

ACTA DE SESIÓN EXTRAORDINARIA
Consejo de La Sociedad Civil
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

FECHA: 26 noviembre 2013	HORA DE INICIO: 15.15 horas
LUGAR: Modulo de Universidad Católica	

ASISTENTES	CARGO
Patricio Martínez	Vicepresidente
Rosa Bahamondes	Consejera
Arnaldo Cáceres	Consejero
José Aldunate	Consejero
Luis Muñoz	Consejero
Maria Huechaqueo	Consejera
Luis Osorio	Consejero
Victor Hugo Silva	Consejero
Victor Arroyo	Consejero
Carolina Videla	Jefa Dpto. Participación Social y Gestión Integral del Usuario.
Dra. Milena Pimstein	Jefa de la Unidad de Gestión de Proyectos del Servicio.
Ing. Carlos Encalada	Profesional, Unidad de Gestión de Proyectos del Servicio.
Luis Vera	Usuario ex Consejero
DIRIGE LA REUNIÓN :	Dr. Fernando Betanzo, Presidente del Consejo de la Sociedad Civil.

TEMA DE LA REUNIÓN
1. Presentación del proyecto de reposición del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
DESARROLLO y ACUERDOS
<p>A. Dr. Fernando Betanzo, inicia la sesión extraordinaria: Buenas Tardes, esta reunión fue a solicitud del Consejo de la Sociedad Civil en el sentido de poder aclarar dudas en un tema muy patente de hoy en día que es el tema de concesiones hospitalaria, específicamente lo que corresponde al Hospital Sotero del Río. Me acompaña la Doctora Milena Pimstein ella es médico intensivista pediátrica es la Jefa de la unidad proyecto que hace parte de la Subdirección de administración y finanzas del servicio. La Doctora trabajo en el proyecto de La Florida y ahora esta trabajando en el proyecto de Sotero y Puente Alto y también nos acompaña Carlos Encalada, Ingeniero que también esta trabajando en este tema, quien tiene muchos conocimiento y experiencia en concesiones. Así que ellos nos van a hacer una presentación, quiero que los escuchemos y después todas las dudas que tengan por favor ellas son las personas indicadas para que puedan responder.</p> <p>Consejero Don Luis Osorio, consulta si van asistir los trabajadores. El Dr. Betanzo, respecto a la invitación a los gremios, estos están en una postura no de conversar el tema de concesión, están en una postura ideológica de NO a las concesiones, por lo tanto, nosotros les hemos ofrecido tener estas conversaciones y a ellos no les interesa, lo que les interesa es que la cosa no vaya por concesión no hay otra alternativas o instancias de conversación, así lo manifestaron en una reunión que tuvimos el otro día con el Dr. Cataldo asesor de Ministros, Luis Barrios Jefe de concesiones del ministerio. Luis Barrios y Dr. Cataldo les ofrecieron conversación de concesiones pero ellos dijeron que no les interesa, nosotros lo único que queremos que el Sotero del Río no vaya por concesión, no hay otra intención de ellos.</p> <p>Aparte que ese día agredieron al Dr. Ignacio García Huidobro y a Luis Barrios pegándole patadas y al Sr. Cataldo también, así que ellos no están en una muy buena postura hoy en día, a menos que vinieran en una actitud de poder escuchar y consultar dudas pero ellos tienen claro que las concesiones es privatización, y por lo tanto no quieren hablar nada de concesión. Así que bajo ese escenario, yo le dije a Carolina que en realidad nosotros estábamos dispuestos a explicarles a ustedes que es lo que</p>

significaba la concesión, aclarar todas las dudas y bueno ustedes deben hacer su propia percepción del tema. La idea es que pregunte todo lo que quieran preguntar, ese es la oportunidad que esté bien informado.

B. Dra. Milena Pimstein, inicia su presentación: Nosotros queremos dar a conocer el foco que le hemos puesto para el tema de los proyectos.

¿Qué es lo que necesita la red sur oriente?. Establecer eso como lo principal, dar cobertura a las necesidades de salud a toda la población y para eso hicimos varios estudios que nos permitiera decir que si lo que tenemos ahora con La Florida, cuando entre en marcha, es suficiente para dar cuenta de las necesidades en el ámbito hospitalario o no lo es? . No hemos entrado a trabajar las necesidades de la atención primaria. La pregunta es si lo que tenemos que mejorarlo o definitivamente requerimos nuevas infraestructura.

Y ese ha sido el foco, el tema del ¿cuál es el mecanismo con el que se hace la inversión? pasaba a ser un tema secundario, puesto que no es el servicio quien decide sino instancias de nivel central (Hacienda y Ministerio de salud) el objetivo que nosotros planteamos es qué necesita la red Sur Oriente para dar cuenta de las necesidades de las atenciones.

