



007

**ANT.:** Investigación de oficio por incumplimiento de Resolución N° 405/94. Rol N° 1636-10 FNE.

**MAT.:** Informe de archivo.

Santiago, 02 FEB 2011

**A :** FISCAL NACIONAL ECONÓMICO  
**DE :** JEFE DIVISIÓN DE INVESTIGACIONES (S)

Por el presente, informo a usted los resultados de la Fiscalización relativa al incumplimiento de la Resolución N° 405 de la H. Comisión Resolutiva, en los siguientes términos:

#### I. ANTECEDENTES

1. Con fecha 21 de julio de 2009 se inició una fiscalización<sup>1</sup>, a fin de comprobar el cumplimiento de la Resolución N°405/1994, la cual tenía por objeto transparentar los cobros realizados en el mercado de las prestaciones de salud, especialmente en el rubro de medicamentos e insumos médicos<sup>2</sup>.
2. En dicha fiscalización se solicitó de forma anónima en los principales centros privados de atención hospitalaria del país<sup>3</sup>, presupuestos para distintas prestaciones, requiriéndose además la lista con los valores unitarios de medicamentos e insumos médicos. Se consideró incumplida la Resolución cuando no fue posible acceder en los establecimientos a la información requerida, en forma completa, actual y clara.

<sup>1</sup> Investigación Rol N° 1524-09 FNE.

<sup>2</sup> La Resolución N° 405/1994, declara lo siguiente: "(Se declara) que los establecimientos hospitalarios y clínicas deberán proporcionar a los usuarios información actual y clara de los valores de los servicios que les requieran, comprendiendo particular y detalladamente, cada uno de los elementos o rubros que los integran, como día de hospitalización, derecho de pabellón, exámenes y otros y, en el rubro fármacos y material clínico desechable, deberá tenerse a disposición del público la lista de precios de ellos, señalándose específicamente el valor unitario que será cobrado al cliente."

<sup>3</sup> Se escogieron 11 prestadores institucionales privados, los cuales representan el 56% del total de prestaciones realizadas durante el año 2008 y agrupan el 60% de la facturación de ese año.

3. Como resultado de dicha fiscalización, se obtuvo que en la totalidad de los establecimientos consultados se entregaba un valor estimado, no detallado, del ítem de medicamentos e insumos médicos. Por otra parte, 7 de los 11 establecimientos fiscalizados, no mostraron en dicha oportunidad, el listado con los valores unitarios de medicamentos e insumos.
4. Finalizada la fiscalización referida, se inició una investigación por incumplimiento de la Resolución N°405/1994. En este contexto se citó a los representantes legales de los establecimientos que inicialmente no cumplían a cabalidad lo determinado por la mentada Resolución. Éstos se comprometieron a realizar las diligencias y adecuaciones necesarias para dar cumplimiento total a la Resolución, lo que posteriormente se fiscalizó en terreno. El presente informe da cuenta de este segundo proceso de fiscalización.

#### **1.1. Antecedentes del mercado de prestadores de salud**

5. En términos generales, puede entenderse a los **establecimientos de atención de salud** (o prestadores de salud) como empresas intermediarias entre los médicos y sus pacientes, que tienen por función procurar las condiciones necesarias para que los médicos realicen sus prestaciones. En nuestro país, los servicios proporcionados por los establecimientos de salud son financiados por los propios pacientes y apoyados por seguros de salud (Isapres<sup>4</sup>, Fonasa<sup>5</sup>, Mutuales de seguridad u otros<sup>6</sup>). Los porcentajes de cobertura de los gastos en salud dependen del tipo de establecimiento al cual asista un paciente (privado o público)<sup>7</sup>, y del seguro al que se encuentre

<sup>4</sup> Institución de Salud Previsional, de naturaleza privada regulada en el Libro III del DL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud.

<sup>5</sup> Fondo Nacional de Salud, seguro público de salud, regulado por el Libro I de DL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud.

<sup>6</sup> Las Fuerzas Armadas y de orden tienen un sistema especial de seguridad social para prestaciones médicas.

