**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DESTINADA A
ESTABLECER LAS CAUSAS QUE HAN MOTIVADO LOS
INCUMPLIMIENTOS EN LAS GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD Y
ACCESO AL PLAN AUGE.
52° PERIODO LEGISLATIVO.
355ª LEGISLATURA
SESIÓN 12ª., ORDINARIA, CELEBRADA EN LUNES 10 DE
DICIEMBRE DE 2007, DE 09:50 A 13:50 HORAS.**

SUMA.

- Se recibió en audiencia al Presidente de la Asociación de Isapres de Chile A.G; a la Directora Ejecutiva de Altura Management y al Director del Programa Social del Instituto Libertad y Desarrollo, a fin de recabar antecedentes para el cumplimiento del cometido de la Comisión.

- Se inició la sesión a las 09:50 horas.

ASISTENCIA.

Presidió el Diputado señor Saffirio Suárez, don Eduardo y, en forma accidental, el Diputado señor Ortiz Novoa, don José Miguel.

Asistieron los siguientes señores Diputados integrantes de la Comisión: Forni Lobos, don Marcelo; Girardi Briere, don Guido, en reemplazo de Accorsi Opazo, don Enrique; Lobos Krause, don Juan; Monsalve Benavides, don Manuel; Núñez Lozano, don Marco Antonio; Robles Pantoja, don Alberto; Rossi Ciocca, don Fulvio; Rubilar Barahona, doña Karla, y Sepúlveda Hermosilla, don Roberto.

Concurrieron, asimismo, el Presidente de la Asociación de Isapres de Chile A.G., señor Eduardo Aninat Ureta; el Director Ejecutivo de esa entidad, señor Rafael Caviedes D.; la Directora Ejecutiva de Altura Management, señora Victoria Beaumont Hewitt; el Director de Estudios de dicha empresa, señor Bernardo Luque; la Jefa de Prensa y Comunicaciones, señora Pamela Villagra; el Director del Programa Social del Instituto Libertad y Desarrollo, señor Rodrigo Castro; el asesor de ese Instituto, señor Álvaro Paúl Díaz; el asesor legislativo de la Fundación Jaime Guzmán, señor Edmundo Piffre de Voban Barrón; la Jefa del Departamento de Comercialización del Fondo Nacional de Salud, señora Cecilia Jara; la Jefa de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud, señora Ximena

Aguilera Sanhueza; la Jefa de la División de Gestión de Redes-Auge de ese Ministerio, señora Nancy Dawson Reveco; la Jefa del Departamento de Comunicaciones de esa Secretaría de Estado, señora Alejandra Fiabane Sule, y los asesores ministeriales señoras Carla Castillo Laborde y Jeanette Vega, y señor Alan Mrugalski Meiser.

Actuó de Secretaria la titular de la Comisión, abogada señora Ana María Skoknic Defilippis, y de abogada ayudante, la señora Ximena Inostroza Dragicevic.

ACTAS.

No hubo actas a disposición.

CUENTA.

Se dio cuenta de una nota de la bancada del Partido por la Democracia, mediante la cual se comunica el reemplazo, por esta sesión, del Diputado señor Accorsi por el Diputado señor Girardi.

ORDEN DEL DÍA.

Durante el curso de esta sesión, se recibió en audiencia al Presidente de la Asociación de Isapres de Chile A.G., a la Directora Ejecutiva de Altura Management y al Director del Programa Social del Instituto Libertad y Desarrollo, a fin de recabar antecedentes para el cumplimiento del cometido de la Comisión.

- La Comisión acordó, por la unanimidad de sus integrantes presentes, prorrogar la hora de término de la sesión hasta las 13:50 horas.

Las intervenciones de los señores Diputados y de los invitados a esta sesión constan en la versión taquigráfica preparada por la Redacción de Sesiones, que ha sido anexado al acta como parte integrante de la misma, en virtud del asentimiento unánime de los miembros de la Comisión.

- Se levantó la sesión a las 13:50 horas.

EDUARDO SAFFIRIO SUÁREZ,
Presidente de la Comisión.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS,
Abogada Secretaria de la Comisión.

COMISIÓN INVESTIGADORA ENCARGADA DE ESTABLECER LOS INCUMPLIMIENTOS EN EL ACCESO AL PLAN AUGE

Sesión 12^a, celebrada en lunes 10 de diciembre de 2007,
de 9.50 a 13.50 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside el diputado señor Eduardo Saffirio.

Asisten las diputadas señoras María Angélica Cristi y Karla Rubilar, y los diputados señores Marcelo Forni, Juan Lobos, Manuel Monsalve, Marco Antonio Núñez, José Miguel Ortiz, Alberto Robles, Fulvio Rossi, Roberto Sepúlveda y Guido Girardi Briere.

Concurren, además, como invitados el presidente de la Asociación de Isapres, señor Eduardo Aninat Ureta; la directora ejecutiva de Altura Management, señora Victoria Beaumont Hewitt, y el director ejecutivo del Instituto Libertad y Desarrollo, señor Rodrigo Castro.

TEXTO DEL DEBATE

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

Señores diputados, como Eduardo Aninat es nuestro primer invitado, y avisó oportunamente que llegará a las 10.00 horas, propongo suspender la sesión hasta esa hora.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Se suspende la sesión.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Continúa la sesión.

La señora Secretaria me señala que oportunamente llegó el reemplazo del diputado Enrique Accorsi, quien será reemplazado en esta sesión por el diputado Guido Girardi Briere, firmado por el respectivo jefe de Bancada, diputado Antonio Leal.

La señora Victoria Beaumont está citada de 11.00 a 12.00 horas.

Mientras tanto, esperaremos al señor Eduardo Aninat, presidente de la Asociación de Isapres, quien llamó para avisar que viene en camino.

-Transcurrido el tiempo de espera:

-El señor Eduardo Aninat ingresa a la sala de la Comisión.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Doy la bienvenida al señor Eduardo Aninat, presidente de la Asociación de Isapres, a quien agradezco que haya concurrido a esta sesión.

Tiene la palabra el señor Aninat, hasta por treinta minutos y después abriremos la ronda preguntas.

El señor ANINAT.- Gracias, señor Presidente.

Mientras hago una introducción al tema, el señor Rafael Caviedes, gerente general de la Asociación de Isapres, instalará un CD que trajimos para ustedes con el material solicitado, para facilitar la exposición.

Trataré de emplear menos de los treinta minutos concedidos, para tener un diálogo como corresponde con los señores diputados.

En primer lugar, quiero señalar, en forma explícita y tajante, que la Asociación de

Isapres siempre participó, apoyó y cooperó para la implantación de la ley del Plan Auge, porque consideramos que tener un sistema de garantías explícitas de salud es y ha sido un avance más allá de las demoras o rezagos que pudo haber tenido en algunas materias. Hay constancia de esta posición en las sesiones de la Comisión de Salud, tanto de la Cámara de Diputados como del Senado, por cuanto si examinan las discusiones y las actas de esas sesiones, podrán constatar que en temas técnicos específicos, como, por ejemplo, el cálculo de los costos del plan Auge para el sector público y privado se echó mano a estudios e información que tenían las propias Isapres, que se les hizo llegar.

En consecuencia, estamos hablando de un tema positivo para el país, al menos, como filosofía de atención de salud, de garantías y de accesos.

Hasta ahora, el GES o Auge ha atendido a 4,5 millones de personas, tanto del sector público como del privado. Obviamente, cuando los años transcurran, esta cifra irá aumentando, pues el GES es muy nuevo -en la práctica, comenzó a partir de julio de 2005- y, como tal, es muy difícil de evaluar el cumplimiento de un plan que ha tenido dos años y medio de aplicación y que, además, ha ido agregando prestaciones año a año, por lo cual no estamos hablando de un arancel fijo de prestaciones, sino de un incremento de patologías cubiertas.

Los beneficiarios de las Isapres -a las que represento- tienen derecho a la cobertura del GES, siguiendo con las disposiciones de la ley, y, a partir del 1º de julio, ya se sabe que hay 56 patologías con garantías explícitas de financiamiento en calidad, oportunidad y acceso.

En el caso de las Isapres, en el tema de las garantías explícitas de salud -página N° 3-, hay que tener cuidado en su juzgamiento integral, por cuanto, a diferencia del Fonasa o del sistema público, tenemos dos vías para acceder y tratar parte o todas las patologías incluidas en el GES o en el Auge, así como otras que todavía no lo están en las garantías de la ley del Auge, pero que pudieran ser incluidas el día de mañana o en años posteriores.

Si ustedes ven, en el ítem 2, referido a las Isapres, se encuentra el famoso CAEC, una autorregulación de las Isapres desde hace varios años que representa una cobertura de iniciativa del sistema de Isapres para las enfermedades catastróficas. Ha atendido a más de 20 mil personas y ha facturado, respecto de su costo promedio por persona, un promedio de 13 millones de pesos, con un copago de 1,8 millones de pesos y una bonificación promedio de 86 por ciento. En nuestro caso, hay dos vías: o la persona lo hace por la aplicación de la ley y el GES cubierto por la Isapre, o bien por el CAEC, o combinaciones de ellos.

En la segunda lámina vemos que el total de atenciones en el período que mencioné se distribuye según el plan, el Auge y el total. Por ejemplo, en el caso de la diabetes mellitus tipo 1, un 80 por ciento de las atenciones se ha ido por la aplicación del Auge y no por el plan habitual y en el caso de la diabetes mellitus tipo 2, un 69 por ciento se ha ido por el Auge. En el caso de la hipertensión arterial, se produce un balance distinto, casi mitad y mitad, con 55 por ciento por plan y 45 por ciento por Auge.

Este cuadro es muy interesante porque demuestra que hay variedad de situaciones en los

beneficiarios y en el acceso. La prestación se hace por una vía o por otra. Hasta ahora -a dos años y medio de aplicación del plan, que no es mucho tiempo-, la realidad es la que se describe en el cuadro proyectado.

En la página N° 6 quiero destacar las frases "sin discriminación y cualquiera sea el plan de salud al que se encuentren adscritos". El sistema de salud privado y público tiene, de por sí -esto hay que celebrarlo de los últimos gobiernos-, la idea de que existe un pilar básico de salud en cuanto a enfermedades difíciles que ocasionan gran daño al presupuesto familiar cuando se presentan y, por lo tanto, cualquiera que sea el plan o el sistema privado o público al cual la familia esté adscrita, existe esta garantía de cobertura.

En el caso del sector privado -perdón por hacer propaganda- no hay listas de espera. No tenemos reclamos por espera, sino por otras consideraciones. Creo que el país está avanzando con mucha madurez en previsión y en educación, producto de los resultados del último acuerdo alcanzado y de la ley respectiva que viene, y también en acceso. Cobertura y acceso son los grandes logros de Chile, que lo dejan a la cabeza de toda Latinoamérica en los índices sociales. Algunos tratan de alcanzarnos, pero todavía no lo logran, y ojalá nos alcancen. El capítulo que viene para adelante es el de la calidad, que es un tema en el que probablemente ésta y otras comisiones van a poner atención en el futuro.

La atención en red Auge es definida cada Isapre, porque las patologías son especiales, específicas y complejas.

El Auge no incluye todas las prestaciones en sus protocolos médicos garantizados, pero en el caso de las Isapres tendemos a bonificar las guías clínicas completas que determina el catedrático, el médico, el tratante, complementándola con el Caec, que es propio de las Isapres. Hay que reconocer que en el Caec hay copagos, que son distintos pero limitados.

En la página N° 8 muestro un caso específico de GES en las Isapres: insuficiencia renal crónica terminal. Cualquiera puede deducir -no se necesita ser médico para ello- que es una patología compleja y de alto costo. En la diapositiva podemos ver las distintas etapas del tratamiento estándar para esa enfermedad. Especificamos en pesos -para transparencia- el valor que tiene el arancel que define el Ministerio de Salud, Minsal-Fonasa, que es la tercera columna, en pesos, y también el copago porcentual y el copago en pesos que debe pagar la familia o afectado, con una salvedad: es el copago límite. Es decir, si analizamos la instalación de un catéter transitorio, el copago es de 13.972 pesos como techo, cualquiera sea el costo efectivo que tenga para la red de Isapres o red pública cubrir la instalación de ese catéter. Todos estos copagos representan el techo máximo a pagar y no el costo del tratamiento.

El señor ROSSI.- ¿Es efectivo o un error que en la insuficiencia renal crónica el 84 por ciento se atiende por su plan y sólo el 16 por ciento por el Auge?

El señor FORNI.- Para complementar la pregunta del diputado Rossi, quiero manifestar que, en el caso de la insuficiencia renal crónica y de las cardiopatías congénitas operables, el ciento por

ciento de las personas se acogen al plan, y lo mismo sucede en el caso de los cuidados paliativos y cáncer terminal, del cáncer de mamas en menores de 15 años y del parto prematuro.

¿Esto quiere decir que el Auge debería avanzar en estos temas hacia lo que están haciendo las Isapres con su plan? Me da la impresión de que la gente está optando por el plan, por cuanto considera insuficiente la cobertura del Auge. Entiendo que hay una cuestión cultural, pero, insisto, creo que es insuficiente la cobertura del Auge.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el señor Rafael Caviedes.

El señor CAVIEDES.- Señor Presidente, en el sistema Isapre había una cultura de la libre elección, que ha incidido en estas cifras.

Sin embargo, en la medida en que la gente conozca los beneficios del Auge, va a preferir este sistema antes que las prestaciones de libre elección. Pero hay que considerar, especialmente en enfermedades crónicas, que a las personas les cuesta mucho cambiarse de prestador o de médico, y el Auge, de alguna forma, obliga a estos pacientes a cambiarse al prestador de la red. Por eso, en muchos casos, los afiliados a las Isapres prefieren seguir con la cobertura del plan, sobre todo si se tiene en consideración que éste le entrega una buena cobertura financiera y la posibilidad de libre elección. Entonces, ¿para qué cambiarse?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Continúa con el uso de la palabra el señor Eduardo Aninat.

El señor ANINAT.- Señor Presidente, ya vimos la variedad de casos.

Justamente, en la página 9 de mi presentación se aclara la duda de los diputados Rossi y Forni.

En el caso del infarto agudo al miocardio, el Auge cubre las garantías de diagnóstico, el tratamiento médico, incluidas las estreptoquinasas. En cambio, en el caso de las Isapres, cubre, además, con guías clínicas o protocolos que incluyen la angioplastia y la cirugía de by-pass; es decir, completa la prestación.

Lo mismo sucede si analizamos el segundo ejemplo: linfomas en adultos. Lo primero es lo que está cubierto por el Auge garantías de diagnóstico, tratamiento médico, quimioterapia y radioterapia, pero lo que sigue para abajo corresponde a la prestación de las Isapres, que incluye, además, el trasplante de médula ósea. Entonces, estamos aludiendo a que, habiendo un pilar base de garantías explícitas y acceso en general, hay un sistema que cubre más y otro que se queda corto. Las razones son variadas: van desde el financiamiento hasta un montón de otros aspectos.

Finalmente, me gustaría referirme a un último cuadro para que, posteriormente, el gerente siga con el final de la presentación.

Este cuadro es bastante llamativo porque ilustra la legislación como está actualmente: son todas las leyes que regulan el sistema de prestaciones de salud, privadas y públicas, en cuanto a enfermedades catastróficas o enfermedades complejas o diagnósticos asimilados en el GES.

Si nos vamos a la parte superior izquierda del cuadro, vemos que una persona puede

entrar con su problema de salud complejo, catastrófico, del Ges, por arriba, y tiene la alternativa estándar de irse abajo y pedir el Auge. O sea, si el diagnóstico señala que se trata de una patología del Auge, pasa automáticamente a ser Auge. Y si el usuario está de acuerdo y así lo elige, se solicita que esa prestación sea Auge. De hecho, un familiar mío acaba de ejercer ese derecho.

El procedimiento es bien claro en las clínicas: le preguntan al paciente qué quiere. Incluso en esos establecimientos le indican que la patología está cubierta por el Auge -se ha ido mejorando mucho la información-; luego se debe preguntar cuál es la red de tratamiento de esa enfermedad según el Auge, porque no es cualquiera. Ahí hay una limitante. Por razones de costo y de plan, no se puede atender en cualquier lugar, pues hay prestaciones específicas en redes determinadas. Eso ha sido un tema de análisis.

