clarificar en cuanto a la normativa y la autoridad sanitaria.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión hasta por 10 minutos?

Acordado.

Diputado Castro, la derivación no es resorte de la Secretaría Regional Ministerial, sino de otra entidad. Ellos tienen que otorgar la autorización, acorde a la ley, y aquello se cumplió, pero quien realmente define que el paciente infartado del Hospital San Luis de Buin sea trasladado a la Clínica Germánica o a la Clínica Ensenada u a otra es la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, estoy hablando del estándar de calidad del oferente.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Tiene la palabra el doctor Carlos Aranda.

El señor **ARANDA**.- Señor Presidente, espero que me formulen por escrito las preguntas para que sean precisas, por favor, porque se realizaron varias consultas.

En algún momento, me pareció que podía haber alguna confusión. Tenemos un reglamento sanitario específico que cumplir, con tiempos acotados, y toda esa documentación está disponible. Si hay algún tema en particular respecto de un detalle, remitiremos la información respectiva.

Nuestro ámbito, es decir, nuestra obligación es fiscalizar las clínicas –ni más ni menos- y, en ese sentido, se cumplió la normativa, pero si hay alguna pregunta específica la



responderé, por eso es importante que la acoten por escrito, a fin de ser preciso en la respuesta y no generar discusión.

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

Le remitiremos las preguntas respectivas.

Tiene la palabra el superintendente de Salud, señor Sebastián Pablovic, quien esperamos nos acompañe la próxima sesión.

El señor **PAVLOVIC**.- Señor Presidente, no hay problema, pueden invitarme cuantas veces lo estimen.

La invitación no especificaba la materia respecto de la que querían un informe, razón por la cual comenzaré con lo general y, sobre esa base, podrán formular las preguntas que correspondan.

La Superintendencia de Salud tiene definido su ámbito de atribuciones respecto del sector en el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 y de las leyes N°s 18.469 y 18.933, sobre Fonasa e Isapres.

A partir de dicho marco normativo se establece un deber genérico, una descripción genérica de las facultades de la Superintendencia de Salud que están vinculadas con la supervisión y el control de las instituciones de salud previsional, del Fonasa, en un área, y de los prestadores, en otra.

En términos generales, la intensidad de esas intervenciones de supervigilancia y control es distinta dependiendo del área.

Respecto de las instituciones de salud previsional, la normativa legal es bastante más frondosa y la musculatura normativa nos permite intervenir de manera bastante intensiva en requerimiento de información, en la facultad para interpretar la ley e impartir instrucciones.

En relación con el Fonasa, la intensidad regulatoria se acota fundamentalmente a los derechos de los usuarios, en particular vinculada con las Garantías Explícitas en Salud (GES), sobre todo en lo que tiene que ver con, por ejemplo, la obligación de informar de los prestadores y el cumplimiento de las garantías específicas del plan AUGE.

En cuanto a los prestadores de salud, la intensidad regulatoria disminuye un poco. Existen varias leyes o cuerpos normativos que establecen facultades de fiscalización o control, por ejemplo, respecto del sistema de acreditación; de la ley de Derechos y Deberes de los Pacientes; de la ley que prohíbe condicionar las atenciones médicas a un cheque o dinero en garantía y, recientemente, respecto de la llamada ley "Ricarte Soto" se establece una suerte de estándar general de control para el respeto de los derechos del sector público y del sector privado -Isapres y el Fonasa- y se incluye, por primera vez, dentro de las facultades de control, lo que dice relación con el derecho de las personas pertenecientes a los sistemas de seguridad social de las Fuerzas Armadas.

En ese contexto, podemos distinguir genéricamente tres facultades de intervención sobre el sistema:



La clásica de fiscalización, con facultades mucho más intensas respecto de las Isapres, un poco menos intensa respecto del Fonasa y bastante más tenue en relación con los prestadores de salud.

Por otro lado, está la facultad o posibilidad de intervenir por vía regulatoria, a través de la facultad de interpretar la ley. En ese ámbito, hay atribuciones genéricas y fuertes vinculadas con la normativa respecto de las Isapres, algo que es bastante genérico en cuanto a la obligación de informar, al contenido de los planes, las facultades para interpretar todo lo que tiene que ver con la normativa de las instituciones de salud previsional.