<sup>7</sup> En relación con los tipos de establecimientos de salud existentes, éstos se organizan según subsistemas de salud, en: i) Hospitales y consultorios del Sistema Nacional de Servicios de Salud (o "SNSS"); ii) Hospitales y clínicas privadas; iii) Hospitales de Accidentes del Trabajo; iv) Hospitales de las Fuerzas Armadas y de Orden; y v) Profesionales independientes de la salud (consultas médicas). Otra clasificación posible es distinguir entre establecimientos destinados a atención ambulatoria (centros médicos, consultorios, consultas médicas, centros de diagnóstico,

afiliado. Adicionalmente los pacientes que se atienden en establecimientos pertenecientes al sector público reciben un aporte fiscal<sup>8</sup>.

6. De lo anterior se desprende que el valor que finalmente paga cada paciente por una prestación, no depende sólo del presupuesto que realiza el correspondiente prestador de salud, sino que del copago del seguro de salud que tiene asociado.
7. En relación con los **cobros por concepto de medicamentos e insumos médicos** realizados por los prestadores de salud a sus pacientes, es preciso señalar que, atendida la responsabilidad jurídica del médico tratante, éste tiene autonomía respecto a los medicamentos e insumos que utilizará durante los tratamientos, lo cual imposibilita a los establecimientos de salud a entregar, previo a la realización de las prestaciones, un detalle exhaustivo respecto al uso y costos de los medicamentos e insumos médicos que involucra una prestación.
8. De este modo, al desconocer los pacientes la cantidad de medicamentos e insumos que se utilizarán en una prestación, no les resulta posible comparar el valor de los mismos entre establecimientos competidores, quedando eventualmente cautivos una vez internos.
9. Con todo, resulta pertinente señalar que el mercado de prestadores de salud ha intentado internalizar en parte la falla de mercado descrita. En efecto, para prestaciones con baja variabilidad en el valor de fármacos y material clínico desechable, los establecimientos de salud han evolucionado hacia la realización de **cobros "paquetizados"**, vale decir, cobros por un valor establecido ex ante a los pacientes, independiente del costo real que

---

etc.) y establecimientos destinados a atención cerrada u hospitalaria (hospitales, clínicas y hospitales clínicos).

<sup>8</sup> El aporte fiscal que reciben los hospitales y consultorios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, comprende pagos por: i) Programa de Prestaciones Institucionales o PPI, que se refiere a un pago fijo a los establecimientos y ii) Programa de Prestaciones Valoradas (PPV). Este último programa es un pago variable que se realiza por prestaciones y agrupa un conjunto de programas específicos por conjunto de prestaciones, estos son: el Programa Asociado Diagnóstico ("PAD"); el Pago por Prestación (o "PPP"); los Programas Especiales; Complejas; Garantías Explícitas de Salud (o "GES") y Urgencias.

signifique ex post la prestación médica<sup>9</sup>. Las prestaciones *paquetizadas* normalmente surgen a partir de convenios entre los prestadores de salud y las Isapres o Fonasa<sup>10</sup>.

10. Por otra parte, para prestaciones con mayor variabilidad en el costo de medicamentos e insumos médicos, ya sea por tratarse de prestaciones de alta complejidad o prestaciones realizadas a pacientes con perfiles de riesgo superiores a la media, por lo general, los establecimientos de salud no realizan cobros *paquetizados*. En estos casos, el presupuesto realizado con anterioridad a la prestación sólo sirve de estimación respecto al valor real de la misma<sup>11</sup>, y por lo tanto, resulta plenamente vigente la cautividad de los pacientes respecto al uso de medicamentos e insumos<sup>12</sup>.

## **I.2. Antecedentes de la Resolución N°405/1994**

11. A partir de la denuncia de don Iván Cáceres en contra de Clínica Dávila por la realización de cobros abusivos en el rubro medicamentos e insumos médicos<sup>13</sup> y otras denuncias del mismo tipo allegadas a esta Fiscalía, la ex H. Comisión Preventiva Central (en adelante "C. Preventiva Central"), con fecha 15 de abril de 1993, resolvió a través del Dictamen N°849/329, lo siguiente:

<sup>9</sup> En algunos casos esta paquetización se realiza solo para pacientes poco riesgosos. Otros centros asistenciales establecen que el cobro se mantendrá fijo a no ser que el valor real duplique el presupuestado.