Entonces, se sigue el orden GES-Auge, y después, si se requiere como complemento, con el GES-Caec.

Pero existe una segunda alternativa que no está en el Fonasa, que es seguir con mi plan, me voy por libre elección hasta el plan de salud complementario. Por lo tanto, ejerzo una guía clínica algo diferente de la señalada respecto de la red Auge y también con prestadores diferentes.

En resumen, a pesar de que hemos igualado el mínimo común denominador Fonasa-Isapres, éstas tienen más flexibilidad en los caminos de atención para sus afiliados, los 2,7 millones de personas que atendemos.

Ése es un punto interesante. A lo mejor, más adelante, o cuando la ley lo permita y el sector público así lo estime y lo requiera, se podría hacer una flexibilización en el sistema Fonasa en cuanto a los caminos de atención antes señalados.

A continuación, citaré un ejemplo adicional positivo de lo que ha significado el Auge.

Soy nuevo en la Asociación de Isapres - llevo sólo cerca de diez meses en ella-, pero don Rafael lleva casi toda una vida en esto: primero estuvo en el Fonasa y después en la Asociación de Isapres, por lo que conoce los dos sistemas.

Que yo sepa, el Auge, de alguna manera impulsó -por no decir "obligó"- a las Isapres -y esto lo encuentro positivo- a agregar en las coberturas los medicamentos ambulatorios, pues ello prácticamente no existía, pues muy pocos medicamentos estaban cubiertos. Ahora, por ley, hay que entregarlos.

Además, abrió el capítulo -es reciente, por lo que no le pidamos que esté maduro y convergente- de la atención dental que, de acuerdo con la información que hemos recogido de los asociados, está -según sus propias palabras- "surgiendo como callampa". Es decir, de manera muy positiva, ahora se está difundiendo la posibilidad de que la gente que está cubierta exija planes de atención dental, atención nutricionista, etcétera. O sea, hay toda una lista de áreas nuevas que no sólo tienen que ver con cobertura técnica, sino también con temas que le importan a la gente respecto de los cuales el Auge ha incentivado su cobertura en los dos sistemas: Fonasa e Isapres, y eso, como ciudadano, lo considero muy positivo para el país.

Si lo permite, señor Presidente, don Rafael Caviedes seguirá con la exposición.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el señor Caviedes.

El señor CAVIEDES.- Señor Presidente, las Isapres siempre han tenido una actitud colaboradora en materia del GES. De hecho, en los inicios proporcionaron bastante información relativa a las siniestralidades correspondientes y el costo involucrado en cada una de las patologías del GES, material que, evidentemente, contribuyó al diseño y a la búsqueda de las 56 patologías. Asimismo, aportaron el diseño del marco jurídico.

Además, las Isapres han hecho un esfuerzo publicitario por tratar de informar a sus usuarios en qué consiste el AUGE. Han efectuado un esfuerzo para aumentar la red de atención -como veremos a continuación-, ampliar las coberturas y -a mi juicio, esto es lo más importante, y el presidente lo señaló con un ejemplo- complementar la cobertura del AUGE con la de enfermedades catastróficas, con lo cual las personas que están en Isapres tienen una cobertura muy integral; es decir, el AUGE, más todo lo que no comprende el AUGE, a través de la cobertura de enfermedades catastróficas.

En materia de aumento de prestadores, en junio de 2005 había 80 prestadores ambulatorios y 41 de ellos para atención hospitalizada. En junio de 2006, había 195 prestadores tarificados en la Red de Prestadores GES, lo que significó un 144 por ciento de aumento, y 70 prestadores que entregan atención hospitalizada, lo que representó un 71 por ciento de incremento en dicha red. Con esto se trata de demostrar la suficiencia de la red de prestadores

GES. Algunos prestadores con los cuales están operando las Isapres son los siguientes: por ejemplo, en prótesis de caderas, las clínicas Alemana e Indisa, el Instituto de Seguridad del Trabajo de Viña del Mar y Talcahuano, y los hospitales Dipreca y de la FACH, en Santiago; en materia de marcapasos, el Hospital Clínico de la Universidad Católica, el Sanatorio Alemán de Concepción y la Clínica Reñaca; en Sida, la Red de Salud Universidad Católica; en materia de trasplante renal, la Clínica Alemana, el Hospital Clínico de la Universidad Católica, el hospital de la Universidad de Chile, José Joaquín Aguirre, un importante miembro de la red Auge; en materia de cardiopatías congénitas, la Clínica Alemana, el Hospital Clínico de la Universidad Católica y Salvecor, y en escoliosis, las clínicas Tabancura y Dávila.

En materia de reclamos del Auge en las isapres, entre julio de 2005 y octubre de 2007 se registraron 309 reclamos, de los cuales un 41 por ciento fue fallado en favor de las Isapres, un 53 por ciento en favor de los reclamantes y un 6 por ciento de desistimiento. Esto es muy poco en términos del número de beneficiarios y de la cantidad de prestaciones.

Existe un procedimiento regulado, cuyos resultados son informados a la Superintendencia. Si el afiliado tiene alguna duda o inquietud respecto del Auge, puede presentar el reclamo en la propia Isapre. Hay un procedimiento que obliga a la Isapre a responder en quince días e informar y reportar a la Superintendencia los resultados del reclamo correspondiente. Las personas también pueden presentar su reclamo directamente en la Superintendencia de Salud. Generalmente, si el

afiliado no lo ha presentado en la Isapre, la primera recomendación de la superintendencia es que lo haga. Entonces, una vez que se conoce el fallo, la respuesta se debe dar en quince días. Si no está conforme con la respuesta de la Isapre, puede solicitar el arbitraje de la Superintendencia. Asimismo, están los tribunales de justicia, como última instancia. De hecho, a través de los medios de comunicación se han conocido algunos de esos reclamos.

De los 309 reclamos, 56 de ellos por cada millón de beneficiarios son tramitados en las Isapres y 36 reclamos por cada millón de beneficiarios son tramitados en la Superintendencia. Además, tenemos información respecto de la cantidad total de reclamos presentados en la Superintendencia y tramitados en las Isapres desde julio de 2005 hasta septiembre de 2007.

Ahora bien, ¿por qué reclama la gente del sistema de Isapres? Como lo señaló el Presidente, en estas instituciones no hay postergaciones en la entrega de prestaciones Auge. De hecho, el sistema de Isapres no tiene fallas en la garantía de oportunidades, ni en las prestaciones Auge ni en las no Auge. El sistema de Isapres opera simplemente a través de la red de prestadores privados, lo que, en general, no presenta ninguna falla en materia de oportunidades.

Los reclamos que se han presentado han sido más bien por temas de calidad. Por ejemplo, en materia de entrega de insulina, algunas Isapres han establecido la entrega del medicamento genérico y otras no, porque así lo señala el protocolo del Auge, no por capricho de la Isapre; sin embargo, el afiliado quiere el medicamento de marca o, como en

este caso, la insulina que está acostumbrada a utilizar.

En materia de infarto agudo al miocardio, se ha producido un reclamo por la cobertura del *stent*, que no está cubierta por el GES. También, se publicó y comentó recientemente en la prensa un fallo de la Corte de Apelaciones que favoreció a un afiliado que reclamó por un desfibrilador. Al respecto, debo aclarar que el GES sólo cubre el marcapasos y no de desfibrilador, según lo establece el protocolo del Ministerio de Salud -tendríamos que discutir si dicho protocolo es adecuado o no-; sin embargo, el afiliado reclamó por el desfibrilador y la Corte de Apelaciones le dio la razón, en circunstancias de que el GES no lo contempla.

También se han producido reclamos por prestaciones no incluidas en los protocolos del Auge y por no aceptación del afiliado del prestador de la red asignado por la Isapre. Por ejemplo, la Isapre le dice al afiliado que se atienda en el Hospital Clínico de la Universidad Católica y el afiliado le responde que quiere el GES en la Clínica Alemana. La Isapre tiene para esa prestación específica al Hospital Clínico de la Universidad Católica y no la Clínica Alemana, y eso se ha traducido en un reclamo.

Ésa fue nuestra exposición.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Marco Antonio Núñez.

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, agradezco la presencia de nuestros invitados.

Mi primera pregunta se relaciona con el funcionamiento del fondo de redistribución de riesgo entre Isapres. Cuando hace algunos años se

implementó la reforma de la salud, la idea era instalar un sistema de redistribución de riesgo universal para disminuir uno de los elementos claves del funcionamiento de esta industria, que es la selección de riesgo, es decir, por la vía de las preexistencias y de exclusiones, utilizar el reaseguro estatal a todo evento que es Fonasa, complementado con el aumento de las primas, para mejorar el perfil de la cartera de asociados.

¿Qué ha pasado al interior de las Isapres con esta ley? ¿Cómo ha operado? ¿Cuál ha sido el impacto respecto de aquellos que tienen mayor riesgo y que han podido tener mejor acceso y calidad en función de este sistema?

La segunda pregunta es sobre el sistema de información. Hemos analizado durante varias sesiones las dificultades del Sigges a nivel del sector público de salud. ¿De qué manera las Isapres resuelven el problema de la información en línea, ojalá en tiempo real -como debería ocurrir-, de las coberturas de garantías Auge en su sistema?

La tercera pregunta se refiere a las garantías de la ley, y una de esas garantías contempladas tiene que ver con la cobertura del examen preventivo de salud del adulto y del adulto mayor. ¿Las Isapres cubren un extra por el Auge? ¿Hay mayores costos porque es universal, ya que cada uno de los afiliados adultos tiene derecho anualmente a realizarse este examen?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el señor Aninat.

El señor ANINAT.- Señor Presidente, en primer lugar, voy a hacer una apreciación general

sobre el tema del fondo de redistribución, que afectaría los riesgos de distintas categorías entre las Isapres, entre las distintas aseguradoras de salud privadas, sean Isapres abiertas o cerradas, institucionales. Éste fue un tema largamente debatido en el Congreso Nacional, cuya discusión culminó en 2005 ó 2006.

Como idea conceptual de fondo de redistribución de riesgo, desde el punto de vista económico y de economía de la salud, la encuentra valiosa, digna de estudiar, pero que se enfrenta al siguiente problema de prioridades en la asignación de recursos, tanto privados como públicos.

Hemos llegado a una situación en que los gastos en salud, sumados los del sector privado y del público, superan el 7 por ciento del PIB, que es más de lo que gasta el país en educación. Y a ese 7 por ciento del producto le he sumado el costo de salud de las Fuerzas Armadas, que es alto, difícil de estimar y recae directamente en el fisco, por lo que deberían sumar algunos puntos, y le sumo el desembolso privado de medicamentos, que a veces se hace institucionalmente, o por los privados, cuando están incluidos en los planes. Pero sabemos que los medicamentos que se compran libre y anónimamente significan una enorme cantidad de gastos.

Por lo tanto, es probable que, para el tamaño de nuestro país, con un PIB nominal de algo más de 9 mil dólares per cápita y un PIB medido en poder adquisitivo constante de 11 mil dólares, estemos ya en el tramo de los países con alto gasto en salud. No obstante, lo importante para las diputadas y diputados no debe ser tanto el nivel en que estamos, sino la curva que llevamos. Si la hubiera traído, verían que es una curva exponencial.

De hecho, el que habla, cuando fue ministro de Hacienda, casi duplicó el presupuesto del fisco en salud. Y en los períodos de Aylwin, Frei y parte del de Lagos casi duplicamos ese gasto. Fui corresponsable de eso.

En síntesis, creo que se trata de una discusión que vale la pena dar, pero que debe darse en función de todas las prioridades que existan, porque estos fondos de redistribución para asegurar riesgos y compensarlos le costarán plata al Estado y a los privados, en el neto final, sobre todo por lo que decía el diputado Núñez -lo entendí perfectamente-, sobre limitar o acotar el tema de las preexistencia y otros. Por lo tanto, eso va a costar plata, así es que es necesario dar una discusión más amplia al respecto.

Si usted lo permite, señor Presidente, la pregunta acerca del funcionamiento acotado o limitado del fondo de redistribución entre Isapres que finalmente se aprobó -porque el Congreso no aceptó el fondo global que se postulaba- la responderá el gerente de la Asociación, pues tiene un conocimiento más amplio sobre el particular que el que tengo yo como presidente de la misma.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Por supuesto.

Tiene la palabra el señor Rafael Caviedes.

El señor CAVIEDES.- Señor Presidente, esto lleva operando más de un año. Las Isapres, según la cartera de riesgo que tienen, que básicamente está determinada por el sexo y la edad de sus beneficiarios y las tablas de riesgo que prepara la Superintendencia, hacen transferencias de recursos

entre ellas. Eso significa que aquellas que tienen una población con menos mujeres y con gente más joven, se ven castigadas, en tanto que aquellas que tienen una población más vieja y con más mujeres, se ven favorecidas.

El señor ANINAT.- Respecto del fondo.

El señor CAVIEDES.- Nada más, respecto del fondo, que en este momento debe ascender a alrededor de 140 millones de pesos que se mueven en el sistema.

Ahora, a mi juicio, este fondo no considera el ingreso de las personas, por lo que perfectamente se puede dar el caso de que haya mujeres ricas que están siendo subsidiadas por mujeres u hombres pobres o de hombres ricos y viejos subsidiados por hombres jóvenes y pobres. Pobres relativamente, dentro del sistema de Isapres.

A mi juicio, ése es un elemento que habría que corregir. El fondo opera, pero el elemento ingreso no está incorporado, sólo lo están los factores sexo y edad.

El señor ANINAT.- Señor Presidente, quiero complementar la respuesta con un punto que es de información.

Rafael Caviedes ha sido bien claro en describir el procedimiento establecido para los reclamos, pero hay que agregar que los formularios de reclamo quedan archivados en la historia y vida de las Isapres, de tal modo que hay un seguimiento de cómo fue tratado el reclamo del afiliado que presentó el reclamo. Ello es muy conveniente, porque da garantías de seguimiento, de seriedad y de compromiso con la forma en se resuelve el reclamo, además de la

instancia de la Superintendencia y la que todo ciudadano tiene en los tribunales.

Quiero agregar que en la Asociación de Isapres específicamente respecto del Caec, que trata las enfermedades catastróficas y es primo hermano del Auge, estamos postulando la confección -que espero podamos llevar a cabo en el curso del próximo año- de una línea telefónica 800. Se trató de una excelente idea de quien me acompaña, que apoyé rápidamente e informamos a los medios. Esta línea estará destinada nada más que a contestar preguntas sobre coberturas, tratamientos, enfermedades del Auge y también del Caec, sobre las enfermedades catastróficas, de tal modo que "Juan Pérez", al marcar el número 800, da su RUT, indicando la Isapre a que pertenece, y por el computador, la persona que está en el call center, especializada para dar información -que tendrá que ser de costo de las Isapres-, indique exactamente las características del plan, la aprobación del diagnóstico que tiene para calificar como enfermedad del Auge o del Caec y lo refiera a la red respectiva. Creo que si logramos implementar esto, que tiene un pequeño problema tecnológico, ya que, en el fondo, significa estandarizar el sistema telefónico para todas las Isapres. De lo contrario, el caos sería monumental, pero se puede resolver.

Esta medida daría enormes beneficios, incluso de tiempo, a las personas, sobre todo al adulto mayor, que a veces llega con su enfermedad a cualquier clínica o a cualquier prestador y éste le dice que no le corresponde, porque no es de esa red sino de otra, que está en Vicuña Mackenna y él se fue a Las Condes, o viceversa, fue a Providencia y le correspondía Ñuñoa, etcétera. Entonces, esos viajes

causan estrés y ansiedad que muchas veces agrava la enfermedad.

Respecto de la información, aparte de estos mecanismos, quisiera señalar lo novedoso que sería que así como existe el número 800 para vender cualquier cantidad de cosas -ustedes lo han experimentado-, nosotros tengamos el número 800 para dirigir a las personas a la red respectiva que le corresponde para tratarse el Auge o el Caec. Sería de enorme beneficio.