Primero que nada, el 2010 teníamos un millón 623 mil beneficiarios, la mayor dato que no es menor tenemos el 9% de la población de Chile es del Servicio Salud Sur Oriente y el 10% de los beneficiarios de FONASA de todo el País están acá. Eso significa que 1 de cada 10 beneficiarios de Chile de FONASA se atienden acá, sin embargo por ejemplo lo que es camas, disponíamos 6,5 de las camas públicas del país, cuando tenemos el 10% de los beneficiarios, entonces ahí hay una disociación. Ese fue el primer tema que enfrentamos y nos comparamos con los otros servicios sabiendo que no hay ninguno que no tenga dificultades y que todos tienen listas de espera. Lo que observamos es que nuestro servicio tiene una brecha importante con respecto al promedio de la Metropolitana con respecto al promedio País.

Población total y beneficiarios: siempre mirando las dos cosas y en relación a las comunas, por ejemplo La Florida que tiene algo como un 60% y algo de beneficiarios de FONASA, no así en San Ramón, la Pintana, La Granja y Puente Alto todos tienen un 80 y tanto % de población que es beneficiaria, hay muchos mas beneficiarios en algunas comunas que en otras. Pero el promedio del Servicio Sur Oriente con todas sus comunas tiene cerca del 75 a 78 % de la población total es beneficiaria de FONASA, ó sea es además uno de los Servicios de Salud con mayor población en comparación a otros que llegan a un 60%. En este grafico de población FONASA en año 2009 de los beneficiarios las edades, en gris se ve que el 65% de la población está entre los 15 y 59 años y un 12% entre 60 y más años y un 23% menos de 15 años.

Ese ítem de entre 60 y mas años es un numero relevante ante la infraestructura hospitalaria son los que mas demandan necesidad de cama de critica, de pabellones, etc.

Y al 2020 que es lo que pasa sube de 12% a 20% la población de adulto mayor, por lo tanto lo que necesitamos hoy al 2020 va a ser más, porque tenemos mas población que tiene esos requerimientos entonces también es algo que necesitamos y equiparamos hoy día y que debemos proyectar para cubrir los requerimientos al 2020.

Grafico Camas: Los egresos se refiere a cuantos pacientes han estado hospitalizados y se dan de alta sino nosotros vemos esto es la Región Metropolitana y el País cuántos egresos por cada 1000 beneficiarios de FONASA el Servicio Salud Norte esto es al año 2009 (datos del 2009) tenia 90 personas eran hospitalizados y dados de alta por cada 1000 beneficiarios, el Occidente 71, Central 64, servicio oriente 136, Sur 86 y el Sur Oriente 60 y la región metropolitana en promedio 79 y el País en promedio 100 por cada 1000. Es decir que nuestros pacientes son los que tenían menos acceso a hospitalizarse. Si comparamos el rendimiento de las camas, vemos que el Sotero del Rio por cada cama hospitaliza al año 61,4 pacientes, versus todos los otros que hospitalizan muchos menos, por ello el Sotero tiene dentro de esto una alta productividad, por ello podemos decir que nos faltan camas y que lo hacemos mejor que otros en ese sentido, le sacamos mas jugo a cada cama.

PREGUNTA: Dra.? Esa información es hasta el año 2009,

RESP.: Lo que pasa es que la información del Departamento de Estadística de Salud DEIS es el que consolida toda la información nacional siempre va un poquito mas atrasado este estudio lo hicimos el año pasado recién para poder postular.

PREGUNTA: Y no hay ningún otro?

RESP.: No si hay pero además se mantienen las mismas tendencias, varía una u otra, ejemplo el año 2003 el Sotero tenia ingreso por cama 63% ingreso por cama y los otros también habían mejorado pero se mantienen las misma tendencia son pequeñas diferencias.

PREGUNTA: Disculpe pero estos porcentajes están de acuerdo al CENSO del 2012.

RESPUESTA: Este estudio lo hicimos antes del CENSO 2012 y con las dudas que hay de los resultados, seguimos trabajando con los mismos datos que teníamos antes, porque los datos que nos daban antes indicaban proyección de la población, mecanismo de estadística que tiene el instituto Nacional de Estadística. Con la CASEN, hemos trabajado de manera indirecta, pero tomamos otros datos, porque nos parecía que la información de ésta, también tienden a perpetuar los problemas de falta de oferta ahí lo voy a explicar si quieren un poquito mas.

PREGUNTA: Por qué comparativamente se hace con el Sotero del Rio el ingreso Cama y no se toma encuesta el 47% del área sur oriente?.