<sup>10</sup> La *paquetización* de prestaciones de salud funciona de manera similar a un seguro complementario por el uso de fármacos y material clínico desechable, lo cual permite a los pacientes eliminar o reducir el riesgo por gasto en medicamentos e insumos.

<sup>11</sup> En general, los valores de referencia o estimativos son el promedio histórico del presupuesto total gastado en medicamentos e insumos para cada prestación, lo cual se calcula sumando el valor del total gastado en medicamentos e insumos, para una misma prestación en los últimos seis meses a un año, dividiéndolas por el número de prestaciones. La forma concreta de obtener dicha estimación varía caso a caso. En algunos casos, el control de las estadísticas y el software utilizado para la generación de los presupuestos, corresponde a programas internos y en otros, es subcontratado a una empresa externa llamada Tecnologías de la Información en Salud S.A. (Tisal), del grupo Banmédica.

<sup>12</sup> De acuerdo a lo que constató esta Fiscalía en la realización de la presente fiscalización, el perfil de los establecimientos relativo al porcentaje de prestaciones que se cobran de manera paquetizada, resulta bastante heterogéneo. Así existen prestadores que se dedican completamente a prestaciones ambulatorias, las que están altamente paquetizadas (por ejemplo, Integramédica), otros que realizan prestaciones ambulatorias y hospitalarias, no obstante de estas últimas la mayoría son paquetizadas (Clínica Dávila), y otros que se dedican a intervenciones de alta complejidad, las cuales no son paquetizadas (Clínicas Indisa, Clínica Santa María, Hospital Clínico de la Universidad Católica).

<sup>13</sup> Según se señala en el Dictamen N°849/329, se denunciaban cobros por medicamentos e insumos, cuyo valor en algunos casos era superior al 500% de su valor comercial.

*"(...) esta Comisión acuerda declarar que la Clínica debe dar siempre al usuario la opción de pagar el precio que le cobra por los rubros 'materiales desechables' y 'farmacia' o de restituirlos en especie en igual cantidad, calidad y procedencia que las indicadas en la cuenta".*

12. Adicionalmente, en dicho Dictamen, la C. Preventiva Central señalaba que:

*"si bien existe competencia entre los recintos hospitalarios de modo que los usuarios pueden optar por los más convenientes a sus intereses en cuanto a claridad y precios de los rubros de hospitalización, derecho a pabellón y otros, una vez internada la persona, **el recinto hospitalario adquiere una posición dominante respecto de los fármacos usados y productos desechables**". (Énfasis agregado).*

13. Posteriormente, con fecha 8 de marzo de 1994, la ex H. Comisión Resolutiva (en adelante "C. Resolutiva") resolvió, mediante la Resolución N° 405, dejar sin efecto el Dictamen anteriormente mencionado, ello tomando en consideración que dicha obligación *"puede generar mayores conflictos en su aplicación que los beneficios que se persigue alcanzar para preservar la libre competencia"*. Así, la Resolución N°405 de 1994, resolvió lo siguiente<sup>14</sup>:

*"(Se declara) que los establecimientos hospitalarios y clínicas deberán proporcionar a los usuarios **información actual y clara de los valores de los servicios que les requieran**, comprendiendo particular y detalladamente, cada uno de los elementos o rubros que los integran, como día de hospitalización, derecho de pabellón, exámenes y otros y, **en el rubro fármacos y material clínico desechable, deberá tenerse a disposición del público la lista de precios de ellos, señalándose específicamente el valor unitario que será cobrado al cliente.**" (Énfasis agregado).*

14. Así, el objetivo de la Resolución N°405/1994 fue transparentar, de manera previa a la realización de las prestaciones de salud, todos los componentes que incluyen éstas y su precio, en especial, en el rubro fármacos e insumos médicos desechables, ello para evitar que los prestadores de salud abusaran de su posición de dominio con respecto a sus pacientes una vez internados.