Finalmente, me referiré al tema de prevención que se mencionó. Éste es el tema favorito del presidente que habla. El Enasa -donde todos ustedes fueron invitados, pero sólo algunos asistieron-, que fue bastante grato, ya que reunió a 1.100 personas en el Encuentro Nacional de la Salud, de a poco se ha ido constituyendo como el encuentro para discutir temas de salud, tanto privada como pública, en el país. En ese encuentro planteamos un desafío a nuestros propios socios, a nuestras Isapres que nos nombran y nos respaldan: mejorar los aspectos de prevención.

De hecho, mencionamos un desafío muy específico, como es el problema de la obesidad, tanto la simple como la obesidad mórbida. No sé si estará enterado el señor Presidente, pero esta enfermedad, que se suponía era un mal de países desarrollados -se mencionaba a Estados Unidos como el clásico ejemplo-, a nivel infantil y de adolescente ya está siendo un problema en Chile. Es así como estamos registrando los peores índices en materia de obesidad. Éste debe ser un tema de prevención. Hemos transmitido al sistema de Isapres que la prevención debe ser considerada como inversión y no como gasto. O sea, si se hace prevención del problema de la obesidad, me

ahorro después recursos en diabéticos, problemas cardiovasculares, psiquiátricos o psicológicos. En fin, suma y sigue. Entonces, no puedo estar más de acuerdo con la insinuación que hace el diputado en cuanto a que también nos concentremos en la prevención.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Núñez.

El señor NÚÑEZ.- Quiero insistir respecto de la tercera pregunta.

También agradezco el énfasis que ha puesto el presidente de la Asociación de Isapres, señor Aninat, en la necesidad de introducir incentivos para la prevención, por cuanto las Isapres no tienen ningún incentivo en esa materia, particularmente en sus afiliados jóvenes, porque, cuando aparezca el infarto, si el colesterol estuvo durante décadas, obviamente que estarán expuestos.

Mi pregunta es muy concreta. No sé si es posible entregar la respuesta hoy; en todo caso, estamos abiertos a que la Secretaría pueda recibirla, porque es muy importante.

Me refiero a la cobertura del examen preventivo del adulto que está incluida en la garantía. Cada uno de los afiliados a las Isapres tiene derecho a hacérselo, en un tramo de la adultez, una vez al año. Ese examen es muy importante, porque es posible conocer la glicemia, los niveles de colesterol, etcétera.

No sólo me refiero a los que están relacionados con los recién nacidos. Me interesa la respuesta con las correspondientes cifras.

Nos habría gustado conocer un neteo de la redistribución de riesgo entre Isapres mayor de 300 mil dólares. Eso habla de un perfil bastante homogéneo. Me impresiona que sólo sean 140 millones de pesos los que finalmente trasladan de una Isapre a otra con distinto riesgo.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el señor Aninat.

El señor ANINAT.- Señor Presidente, respecto de la prevención específica, puedo señalar que me consta, en mi grupo familiar, por ejemplo, que para determinados exámenes preventivos, en el caso de la mujer, el sistema opera muy bien.

Una persona de mi grupo familiar llama a su Isapre en marzo de cada año y se hace el examen preventivo respectivo, que opera sin costo y automáticamente. Quería entregar ese testimonio personal, en el sentido de que ciertos exámenes preventivos específicos operan automáticamente, sin costo y sin ningún problema, a nivel de las Isapres.

Respecto de la cifra general que pide, la podemos hacer llegar, ya que no tengo constancia de cuál es el ejercicio global.

En cuanto a su estimación de que sólo se netean entre las nuevas Isapres abiertas 300 mil dólares al año, tengo una explicación económica fundamental, pero, a lo mejor, a algunos no les va a gustar. Me encanta introducir el tema para que nos inviten a otra sesión.

Lo que pasa es que la ley, lamentablemente, está incompleta en una parte, pese a que se reconocen todos los enormes avances del sistema de salud, el salto en cobertura y las garantías explícitas. Hoy,

en varios diagnósticos y tratamientos, tenemos más del 90 por ciento; o sea, si nos comparamos con cualquier país desarrollado, estamos bien en acceso y cobertura.

Pero el tema es que todavía tenemos dos sistemas estancos: el Fonasa, que captura 11,5 millones de beneficiarios -la gran súper mayoría-, y las Isapres, que capturan 2,7 millones de habitantes.

El día en que estos vasos tengan comunicación, como en las leyes químicas, y haya fluido y se pueda realmente competir e implementar el llamado subsidio portable u otros instrumentos, estoy seguro de que ese día el Fondo de Compensaciones va a tener una variedad e incidencia enormes, porque, lamentablemente, con buenas intenciones, la ley ha establecido que son dos sectores aparte, lo cual es un error respecto del tipo de país que queremos, donde tiene que haber movilidad, competencia y estándares comunes de evaluación.

El día en que se abra la posibilidad de que los sistemas se comuniquen, el fondo redistributivo va a tener un monto enorme, por la misma razón de que estos sectores estancos hoy no pueden comunicarse.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Marcelo Forni.

El señor FORNI.- Señor Presidente, agradezco a los señores Eduardo Aninat y Rafael Caviedes su exposición.

El señor Aninat nos planteó que los dos años de implementación del GES impiden hacer una evaluación completa de lo que ha sido el programa. Pero, sin perjuicio de eso, me gustaría saber cuál ha sido el impacto del GES en relación con los costos.

En el caso del sector público es evidente que esos costos se financian vía mayor impuesto, pero en el sector privado, que atiende a 2,7 millones de chilenos, se financia vía aumento del precio de los planes.

En consecuencia, como queremos seguir aumentando las prestaciones -para 2008 se han anunciado seis patologías nuevas-, quiero saber si ese impacto es sostenible en el tiempo para los sectores privado y público.

Asimismo, me gustaría conocer cuál es su evaluación respecto del impacto del GES en la modernización de la red hospitalaria pública. Este tema se relaciona también con la complementariedad, la comunicación y la portabilidad. Me interesa saber de qué manera el GES ha tenido impacto en la modernización de la red pública hospitalaria en materias de infraestructura y de tecnología.

Por otra parte, me gustaría saber si existen instancias de análisis, evaluación o reflexión conjunta entre el sistema público y el privado. ¿Tienen buen diálogo, buena comunicación, buen análisis con el Ministerio de Salud respecto de lo que ha sido el impacto del GES en la población?

Por último, a propósito de lo que se nos recordaba en relación con Enasa, evento al que lamentablemente no pude asistir, el señor Aninat hizo un llamado a la ministra de Salud frente a los rezagos e incumplimientos en la entrega de las prestaciones AUGE y ofreció el apoyo del sector privado. Incluso, dijo textualmente que basta que exista voluntad política y financiamiento para hacerlo.

En su opinión, ¿existe voluntad política para hacer las perfecciones que permitan solucionar esos rezagos e incumplimientos del Auge?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el señor Eduardo Aninat.

El señor ANINAT.- Señor Presidente, voy a partir por la última pregunta.

El diputado Marcelo Forni tiene razón. Efectivamente, en Enasa hicimos varios llamados que se inscriben en los conceptos con los cuales estamos trabajando: de cooperación -que voy a explicar más adelante-, de respeto a la ley y de búsqueda de la eficiencia. Eso ha caracterizado a esta administración de la Asociación de Isapres y, mientras siga como presidente, va a seguir siendo nuestra marca.

¿Cuál es el elemento de cooperación al cual alude el diputado Forni? En el fondo es como una regla de tres simple, como dicen los escolares.

Estamos en un país pequeño, con 15,5 millones de habitante, con muchas tareas inconclusas por delante, en que cuesta movilizar recursos para prioridades nacionales, tal como lo hemos visto en el transporte y en otros temas delicados.

Nuestro diagnóstico señala que es casi grotesco empezar a hacer un juego de suma cero, de descalificaciones o de separaciones, en circunstancias de que se trata más bien de integrar. Si el sector público y el privado están en el mismo bote, entonces rememos fuerte para que avancemos y no estemos estancados, detenidos. Desde el punto de vista de las tareas nacionales, no creo en la vieja distinción de lo privado y lo público.

¿Cuál es la tarea nacional importante que estamos discutiendo? Las garantías del plan Auge y del Caec. Por lo tanto, el sentido del llamado que formulé va en la dirección de lo que las Isapres hicieron voluntariamente, alrededor del 2001 ó 2002, y a título experimental: el programa de atención de enfermedades catastróficas, que ha ido creciendo porque a los beneficiarios les gustó y lo pidieron. Ese programa nació enteramente por autorregulación, porque ninguna autoridad lo pidió, ningún parlamento lo exigió. Pero obviamente, la Superintendencia de la época lo aplaudió y nos ayudó a establecerlo.

Dado que tenemos esa experiencia del tratamiento de las enfermedades catastróficas en el Caec, que es el primo hermano del Auge, la pusimos a disposición de la ministra, si la quiere, en lo que es confección de redes, información a la familias afectadas, guías clínicas -donde es necesario progresar más, los números de costos, la varianza de costos, etcétera. Ese desafío sigue pendiente.

El sector público puede encontrar en nosotros una historia ya transcurrida y ponerla a su disposición, para mejorar la atención y, de esa forma, evitar los rezagos en las prestaciones, reflejados en los reclamos de la gente por la disposición del Auge en el día a día en el Fonasa. Ese desafío sigue pendiente.

En cuanto al futuro, el tema es complicado, lo que nos hace pensar. Posteriormente podemos enviar más información. Eso tiene que ver con tecnología, modelos de gestión y economías de escala.

La velocidad con que se incorporan patologías cubiertas al Auge se aplaude en el sentido social, de salubridad y de bienestar. Pero, a la vez,

nos genera un signo de interrogación en cuanto a la velocidad, por cuanto después se presenta el problema de la capacidad de atender. Por ejemplo, vemos el problema de las camas del sistema público, que también se produce en el privado, pero no con tanto dramatismo.

En ese sentido, algún ejecutivo inspirado mañana podría agregar 200 prestaciones Auge y nadie lo podría criticar por eso. Pero si posteriormente no tiene disposición de infraestructura hospitalaria para atenderlas, vamos a quedar mal. Así sólo elevaríamos las expectativas y no podríamos ejercer la oferta o disponer de ella.

La ley estableció que, en algún momento, iba a haber estándares de clasificación para los establecimientos hospitalarios, clínicas y todo el sistema de salud, como se hace en las universidades y colegios, con las nuevas leyes aprobadas.

La idea es que haya sistemas de evaluación objetivos, con parámetros médicos, ingenieriles, de sistema y atención de los hospitales y clínicas, ya que estoy seguro de que Chile tiene algunos muy buenos, sobre todo en el sistema público, que son triple A, del tramo 1. Que la gente sepa que cuando está en una red de ese hospital, está en el tramo 1.

Pero hay otros hospitales, sobre todo del sistema público, que no cumplen ni siquiera con los estándares de seguridad para los pacientes, o en casinos o alimentación. Esos establecimientos tendrán que figurar en tramos 5 ó 6, y que la gente lo sepa. Ese aspecto de la ley no está implementado. Aprovecho de hacer un llamado a las autoridades para que empiecen el ejercicio de estándares para clasificar las redes de infraestructura pública de salud.

En ese punto, la ministra de Salud ha respondido favorablemente, pero falta conocer el calendario, que es de máxima importancia.

El chileno aplaude la cobertura, pero ya la tiene, y ha sido producto de la acumulación de éxitos de muchos gobiernos, especialmente de los últimos tiempos, y como su situación ha cambiado, porque el país está bastante mejor, ahora exige calidad. Si la ley contempló que un elemento para dar calidad consiste en elevar los estándares y hacerlos comparables, llegó la hora de que esos estándares y esas evaluaciones se hagan.

Eso es muy importante porque la infraestructura es, habitualmente, uno de los factores que incide mucho en los costos, por un lado, y en la calidad de las prestaciones, por el otro. Por lo demás, esto también lo ha dicho el Colegio Médico, y no sólo nosotros. Por lo tanto, llegó la hora de que esos estándares se implementen para que la cooperación se haga más ágil.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el señor Caviedes.

El señor CAVIEDES.- Señor Presidente, con respecto a los costos, es evidente que ha habido un impacto importante y creciente. No hay que olvidar que el Auge, como sistema nuevo, tiene un notable crecimiento exponencial. Por ejemplo, en julio de 2005, se entregaron 10 mil prestaciones Auge; en julio de 2007, 173 mil, y para julio de 2009 -es decir, en dos años más-, se espera la entrega de 416 mil, a la misma tarifa que fue definida por la Isapre.

En consecuencia, el costo del Auge es incremental y, necesariamente, aunque no aumenten las prestaciones, lo hará notoriamente su costo y la incidencia del gasto en prestaciones Auge de aquí al 2009, cuando se produzca el nuevo período de cambio de tarifas.

Lo único que tenemos es una evaluación de las prestaciones que, como señalé hoy, son 173 mil, y en julio se espera sean 416 mil. Simplemente por cantidad de prestaciones Auge, habrá un impacto significativo, pero no veníamos preparados para responder sobre esta materia porque no fuimos invitados para ello.

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

El señor ROBLES.- Señor Presidente, en la discusión del proyecto Auge, el tema de las Isapres se desvió por otro carril. Nunca discutimos que las garantías del Auge iban a estar incorporadas en las Isapres -he hecho, estaban antes-.

El tema, más bien, se centró en dos aspectos. El primero se refiere a que la Derecha, en ese tiempo, no nos apoyó con el fondo de lo que se está planteando, en el sentido de asumir riesgos en conjunto entre el sector público y el privado, en que las Isapres no estuvieron en ningún caso de acuerdo para asumirlo, y lo dejaron fuera.

El otro tema económico importante tenía que ver con el subsidio que el Estado les entrega a las embarazadas, que tampoco pudo ser incorporado, para que las Isapres asumieran, de una vez por todas, el costo que hoy el Estado les da a las mujeres embarazadas en Chile.

Por lo tanto, esos dos temas quedaron fuera de la ley, no porque no quisiéramos, sino porque la Derecha no lo permitió. Por otro lado, el otro tema importante en la discusión fue algo que se está dando ahora y que pido que se precise aún más: que el Auge permitiría a las Isapres constituir estas redes, que no son otra cosa que sistemas cerrados para la atención de personas.

Una de las grandes discusiones se relacionaba con que el gran objetivo de las Isapres, cuando se constituyeron en su momento, fue lograr la libre elección de prestador sin ningún tipo de inducción. La primera línea en este sentido fue justamente lo que planteó el Presidente, en que las famosas Caec inducían al prestador para así disminuir los costos de las Isapres. Es obvio que si existe una inducción a un prestador, se reducen costos, se mantiene un cierto control sobre ellos y, sobre todo, en enfermedades catastróficas de alto valor. Evidentemente, en ese sentido, las Isapres veían que se les estaba escapando una cantidad de recursos importantes y una de las formas que tenían para disminuirlo era creando el sistema Caec, que, como muy bien dijo el señor Aninat, fue el precursor del Auge. De hecho, muchos de nosotros fuimos críticos respecto de cómo se implementó la ley de Auge, porque lo que hacía era crear prestadores cerrados, en que las Isapres tenían el control sobre todo lo que se hacía en esa red cerrada. Por ejemplo, el control de las licencias en dichas redes, el control de las remuneraciones de los prestadores y los costos asociados a todas las patologías. El modelo americano estaba implementándose en Chile.

Por ello, no me extraña que las Isapres tiendan a avanzar en este sistema cerrado. Por

ejemplo, es evidente que la idea de tener una línea telefónica 800 impulsará a la gente hacia la red, hacia el prestador, en desmedro de la libre elección.

Se nos ha dicho que la red de prestadores ha ido aumentando desde el año 2005 al 2007, en que prácticamente se ha duplicado, por lo menos entre junio de 2005 a junio de 2006, tanto en el área de atención ambulatoria como en la de atención hospitalaria.

Por lo tanto, uno de los fenómenos que está ocurriendo con el Auge en el sector privado es el aumento de estas redes. Ésta es la información que tengo y quiero corroborarla. Hoy, las Isapres tienen planes cerrados, solamente de atención de red. Es decir, están captando gente con una prima para ser atendidas solamente en las redes, cuestión que en las regiones es bastante complejo, porque ahí las redes no operan de la misma manera que lo hacen en Santiago.