RESPUESTA.: Los egresos del Sur Oriente se considera del Hospital Padre Hurtado, del Metropolitano, San Jose de Maipo, y Sotero del Rio y eso hace bajar el promedio, me explico. Por ejemplo, el Hospital San Jose de Maipo como tiene toda la derivación de tuberculosis que tienen estadías muy largas esas camas rinden menos entonces eso hace altera el promedio. Eso efectivamente también le pasa algunos de los Servicio de Salud el cama psiquiátrica por ejemplo, pero en el fondo lo que queríamos demostrarle a las autoridades es que nosotros tenemos un problema de restricción de oferta, tenemos poco que ofrecer en relación a otros Servicios de Salud y en relación al óptimos que uno quisiera y eso no siempre se dice, se atribuye a un problema de gestión no siéndolo es que faltan camas, faltan pabellones. No obstante, lo que tenemos podemos siempre mejorar, pero ello tiene un limite. El mismo estudio lo hicimos con las consultas de especialidad, con dental con todo, y finalmente lo que podíamos demostrar con eso es que nosotros tenemos menos oferta por cada 1000 beneficiarios que el resto del promedio de la región metropolitana y que el resto promedio País.

También se verifica esta dificultad con la disponibilidad de médicos y por enfermeras, por 100.000 habitantes, el servicio es el que menos tiene de la región metropolitana. Al igual que los consultorios, estamos por debajo que los otros servicios.

Nos falta oferta y por ello hay personas que se van atender, por ejemplo al Hospital Luis Tizne en la especialidad gine-obstetricia y también al Hospital Barros Luco.

PREGUNTA: ¿cuál es el porcentaje de personas que se están derivando a clínicas?

RESPUESTA.: Después vamos a ir a eso, hay personas que no se derivan a clínicas privadas desde nuestros establecimientos, sino que espontáneamente se están atendiendo en el Hospital Barros Luco, nosotros tenemos un 10% de nuestros ingresos que egresan de otros hospitales de la región metropolitana porque han sido derivados desde esta red. Además de las derivaciones a clínicas privadas, también se derivan a otros establecimientos del sistema público, entonces se utiliza el sistema privado para tratar de solucionar lo que nos falta en este momento.

En síntesis podemos seguir señalando números de los ámbitos que nos faltan, a pesar de la apertura del Hospital La Florida, igual nos van a faltar camas. Lo cierto es que al 2020 nos van a faltar más camas que ahora y que la población crece y envejece, envejece más de lo que crece además, y eso es un dato importante. Entonces que señalamos que debemos tenemos un proyecto que se debe ir cubriendo (achicando) esas brechas, sabemos que es imposible que se logre a través de un solo proyecto quedar al máximo, pero al menos con cierta tranquilidad por 10 años. El planteamiento ha sido reponer un tremendo Sotero gigantesco, difícil también de manejar, como alternativa o trabajar dos proyectos, es decir un segundo hospital en Puente Alto, razón por la que el terrenos que se compro para el CRS en

esa comuna, se hizo pensando que ahí algún día se iba a construir un hospital. Así tenemos proyectos complementarios que van a absolver parte de nuestras necesidades.

Y todavía nos podría quedar para plantear en unos 10 años mas el segundo Hospital de Puente Alto que es la comuna mas grande, digamos y/o agrandar el Hospital Padre Hurtado hay distintas alternativas pero lo que nosotros nos enfocamos es en cómo resolvemos el problema de atención del ámbito hospitalario para el Servicio de Salud y por lo tanto, se plantearon estos dos proyectos sobre los 710 camas crecemos en pabellones de 25 a 38 pabellones y crecemos cerca de 70 camas criticas a 180 camas criticas y ahí venia la pregunta que nos decía, la señora Maria. Una de las principales deficiencias que tenemos es de camas críticas. La gran cantidad de pacientes que están hospitalizados en urgencia a la espera de camas, requieren que sean del tipo critica es una cama cara difícil de conseguir. Allí es donde opera la red hospitalaria pública cuando acá no hay, se busca en esta red y como última alternativa se va a la compra privada, pero la idea es que en el fondo cada vez menos tengamos que gastar plata en la compra privada para poder solucionar al paciente que lo necesita. Por ello además de las que pone el Hospital de la Florida cuando la red hospitalaria este en funcionamiento y el Hospital de Puente Alto, con sus 400 camas, 10 pabellones y con 48 camas criticas estaremos mejor, pero igual puede que nos falten.

Entonces fundamentalmente ese seria el foco, estos dos proyectos han sido desarrollados confirmados de acuerdo a las necesidades y la demanda. En estos proyectos se incorporan la cardiocirugías del adulto, la cardiocirugías, se incorpora la radioterapia que ahora se deriva a un sistema privado porque el instituto nacional del cáncer no da abasto. Se incorporan nuevas carteras de prestaciones en los proyectos para suplir lo que todavía no estamos haciendo, se aumentan coberturas oncológicas, trasplante hepático, se incorpora como polo de desarrollo, se aumentan los cupos de hospitalizaciones domiciliarias, los cupos hospitalizaciones diurnas, medico quirúrgica, adulto y pediátrica. Entonces a partir de la presentación de estos proyectos es que el nivel central define las estrategias para darle financiamiento ya sea por vía sectorial o por vía concesionada, entonces el Ministerio de Salud en conjunto con Hacienda deciden que el Hospital Sótero va concesionado, Puente Alto va por vía sectorial. Nuestro objetivo está señalar que los dos Hospitales son complementarios.