---

<sup>14</sup> Recurso de reclamación de Clínica Dávila S.A. en contra del Dictamen de la Comisión Preventiva Central N° 849/329 de 15 de abril de 1993, caratulado "Denuncia de don Iván Cáceres en contra de Clínica Dávila".

## II. RESULTADOS PRIMERA FISCALIZACIÓN EN TERRENO<sup>15</sup>

15. Tal y como se señalara en el informe de fiscalización correspondiente a la investigación Rol N°1524-09 (en adelante "Primer Informe"), la Resolución N°405 contempla fundamentalmente dos obligaciones: i) que se provea con anterioridad a las prestaciones *información actual, clara y detallada de los valores de los servicios que les requieran* y, ii) que exista a disposición del público *una lista con el precio de los fármacos y material clínico desechable*.
16. Al respecto, para la fiscalización en terreno, se seleccionaron del total de prestadores que ofrecen servicios de atención médica a público (313 prestadores), los 11 con mayor número de prestaciones realizadas durante el año 2008. Estos fueron: i) Hospital Clínico UC, ii) Araucosalud<sup>16</sup>, iii) Vida Integra, iv) Hospital Clínico U. de Chile, v) Integramédica Centros Médicos, vi) Clínica Santa María, vii) Clínica Alemana de Santiago, viii) Clínica Dávila, ix) Clínica Las Condes, x) Clínica Indisa, y xi) Clínica Las Lilas. Los prestadores seleccionados acumulaban el 56% del total de prestaciones y el 60% de la facturación total del año 2008, según información aportada por la Superintendencia de Salud.
17. La fiscalización consideró dos etapas. En la primera etapa el fiscalizador consultó de manera anónima el valor de tres prestaciones: un tratamiento (endoscopia o parto por cesárea) y dos exámenes (hemograma y orina completo). A continuación, se consultó el detalle de los precios de fármacos y material clínico desechable. En la segunda etapa, el fiscalizador reveló su identidad y consultó por una lista de 10 prestaciones frecuentes (5 ambulatorias y 5 hospitalarias), indagando la disponibilidad de la información y prestando especial atención a los lugares donde ésta se encontraba disponible<sup>17</sup>.

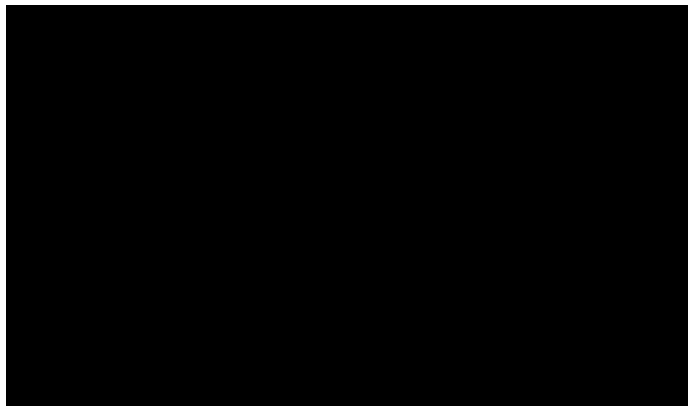
<sup>15</sup> Correspondiente a la investigación Rol N° 1524-09.

<sup>16</sup> Al momento de realizarse la fiscalización AraucoSalud tenía un convenio con Megasalud, por el cual Megasalud se encargaba de las prestaciones ambulatorias, mientras que Araucosalud se encargaba de las prestaciones hospitalarias, compartiendo las mismas instalaciones. Por lo anterior, en el Primer Informe se hace referencia a Megasalud como fiscalizado, cuando en realidad la fiscalización se realizó a Araucosalud.

<sup>17</sup> Para esta fiscalización se trabajó coordinadamente con el Servicio Nacional del Consumidor (Sernac), Institución que apoyó la aplicación en terreno de una encuesta elaborada por el equipo investigador de esta Fiscalía.