Mi segunda pregunta tiene que ver con la diferencia entre un seguro y el fondo -también se discutió con el Auge-; incluso, algunos de los nuestros pensaban que el Fondo Nacional de Salud debiera ser un seguro y, por lo tanto, que debiéramos convertirlo en un seguro. De hecho, hubo una dura discusión en la Comisión en ese tiempo, porque hay quienes pensamos que cuando uno tiene un fondo es porque en él todos toman, aunque unos aporten más y otros menos. Cuando es un seguro, la prima que se paga al seguro es de cada individuo, de cada persona y, por supuesto, puede ser portable, como planteó el actual presidente de la Asociación de Isapres, señor Aninat.

Hoy vemos en los diarios, al igual que en esta Comisión, que hay sectores que plantean la posibilidad de que el subsidio o el recurso que gaste el Estado en el Auge se convierta en un subsidio de seguro, para que la gente se lo pueda llevar hacia el mundo privado. Evidentemente, es muy distinta la mirada en salud cuando se habla de seguros que cuando lo hace de fondos en salud.

En los países que tienen fondos, como los europeos, se entrega una excelente salud, absolutamente comparable a nivel mundial, igualitaria para todos; en los países donde hay seguros, como en Estados Unidos, los hay de muy buen nivel, como hay gente que está fuera del seguro que tiene que morir en la calle por una apendicitis, porque no la reciben en ningún hospital. Hoy en Chile está ocurriendo eso. He dicho en dos o tres oportunidades que hay gente que hoy no está ni en el Fonasa ni en Isapres.

Para que quede claro, en términos de las Isapres, quiero plantear que las diferencias sustantivas que hubo en la discusión, y que hoy se están dando, están dadas por esas dos vertientes que afloran con mucha nitidez. La primera, el aumento de la red y, por lo tanto, con prestaciones cerradas, en desmedro de la libre elección; la segunda, el tema de avanzar en la portabilidad del subsidio, para trasladar gente desde el sector público al privado a estas redes cerradas de atención.

Nunca he escuchado de parte de las Isapres que tengan la intención de compartir riesgos, en términos de toda la población de Chile, pública y privada, con los recursos que hoy se disponen, ni menos hacerse cargo de los costos que tiene la población femenina. La gran mayoría de los costos del Estado son de mujeres del sector Isapres, en términos

de los altos costos que eso significa. En ese sentido, ¿cómo ha avanzado el tema y cuál es la visión que tienen respecto de estas dos preguntas?

El señor ORTIZ (Presidente accidental).- Tiene la palabra el señor Eduardo Aninat.

El señor ANINAT.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero aclarar que se me reinterpreto bien mal mis palabras -también he sido político en el pasado- y voy a corregir nada más que el sentido semántico de las palabras del diputado Robles.

El sentido de la famosa línea 800, que no está implementada -es un proyecto de este presidente en la Asociación de Isapres, para las nueve Isapres que represento y, ojala, para todos-, es bajar los costos de transacción, mejorar la información de lo que arrojan las encuestas -la Consultora Mori nos hace una encuesta una vez al año y pueden invitar a la señora Marta Lagos, quien la dirige, pues tiene gran prestigio- que usamos para ver qué les molesta a los usuarios. Y lo que los afecta es que muchas veces no tienen la información explícita al día de cuál es la red que los atiende y cómo califica para una determinada incidencia del Plan Auge, porque ni siquiera tenían la enfermedad y no se preocuparon de ver el plan antes, sino sólo cuando les llega el siniestro.

Entonces, la línea 800 no es para obligar a nadie a permanecer en un sistema, sino para bajar la ansiedad. El diputado Alberto Robles debe saber de casos, sobretodo de adultos mayores, de personas que llegan a un determinado hospital clínico prestador y lo trasladan a otro porque no correspondía que lo atendieran en el primero. Sólo hemos recibido aplausos de los beneficiarios por esta

idea. Quiero aclarar que la intención no es la que señaló el diputado Robles, y es mejor no andar calificando intenciones a priori.

Ahora bien, creo que se ha planteado una discusión general que es muy legítima, pero también muy compleja, lo que no quiere decir que no haya que abordarla en algún momento. Pero cuando se ha abordado en el pasado -he leído las discusiones de algunos proyectos de ley-, siempre se ha ido por el lado y no se ha querido enfrentar al toro por sus astas, lo que es muy típico de nuestro país, en que queremos ver la parte buena pero no la mala o viceversa.

Esta discusión planteada entre un sistema de seguros colectivos y la salud como un sistema de prestaciones aseguradas por fondos nacionales es muy real. Si vemos la experiencia mundial, podemos apreciar que ningún sistema es puro. En ninguna parte existe un sistema que sea sólo de fondo a nivel agregado, estatal o privado, totales, ni tampoco existe un sistema que sea sólo un seguro individual de salud, ni menos colectivo; siempre hay una graduación.

Se ha mencionado el caso de los fondos europeos. Efectivamente, hay una cierta tradición - que viene de vuelta- en los países escandinavos y un poco en Inglaterra, que es un esquema distinto, sobre el manejo de garantías de salud en prestaciones amplias por la vía del fondo. Pero tiene una diferencia dramática con Chile, y más vale que estemos concientes de ella: el sistema impositivo es mucho más caro que el nuestro. Puedo estar de acuerdo o en desacuerdo con ese sistema, pero constato que la tributación en Chile bien medida no es más de 19 ó 20 por ciento del producto interno bruto total. Lo dice

alguien que modificó algunos impuestos, aunque me costó hacerlo, porque no había consenso al respecto por razones legítimas, y así se votaron. Aquí hay diputados que participaron de esas discusiones, como el impuesto a la renta, franquicias que se eliminaron, hasta el IVA.

Efectivamente, en Suecia, Noruega y Dinamarca operan en una parte con fondos nacionales, pero los impuestos son del orden del 35 ó 40 por ciento del PIB en la mayoría de esos países. Si queremos ir por el camino del fondo, hay que ir ajustando el bolsillo, porque le van a descontar el 40 por ciento en impuestos y no alrededor de 19 ó 20 por ciento, como ocurre actualmente en Chile. Una cosa lleva a la otra.

Perdón que insista en la naturaleza de los seguros colectivos, pero voy a tratar de ilustrarlo con cifras gruesas, porque no tengo los cálculos pedidos ahora, porque no venía preparado para referirme a este tema.

Cuando se mantiene un sistema de compartimentos estancos, en que el Fonasa es la garantía piso -aun cuando la calidad sea discutible-, el acceso es masivo y ante cualquier peso que falte está el tesoro público, el señor Andrés Velasco y el Ministerio de Hacienda -fui ministro de Hacienda-, y se hace un cheque por el 40 por ciento, que es lo que falta. Es una garantía implícita escondida. Entonces, en ese sistema hay 11,5 millones de beneficiarios y al otro sistema se mantiene chico, estancado, como ha estado durante estos 6 ó 7 años, en torno al 2,5 millones o 2,7 millones de beneficiarios totales.

Entonces, ¿cómo quieren que sean los riesgos para establecer un sistema de seguro? ¿Por

qué se producen los problemas del fondo? Un sistema tiene que distribuir un determinado siniestro, como un cáncer -que ojalá nadie lo tenga-, una diabetes aguda, problemas de obesidad congénita, o lo que sea, en muchos menos "hombros cautivos", pero el otro lo distribuye en 11,5 millones de personas, además con un cheque indirecto de Hacienda, por si les falta.

Entonces, mientras esos estancos estén separados, sostengo que, en la práctica, no vamos a poder hacer los fondos redistributivos -que postula el diputado, con la mejor intención-, porque no le van a dar los números de los seguros. Es decir, para que las instituciones no quiebren y sean seguros viables tiene que respetarse la naturaleza del seguro colectivo. De ahí, las tablas, las primas, los cambios e incidencias. Mientras los sectores estén separados, no va a haber ninguna economía de escala, el volumen suficiente de personas, que permita absorber esa diferencia de costos.

Por lo tanto, el sistema es difícil. Creo que podría pensarse en una integración mayor si el diputado -lo digo sólo como una sugerencia muy respetuosa- también aceptara la idea de abrir los dos sistemas. De no ser así va a tener uno abierto y competitivo, y el otro cerrado, con garantía de recursos de último nivel.

Tengo que objetar con cierto grado de pasión -hablo con pasión porque no he aprendido a hablar de otra manera que no sea con fuerza- lo que ha dicho un señor diputado, y que no comparto para nada. Él dice: "los encierran en la red, pero a lo mejor la red no le gusta al beneficiario". La solución es muy simple: que se cambie de Isapre, en cinco minutos.

O sea, si hay una determinada red que atiende ciertas patologías, en red A, B o C, y no les gusta, a costos no muy distintos -hay alguna diferenciación-, se cambia a otra Isapre en que la red sea distinta. De hecho, eso es lo que ha pasado. Los cambios de prestadores son muy frecuentes porque hay bastante cambio dentro de las Isapres. O sea, hay una movilidad indirecta que debemos reconocer.

El tema de las licencias lo tratará el director ejecutivo, pero las considero positivas como derecho social, y vienen desde el gobierno de Arturo Alessandri Palma. A todos nos gusta que exista una seguridad social firme de licencias en Chile, pero estamos ciertos de que en el sistema de Isapres -y hemos mirado los números, y lo hemos compartido con académicos de la Universidad de Chile y de todas las universidades- hoy existe un abuso tremendo y se lo ilustro en una cifra.

Las licencias del sistema público -y por favor inviten al doctor Monasterio para que les cuente su drama- crecen a dos dígitos este año, lo que implica un costo enorme, y en el sistema privado, crece a los mismos dos dígitos, aunque menos. Si el país crece al 5 o al 5,5 por ciento, la población al 1,2 por ciento, la población adulta mayor, en forma parecida, el empleo al 2 ó 3 por ciento, entonces, ¿cómo es posible que las licencias aumenten en 10 ó 15 veces? Simplemente, porque hay abusos. Entonces, tengamos cuidado con este tema.

Respecto del tema de las licencias de infantes y de sus padres, le dejo la palabra al señor Caviedes.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el señor Rafael Caviedes.

El señor CAVIEDES.- Señor Presidente, al respecto hay una cifra dramática, preparada por el ministro de Energía, señor Marcelo Tokman. Él hizo un estudio, entre 1993 y 2006 -vale decir, abarcó 11 años de estudio-, en que se evaluó el comportamiento en las licencias por niños menores de un año y, en ese período, las licencias crecieron explosivamente. ¿Qué explicación epidemiológica hay en el país para que las licencias médicas se incrementen tanto? Probablemente, hay otras razones, de orden social, que explican que la madre tenga que ausentarse de su trabajo para atender a su hijo, pero no se puede hablar de que hay un problema epidemiológico. Esto está perjudicando el presupuesto del sector salud.

Además, quiero detenerme un momento en un aspecto referido a las redes.

A veces me confundo con las opiniones que escucho, que me parecen muy interesantes, pero hace poco rato el presidente Aninat presentó estadísticas que muestran que la mayor parte de las prestaciones están siendo tratadas en sistema de libre elección en el plan de salud y la gente prefiere la libre elección al Auge. Ésa es la circunstancia que se da en las Isapres y en ellas siempre van a existir dos caminos: el Auge o el plan de la libre elección. Por lo tanto, el sistema de libre elección está cautelado en el sistema de Isapres.

Ahora, ¿por qué hay que usar redes cuando se trata del Auge o de cobertura catastrófica? Porque cubren el ciento por ciento, hasta un monto infinito, de lo que no está cubierto por el deducible, que tiene un tope de aproximadamente dos rentas del trabajador. Una vez que el trabajador cumple ese deducible, todo lo que quiera cobrar el hospital o la

clínica lo debe pagar la Isapre. Entonces, si usted saca el concepto de red, eso significa que la Isapre tendrá que pagar valores infinitos, por ejemplo, por un trasplante. En otras palabras, si la clínica está dispuesta a cobrar infinito, entonces la Isapre tendrá que pagar infinito, porque es una clínica que fue elegida a través de libre elección, que no forma parte de la red, y, en definitiva, los precios los dominarán los prestadores.

En consecuencia, el concepto de red está vinculado a un compromiso por el ciento por ciento del pago de la prestación. Ésta es la razón del nacimiento del concepto de red. Entonces, para que ello sea viable tiene que haber un preconvencimiento entre la Isapre y el prestador. Por ejemplo, si un paciente debe hacerse un trasplante de corazón y de pulmón en forma simultánea, pero ¿bajo qué concepto lo hace? ¿Bajo qué precio? ¿El que quiera cobrar el prestador elegido por libre elección, que puede ser infinito, o en base a un preacuerdo que existe entre la Isapre, la aseguradora y el prestador? Si alguien tiene una idea de cómo se puede hacer sin la existencia de redes, entonces, que la proponga, pero, hasta el momento, a nadie se le ha ocurrido alguna para solucionar este problema.

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

El señor ROBLES.- Señor Presidente, entiendo la visión que tienen las Isapres en ese sentido. Sin embargo, lo que quise decir es que durante la discusión del Auge esos temas fueron expuestos y desde el punto de vista de las Isapres no hubo voluntad para avanzar en esta complementariedad de riesgos, en el sentido de que asumieran el costo de las licencias, ya que las licencias por menores de

un año las asume el Estado y no las Isapres. Este costo no lo tienen las Isapres; sólo el Estado.

Por otro lado, a mi juicio, el Auge no tiene por qué aumentar los costos de las Isapres. Al contrario, debiera disminuirlos, porque cuando se entra al sistema cerrado se disminuyen los costos que tiene la libre elección. Por eso, hay Isapres que no han aumentado sus costos por la implementación del Auge. Debemos pensar que, aunque aumenten las prestaciones, éstas se daban antes en el sector privado, por libre elección.

El señor ANINAT.- En el Caec.

El señor CAVIEDES. No; estoy hablando de las 400 mil prestaciones Auge que se darán para el 2009 con respecto a las 173 mil de ahora, que ya se están dando, a través del sistema de libre elección. Esto me indica que van a ir aumentado por la vía del Auge, por lo tanto, de la red; es decir, en sistema cerrado, que es mucho más barato que el sistema de libre elección. Por lo tanto, no hay aumento de costos por el Auge.

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

La señora RUBILAR (doña Karla).- Señor Presidente, quiero preguntar al señor Aninat qué pasa con las notificaciones en el sistema de Isapres. ¿Cómo se hacen las notificaciones de las enfermedades Auge? Hace una semana el superintendente apareció diciendo que había deficiencias en las notificaciones.

Ahora, al no tener "atención primaria" -que es la diferencia de la Isapre con el sistema público-, ¿cómo se suple esa situación? ¿Qué han

evaluado? Muchas veces, las garantías del Auge comienzan a correr desde el momento en que se hace un diagnóstico, que generalmente lo hace un especialista. Por lo tanto, al no tener ese diagnóstico del especialista en el sistema público, pasan años hasta que se llega a ese diagnóstico y desde ese momento empiezan a correr las garantías.

¿Qué diferencia hay en el sistema de Isapres al tener acceso a este especialista en forma, probablemente, más rápida? Ahora, ¿qué opinión tienen respecto de los protocolos del Auge? Si bien se refirieron brevemente al tema, me gustaría que fueran más específicos.

Respecto de los medicamentos en el sistema de Isapres, ¿cómo funciona? ¿Qué experiencia han adquirido?

Por último, se han agregado al Auge enfermedades, por ejemplo, metabólicas y lisosomales de alto costo. ¿El Auge es el mecanismo para financiar esas enfermedades o sería mejor otro sistema similar al catastrófico que se hiciera a nivel nacional? ¿O piensan que ir ingresando de a poco esas enfermedades en el Auge es el camino correcto?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Quiero recabar el acuerdo de la Comisión para cambiar el método de trabajo porque, de lo contrario, a la segunda invitada la vamos a recibir con más de una hora de atraso.