MODELO CONCESIONES: Ing. Carlos Encalada

Como enfrentar la brecha existente en la atención publica de salud, ese siempre ha sido el foco. Estamos trabajando hace a lo menos 2 años en un equipo multidisciplinario donde se ha estado desarrollando lo que vamos a conversar ahora, que se tratan de los requerimientos que finalmente se plasma en un documento, un contrato que uno exige al concesionario si es que finalmente utiliza o no este mecanismo de financiamiento. El sistema de concesiones en el fondo, se trata que le pido a otro el financiamiento y se lo empiezo a pagar en cómodas cuotas.

En primer lugar hare una pequeña referencia histórica, mucha gente se pregunta que es lo que tienen que hacer el MOP aquí, esto es una cosa de salud. La ley de concesiones surge a partir de una facultad que ya existía hacia varias décadas y que esta plasmada en la ley orgánica del MOP ya del año 60 y particularmente la ley de caminos, ellos pueden contratar a un tercero para la ejecución de un camino y se va pagando de acuerdo a presupuesto sectorial. Entonces lo que se hace el año 96 es que esa facultad, que en el fondo era un artículo chiquitito dentro de esta ley de camino, se convierte ese artículo en una ley se amplía y se establecen cuales son los mecanismos de licitación y además se establece la posibilidad de que sea el mandado a través de este mecanismo quien ponga el financiamiento para poder construir. Ya no es solamente presupuesto sectorial, sino que también se incorpora el mecanismo de poder financiar la obra que sigue siendo una obra publica. En síntesis, el año 96 lo que ocurre es que se amplía las facultades para ejecutar, reparar, conservar y explotar. Entendiendo además que la ley de camino desde siempre ha establecido que el Estado tiene derecho, por ejemplo a los peajes. Ese fue el caso de las carreteras, esa facultad se traspasa por un periodo acotado al concesionario, es el Estado use sus propias platas para poder financiar obras y lo que falta lo pone el concesionario y se le empieza a pagar progresivamente, ya sea algunos casos con peaje o en otros casos con infraestructura publica, en caso de cárceles a partir de un concepto de subsidio semestral o anual.

Se establece que debe haber un contrato. Este sistema se usa en distintos lugares del mundo. Se trata de una ley marco que establece procedimientos, con bases de licitación.

La diferencia que en Chile se trata de una ley de concesiones se denomina una ley marco, la cual establece un procedimiento general y requerimiento general. Establece dos orígenes posibles para los proyectos a licitar de origen público y de origen privado. Quién pone el proyecto, quién sigue el proyecto en el caso de iniciativa pública es el Ministerio de Obras Públicas que administra la ley a través de un convenio mandato que es el caso por ejemplo de entes de salud, es decir, el Ministerio de Salud le pide al Ministerio de Obras Públicas que haciendo uso de esta facultad concesiones ejecute una cierta obra en el caso de Hospitales. Desde el año 2009 opera así siendo los primeros los hospitales de Maipú y la Florida, una vez que eso se ejecuta se hacen las bases de licitación en ocasiones se pre-califica, una suerte de selección de posibles licitantes y finalmente se licita. En el caso de iniciativa privada, por ejemplo; el camino a Farellones. A una empresa se le ocurrió que sería interesante concesionarlo, entonces se lo presenta al MOP, quien lo puede calificar cómo interesante y de lo declara de "Interés Público". Para ello le solicita al privado estudios previos, luego lo licita. El privado que tuvo la iniciativa dispone desde ya de cierto puntaje ganado, pero si el pierde la licitación el valor de los estudios se le devuelve y si el la gana forma parte de la inversión. Eso son los dos orígenes posibles de un proyecto concesionado.

Entonces como marco jurídico contractual hay cosas que son más relevantes que otras lo primero es destacar: la infraestructura desarrollada bajo el marco de esta ley siempre es infraestructura pública, es patrimonio del Estado, solamente se entrega su operación y mantenimiento durante un periodo a la persona o a la empresa, conjunto consorcio de gane esta licitación, entendiéndose que es un modelo de financiamiento pero la infraestructura siempre es pública.

Aquí quiero hacer un alto, es importante que estas cosas se discutan, hay errores que por desconocimiento no se conversan, aquí se habla del lucro en salud, quiero hacer una pequeña referencia, un tema que todos conocemos que es el tema de la educación en el caso de las Universidades. Lo que se hizo es que unos señores hicieron una empresa que construía edificios y al lado una empresa que era una universidad, pero como por ley la universidad no pueden lucrar, los dueños son los mismos, esto bajo un modelo de concesiones no hubiera sido posible porque el dueño es el Estado.