18. En relación con la primera obligación contenida en la Resolución N°405 (que se provea con anterioridad a las prestaciones información actual, clara y detallada de los valores de los servicios que les requieran), se constató que la totalidad de los establecimientos fue capaz de entregar información respecto al valor de los tratamientos (partos por cesárea o endoscopías) existiendo dificultades por parte de la persona encargada de la encuesta para recopilar información respecto a exámenes<sup>18</sup>.
19. Respecto a la segunda obligación contenida en la Resolución N°405 (tener a disposición del público la lista de fármacos y material clínico desechable) hubo 7 prestadores, que no entregaron esta información a la persona encargada de realizar la encuesta.
20. Como consecuencia de dichos resultados se citó a declarar a los Gerentes Generales y Directores Médicos de los siete establecimientos que presentaron fallas en la fiscalización aludida.

- i)
- ii)
- iii)
- iv)
- v)
- vi)
- vii)



<sup>18</sup> Al consultarse en forma anónima por el valor de un tratamiento (parto por cesárea o endoscopia) **todos los establecimientos pudieron dar respuesta a esta pregunta**, de manera satisfactoria. Al consultarse por el valor de exámenes (un hemograma o un examen de orina completo), **sólo 3 de 11 establecimientos, entregaron la información** [redacted]

[redacted] Adicionalmente, en dos establecimientos se dieron razones fundadas para que esta información no pudiera ser entregada (en la [redacted] se señaló que no se prestaban esos servicios todavía, porque no tenían el laboratorio habilitado y en [redacted] señalaron que tenían personal de atención de público sectorizado por tipo de prestación, por lo cual al consultarse en recepción por el presupuesto de una endoscopia el fiscalizador fue enviado donde personal dedicado a la cotización de ciertas prestaciones que no incluían los exámenes solicitados. En declaraciones posteriores ante esta Fiscalía se aclaró que en la totalidad de los casos restantes, había existido un problema similar, al consultarse por estos valores en un lugar distinto al destinado a ello. En el Anexo del presente informe se resumen estos resultados.

21. En cada una de las reuniones con los representantes legales de dichos prestadores, se les comunicó el resultado de la fiscalización realizada en los meses de octubre y noviembre de 2009, y se les instó a tomar medidas específicas para asegurar la entrega oportuna de la información consultada, cuya efectividad sería nuevamente fiscalizada en el marco de la investigación objeto de este informe.

### III. SEGUNDO PROCESO DE FISCALIZACIÓN

22. Durante los días 21 a 23 de septiembre del año 2010 se realizó la segunda fiscalización en terreno. Para lo anterior se concurrió a las admisiones centrales<sup>19</sup> de cada uno de los prestadores.

23. Respecto a la fiscalización de la Resolución en lo referente a la claridad y nivel de detalles en la entrega de los presupuestos de las prestaciones médicas, se pudo constatar que todos los establecimientos fiscalizados dieron respuesta satisfactoria al ser consultados respecto del presupuesto de tratamientos específicos<sup>20</sup>, pudiendo constatarse que dichos presupuestos incluyen un ítem que señala un valor para fármacos y material clínico desechable, el cual –para el caso de las prestaciones *no paquetizadas*- corresponde a una estimación (no vinculante) del costo real de ese ítem para los pacientes.

24. Al respecto en el siguiente Cuadro se señala el mecanismo utilizado para el cálculo de los valores estimativos del rubro medicamentos e insumos médicos que refirieron los distintos prestadores:

<sup>19</sup> Las denominaciones pueden variar dependiendo del prestador, entre Admisión, Presupuestos, Atención al Cliente, etc.