Podríamos darle la palabra a los dos diputados inscritos, señores Lobos y Girardi, para formular preguntas, a los que se podrían agregar

otros que no hubiesen hecho uso de la palabra y que quisieran formular consultas?

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Lobos.

El señor LOBOS.- Señor Presidente, mis preguntas van a ir orientadas a varios temas, relacionados con las actuales guías clínicas y terapéuticas, la sustentabilidad de la prima, la cual no debería subir. Con esa prima, ¿existe sustentabilidad del modelo de aquí a los años venideros?

Con respecto a las guías clínicas, el hecho de que muchos pacientes se atiendan por el plan y no por el GES radica en que la guía terapéutica de la Isapre es mucho mejor o más completa que la que le ofrece el GES. En ese sentido, desde el punto de vista de lo privado, ¿qué alternativa ve para influir en el sistema público, de manera de avanzar en lo que es esa guía? Porque obviamente tenemos que tender al bien superior.

Por otra parte, respecto de la capacidad instalada versus la expectativa creada, evidentemente se ha generado una expectativa que, a mi modo de ver, sobrepasa con mucho la capacidad instalada que tienen nuestros hospitales públicos. Se ha mencionado algo que es clave: la acreditación hospitalaria. Recientemente, acabamos de votar en la Comisión, y va a pasar a la Sala, el proyecto de ley de derechos y deberes del paciente, en que habíamos introducido una indicación, que finalmente fue rechazada, sobre la forma de partir otorgando derechos y deberes mientras no tengamos una

acreditación de los centros que van a impartir y hacerse carne de estos derechos y deberes. Me gustaría que nos explicitara la influencia de una acreditación adecuada para que exista una red confiable.

Por otro lado, quiero hacer una pequeña crítica respecto de la red de salud. Uno ve que, en general, las prestaciones de mayor complejidad sólo existen en Santiago. Esto está provocando un efecto notable: ciudades como Concepción, que es una ciudad grande, se están quedando sin especialistas destacados porque cuesta retenerlos. Se los incita a emigrar a Santiago, porque hay algunas patologías, como la operación de cadera, que prácticamente se van a producir sólo en estos centros de acreditación en red. ¿De qué manera el Auge está generando una concentración de la mano de obra calificada en la Región Metropolitana, algo que nadie quiere?

Por último, quiero hacer una pregunta respecto a la compra de servicios. Estuvimos con representantes de la Asociación de Clínicas, quienes mencionaron que habían reaccionado ante el GES y desarrollaron una potencialidad de servicios que, hasta ahora, no se ha visto concretada.

Por otra parte, los directores de servicios de salud y de hospitales insistieron en los fondos necesarios para adquirir servicios en el subsistema privado y de esa manera eliminar algunas listas de espera y prestaciones que están en riesgo de retraso.

¿Cómo califican la voluntad política actual de compra de servicios en el subsistema privado?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Guido Girardi.

El señor GIRARDI.- Señor Presidente, agradezco la visita del presidente de la Asociación de Isapres, señor Eduardo Aninat.

Me alegra mucho escucharlo decir que está consciente de que los aspectos preventivos no han sido abordados suficientemente por las Isapres y por el GES, y que sería importante ahondar en esos aspectos.

Respecto de la libre elección, hasta hace un año y medio trabajé en el área privada, además de hacerlo en un hospital, y mi experiencia me demostró que cuando le decía a un paciente que tenía que usar la red GES, no le gustaba. Recuerdo que en un año que trabajé con ese sistema no más de dos pacientes aceptaron esa modalidad.

En ese sentido, ¿qué porcentaje de usuarios afiliados a Isapres ocupa realmente su derecho en el plan GES?

Por otra parte, respecto del 7 por ciento de salud, sé que el Estado hace un aporte directo., y el de las cotizaciones llega a un 3,7 por ciento del PIB. ¿Cómo se llega a ese 7 por ciento?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Fulvio Rossi.

El señor ROSSI.- Señor Presidente, en honor al tiempo, sólo formularé dos preguntas.

¿Cómo se calcula exactamente el valor de la prima, particularmente en el caso de las

preexistencias, por cuanto el AUGE rige para todas las patologías que están catalogadas como GES?

En segundo lugar, en regiones, cuando una determinada prestación no puede ser dada por la red que se tiene contratada, o que estableció un convenio con la Isapre, y la persona es derivada a Santiago u otra región para su atención, ¿quién cubre el traslado y la estadía de dicho paciente?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el señor Eduardo Aninat.

El señor ANINAT.- Señor Presidente, voy a tratar de integrar las respuestas, por cuanto hay varias cuestiones consultadas que son comunes.

Respecto del costo del AUGE y de la prima, en el ejercicio de los diez meses que llevo en el cargo, aprendí que hay una variedad de situaciones. El anuncio de las prestaciones del AUGE es regulado por la Superintendencia. Todas las semanas tenemos dictámenes e instructivos, pues hay un sistema de bandas para los precios. La Superintendencia cumple un rol activo, sobre todo por su actual autonomía, en el sentido de ser una verdadera subsecretaría de salud.

Pero, en lo que se refiere a las primas del AUGE hemos visto que las Isapres lo han cobrado de manera distinta, de acuerdo con cómo está manejando la incidencia en sus riesgos, en sus seguros y en sus prestadores. No hay una variedad ni una prima en común, lo cual es sano para el sistema. Sería bien complicado que fuera en común, pues daría lugar a otras cosas que, por suerte, no existen.

Y lo segundo que aprendí es que eso no era tan relevante, o sea, es interesante ver cómo se

fija, qué patologías se incluyen, pero lo que le importa a la gente, al final, es el precio total del plan. Es decir, el valor que se anuncia con variación -si es que la hay- en marzo o abril de cada año, más el suplemento, cuando cambios en el Auge que le permite una suplementación de la prima a cobrar.

Al final, la gente evalúa las Isapres y se cambia de una a otra, o retrocede y vuelve al Fonasa, por el costo total de la prima global y no distingue mucho qué parte es Auge y qué parte no. Eso es bastante razonable porque, en el fondo, el Auge es una garantía de cobertura a un siniestro eventual y no es lo esperable que ocurra, al menos en la masa de la población que está dominando la distribución de gente cubierta.

Ahora, en relación con el proyecto de derechos y deberes hemos enviado algunas observaciones, algunas de las cuales se acogieron en la Comisión de Salud de la Cámara. Se está avanzando en la materia. Ahí hay un tema bien complicado que probablemente se debe afinar más.

Con el permiso de los diputados, seré un poco tecnocrático en mi apreciación, porque a esta altura del debate económico en Chile los parlamentarios son más y mejores economistas que los propios tecnócratas, como quien habla.

En el fondo, me refiero a que, si hay un bien privado y social que tiene una respuesta de demanda mucho más amplia que el resto de los bienes, ése es la salud. Lo que estoy diciendo tecnocráticamente es que la elasticidad del ingreso de la salud es muy alta, muy superior a uno, con lo cual hay que tener mucho cuidado.

Varios diputados mencionaron el tema de las expectativas. Cuando estoy en un país de mil dólares per capita y no se tiene casi nada, lo que me satisface es acceder al mínimo común denominador de la salud que me permita sobrevivir y acepto lo que me den, porque no hay otra posibilidad. Cuando se pasa a ser un país de ingreso medio, voy exigiendo más cosas. Y cuando se pasa a ser -como ocurre con Chile hoy- un país de ingreso medio alto, no de ingresos medios o medio bajo, ni aun con los problemas de distribución del ingreso que tenemos, la gente exige mucho más.

Por lo tanto, es muy importante que en la iniciativa de derechos y deberes ustedes conciban y discutan cómo se van a volcar las demandas efectivas con el sistema. Eso conllevará después una discusión muy fuerte en la asignación del Presupuesto Público, porque las prestaciones de salud compiten con las de transporte y de vivienda y, sobre todo, con las de educación. Y recientemente hemos visto las señales políticas de avanzar a más y mejor.

Entonces, hay que tener cuidado en cómo esto pudiera elevar los costos de prestación del sistema, tanto privado como público. Y en ese sentido, son los parlamentarios los que representan la voluntad soberana del pueblo para dirimir qué se quiere como país a futuro: si mucha más salud, un punto más del PIB, o algo más de salud y educación complementaria, o qué.

Por lo tanto, mientras se permita que haya participación de los privados, con las reglas y la supervisión que sea, es posible flexibilizar un poco esa opción dura, porque se puede colocar en más hombros el financiamiento o, al menos, la inversión.

Por eso -aludo a otra pregunta-, el tema de la acreditación es muy importante.

Si uno pudiera pensar en escenarios teóricos absolutos donde impere la buena voluntad y todo sea fácil, me gustaría tener un sistema en que hubiera total transparencia, es decir, contar con un sistema informativo, con redes por Internet, con una línea 800 y con toda la información de que disponemos en el país casi completamente digitalizada. Ya no hay argumentos técnicos para no tenerlo.

Quisiera tener un sistema en que en una pantalla uno, como familia o usuario, pudiera conocer rápidamente los estándares de acreditación de todos los hospitales y redes públicas, informarse de la misma acreditación, bajo iguales parámetros y comisión, de la red privada, que aquí tanto se discute; conocer los costos directos e indirectos, la variedad de planes y tomar decisiones informadas.

Si la transparencia fuera total y en todos los sistemas, cualquiera sea el apellido, estaríamos todos de acuerdo en que el sistema abarcaría muchísimo más. Por supuesto, son supuestos o ilusiones, pero creo que con buena voluntad no estaríamos tan lejos de lograr eso.

Finalmente, respecto de la pregunta del diputado Girardi de cómo llegamos al 7 por ciento, él hizo un cálculo en que aparentemente el presupuesto público estaría en 3,7 por ciento. En consecuencia, por diferencia, el presupuesto privado debería estar en alrededor de 3,5 por ciento del PIB. A lo mejor, la base de comparación levemente diferente que ambos tenemos es que no sólo estamos incluyendo el gasto consolidado directo del presupuesto público en todos los sistema de salud,

sino, además, los subsidios establecidos en otras leyes relacionados con el sistema de salud. Por ejemplo, una parte de los subsidios que están hoy en el Ministerio del Trabajo, como las licencias, los cuales también son sumados en el sector Público, y algunos programas especiales que existen para discapacitados o para minorías que tienen prestaciones especiales en temas de salud. Por eso se explica la diferencia de algunas décimas que tenemos.

Asimismo, debo reconocer que es muy difícil medir el gasto en salud, porque, entre otras cosas, existe un problema de costos, en el sentido de a qué precio se consideran las prestaciones: ¿al precio privado de los planes, al costo efectivo de las redes, a uno simulado o al gasto físico en pesos que hace el Estado? Pero esas dificultades son comunes en todos los países. Lo que quiero decir es que cuando Chile está en un 7,1 por ciento del PIB, el tramo más alto, más importante que eso es que va a una velocidad fuerte.

No somos Estados Unidos, donde el gasto es el 16 por ciento del PIB. ¿Qué queremos evitar con la discusión que insinuamos? Si ustedes ven hoy los foros de los candidatos demócratas y republicanos de ese país, uno de los temas de campaña muy fuerte es la diferencia de percepción que tienen de los resultados obtenidos en salud. Por lo tanto, ese 16 por ciento, que uno pudiera aplaudir, parece que está lleno de problemas. ¿Queremos que en Chile siga subiendo inexorablemente el gasto en salud o también debemos mirar la gestión, la calidad y la competencia por los recursos?

En cuanto a qué porcentaje de los afiliados a Isapres hace uso del GES, quiero que lo responda el señor Rafael Caviedes. Si quiero dar mi

testimonio de lo que he visto desde enero hasta diciembre de 2007.

Me he dado cuenta de que el GES ha representado, indirectamente, una mayor conciencia en la familia chilena de sus derechos respecto de las garantías explícitas en salud. Eso se ha visto en las encuestas y en las ventanas de las Isapres. Antes, los derechos ciudadanos estaban un poco más sumergidos y menos expresados. Actualmente, se dice, por ejemplo, que la patología 32, 22 ó 35 está cubierta por el GES y, por lo tanto, respóndame por mi plan, cómo la está cubriendo mi plan, con qué médico, con qué guía clínica, con qué estándar y cuánto me cuesta. Sin duda, el GES es un beneficio indirecto muy saludable, porque mientras más información y poder de reclamo tengamos sobre los derechos ciudadanos, más competencia y eficiencia habrá en el sistema. Ése ha sido el efecto.

Como el esquema es tan nuevo, no soy capaz de evaluarlo respecto de su cobertura. Obviamente, 400 mil prestaciones es un número enorme, pero depende de con qué se la compare. Eso es relativo. Sin embargo, me doy cuenta de que cualquier afiliado hoy está mucho más consciente de sus derechos respecto de las garantías explícitas en salud de lo que podía estar sólo con el Caec o con lo que existía hace cinco o diez años, que era muy menor.

El señor ROSSI.- Falta responder la consulta sobre el tema de los traslados de los pacientes de regiones.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el señor Caviedes.

El señor CAVIEDES.- Se preguntó por la suficiencia de las guías terapéuticas o protocolos.

No es fácil responder esto, pero sabemos que los protocolos de aquellas clínicas son insuficientes para atender en forma adecuada muchas de las prestaciones del AUGE, por ejemplo, en el caso del infarto al miocardio, la guía AUGE termina en el tratamiento medicamentoso, no obstante, todos sabemos que los infartos se tratan con muchas otras cosas más, entre ellas el bypass coronario. Por lo tanto, es un tema que debe ser permanentemente revisado por parte del Ministerio de Salud. Lo mismo sucede con los medicamentos genéricos que recomienda el AUGE; no obstante, las Isapres no entregan necesariamente medicamentos genéricos. En algunos casos, lo hacen pero en otros entregan el medicamento que suscribe el médico. Son materias dignas de ser revisadas.

¿Las enfermedades de alto costo deben ser incorporadas al AUGE? Al respecto, hay que evaluar cuál es el costo para el país incorporar esas prestaciones y darles la prioridad que significa el AUGE. No necesariamente una enfermedad de alto costo debe estar en el AUGE, sino que deben primar otros criterios, como el impacto económico que tiene para el país y el perjuicio que causa determinada enfermedad. La evaluación económica del impacto de la enfermedad se debe tener en cuenta para priorizar qué enfermedades deben estar en el AUGE y cuáles no.

En cuanto a si la prima es sustentable, creo que sí. Es perfectamente sustentable en la medida que las prestaciones que se vayan incorporando al AUGE sean las que tengan cierta prioridad razonable, de acuerdo a los recursos de que se dispone. Las cifras que fijaron las Isapres como prima del AUGE, de 0,10 unidades de fomento, tiene

que permanecer fija hasta el 2009, y de acuerdo a los pronósticos de las Isapres debiera funcionar de esa forma. Tal como lo señaló Eduardo Aninat, para las Isapres es relevante el valor final del precio del plan, por lo que el AUGE es sólo un componente de ese valor final y para el afiliado también. Lo relevante es lo que el afiliado paga por su plan, y las Isapres, por contrato, tienen que cumplir con lo que está establecido en el plan más el AUGE.

Respecto a las notificaciones, éstas son importantes para entender cómo funciona el AUGE. Las Isapres, por ley -que ustedes mismos aprobaron-, no pueden integrarse verticalmente, por lo que los prestadores son entes, con personalidad jurídica, totalmente distintos las Isapres. En consecuencia, al prestador médico es a quien corresponde notificar en primera instancia al afiliado cuando hay una prestación AUGE. Él es quien sabe si esa persona tiene un diagnóstico y si corresponde o no al AUGE. Si es AUGE, el médico tiene la obligación de notificar al paciente. En ese caso, se le entrega un formulario al afiliado y se le hace firmar un documento que señala que fue notificado que se trata de una prestación AUGE. Con ese formulario, el afiliado se dirige a la Isapre a solicitar los beneficios AUGE, dice que tiene un diagnóstico AUGE y, por lo tanto, la Isapre lo tiene que derivar a la red AUGE. En cambio, si elige libre elección, no tiene que notificar en ninguna parte.