Consejera: También está el otro ejemplo de las carreteras que también están concesionadas y sí las empresas están lucrando ni el estado ni los gobiernos de turnos no están haciendo absolutamente nada.

En primer lugar el concepto carreteras es el que la usa paga, el concepto es: si una persona que vive Coyhaique o vive en provincia no la usa, es decir el impuesto que pagan todos los chilenos no van a financiar esa carretera, solamente la paga efectivamente quien la usa. Es decir, no sale del presupuesto nacional es el que recaba a través de los impuestos.

Volviendo al tema marco jurídico contractual, en esta ley de concesiones que mencione, esta el reglamento de esta ley, el convenio mandato. En el caso de salud existen las bases de licitaciones que les mencione, la oferta técnica que hace la persona que efectivamente se lo adjudica y todo esto se junta y se denomina Decreto Supremo de adjudicación. Una vez que se ejecuta la licitación,- firmado por el Presidente de la República-, el Ministro de Hacienda, Ministro de Obras Públicas y eventualmente si corresponde el Ministro de Salud, como es en nuestro caso.

El convenio mandato del 30 de noviembre de 2009 y el modelo, está basado en infraestructura, que ya lo mencione, y en servicios no clínicos. El Ministerio de salud hace los aportes para la operación referida a personal, insumos todo lo que no es parte de la concesión. A la empresa que gana la concesión se le paga un subsidio fijo de devolución de la inversión, referido a la construcción y un subsidio fijo de la explotación, solo se separa por orden de fases de la concesión, ósea, el periodo que se construye una vez que se construye se termina el subsidio y además el subsidio variable según niveles de ocupación. El Estado cuando diseña establece una cierta oferta, por ejemplo, el caso del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, se establecen 710 camas, si se supera esta cantidad en la operatividad, medida en % hay un pago extra por cada cama, así se establece el modelo.

Consejero: ¿Puede ampliar un poco el concepto o término explotación y qué es lo que involucra?

Es una denominación para separarlo de la construcción, en el fondo es la construcción del hospital, la infraestructura, se ponen servicios que empieza la fase de explotación como tal, en el caso del hospital, es en el momento que se autoriza la concesión de la unidad sanitaria, se otorga una autorización para que el establecimiento pueda funcionar. Y al mismo tiempo el Ministerio de Salud pone a toda su gente a trabajar dentro, provee todos los insumos necesarios y a partir de ese momento comienza a operar el subsidio de explotación.

Consejero: ¿Podría ser como, disculpando la expresión, como un derecho de llave del hospital?

No, en el fondo se podría llamar fase de operación, porque una vez que termina la construcción empieza una fase clínica, no obstante que hay algunos servicios que son concesionados. Y por lo tanto la fase de explotación u operación es el pago semestral por la prestación de sus servicios durante 15 años, entonces ahí vamos a ver cuales son los servicios que se le paga al concesionario un poco llevando el ejemplo de La Florida, la sociedad concesionaria San José se gana la adjudicación por 15 años pero el hospital, la infraestructura es del Estado y es del Servicio Salud Sur Oriente, no es la figura pero es como que esta en comodato. Yo le pago para que el lo mantenga, opere el aseo, la seguridad, la mantención de la infraestructura, etc., por estos 15 años, pero el edificio es del Servicio de Salud Sur Oriente, pero le estoy pagando a alguien para que ciertas cosas, que no son del ámbito clínico los hagan.

Consejero: El concepto de subsidio es muy parecido al subsidio al transporte público del país, es un desembolso del Estado no del gobierno, que quede claro para que ese servicio funcione mejor, pero ese servicio se va a seguir manteniendo si sigue siendo ineficiente como el Transantiago?

Respuesta: Eso viene mas adelante en la presentación, pero es muy importante lo que dice.

Consejera: Me preocupa mucho que en este país estemos privatizando todo, aquí el concesionario es igual a privatizar, pero no es lo mismo (Carlos) pero para mi si, yo soy una simple ciudadana, ya basta que este país es suficiente con todo lo que ha privatizado o a concesionado "Entre comillas". Deberíamos ir como simples ciudadanos deberíamos irnos por la otra parte de que todo fuera público de que todos volviera ser de todos, si quieren concesionar porque no se concesiona a las universidades, porque deben ser lo público cuando todos sabemos que los privados lucran, ellos están ahí para lucrarse no están ahí para ser un bien social, comunitario, esa es mi gran preocupación, respecto al tema de las concesionarias.

Propongo que avancemos la presentación de ahí aclaramos esas dudas.