<sup>20</sup> En la mayoría de los establecimientos se consultó el presupuesto de una apendicectomía o un parto por cesárea. En el caso de Integramédica, al ser un centro médico, y por lo tanto, no ofrecer prestaciones hospitalarias, debió consultarse el presupuesto por un procedimiento dermatológico frecuente: "extracción de lunar"



**Cuadro N° 1:**

**Método de estimación rubro medicamentos e insumos médicos.**

Prestador	Descripción
Clínica Araucosalud	
Centro Médico de Integramédica	
Clínica Dávila	
Clínica Indisa	
Hospital Clínico UC	
Hospital Clínico de la U. de Chile	
Clínica Santa María	

25. Con posterioridad, se fiscalizó que existiera en las oficinas destinadas a atención de público una lista actualizada con los precios de medicamentos e insumos médicos. La totalidad de los establecimientos fiscalizados pudo

mostrar la existencia dicha información<sup>21</sup>. En el siguiente cuadro se describe la fiscalización respecto a la lista con los valores unitarios de medicamentos e insumos médicos:

**Cuadro N° 2:  
Descripción cumplimiento de la Resolución N°405.**

<b>Prestador</b>	<b>Descripción</b>
<b>Clínica Araucosalud</b>	Se constató que en los servicios de atención al cliente (administración y Presupuesto) existe un libro con los valores de los insumos médicos, fármacos y prestaciones. En relación con los valores de las prestaciones, se indicó que el Ministerio de Salud, tiene una clasificación que incluye 14 categorías de derecho a pabellón. Esos son los valores referidos en el listado de valores de prestaciones.
<b>Centro Médico de Integramédica</b>	En Integramédica, el Gerente del Centro Médico visitado, mostró un manual interno denominado " <i>Directriz Interna sobre Información de Medicamentos e Insumos a Pacientes</i> ", elaborado por el Gerente División Centros Médicos.
<b>Clínica Dávila</b>	Se constató la existencia de dos catálogos con los valores de fármacos y material clínico desechable, en Admisión de Urgencia, Admisión Central y Consultas.
<b>Clínica Indisa</b>	En la admisión de urgencia se mostró un libro de medicamentos e insumos para el año 2009, siendo que en las otras admisiones (Admisión Central y Consultas) el libro estaba actualizado al 2010. Una vez hecho ver esto la Jefa de Admisión y Presupuestos entra a la atención pediátrica, y vuelve con un listado actualizado a 2010 sacado desde el mesón de atención interno de dicha unidad.
<b>Hospital Clínico UC</b>	Existen libros con los valores de fármacos y material clínico desechable en Admisión, Urgencias y UTM. Adicionalmente utilizan un libro con el tarifado oficial de aranceles. Específicamente en la sección denominada UTM y correspondiente a laboratorio y exámenes, los libros no se encontraban en atención a público y se debía bajar a un subterráneo y hablar con una encargada, la que los facilitaba a las personas de atención de público en caso que lo necesitaran.
<b>Hospital Clínico de la U. de Chile</b>	Se constata que en las 4 admisiones (Urgencia, Maternidad, Central y Psiquiátrica) se encuentran con las Ejecutivas de Atención de Público 3 libros: i) Precios unitarios de insumos médicos, ii) Precios de medicamentos y iii) Aranceles Fonasa.
<b>Clínica Santa María</b>	Se constata en Admisión la existencia de listados con los valores de fármacos y material clínico desechable.

<sup>21</sup> Adicionalmente, algunos establecimientos mostraron listados con otros precios como aranceles por derecho a pabellón, valores de exámenes y días camas de diferentes prestaciones, correspondientes a los valores que se entregan en los presupuestos que solicitan los pacientes.

#### IV. CONSIDERACIONES GENERALES RESPECTO A LA UTILIDAD DE LA RESOLUCIÓN N°405/1994.

26. Resulta pertinente referirse a los mecanismos de elección entre prestadores médicos y las posibilidades reales de sustitución que tienen los pacientes, tema que está en el centro de las posibilidades de abuso que pretende evitar la Resolución N°405/1994.
27. En efecto, resulta más o menos evidente que en el mercado analizado es costoso cotizar y comparar establecimientos de salud, para realizar un ordenamiento por precio-calidad de cada servicio ofrecido en éstos. Así, los procesos de sustitución entre establecimientos para una misma prestación médica resultan lentos e imperfectos, fundamentándose principalmente en experiencias de terceros y propias, que rescatan atributos generales de los prestadores (vgr. prestigio, prestaciones que ofrece, tecnología, convenios preferentes con alguna Isapre, etc.). Un atributo muy relevante que sirve como señalización de calidad de los servicios, es el nivel general de precios de las prestaciones<sup>22</sup>.
28. Adicionalmente, la selección de prestadores, por parte de los potenciales usuarios, dependerá de los planes de salud con que cuenten, los cuales, muchas veces entregan coberturas preferenciales hacia ciertos establecimientos<sup>23</sup>. De este modo, la competencia entre prestadores de salud se deriva hacia la consecución de mejores convenios con las aseguradoras.
29. Este tipo de bienes o servicios, que tienen un alto costo para identificar su calidad o cualidades antes e incluso después de ser consumidos, son conocidos en la literatura económica como "*credence goods*"<sup>24</sup>.
30. En este sentido, la disponibilidad de una lista general con todos los precios unitarios de medicamentos e insumos médicos, no resulta de utilidad para