No tengo el porcentaje de afiliados, pero tengo el de las prestaciones, que es inferior al 1 por ciento de las 40 millones de prestaciones que el sistema de Isapres entrega al año. O sea, claramente la gente prefiere la libre elección al AUGE. Eso en términos de número, no de costos. En

materia de costos, no podría entregar la información ahora, porque no la tengo.

En cuanto a los traslados, eso también depende de lo que señalan los protocolos, en el sentido de si el traslado corresponde o no a la red. En todo caso, entiendo que, si no hay un prestador en la región, la Isapre debe trasladar al paciente hasta la red donde pueda ser atendido.

El señor ROSSI.- Es que se dan situaciones muy curiosas.

Voy a poner un caso muy concreto: una hernia del núcleo pulposo, una HNP simple, para la cual debe haber por lo menos 15 especialistas en Iquique, traumatólogos o neurocirujanos; sin embargo, no hay convenios con esos prestadores y se debe trasladar a los pacientes, pero, lamentablemente, no le cubren la estadía. Lo lógico sería que se cubriera, tanto la estadía como el traslado, porque no es culpa del paciente que la Isapre no tenga convenios con los prestadores locales.

El señor CAVIEDES.- Quizás esas situaciones particulares deberían darse a conocer, para que podamos opinar.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Girardi.

El señor GIRARDI.- Las cifras que yo manejo indican que no más del 7 por ciento de los afiliados a Isapres hace uso del GES.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Doy las gracias a nuestros invitados, los señores Eduardo Aninat y Rafael Caviedes. Ha sido muy positivo contar con su presencia y colaboración.

El señor ANINAT.- Nosotros también agradecemos la invitación.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Se suspende la sesión por dos minutos.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Continúa la sesión.

Nuestro segundo invitado ya se encuentra presente, pero el siguiente, el señor Rodrigo Castro, del Instituto Libertad y Desarrollo, está esperándonos en el pasillo, así es que solicito el acuerdo de los señores diputados para hacerlo pasar inmediatamente a la sala de la Comisión, sin perjuicio de que deba esperar su turno para exponer y responder nuestras preguntas.

¿Habría acuerdo en tal sentido?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Roberto Sepúlveda.

El señor SEPÚLVEDA.- Señor Presidente, en atención a que aún nos quedan dos invitados, creo que hay dos posibilidades: volver a prorrogar esta sesión o invitar a don Rodrigo Castro a una próxima, porque el tiempo que nos queda es absolutamente insuficiente para escuchar a los dos invitados.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Ya no tenemos espacio para alterar el orden bastante exigente de sesiones que hemos acordado, si queremos cumplir oportunamente el mandato de la Sala. En consecuencia, debemos pensar en prorrogar por un

tiempo razonable la presente sesión, de manera de alcanzar a escuchar a los dos invitados.

Tiene la palabra el diputado Marco Antonio Núñez.

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, en cuanto al procedimiento, estoy de acuerdo con su propuesta. Eso significa que deberíamos acordar una prórroga razonable de esta sesión, como usted plantea, pero, además, acumular las preguntas a los dos expositores, porque de lo contrario el último va a contar con muy poco tiempo para entregarnos su información.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Marcelo Forni.

El señor FORNI.- Señor Presidente, creo que su propuesta original, esto es, que la gente del Instituto Libertad y Desarrollo se encuentre presente mientras expone el invitado que le antecede, debería aplicarse en todas las sesiones de esta Comisión, de manera que el debate se vaya enriqueciendo y no tengamos que repetir preguntas.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Señores diputados, estamos en una situación excepcional. Hoy tuvimos un problema de retraso de los invitados, pero la idea no es mezclar las exposiciones. Por lo tanto, les planteo que por esta sesión podríamos adoptar la proposición del diputado Núñez, dado que estamos con una hora de retraso en relación con lo previsto. Pero no me parece razonable que alteremos la nómina de invitados de las próximas sesiones, porque los oficios ya fueron enviados bajo las reglas que se acordaron inicialmente.

Tiene la palabra el diputado Sepúlveda.

El señor SEPÚLVEDA.- Señor Presidente, me llama la atención que usted se niegue a que el representante del Instituto Libertad y Desarrollo se encuentre presente, porque...

El señor SAFFIRIO (Presidente).- ¡Pero cómo me voy a negar, señor diputado! Entendámonos. Hace media hora planteé mi disposición para que ingresara. Es todo lo contrario.

Para que nos entendamos, voy a explicar la situación. Hace algunos minutos conversé con don Rodrigo Castro, del Instituto Libertad y Desarrollo, porque me parecía que, por razones de urbanidad y trato social, no era adecuado hacerlo esperar en un pasillo debido a un retraso que no es imputable a él. Le señalé que tenía toda la disposición para hacerlo pasar a la Sala, lo que ya se acordó por la Comisión.

El punto que estamos viendo es otro. Como estamos con problemas de atraso, el diputado Núñez ha planteado algo que personalmente me parece razonable para esta sesión: que expongan los dos invitados y luego cada uno de los diputados plantea sus preguntas, señalando a quién se la formula. Además, no creo que haya ninguna mala disposición para prorrogar esta sesión un tiempo razonable. Personalmente, no tengo ningún problema para permanecer hasta las 14.00 horas, cumpliendo con el horario original y los tiempos previstos, y realizar la sesión tal como debió haber sido si no hubiésemos tenido los problemas, que no son imputables a ninguno de los dos invitados presentes ni mucho menos a los señores diputados.

¿Habría acuerdo para optar por la metodología que planteó el diputado Núñez?

A las 13 podemos acordar la prórroga.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora RUBILAR (doña Karla).- Señor Presidente, ¿quiénes son los asesores que están en la Sala?

El señor SAFFIRIO.- Tiene la palabra la Secretaria de la Comisión, para que responda esa consulta.

La señora SKOKNIC, doña Ana María (Secretaria).- Está el representante del Instituto de Libertad y Desarrollo, varios asesores del ministerio que vienen habitualmente -uno es Alan Mrugalski- y los funcionarios de la Biblioteca. Si necesita los nombres, los podemos pedir.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- No hay problema. Vamos a pedir a los asesores del ministerio y personal de la Biblioteca que hagan llegar una pequeña lista a la Secretaría y, en algún momento, será informado por la Secretaria.

Tiene la palabra la señora Victoria Beaumont, directora ejecutiva de Altura Management.

La señora BEAUMONT (doña Victoria).- Señor Presidente, quiero agradecerles por invitarme a esta importante instancia y, de esta forma, otorgar una oportunidad de dar a conocer nuestros estudios y

conclusiones sobre la puesta en marcha de la reforma Auge.

Realizaré una pequeña exposición que resumirá los trabajos que hemos realizado durante los tres años de funcionamiento del Auge.

Poseo una alta experiencia en la evaluación de proyectos dedicados al acceso ciudadano y transparencia informativa. Me acompaña el director de estudios de la empresa, ingeniero civil industrial de la Universidad de Chile, don Bernardo Luque, que tiene más de 20 años de experiencia en evaluación económica y financiera de proyectos, y la señorita Pamela Villagra, asesora de prensa de la consultora.

Hechas las presentaciones de rigor, quisiera iniciar mi presentación.

El índice de la presentación que realizaré es un resumen de las principales conclusiones de cuatro estudios realizados por Altura Management. Ellos son: análisis de los decretos GES, análisis de los costeos GES, un estudio realizado durante este año de las listas de espera GES y otro de las listas de espera no GES, específicamente de lo que corresponde a imagenología.

Terminaremos con algunas propuestas sobre lo que, a nuestro juicio, representan los tres desafíos del Auge: transparencia e información, la fiscalización GES y el manejo del GES con responsabilidad.

El GES es un avance para el sistema de salud, porque es una política pública dinámica.

En primer lugar, por primera vez tenemos un compromiso explícito, garantizado mediante la ley, de

garantías en salud que, aunque Fonasa lo había hecho durante años mediante el programa de oportunidad de atención, el GES lo coloca en una legislación, y año a año en el decreto y el arancel, que los ciudadanos pueden ver en marzo y en enero, consta la garantía legal que el Estado está comprometiendo. Por lo tanto, es un avance digno de resaltar; además, es un desafío para el sistema de salud.

Para el sistema público la garantía de acceso y oportunidad son fundamentales. El GES implica un manejo de la incertidumbre financiera en patologías caras. Además, incorporó directamente las guías clínicas.

Éste fue un punto conflictivo en la discusión, pues, obviamente, muchos médicos pensaban cómo fortalecemos las guías clínicas y redes de atención versus la libertad de elección del paciente.

Existe un nuevo rol del asegurador al compartir riesgo con los prestadores, en el sentido de que los aseguradores, tanto Fonasa como las Isapres, deben gestionar que su prestador cumpla la garantía, y si el prestador no la cumple, debe responderle al usuario. Por lo tanto, el Auge, en lo que es protección al usuario, ha sido un avance para el sistema público de nuestro país.

También, significó el levantamiento en la opinión pública del tema Auge y del tema de salud. Tenemos ciudadanos más informados, pero, al mismo tiempo, más demandantes de los equipos de salud.

El Auge es una política pública dinámica - no es estática-, en el sentido de que tiene relación con el comportamiento del usuario, con cómo el

usuario maneja su salud y, por lo tanto, debe estar en constante evolución y vigilancia.

Una de las pruebas de que el Auge es un sistema dinámico se puede comprobar por nuestros estudios de los análisis comparativos de los decretos Auge. Este estudio se hace en enero y febrero, una vez que aparecen los decretos Auge, y se analiza el precio, el copago al público, de las 25 prestaciones en el 2005-2006 y de las 40 prestaciones 2006-2007.

En promedio, el 2005-2006, las prestaciones incrementaron los precios en un 19,9 por ciento. Eso, per se, no significa algo negativo; significa que el Auge debe acomodarse año a año.

Experimentaron alzas: la prematurez, en 185 por ciento; la diabetes mellitus 1, en 85,1 por ciento, y el cáncer de mamas, en 119,3 por ciento, entre otras.

Otras patologías experimentaron bajas en los precios, como el cáncer de testículos, la epilepsia, la diabetes mellitus 2 y el marcapasos.

Cuando hicimos el mismo ejercicio respecto de los decretos 2006-2007, el promedio del costo de las prestaciones se incrementó en 5,5 por ciento. Hubo alzas y bajas.

Las principales alzas del decreto 2007 son las siguientes. Ponderado, hubo un 5,5 por ciento de aumento en los costos de las prestaciones. Sin embargo, la artrosis de cadera aumentó en 25,3 por ciento; la escoliosis, en 24,1 por ciento.

¿Qué significan estas cifras? Que el Auge debe ser revisado constantemente, año a año. No

podemos darnos el lujo de permanecer con un precio estático, con costos estáticos.

Esto nos da la oportunidad de tener una nueva forma de hacer política pública, con actualizaciones anuales o trianuales, como es el caso de Auge.

La principal baja, de -12,8 por ciento, se produce en la prematuridad con síndrome de dificultad respiratoria.

Esto, en nuestro ejercicio, corresponde a los costos ponderados del sistema.

¿Qué sucede cuando hablamos de copago, el pago del bolsillo?

Este estudio lo damos a conocer por la prensa en marzo o abril de cada año, porque su objetivo es precisamente que la población sepa cuánto va a tener que desembolsar.

En el caso del cáncer cervicouterino, el seguimiento por control, de 2006 a 2007, tuvo una variación de 106 por ciento. Fue la mayor alza.

La mayor baja, de 22,7 por ciento, se produce en la diabetes mellitus tipo 1, con tratamiento a partir del segundo año, con una periodicidad mensual.

¿Qué logramos con esto? Transparencia de información. Ojalá fuera más abierta, para que todos los ciudadanos pudieran conocerla meses antes del 1 de julio, fecha en que se incorporan los nuevos Auge.

La siguiente imagen muestra el resumen de nuestro trabajo en la comparación de decretos.

Otro trabajo tiene relación con los análisis de los costos propiamente tales.

Hasta el momento, dos entidades han realizado los estudios de costos por encargo del Ministerio de Salud: Bitrán y Asociados y la Universidad de Chile.

En la práctica, esos estudios no tienen influencia respecto de la canasta que se va a incorporar, porque en la licitación ya viene el listado de prestaciones; solamente se trata de costearlas.

Polémico fue el estudio de Bitrán, pues incluyó un cálculo de acuerdo con los costos reales de prestaciones y con los costos de mercado. Distintos fueron los costos contemplados por la Universidad de Chile. Vamos a ver las diferencias.

Para el estudio de Bitrán y Asociados, el Auge en 2005-2006 costaba 42 por ciento más de lo que fijaba la prima en la unidad de fomento per cápita por ley. Tenía un costo de 1,45 per cápita y la ley permitía 1,02.

El 2006-2007, la diferencia era de 13 por ciento, y para el 2007-2008, era de 2 por ciento.

Bitrán y Asociados indicaba que con la sub UF per cápita, el Auge no se financiaba, tomándolo como costo real.

Distintas fueron las conclusiones de la Universidad de Chile. El 2005-2006 el costo per cápita UF solamente superaba en 8 por ciento. Para el 2006-2007 era menos de -21 por ciento y para el 2007-2008, era de menos -19 por ciento.

Por consiguiente, hay diferencias metodológicas en ambos estudios. Uno de ellos toma el costo real o de mercado y el otro toma el costo estatal, el costo del sistema público.

Conclusiones generales de Bitrán y Asociados y de la Universidad de Chile.

En ambos estudios el costo del Auge fue superior a la primera prima. En todo caso, ambos estudios no consideraron la puesta en marcha del Auge, el desarrollo de los sistemas de información, ni los incrementos en las licencias médicas o demandas en otro tipo de patologías.

Por lo tanto, a nuestro juicio, queda mucho por hacer en los estudios de costeo. Hay variables que se deben incluir para tener un escenario de lo que el país puede gastar en subsidios para el Auge y buscar las soluciones.

El segundo estudio que me gustaría compartir con ustedes se inició en agosto de este año y finalizó hace una semana.

Con él quisimos conocer la realidad, en la medida de lo posible, de las listas de espera Auge y no Auge 2007. Por lo tanto, solicitamos información a los 28 servicios de salud a nivel nacional. Queríamos conocer los tiempos de espera. Entiéndase por tal el tiempo transcurrido desde la derivación o indicación del tratamiento o atención médica de especialidad hasta su ejecución.

En los tiempos de espera en Auge nos basamos absolutamente en lo declarado en la ley. Respecto de las patologías no Auge, consideramos desde el momento en que la persona tomaba su consulta

hasta que salía del sistema de salud, con su resolución.

Además, consideramos en los números de pacientes en espera.

En este punto, me gustaría centrarme en problemas de información y transparencia.

Luego de cuatro meses y medio, sólo logramos acceder a la información de 14 servicios de salud, equivalentes al 50 por ciento, que lamentablemente representan el 40 por ciento de la población adscrita a los servicios de salud.

Recibimos negativas de parte de algunos servicios de salud. Uno, en específico, prohibió al hospital nivel I entregarnos esa información directamente. Para ese efecto, solicitamos reuniones y no se nos recibió.

En nuestro estudio de listas de espera quirúrgica de 2001, logramos acceder al ciento por ciento de tales listas en la Región Metropolitana. Ahora no pudimos alcanzar esa meta, lo cual implica un cambio en la transparencia de la información.

La siguiente lámina muestra los 14 servicios de salud analizados que nos respondieron y las listas de espera GES. Ningún servicio de salud nos contestó el ciento por ciento de la información requerida. Sin embargo, agradecemos a esos servicios porque sabemos el esfuerzo que significó para ellos entregarnos la información. Hubo uno que, además, incorporó la información de las listas de espera; los demás entregaron el software que ellos manejan o, simplemente, completaron una base Excel que se les entregó.

Los pacientes en lista de espera de patologías GES, a octubre de 2007, son los siguientes: cataratas, 7.652; colecistectomía preventiva, 2.025; retinopatía diabética, 632; cáncer de próstata, 504; cáncer gástrico, 442; hiperplasia de próstata, 436; artrosis de caderas, 353; órtesis en adulto mayor, 349; esquizofrenia, 346; marcapasos, 150; cáncer de testículos, 96; cáncer de mama, 89; diabetes mellitus tipo 1, 76; y escoliosis, 29. Éstas son las patologías que seleccionamos para esta muestra.