Las bases de licitación, es el documento en que se establecen los requerimientos, cuales son los servicios a solicitar por estos 15 años. A lo menos hay dos conceptos relevantes: servicio básico, donde están en primer lugar los servicios no clínicos de apoyo esos que se mencionan ahí, aseo limpieza general, gestión de residuos – la basura, el control de vectores todo lo que tiene que ver con la desratización, plagas, etc., gestión de ropería, ya sea, la ropa estéril, uniformes, etc., la alimentación de pacientes y funcionarios. Por otro lado la infraestructura misma, el mantenimiento, toda la infraestructura, las instalaciones, equipamiento industrial, las calderas, los gases clínicos, todo lo que tenga que ver con la instalación y el edificio mismo. Por otro lado esta el mantenimiento del mobiliario no clínico, mesas, sillas todo lo que se ocupa y la adquisición de ese mismo mobiliario, esto que esta descrito acá es a lo que se refiere a los servicios básicos.

Consejero: las personas que hacen este servicio, ¿quién será su empleador, seguirá siendo del Sótero del río o será de la concesión?.

A la concesionaria se le esta cediendo toda la operación de estos servicios, él se convierte en un gran mandante, muchos de estos servicios ya están externalizados, gran parte de ellos. Ejemplo, el Sótero contrata el servicio de aseo, lavandería. La mayoría de los hospitales han ido externalizar porque no es

su que hacer propio. Para poder concéntrense un poquito más en el ámbito clínico y no estar preocupado de controlar otras actividades. La gran mayoría de los hospitales tienen externalizadas servicios de transporte con empresas como la coronaria móvil, ambulancias San Andrés, etc., para no estar preocupado de la mantención de las ambulancias, de la bencina y todo eso que no tiene que ver con las enfermedades o con alguna solución con el tema de la salud. Otro ejemplo, es la vigilancia que esta categorizado como servicios especiales obligatorios, que no son servicios básicos. Dentro de los especiales obligatorios esta:

la cafetería, seguridad y vigilancia, estacionamientos de funcionarios y visitas, administración y mantenimiento del equipamiento clínico, que debe comprar y disponer y reponer, mantener todo el equipamiento clínico que se le indica por parte del hospital, la adquisición del mismo y los sistemas de infraestructura tecnológico. Todos estos aspectos esta pensado en los contratos para que sea provisto por la concesionaria y mantenidos durante todo el periodo de la concesión.

Consejero: El tema de los sueldos de los trabajadores, ¿se modifica?. Ya que lo que esta sucediendo en el sector privado, que le pagan sueldo miserables, no les pagan sus imposiciones, no tienen para pagar entonces aquí estamos en un circulo vicioso. El Estado le entrega plata al privado y este le paga sueldos miserables a los trabajadores y cuando sus trabajadores se enferman nuevamente el Estado tiene que invertir recursos de las arcas de todos los chilenos para poder ir en apoyo a sanar a esa persona que esta enferma y el que gana es el privado, esa son las cosas que a mi me molestan mucho de estos contratos.

De partida, todo lo que tiene que ver con fiscalizaciones laborales tienen que ser cumplidas, y son obligaciones para los concesionarios, ahora si un proveedor no paga las cotizaciones de sus trabajadores hay mecanismo para poder denunciar al empleador y sancionar como corresponde según las leyes que están vigentes.

El tema del código laboral yo no veo por qué tiene que ser diferente para los funcionarios públicos para el resto de los trabajadores que trabaja en cualquier empresa de este país, si tu me preguntas a mi, todos incluido los funcionarios públicos debiéramos trabajar según el código del trabajo, son las mismas exigencias y porque así y todos los empleadores deben responder de igual forma, frente al no pago de cotizaciones. Yo trabaje como 10 años al estado con boleta a honorarios, el Estado es un pésimo empleador, yo creo que en el tema laboral hay canales y por cierto el concesionario una de las leyes que debe cumplir son respecto a sus funcionarios. Respecto a una sub-empresa y eso tiene una ley específica que es la ley de subcontratación, esta tiene una regulación que tiene también ser cumplida. El tema de los sueldo efectivamente no es factible regular con cualquier tipo de contrato, no se si seria bueno tampoco, esa es mi opinión, por eso debiese ser regulado por el código laboral pero esa es una opinión personal.

Consejero: Entones se podría pensar que se le entrega la infraestructura y todos estos servicios y que a la vuelta de 15 años nosotros podemos pensar de que nos vamos a encontrar con la misma calidad de establecimientos que 15 años atrás, no deteriorado con la implementación funcional que se requiere, etc. etc.

Exacto, justamente daba el caso de las Universidad, en este modelo (de concesiones) el Estado puede recuperar toda la infraestructura y decir todo esto lo va a operar el Estado de esa perspectiva este modelo asegura que toda la infraestructura sigue siendo del Estado. Una de las exigencias de los contratos, es que la mantención debe ser para que al momento que lo entregue lo haga en las mejores condiciones. A objeto que no ocurra lo del Hospital de San José (del Servicio de Salud M. Norte) que tiene 20 años y parece un Hospital de 50 años, porque no ha tenido mantención de infraestructura, lo mismo con el equipamiento que se le acaba el periodo útil de los equipo, sino lo contrario, que los equipos estén en condiciones de acuerdo a un programa de mantención y reposición de modo que el Estado no pierda plata a través de esa inversión que se va deteriorando por el tiempo y que no tiene reposición. La plusvalía se va a mantener no se va a depreciar no va a ser un hospital que vale menos que cuando se hizo.