<sup>22</sup> Ver: "Dimensiones de Valor para la elección de Prestadores Médicos de parte de los usuarios", preparado para la División de Estudios de la Fiscalía Nacional Económica por Criteria Research en Diciembre de 2008. Disponible en [http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-5291\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-5291_recurso_1.pdf)

<sup>23</sup> Del mismo modo, la elección de seguros privados de salud (Isapres) dependerá de la cobertura que ofrezca en determinados prestadores de salud, que son preferidos por los usuarios.

<sup>24</sup> Una buena referencia que estudia las características de este tipo de bienes está en EMONS, W. (1997). "Credence Goods and Fraudulent Experts". *The Rand Journal of Economics*, Vol. 28, N°1, pp. 107-119.

eliminar los problemas de información existentes en este mercado. En primer lugar, la persona que cotiza desconoce los medicamentos e insumos que utilizará el médico tratante, así como su cantidad, por lo cual no podrá identificar dentro de la lista elementos que le permitan comparar con otros prestadores de salud. En segundo lugar, si los precios de medicamentos e insumos no incluyen los descuentos de los seguros de salud, aún cuando fuera factible identificar qué medicamentos e insumos se utilizarán para la prestación demandada, no podría comparar los gastos efectivos en uno y otro establecimiento.

31. Al respecto, la realización de cobros *paquetizados* representa una buena medida que ha adoptado el mercado para reducir las asimetrías de información y el riesgo de abuso hacia los usuarios. Sin embargo, en relación con las prestaciones con mayor variabilidad en el uso de medicamentos e insumos, se entrega una estimación no vinculante de los cobros que serán realizados por estos conceptos. Para este tipo de prestaciones, sería de mayor utilidad que lo prescrito en la Resolución N°405/1994, que se uniformara el método con que los prestadores de salud realizan dichas estimaciones. En efecto, al no estar uniformado el método de estimación del gasto en medicamentos e insumos médicos, podrían existir incentivos para entregar un presupuesto que subestime el gasto real en medicamentos e insumos.
32. Por otra parte, a partir de la Fiscalización realizada, se constató que el estándar del mercado para la estimación de presupuestos en los rubros referidos, utiliza métodos poco precisos de estimación y no refiere datos relevantes como la dispersión del gasto. Así, es posible que se mejoren las estimaciones, por ejemplo, utilizando información de los pacientes que permita determinar perfiles de riesgos, para entregar promedios de gastos de medicamentos e insumos ajustados a cada perfil de riesgo. Otra fuente de mejoría, sería la entrega de rangos de valores de estos ítems, en lugar de entregar un único valor promedio, sin señalar cuánto puede ser la variación del mismo.
33. A juicio del equipo investigador, por sí mismos los establecimientos de salud no tienen incentivos suficientes para desarrollar mejoras en la entrega de presupuestos, por cuanto si uno de éstos invirtiera en realizar una mejor

estimación del gasto, ello podría desviar clientela hacia su competencia, la cual, mediante una estimación menos precisa, podría exhibir menores gastos en los ítems de medicamentos e insumos, para los usuarios más riesgosos, que son justamente los que realizan un mayor gasto dentro del establecimiento.