No sólo quisimos conocer la cantidad de pacientes en lista de espera, sino también dónde podría haber cuellos de botella o conflictos para ser atendidos. Para eso, consultamos la lista de espera desde la atención primaria de salud -una lista trazadora como la ecotomografía para el tema de la vesícula- y, además, la lista de espera de intervenciones quirúrgicas.

En el Servicio de Salud de Osorno, en pacientes en lista de espera con colecistectomía, claramente, la lista de espera parte desde la atención primaria de salud y aumenta en la ecotomografía abdominal. Ahí está el cuello de botella. También hay una lista de espera importante en intervenciones quirúrgicas.

Entonces, no nos sirve sólo revisar un tipo de intervención, un tipo de patología, sino que debemos tratar de ver holísticamente cómo el sistema empieza a generar las listas de espera antes de la intervención quirúrgica.

Lo mismo sucede en el Servicio de Salud Araucanía Sur, en que la ecotomografía es la barrera de entrada antes de la cirugía.

Situación similar ocurre con el cáncer gástrico, en donde el Servicio de Salud Araucanía Sur tiene lista de espera desde el sistema de atención primaria a especialidad, luego la ecotomografía y las intervención quirúrgica.

Nuestras proyecciones a nivel nacional son las siguientes: 39 mil personas en listas de espera en las catorce patologías elegidas, en que doce de las catorce garantías de oportunidad elegidas presentan problemas de incumplimiento. Se cumple en la escoliosis y cataratas.

Calculamos que el retraso de patologías Auge es de 17,86 por ciento. Ahora bien, este porcentaje sólo considera aquellas patologías o prestaciones que son caras, de demanda media y que involucran al sector secundario. En vez de ponderar patologías que tienen alta demanda, pero son de menor costo y que están cumpliéndose muy bien, también deberíamos centrar la mirada en aquellas patologías o prestaciones que son caras, de media demanda y que involucran a los hospitales. Por consiguiente, se debería revisar el cumplimiento por patología y por prestación. Esto nos ayuda a declarar lo que está bien y poner atención en lo que falta mejorar.

Por ejemplo, el desprendimiento de retina tiene 40 por ciento de incumplimiento; el cáncer de testículo en adultos, un 28 por ciento, y diabetes mellitus tipo 1, 32 por ciento.

En este estudio también quisimos comprobar si la hipótesis de la priorización del Auge había fomentado el no cumplimiento en prestaciones no Auge. Hicimos un listado de prestaciones no Auge para saber cómo se estaban comportando y si realmente el Auge

había significado un deterioro de este tipo de patologías.

El problema está centrado en hernia, con 6.395 pacientes, junto con la adenoidectomía y várices, con 2.409 y 2.082, respectivamente. Estas prestaciones no difieren de lo que ya habíamos pesquisado en 2001.

Nuestra extrapolación es que hay 49 mil personas en listas de espera de patologías no Auge.

Quisimos saber si el Auge realmente había impactado la producción de las patologías no Auge. La verdad es que cuando vemos el 2004, que es un año sin Auge, y vemos el 2005, sí se observa un impacto, pero el 2006, éste repunta. Eso puede responder simplemente al desajuste o por estar incluyendo un nuevo sistema, pero la verdad es que el 2006 se vuelve a un ajuste, ya que en 2004 hay 65,831 y en 2006, 65.774.

Las listas de espera se mantienen en las patologías no Auge.

Distinta es la relación con intervenciones quirúrgicas, en que sucedió algo interesante. En 2004 -no tenemos la información de 2006- y en 2005, hubo un cambio positivo en la producción de libre elección. Es probable que el Auge haya generado que personas que podían atenderse en el sistema libre elección Fonasa, para poder manejar la demanda, se fueran hacia el sistema de libre elección. Bajó la producción en atención primaria, secundaria y terciaria; sin embargo, la libre elección aumentó, poco, pero aumentó.

¿Qué sucede con las hernias, comparando nuestro estudio 2001 con el estudio 2007? Han

aumentado los tiempos de espera y los pacientes en lista de espera, pero la tendencia es a mantenerlos.

En cuanto a pacientes en lista de espera de colecistectomía, en el estudio 2001, 12 mil personas; estudio 2007, es más menos similar. Sin embargo, lo interesante en la patología vesícula es la desigualdad en los tiempos de espera. En 2001, la gente esperaba 44 semanas; hoy la gente AUGE espera 10 semanas, pero la gente no AUGE espera 80 semanas. Ahí hay un cambio radical y, por lo tanto, la lista de espera de vesícula aumentó a 63 semanas de promedio.

Entonces, en nuestra proyección, hoy tenemos 50 mil personas de 2001 versus 60 mil de 2007. No son estrictamente las mismas patologías, pero la muestra tomada en 2001 representa aproximadamente al 75 por ciento de la tomada en 2007.

Entonces, ¿qué está pasando en imagenología? Hay 108 mil personas esperando en Chile por un examen de diagnóstico de imagenología.

Conclusiones.

En primer lugar, hay un retroceso en el acceso a información y transparencia.

En segundo lugar, pudimos ver en terreno que los sistemas de información aún entregan datos demasiado agregados, lo que complejiza el análisis de esos datos.

Se detectaron incumplimientos GES y consecuencias en las patologías no GES.

Proponemos listas de espera disponibles por cada hospital, por cada servicio y la creación de un portal nacional de listas de espera, que deben estar separadas por prestaciones GES y no GES.

Para manejar el tema de las listas de espera, proponemos la libre movilidad de pacientes. En este momento, si no se pueden atender vía red pública, se debe hacer vía red privada, hasta que se maneje el problema de especialistas en la atención pública. Éste es el tema muy importante que se debe solucionar al usuario, mientras estemos rehaciendo reingeniería en el tema.

Debe haber integración público-privada y concesiones hospitalarias.

En cuanto a fiscalización, debe haber fiscalización efectiva del AUGE. No dejar sólo en manos del usuario el tema del incumplimiento. Creemos que es una política interesante y valiosa la de hacer responsable al usuario de su salud; sin embargo, ello debe ir de la mano con una Superintendencia de Salud que cumpla y realmente pueda fiscalizar al Fonasa y a las Isapres.

Asimismo, debe existir una garantía de calidad, porque creemos fundamental tener un estándar de calidad. A esa garantía de calidad se debe agregar un quinto pilar: la garantía de acceso a la información, que, a nuestro juicio, estuvo ausente de la legislación.

Es necesario asegurar la garantía de acceso y oportunidad, la calidad de las prestaciones y, como ya señalé, incorporar la quinta garantía, pero que sea una garantía de acceso a la información y no una garantía de propaganda gubernamental.

Además, es necesario revisar y ampliar gradualmente las condiciones de inclusión, garantizar las prestaciones críticas, como la ecotomografía o la mamografía, antes de atreverse a hacer las 80 de patologías. Entonces, ¿por qué no complementar los 56 compromisos explícitos del Auge y lograr, por ejemplo, la prótesis de rodilla o el acceso real al médico tratante en lugar de concentrarnos en otras patologías?

Eso es todo.

Muchas gracias.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Gracias a usted, señora Victoria Beaumont.

Señores diputados, ¿habría acuerdo para prorrogar la sesión hasta las 13.30 horas?

Acordado.

Con el objeto de entregar la información que pidió la diputada Karla Rubilar, tiene la palabra la señora Secretaria.

La señora SKOKNIC, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, están presentes el señor Alan Mrugalsky, asesor de la ministra de Salud; la señora Ximena Aguilera, jefa de División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud; la señora Cecilia Jara, jefa del Departamento de Comercialización del Fondo Nacional de Salud; la señora Carla Castillo, economista del Ministerio de Salud; la señora Nancy Dawson, jefa de la División de Gestión de Redes-Auge, del Ministerio de Salud; la señora Jeannette Vega, asesora de la ministra de Salud; la señora Alejandra Fiabane, periodista, asesora de la ministra de Salud; el señor Álvaro

Paúl, investigador del Instituto Libertad y Desarrollo, y el señor Edmundo Piffre de Voban, del Instituto Jaime Guzmán.

El señor SAFFIRIO (Presidente).-
Gracias, señora Secretaria.

Tiene la palabra el señor Rodrigo Castro.

El señor CASTRO.- Señor Presidente, quiero agradecer a la Comisión la invitación que me extendieron para exponer respecto de la evaluación de las Garantías Explícitas en Salud.

Mi exposición consistirá en una breve introducción respecto de nuestra visión del Plan Auge y de las Garantías Explícitas en Salud; un resumen de los problemas que vemos en la implementación del GES-Auge, relacionado con la mala información y con las brechas y barreras que se están generando con las 56 patologías incluidas; un análisis financiero respecto del GES-Auge, lo que nos permitirá ver algunas conclusiones, implicancias y desafíos pendientes desde el punto de vista de la implementación y del desarrollo de nuevas metodologías para la evaluación del Auge y de su potencial crecimiento.

Es importante destacar que como diseño de esta política pública, la idea principal es correcta. De acuerdo a la evidencia que existe de canastas de mínimos garantizados en salud, el hecho de establecer garantías y derechos a los pacientes, a través de definir un mecanismo de prioridades sanitarias de recursos, tiene toda lógica, toda vez que el sistema de salud público y también el privado tenían diferencias importantes, desde el punto de vista de este mecanismo, respecto de las garantías y derechos del paciente.

Por lo tanto, transparentar y sincerar ese mecanismo era del todo conveniente. Al mismo tiempo, me gustaría formular algunos alcances respecto de que este plan de salud se concentra en la atención primaria, lo cual es importante, básicamente porque estamos ante un cambio demográfico y epidemiológico que requiere hacer esta modificación que, en declaración de principios, se venía haciendo desde hace bastante tiempo.

Es importante recordar que los países que han avanzado en impulsar fuertemente la atención primaria en salud han ganado, desde el punto de vista de los costos técnicos en salud, como también desde el punto de vista de los resultados. Hay varios estudios que así lo demuestran.

Al mismo tiempo, es importante recordar que, en términos generales, algunas aplicaciones para Chile se han hecho, pero al observar la situación de Estados Unidos, el rendimiento que se puede tener en esto es la focalización en aquellas enfermedades que tienen mayor impacto desde el punto de vista sanitario y financiero. Tiene importante retorno y rentabilidad, desde el punto de vista macroeconómico.

Aquí podemos observar un ejemplo de esta metodología Murphy y Topel respecto de la reducción de la tasa de mortalidad de cáncer. Diría que, aproximadamente, tiene un impacto de alrededor de 6 por ciento del producto de ese país. Es decir, estamos hablando de cifras considerables.

Lo mismo ocurre en Chile, a nivel de la mortalidad general. De acuerdo a un trabajo de Rodrigo Cerda y Arístides Torche, con una caída en la mortalidad de 5,3 ó 5,1 por mil habitantes los beneficios serían importantes. Estamos hablando de

que el impacto es de aproximadamente 3,5 por ciento del producto. En particular, para una patología como la diabetes mellitus, una caída de 10 por ciento tendría, de acuerdo a la estimación inicial en el costo del AUGE, un beneficio de alrededor de 60 por ciento en el costo del AUGE.

Sin embargo, de acuerdo a diversos trabajos y evidencias, no sólo empíricas sino que anecdóticas que existen, todavía hay una insuficiencia en la capacidad técnica para avanzar en la aplicación de una garantía explícita como lo es este plan de salud.

Principalmente, no hay suficiente capacidad técnica en tres áreas: para diseñar protocolos de tratamiento de costo eficiente; es decir, buscar soluciones, con procedimientos que se involucren en los tratamientos para diferentes patologías, que sean lo más eficientes posible. Hay también brechas desde el punto de vista de la capacitación, el entrenamiento de médicos, enfermeras y todo el resto del personal en el área de salud. Podemos observar esta situación, principalmente, en el área de atención primaria en salud. Y finalmente, no hay capacidad técnica en relación con diversos cuellos de botella que se dan entre los diferentes niveles que operan en una red de atención.

Lo más importante es que -hay que recordar la evidencia que existe a nivel internacional- el principal énfasis de cualquier sistema de salud debiera abordar también el control en la evolución de los costos.

Aquí, la planificación avanzó de manera sustancial, pero todavía quedan varios aspectos que se podrían ir resolviendo desde el punto de vista, primero, de la autonomía de los hospitales,

y segundo, desde el punto de vista de los mecanismos de financiamiento.

Parte importante de éstos en el sector público siguen vinculados a financiamiento histórico, es decir, por presupuesto histórico y no vinculado al desempeño o más en la lógica de financiamientos prospectivos. En el área privada, también tenemos una parte importante de financiamiento de pago por prestación, que sabemos que genera dificultad, en uno y otro caso, respecto del aumento en los costos y en las demandas, que no son justificados.

Desde este punto de vista, uno de los aspectos que globalmente debiera estar incluido en la agenda de la autoridad es avanzar en mecanismos de evaluación de indicadores. De alguna manera, lo está haciendo la Superintendencia de Salud, pero aún falta mucho más respecto de la capacidad de monitoreo que puede tener el fiscalizador respecto del sistema público en cuanto a obtener medidas de retroalimentación de pacientes, de visión de la calidad técnica y la percepción de la calidad no técnica en el sistema público.

Desde el punto de vista del planteamiento general, éstos son algunos aspectos vinculados a la implementación del GES.

Es importante el hecho de que la primera brecha sea dada desde el punto de vista de la información, en el sentido de si está disponible para los beneficiarios, tanto para cotizantes como para sus grupos familiares, desde la perspectiva de las garantías y de los derechos y deberes. Todavía falta información sobre los mecanismos de acceso a esas garantías, los plazos y cuáles son los requisitos que deben cumplir cada una de ellas. Aquí, el mecanismo eficiente de solución de dudas es el de orientación

en línea, más vinculado a la demanda en particular y no tanto en términos generales.

Desde el punto de vista de la cuarta garantía, la de calidad, todavía hay que avanzar en los programas de acreditación de los prestadores de salud y que consideren esta acreditación una revisión permanente de las prestaciones incluidas en las canastas. Evidentemente, la actualización tiene que considerar toda la evidencia científica disponible y validada en cada momento.

Con respecto a la prevención, aquí hay bastante camino que avanzar en las políticas de detección precoz de patologías relevantes. Se requiere más información, que sea adecuada para los pacientes y coordinadas en las diferentes redes. En conjunto con ello, se debe promover e impulsar políticas que permitan estimular cambios de hábitos, que están más vinculados a enfermedades de tipo cardiovasculares o de cánceres.

En la aplicación de garantías, necesariamente, hay una priorización: los recursos, la infraestructura, los insumos, etcétera, que se están utilizando en las garantías van a ir dejando en condiciones menos favorables a los no GES. Por lo tanto, ello también debe ser incorporado, en alguna medida, a nivel de las enfermedades no GES.

Un aspecto vinculado a la garantía de protección financiera -los máximos copagos- tienen que ver con que cada patología tiene diferentes comportamientos, dependiendo de cuál sea el paciente y el perfil que tenga éste en varias variables. Ahí se aprecia que existe bastante variabilidad desde el punto de vista de los costos y del protocolo incorporado a las garantías explícitas de cada

patología. Evidentemente, no ocurre en todas, pero esto puede llevar a posibles errores en la garantía de protección financiera y a un menoscabo en los seguros o, dependiendo de cómo se compartan los riesgos, en los mismos prestadores.

Por último, de acuerdo a todos los metaanálisis que existen, no hay una evidencia concluyente que hoy esté demostrando que este tipo de esquemas, de mecanismos, como las canastas de prestaciones mínimas garantizadas, que es el plan Auge o GES, sean realmente costo-eficientes para mejorar los indicadores de salud. Todavía no está toda la evidencia como para demostrar esto. Más bien hay evidencias a favor de uno y otro resultado. A mi modo de ver, esto nos lleva a que sea considerado un mecanismo más gradual de incorporación de nuevas patologías, toda vez que las estamos aumentando de 56 a 80 para el próximo año.

Lo anterior está, en cierta manera, vinculado a la proyección o a la evaluación financiera que tienen las garantías explícitas en salud a la luz del sorteo de los procesos que tiene cada patología y los mismos protocolos, como también la definición de la prima universal que se estipula en los respectivos decretos.