En relación con el Fonasa, específicamente el control de las Garantías Explícitas en Salud y de los prestadores de salud, solo respecto de la normativa vinculada con la acreditación. Por ejemplo, la superintendencia no tiene facultades para interpretar la ley de Derechos y Deberes del Paciente en términos de desarrollar su contenido. De hecho, ese es un problema frecuente en el que las facultades que otorga la ley de Derechos y Deberes no son tan intensas como nos gustaría y como, probablemente, sea necesario.

Cabe señalar que efectivamente las facultades se ejercen a través de las dos intendencias: la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores en Salud. La primera, es la continuadora de todas las facultades que tenía la antigua Superintendencia de Isapres, y que adicionalmente tiene facultades para resolver controversias, fiscalizar e interpretar las normas en relación con el Fonasa. La segunda, tiene por función administrar el sistema de acreditación y de registro que ha sido definido por el Ministerio de Salud.

La tercera intervención sobre el sistema, fiscalización e interpretación de normas regulatorias, es la de resolver reclamos, por ejemplo, como tribunal arbitral. Al interior de la superintendencia, en la Intendencia de Fondos funciona un tribunal de primera instancia, siendo el superintendente de Salud un tribunal de segunda instancia especial que resuelve como juez árbitro las controversias que tengan los afiliados del sistema con las instituciones de salud previsional respecto de terminación de contratos, de acceso a cobertura catastrófica, etcétera; y en relación con el Fonasa, fundamentalmente, aquello vinculado a la cobertura por ley de Urgencias, o como una instancia superior cuando se ha incumplido, por ejemplo, la garantía de acceso o de oportunidad por parte del Fonasa, el reclamo puede ser eventualmente resuelto en la Superintendencia de Salud.

Respecto de los reclamos en contra de prestadores de salud, no hay un tribunal especial al interior de la Intendencia de Prestadores, así es que se resuelven administrativamente por infracciones a la ley de Derechos y Deberes del Paciente o por infracciones a la ley que prohíbe condicionar la atención de salud de urgencia a la entrega de documentos en garantía.

Eso es en términos generales.

Hay una serie de aspectos del sistema que, efectivamente, escapan del ámbito de las atribuciones de la superintendencia, como los que, eventualmente, podrían considerarse como derechos del consumidor en relación con los prestadores o con aspectos financieros del Fonasa o de los prestadores de salud. Hay un ámbito de preocupación que,



efectivamente, no está dotado de un marco normativo que nos permita intervenir en esas materias.

Por lo tanto, en relación con el sistema de acreditación, nos limitamos a aplicar la normativa definida por el Ministerio de Salud y a controlar su cumplimiento cuando las instituciones han logrado su acreditación.

Eso es lo que puedo señalar a modo de introducción. Prefiero que hagan preguntas para ahondar en alguna materia.

El señor **ALVARADO** (Presidente).- Quedan cuatro minutos de sesión.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, en general, quiero preguntar al superintendente, Auge no Auge, cuál es la categorización que hace, entendiendo que la garantía de calidad todavía está pendiente en su plena aplicación. ¿Cómo se acreditan los centros públicos y privados en cuanto al nivel de complejidad de atención de los pacientes? Hablo de pacientes graves, específicamente unidades de pacientes críticos. ¿Cómo se evalúa la acreditación de esos pacientes?

Además, en la próxima sesión pido que se responda cuál es la acreditación que le consta a la superintendencia respecto de las clínicas prestadoras públicas, como Ensenada, Colonial y otras. En general, ¿cuál es la categorización que hace la superintendencia de estos prestadores?

El señor **PAVLOVIC**.- En términos genéricos, hay que recordar que se diseñó un esquema bajo el cual la garantía de calidad asociada al sistema de Garantías Explícitas en Salud tenía que implementarse paulatinamente de acuerdo con la forma y condiciones que los decretos correspondientes definieron. Una de las primeras dudas que había originalmente tenía que ver con cómo se va a definir una garantía de calidad solo para las prestaciones GES. ¿Y qué pasa con lo demás?