Consejero: A ver momento, no diga, que no se va a depreciar, todo elemento en que se pone en disposición se deprecia, la depreciación va a depender respecto al uso, se lo aclaro porque soy

contador auditor, ósea, no se va a destruir.

Consejero: Esto no hay vuelta que darle, el 28 de febrero quedará todo listo, salió en el diario. Esta reunión es una reunión aclaratoria prácticamente, sin ser experto en la materia, sé que se están cumpliendo los plazos legales, para mi esto esta sacramentado. Que rol jugamos nosotros los usuarios con respecto a este tema y el control social y la fiscalización, porque este es el único rol que vamos a cumplir. ¿Cuál es el rol que debiéramos cumplimos nosotros como consejo ahí, las mismas mesas, sillas si no hay cambios y esta empresa X no esta cumpliendo?. O no cumplimos ningún rol?

Cuando avancemos en la presentación veremos los mecanismos de fiscalización, es parte de lo que nosotros llamamos gobernanza. Esto lo ejecutan el Minsal, el Servicio de Salud, el Hospital y el MOP, tienen que estructurarse al modelo que establece como se fiscaliza. Nosotros hemos puesto mayor y especial énfasis en los contratos, hay mecanismos de fiscalización. El cómo vamos a fiscalizar es importante, dado que el contrato permite decirle usted no esta haciendo bien su pega, usted tiene multa, no tiene derecho a subsidio o incluso el castigo máximo que le suspendo la concesión y se va para la casa y no le pago ningún indemnización, ósea, esos elementos están y ha habido una preocupación especial porque efectivamente ese es una cosa fundamental del modelo si le estoy entregando algo lo tiene que hacer bien. En los hospitales de Maipú y la Florida existen mecanismos de fiscalización, hay fiscalizadores que puedan resguardar las exigencias del contrato. En el cual existen indicadores anual, mensual, semestral que debe cumplir. Lo importante es actuar cuando encontramos las deficiencias.

Consejero: Leyendo que no va a ser una empresa chilena, sino una empresa internacional... eso me queda claro. Esto va a ser un gran negocio porque no harán mayor inversión, ósea, ellos van a cobrar anualmente y de eso sacaran un 0,5% para inmobiliaria, porque nadie me dice nada, es fácil, para mi la fiscalización es importante, por que si no la hay será una historia mas de todas las historias que se han contado en este País.

Aquí hay dos cosas muy importante: Un buen contrato, mucho mas exigente que en los hospitales anteriores (Maipú y la Florida), (el del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río) mucho mas exigente, mas específicos. Lo otro la fiscalización, el control ciudadano es clave, es vital, es el principal impulsor para que el contrato, aunque sean malos, se cumpla.

Consejeros: ¿Cuáles son las negativas que ellos pueden tener para anularle el contrato?. Porque los contrato que se han hecho en las autopistas no dejan pasar de repente a las ambulancias ni a los bomberos, a ese extremos y aparte una multa no se si les cobran, estas instituciones privadas no responden, lo mismo pasa con el Transantiago, pese a todos los reclamos y fiscalizaciones sigue siendo tal cual. ¿Qué obligaciones se toma para los instrumentos, equipos clínicos, porque se deprecian?.

Bueno, se establece una vida útil, que establece el fabricante, por ejemplo si es de 5 años entonces deberá cambiarlo al cabo de ese tiempo. Anualmente se van actualizando, para tener la mejor tecnología. El Hospital Barros Luco aun o tiene proyecto porque no quiso ser concesionado.

Siguiendo un poco la idea que le preocupa a Don Patricio quiere saber, dado que el Ministerio de Salud en el año 2004 establece que los Servicios de Salud tenemos que hacer una gestión participación, tal vez seria importante que se considerará que se pueda incorporar a la ciudadanía en la fiscalización, a través de diferentes mecanismos que el Ministerio de Salud ha definido hace varios años. Un ejemplo es este Consejo de la Sociedad Civil es uno de los mecanismos establecidos por el Ministerio, entonces como usuario, como ciudadanía puedan tener una opinión respecto al funcionamiento del hospital. Hay varios ítems que están considerados las formas de encuestas del usuario que determinan cómo siente el usuario de la prestación de los servicios.

Consejera: ¿quisiera saber, puesto que se trata de una empresa internacional, quisiera saber si se consideraron los tratados Internacionales que tiene Chile en relación con pueblos indígenas y derechos humanos?