34. Adicionalmente, debe tomarse en cuenta que las consideraciones previas se refieren a casos en que los potenciales usuarios tienen la posibilidad de cotizar. Las dificultades referidas respecto a la elección de prestadores de salud se incrementan para el caso de prestaciones no programadas (de urgencia). En estos casos, se entiende que al asistir una persona de urgencia a un establecimiento de salud, no tiene posibilidades de comparar presupuestos, ni mucho menos precios de medicamentos e insumos.
35. En relación con el problema más general, consistente en la dificultad de los usuarios para realizar una selección racional de prestadores, una posible fuente de mejoras sería la publicación periódica por parte de la autoridad competente, de índices de calidad de los servicios, por prestación (o conjunto de ellas), medido en diferentes atributos y con una metodología que pueda ser conocida por los usuarios. De este modo, las personas podrían informarse para cada prestación, qué establecimientos tienen mejores equipos, personal más calificado, mejor servicio de hotelería, menores tasas de reclamos o complicaciones luego de realizada la intervención, etc. Ello podría generar que los establecimientos compitieran por la mejora de estos atributos objetivos.

## V. CONCLUSIONES

36. A partir de la presente Fiscalización se promovió y constató que los principales prestadores de salud del país (que representan el 56% del total de prestaciones realizadas en 2008 y el 60% de la facturación de ese mismo año) dan cumplimiento a la Resolución N°405 de 1994.
37. No obstante lo anterior, el equipo investigador advirtió que la obligación contenida en la presente Resolución, referida a la disponibilidad de una lista

actualizada con valores de fármacos e insumos médicos, no sería suficiente para evitar eventuales prácticas de abusos explotativo hacia pacientes una vez internados, ello especialmente para las prestaciones que se realizan en servicios de urgencia.

38. En efecto, resulta evidente que el hecho de que los pacientes no conozcan de antemano los medicamentos e insumos médicos que serán utilizados en una determinada prestación médica constituye terreno fértil para abusos explotativos por parte de los establecimientos hospitalarios, ya sea a través del cobro de precios abusivos, de una utilización innecesaria de material, o del uso de material innecesariamente costoso.
39. Sin embargo, existen razones justificadas para que el médico tratante pueda escoger los fármacos y el material a utilizar dependiendo de cómo se desarrolle la prestación médica, lo cual varía en cada caso. El médico tratante al ser responsable por asegurar las correctas condiciones del procedimiento médico necesita tener control sobre el uso de tales recursos, y no quedar sujeto a disposiciones previas que puedan poner en riesgo el éxito del procedimiento.
40. En este sentido, la obligación de poner a disposición del público una lista con el precio de los fármacos y material clínico desechable, si bien cumplida por los establecimientos fiscalizados, no resulta de utilidad para minimizar el riesgo de abuso explotativo previamente referido, pues el paciente no puede saber cuál de estos medicamentos será en definitiva empleado en su prestación. Esta aseveración se ve respaldada, en la práctica, por el hecho de que los clientes de las clínicas raramente consultarían el libro con precio de los medicamentos<sup>25</sup>.
41. En este sentido, resulta necesario indagar en medidas de intervención, como las propuestas, que reemplazando la obligación establecida en la Resolución fiscalizada, atenúen el potencial de abusos sin introducir altas ineficiencias al mercado.

---

<sup>25</sup> Así por ejemplo se señaló por algunos prestadores al equipo investigador que los libros de insumos y medicamentos rara vez eran solicitados.

42. En este sentido, la estandarización y mejora de la metodología de cálculo de las estimaciones realizadas en fármacos y material clínico desechable y la generación de índices de calidad por prestación de los diversos centros de salud, podría ayudar a disminuir las asimetrías de información de los pacientes respecto a la relación precio calidad de los servicios de salud.

## VI. RECOMENDACIÓN

43. Atendido lo expuesto se recomienda el cierre de la investigación y la remisión de los antecedentes de la misma a la autoridad de salud competente, con el objeto de propiciar la formación de una mesa de trabajo entre ese organismo y esta Fiscalía, salvo su mejor parecer.

Saluda atentamente a usted,



**MARIO YBAR ABAD**  
**JEFE DIVISIÓN INVESTIGACIONES (S)**



MYA/LPR