Parte de esa duda legítima de diseño fue resuelta a través del establecimiento de estándares generales. Se estimó que el primer paso que se debía dar tenía que ver con estándares generales que apuntaran a regular procesos asistenciales que, en la práctica, no estaban asociados a prestaciones clínicas particulares o a condiciones de salud particulares, sino a procesos asistenciales que, en términos genéricos, implicaban una mejora general del establecimiento. Es así como se incluye la pausa de seguridad dentro de los estándares generales. Ante una intervención quirúrgica, la pausa de seguridad no está definida como obligatoria solo para intervenciones quirúrgicas del GES, sino en términos genéricos; es decir, cómo está funcionando el proceso de pausa de seguridad. Lo mismo se puede decir respecto de la obtención del consentimiento informado y manejo de las biopsias, en resumen, los estándares generales.

Se planteó la posibilidad de que se definieran, también, estándares específicos, los que, eventualmente, podrían estar vinculados con prestaciones GES específicas, pero ese paso no se ha dado. De alguna manera, con los estándares generales, es el proceso que se ha consolidado hasta ahora.



La garantía de calidad está vigente desde 2013 y se hizo escalonadamente. Desde 2013, un elemento básico de la garantía de calidad tiene que ver con la exigencia de que los prestadores individuales estén ingresados en un registro público que administra la Superintendencia de Salud. Hoy lo damos por hecho, pero hace diez años no teníamos idea de cuántos médicos había o quiénes conformaban el resto de los profesionales de salud. Actualmente, a diez años, tenemos más de 460.000 personas en un registro público, disponible a través de la página *web* de la Superintendencia de Salud, en el cual consta que la persona de delantal blanco que está frente a usted es quien dice ser. Usted puede consultar el Rut, su nombre si, efectivamente, el profesional que está frente a usted es quien dice ser o posee las competencias que ostenta. Ese fue el primer paso que se dio en materia de garantía de calidad.

El segundo paso tenía que ver con la vigencia de la garantía de calidad o de la exigencia de acreditación para los establecimientos de mayor complejidad. Se podrá recordar que al asumir esta administración en 2014, menos del 20 por ciento de los establecimientos públicos estaban acreditados. Se pensaba que el sistema comenzaría a regir en junio de ese año, pero hubo que postergarlo e informar al país que, efectivamente, no estaba en condiciones de cumplir con ese plazo. Se postergó esa vigencia al 30 de junio del año pasado. Durante los últimos tres años hemos trabajado intensamente en la implementación y el cumplimiento de esas garantías en la Superintendencia de Salud, en el Ministerio de Salud, en la Subsecretaría de Redes Asistenciales y en todos los servicios de Salud. Es así como hoy más del 90 por ciento de los establecimientos públicos de mayor complejidad están acreditados y hay una serie de establecimientos de mediana y de baja complejidad, así como, establecimientos comunitarios de atención primaria que también están acreditados.

Al momento de dictarse el decreto GES 2016, se incorpora una suerte de flexibilidad, justamente, porque había unos pocos establecimientos públicos que estaban en una determinada situación. Sin embargo, se dio la paradoja del *too big to fail*; es decir, los establecimientos tenían que acreditarse y el sistema también necesitaba que se acreditaran. Por ejemplo, ¿qué hubiese pasado si el Hospital de Coyhaique no estuviera acreditado? ¿Qué sucedería con las redes asistenciales y las prestaciones que se otorgan? ¿Qué habría sucedido en el caso de Iquique y de otros establecimientos que representaban un riesgo muy importante para el sistema?

Se establecieron seis situaciones de excepción. La garantía de calidad empieza a regir el 1 de julio del año pasado, y hay una serie de normas de excepción que establecen una exigencia para que, dependiendo de la situación particular de cada establecimiento, se permita una flexibilidad de seis a ocho meses para obtener su acreditación. Hay algunos establecimientos, públicos y privados, que están acogidos a algunas de esas excepciones, ya sea porque se sometieron al proceso de acreditación, pero fallaron en apenas uno, dos o tres estándares obligatorios, o aquellos que al 30 de junio ingresaron su solicitud de acreditación, y hoy han sido evaluados y se está a la espera de los informes para verificar si obtuvieron o no su acreditación.



Efectivamente, estamos en esa situación de transitoriedad a la espera de que se resuelvan los informes y, a partir de eso, resolver la inscripción de establecimientos públicos o privados en el registro de prestadores acreditados que administra la Superintendencia de Salud.

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

En virtud del tiempo, lo dejamos citado para la próxima sesión.

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

-Se levantó la sesión a las 18.44 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,

Redactor

Jefe Taquígrafos Comisiones.