Bueno, en los contratos se establecen algunas normas para el material contrato, pero sin perjuicio de eso, no recuerdo explícitamente donde esta las normas que tienen que cumplir el concesionario, no obstante cualquiera norma vigente en la República de Chile es aplicable al contrato. Todos los tratados internacionales que están ratificados por el Estado, rigen también, es una norma nacional.

Consejero: ¿Quisiera saber que pasara con los usuarios de FONASA, FONASA A, FONASA B, qué va a pasar con ellos?

Sigue funcionando exactamente igual como hasta ahora, para el usuario es indiferente el tema, si viene derivado de su consultorio sigue los mismos mecanismos, ojala mejore, si es FONASA C va a pagar lo mismo como lo hace actualmente en Sotero. Deberíamos tener menos lista de espera porque tendríamos mas pabellones, si tenemos menos bloqueos de cama, por ejemplo, sucede cuando se llueve porque se rompió una cañería, ese tipo de cosas deberían estar subsanadas en este contrato.

Consejeros: ¿Pero no diga que la lista de espera se cierra?

No yo soy partidaria que la lista de espera nunca se cierra, cierro una y se abre otra, pero lo que si es que deberíamos disminuir algunas listas de espera de manera que de 25 pabellones pasamos a 38.

Consejero: ¿Entonces deberían de disminuir las derivaciones a las clínicas privadas?.

En el caso de La Florida habrá un índice ocupacional hasta el 110% esto está convenido. En el caso del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, tenemos proyectado que en el caso de una pandemia, campañas de invierno de estas terroríficas, en vez de 710 camas podamos incluso implementar 850 camas y de ahí se debe pagar un sobre uso porque el concesionario va a tener que duplicar el aseo, el personal de las unidades no clínicas, etc. Ese sobreuso por cada cama extra que ocupamos es 1/3 mas barato que cuando yo se la compro a una clínica privada, primer concepto: conviene pagar al concesionario y no comprarle al privado, por eso dejamos mecanismos como el que acabo de señalar. En caso de catástrofe, podríamos tener 1200 camas, por ejemplo.

Queremos acortar la brecha, pero no estamos como para abanicarnos, por lo tanto lo que ahora se compra de las clínicas es la punta del iceberg de las necesidades reales de salud lo más grave esta en la urgencia dos o tres de hoy día se van a clínica.

Con esto se disminuyen la compra de camas clínicas, vamos a ser cardiocirugía adulto, infantil, trasplante para no tener que comprarlo. Cuando incorporamos el proyecto de radio terapia es para hacerlo al interior y no comprarlo, asegurar que no va a faltar nada es imposible pensar en eso. Entendido que somos más baratos que el privado eso esta claro. La necesidad del usuario, es lo prioritario, dando alguna solución, después discutiremos si salió caro o no. En algunos convenios el privado igual ha tenido las tres B, bueno, bonito y barato.

Consejeros: ¿con respecto a los insumos y a los medicamentos, qué va a pasar con eso?.

Los provee el hospital, son propios, todo sigue el mismo mecanismo ojala mejorado. No cambia para el usuario.

Consejero: Toco un punto importante respecto a las camas, si se necesitan camas quien ve eso, ¿por qué no se construyeron esas camas que faltan?, yo prefiero tener camas ociosas, ya que este país no previene, no prevenir que no se enferme. Este proyecto del Sótero partió hace 8 años.

En el contrato de mobiliario clínico, capacidad de repuesta en tiempos definidos esta dentro de sus obligaciones.

Consejero: Nos hemos alargarnos demasiado, si esto ya esta concretado y listo.

¿Cómo se fiscaliza? Los indicadores, multas e incentivos, los cuales los mismos funcionarios lo medirán según las necesidades, ahora el incumplimiento en el área de alimentación son hasta 200UF de multa por intoxicación.

La fiscalización de la concesión, que realiza el Inspector fiscal de obras públicas, lo ejecuta en función al reglamento que establece estándares, normas, y es obligatorio para la concesión. Debe ser regulado y se debe cumplir con lo señalado.

Están obligados a asegurar calidad, en todo los ítems estipulado en el contrato, debe cumplirse sino se vera afectado. Si el hospital solicitada algo que no esta en el contrato, se entra en una negociación, donde se deberá pagar adicional a las cuotas ya establecidas en el contrato.

Cada subred -cordillera, Santa rosa y La florida- queda con un hospital base de alta complejidad. El Centro de Referencia de Salud, CRS, de Puente Alto es la primera fase, estamos tratando de disminuir las brechas, y no cerrarlas.

Consejero: Yo como usuario tendremos un rol muy importante en este tema, cambiar la metodología de nosotros mismos. Hay comunas que están pidiendo esta aclaración por que esto es complejo; soy colaborador de la salud no funcionario, así que no me intimida hablar.

HORA DE FINALIZACIÓN	16.55 horas
RESPONSABLE DE ACTA	Carolina Videla. Jefa Depto. Participación Social y Gestión Integral del Usuario. SSMSO