A continuación, voy a suponer algunos elementos. En primer lugar, es importante destacar que cuando uno calcula la prima de un plan de salud - en este caso del GES-, hay dos variables: el nivel de riesgo que tienen las diferentes enfermedades para cada tipo de paciente -la cantidad, en definitiva- y la probabilidad de que ocurran ciertos eventos que generarán ese gasto.

El ejercicio que les voy a mostrar considera algunos supuestos que es importante tener en cuenta. En primer lugar, las demandas de patologías AUGE son las que están contempladas en los estudios Minsal, es decir, toda la estimación que se hizo previo al primer piloto del AUGE y para todas las otras 56 enfermedades y, evidentemente, las que se van a ir incorporando. Ésa es la base para poder obtener el precio referencial.

En cuanto a los precios en salud, uno sigue la proyección del índice de precios contenido en un índice de precios general y la tendencia de los diez últimos años es que existe un crecimiento de aproximadamente un 1,7 por ciento anual. Dado que tenemos la demanda y la tendencia de los precios, uno puede considerar que si el precio se hubiera subestimado, desde el punto de vista de los seguros, habría un déficit fiscal que se debería considerar y suplir anualmente para cumplir esas garantías.

Si consideramos que los aranceles Fonasa subestiman los costos reales en diferente magnitud - podemos suponer un 25 por ciento de acuerdo con diferentes tipos de prestaciones, en un promedio que puede ser algo inferior o superior-, eventualmente, vamos a hacer un examen de sensibilidad para ver qué impacto tiene esto desde el punto de vista de un potencial déficit.

También se considera un segundo aspecto, que son las prestaciones, los procedimientos y los insumos que requieren las patologías GES que no están costeadas. Aquí estamos suponiendo que hay un 10 por ciento de las prestaciones y procedimiento que no estarían costeados. Uno llega a las 56 prestaciones - no incluyendo nuevas prestaciones- al año 2010 con un déficit para el sistema público, desde el punto de

vista del valor indicado para la misma GES, de 575 millones de dólares. Es decir, son los recursos adicionales que se requieren para financiar la diferencia entre el costeo real, lo que define la prima, y los recursos considerando estos dos aspectos: la subestimación y la no inclusión que habría en las patologías Auge.

Adicionalmente, consideramos un tercer aspecto, que puede ser más discutible en esta estimación, que es el crecimiento de la demanda espontánea, es decir, una inducción en diferentes patologías. Evidentemente, esto no ocurre para todo y depende del nivel de información que se disponga respecto de la demanda cuando se diseña este plan. De hecho, hay una aplicación para el hospital del Salvador, para la insuficiencia renal crónica, en cuanto a la inducción de demanda por el establecimiento de las garantías explícitas en esta patología en particular.

Siendo conservadores y pensando que esta demanda espontánea podría llegar a un 5 por ciento anual, el déficit pasaría de 575 millones a 666 millones de dólares. Esto puede ser discutible, porque todas las patologías incluyen una protocolización, pero no hay una certeza ni evidencia respecto de que esos protocolos van a ser, por sí solos, capaces de controlar la demanda.

Dependiendo de estos dos elementos -la subestimación del arancel Fonasa y el valor de las prestaciones no costeadas-, llegaríamos al 2010, suponiendo solamente 56 patologías garantizadas, a los 575 millones de dólares, que básicamente es la diferencia entre recursos presupuestados, de acuerdo con el crecimiento natural de la demanda, y los

costos de cada patología respecto del costo real. Reitero: la diferencia es de 575 millones de dólares.

Esto se puede sensibilizar dependiendo de esos dos factores: la subestimación de los aranceles y las patologías no incluidas. En el eje horizontal, tenemos la subestimación de los aranceles en diferentes porcentajes y en el eje vertical está el procedimiento no costado dentro de cada patología. Si somos más conservadores respecto de la subestimación de los aranceles, podríamos estar hablando de un 10 por ciento y también de un 10 por ciento de la subestimación en los procedimientos. Por consiguiente, el déficit presupuestario ascendería a 333 millones de dólares.

Un análisis de esta proyección financiera nos permite llegar a las siguientes conclusiones.

Hasta el momento no se ha confirmado la probabilidad con que se ha calculado el Auge. No hay una verificación a priori, ex post, y, en la práctica, sabemos, de acuerdo con diversas evidencias, que ha sido menor. Hay algunas causas que estarían generando una demanda inferior a la que se había calculado.

Los problemas y los niveles de información de los afiliados, tanto en el sector público como en el privado, respecto de sus derechos, estaría generando una menor demanda, una contención, una barrera a solicitar esas garantías.

También hay aspectos vinculados al área administrativa. Los afiliados al Fonasa y a Isapres que hacen uso de la libre elección también podrían generar una barrera para el uso de las garantías.

Y en el análisis y proyección desde el punto de vista financiero, aunque se utilizan los precios del 2001 y se proyectan de acuerdo con la evolución del IPC, se constata, según la discusión presupuestaria y la información entregada por el ministerio, que no se ha generado ese déficit financiero en el sistema público ni en el privado, básicamente por los dos aspectos que he mencionado: desinformación o problemas de acceso a la información para dar cuenta de las garantías y los aspectos administrativos. Lo anterior lleva a la subutilización del GES, que venía siendo una variable de ajuste que permite corregir los eventuales déficit en el valor de la prima.

El Auge-GES, dado que se da conjuntamente con el plan complementario -es decir, lo no Auge-, también puede actuar como variable de ajuste, porque si hay problemas de recursos para financiar las patologías Auge, hay transferencias o financiamiento de lo no Auge o del plan complementario Auge, lo cual permite ajustar los déficit, ya sea a través de listas de espera de las patologías no Auge, en el sistema público o aumentar el valor de las primas no Auge en el sistema privado.

En lo que respecta al mecanismo Auge, como plan de salud, no sólo tiene que implicar una priorización de patologías y garantizar derechos, sino también cambiar el actual modelo de atención.

Respecto del énfasis en un nuevo modelo de atención basado en protocolos, al menos hay dos implicancias. En primer lugar, las soluciones costo efectivas están en los protocolos para cada problema de salud priorizado, en el sentido de si realmente está la mejor solución al menor costo. Y segundo, la presión a la baja de los costos que se pueda dar en

ese escenario no está necesariamente vinculada a una baja de los precios de las prestaciones. Es decir, podemos tener una situación en que hay aumento de precios y los costos no se incrementen en igual medida; probablemente, no se modifiquen.

El análisis se basa en algunas hipótesis y supuestos, básicamente porque aún no tenemos un sistema de información nacional que sea objetivo y esté disponible para todos, donde se pueda tener información fidedigna respecto de la estimación de la demanda, en particular de la demanda real expresada, la demanda atendida, las brechas potenciales entre las patologías AUGE y no AUGE, y también los costos del sistema, tanto público como privado, en la aplicación de las soluciones costo efectivas que están contempladas en el AUGE.

Dentro de los desafíos pendientes para lograr aplicar la gradualidad y, eventualmente, dar un mayor rol a la integración público-privada, habría que pensar en un mecanismo de compensación de riesgo que hoy día se aplica a nivel de Isapres, que eventualmente en la discusión de la reforma de salud se pensó hacerlo nacional. Ésa debería ser una condición necesaria para dar una mayor movilidad a los beneficiarios de ambos sistemas para circular entre ambos seguros: Fonasa e Isapres.

Solamente como un ejercicio, sabiendo que los recursos disponibles para prestaciones por persona mes, de acuerdo con el presupuesto público para 2008, son 14.788 pesos, y pensando, por ejemplo, en una familia de cuatro personas -un hombre, una mujer y dos hijos-, y un ingreso de 350 mil pesos, el subsidio fiscal que se le está aplicando mensualmente a esa familia en particular sería de 34 mil pesos.

Evidentemente, aquí hay un mecanismo que genera cautividad. Es decir, a pesar de que no veo esos subsidios, el gasto mensual real en el sistema público de salud para ese tipo de familia ascendería a 59 mil pesos. Obviamente, no veo ese precio hipotético, sino solamente se ve la cotización que se está pagando. Y desde ese punto de vista, ese subsidio fiscal genera un mecanismo que mantiene cautivo o sin posibilidad de movilidad a un grupo de personas que, a la luz de que hay todavía problemas en la implementación del plan Auge, podría tener la posibilidad de moverse con ciertas condiciones. Ello, pensando en un mecanismo de compensación a nivel nacional y no sólo del sistema Isapres.

En la siguiente imagen se presenta un ejercicio para ver la evolución que tendría el subsidio dependiendo de los diferentes niveles de ingreso. Sabemos que es decreciente, mientras mayor sea el nivel de renta.

Como segundo y último aspecto, en cuanto a los desafíos pendientes, sabemos que todavía hay problemas desde el punto de vista de los prestadores. En muchos casos todavía no hay información respecto de la garantía de calidad. Pero en lo referente a la producción en los hospitales públicos, las últimas estimaciones disponibles -son datos de 2005-, tanto de los servicios de salud como de los mismos hospitales -obtenidos de una muestra de 52 hospitales-, permiten evaluar cómo están funcionando las prácticas desde el punto de vista de gestión, lo que permite visualizar, en términos agregados, pero también relativos, las brechas existentes respecto de la eficiencia o del rendimiento del gasto.

El análisis que se hizo fue básicamente comparar a los 52 hospitales y visualizar qué pasaría si algunos grupos de hospitales obtienen mejores indicadores de eficiencia y productividad -es decir, si logra hacer más con lo mismo-, desde el punto de vista de los recursos que se encuentran disponibles. Y hay un conjunto de hospitales, que uno puede llamarlos "menos eficientes" o "ineficientes", que operan con prácticas que uno puede suponer que nos son las mejores. Desde esa perspectiva, el gasto total podría reducirse en 107 millones de dólares anuales. Obviamente, si los hospitales menos eficientes operaran con las mejores prácticas, ello podría traer beneficios en el ahorro de costos, en la mejor gestión y la aplicación del modelo de atención en salud que se está desarrollando.

Una de las variables significativas que explican la mayor eficiencia de algunos hospitales es el modelo de hospitales autogestionados en red, respecto de lo cual todavía no se ve una mayor celeridad para otorgar esa categoría, a la luz de que hay problemas en el Sistema de Alta Dirección Pública para lograr los sistemas de convenios con los directores y subdirectores de hospitales.

Al mismo tiempo, en lo relativo a la integración público-privada, se debe pensar en avanzar aun más en las concesiones hospitalarias.

Muchas gracias.

El señor SAFFIRIO (Presidente).-
Gracias a usted, señor Rodrigo Castro.

A continuación, daremos inicio a una ronda de preguntas.

Posteriormente, le daré la palabra, en primer lugar, a doña Victoria Beaumont y, luego, a don Rodrigo Castro, para que respondan las consultas.

Tiene la palabra el diputado Marcelo Forni.

El señor FORNI.- Señor Presidente, agradezco a los representantes de los centros de estudio por sus valiosas intervenciones.

Creo que el impacto del Auge en materia de información quedó más o menos establecido en el informe de Altura Management. Sin embargo, me gustaría saber cuál es el impacto del GES en la demanda de las patologías. ¿Ha habido una adecuada dimensión de la demanda de las patologías por parte del servicio público?

En cuanto al impacto en los costos, entiendo que en los estudios que ustedes han realizado tienen proyectado un déficit de 111.356 millones de pesos en los hospitales, por subestimación de costos y por el impacto financiero del GES. Incluso, algunos estudios demuestran que, al 1º de julio, los hospitales públicos deberían dar atención en cuarenta patologías con un arancel que está por debajo del costo real. Entonces, ¿cuál es el impacto que tiene eso para efectos de las prestaciones no Auge? ¿Quién soporta esos mayores costos?

Da la impresión de que los afiliados a Isapres tienen la opción del seguro catastrófico y que, finalmente, el mayor costo debería recaer en las personas de clase media que están en el Fonasa que no tienen muchas alternativas. En mi opinión, en ellos se debería producir el alza y el impacto del aumento

de los costos en forma más directa. ¿Es efectivo eso o no?

En relación con el fondo de compensación solidario, que fue rechazado por la Alianza y por la Concertación durante la tramitación del proyecto, me gustaría saber cuál es la opinión de ustedes respecto de su impacto en la equidad. Si es necesario volver a discutir el tema, estamos abiertos a hacerlo. Entonces, ¿es el fondo de compensación solidario una contribución para hacer más equitativo el acceso a la salud?

En cuanto a los hospitales públicos, me gustaría saber si el GES ha tenido -esta pregunta también se la formulé al señor Aninat- un impacto en la modernización de la red pública hospitalaria. En ese sentido, parece muy crudo escuchar que, de 57 hospitales públicos, el 84 por ciento de ellos son ineficientes y tienen serios problemas de gestión. Incluso, de ese porcentaje de hospitales, los de más bajo rendimiento tienen hasta un 94 por ciento más de recursos que los requeridos. Eso da a entender que no habría un impacto del GES en la modernización del sistema público hospitalario.

Respecto de las proyecciones, el señor Castro indicó que para 2010 la prima GES sería un 40 por ciento mayor; es decir, se requerirían cerca de 575 millones de dólares adicionales. Pero entiendo que eso no considera 80 patologías, sino sólo 56. ¿Existe un cálculo sobre cuál sería el déficit si se incorporaran las patologías adicionales, hasta llegar a las 80?

Por último, en relación con los hospitales autogestionados, me gustaría saber cuál ha sido el plazo comprometido por el Gobierno en esta

materia, cuántos de ellos existen actualmente y si están funcionando como lo propuso el sistema.

He dicho.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Núñez.

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, agradezco a la señora Victoria Beaumont y al señor Rodrigo Castro, quienes son muy conocidos por ser estudiosos del tema de la salud.

Respecto de la exposición de la representante de Altura Management, la tesis central es que, en función de las conclusiones del estudio de costos de Bitrán y Asociados, hay un déficit mayor que está enmascarado y que el sistema Auge no se financia. Eso no es compatible con las conclusiones de la Universidad de Chile, que, por el contrario, señala que se financia. Obviamente, hay problemas de metodología, pues Bitrán utilizó un cálculo de acuerdo con el costo real y la universidad los precios de transferencia. Quienes hemos hecho investigación sabemos lo difícil que es acceder a información confiable que nos dé orientación respecto de los costos reales.

Ustedes han hecho referencia a las dificultades que existen para que los servicios de Salud, el ministerio y los hospitales entreguen información estandarizada. Según mi experiencia, en el sector privado eso es más difícil de lograr, porque además existe protección de la confidencialidad, de la cual, desde mi perspectiva, se abusa en extremo. Por ejemplo, cuando se le preguntó al presidente de la Asociación de Isapres respecto al cumplimiento del examen preventivo de

salud del adulto mayor, su respuesta fue que sus familiares han tenido coberturas este año en Isapres, ¡Ése es el nivel de calidad de la información!

Respecto a la conclusión de Altura Management, ¿qué validez tienen sus cálculos dada la dificultad para la obtención de información? ¿Cómo se seleccionaron las muestras? ¿Qué tipo de sesgo está presente ya que se arribó a dos conclusiones distintas? Ojalá el debate se mantenga dentro del ámbito científico.

Respecto de la exposición del instituto Libertad y Desarrollo, agradezco a Rodrigo Castro, quien se ha dedicado a la docencia y a la investigación seria durante mucho tiempo en este tema, a quien quiero hacerle dos preguntas.

En su presentación plantea que la canasta de prestaciones mínimas del Auge, basada en costo-efectividad, no ha demostrado en Chile mejores indicadores de salud. A nivel internacional, la canasta de prestaciones es mínima, pero el Auge no es una canasta de prestaciones mínimas, sino la intención de definir prioridades. Los estudios realizados en la década del 90 a nivel internacional sobre canasta de prestaciones mínimas no deberían ser comparables con lo que estamos viviendo en Chile. No tenemos una canasta mínima al estilo africano de cinco dólares de financiamiento per cápita al año.

Quiero ir más allá: exigir al Auge que imparta indicadores de estos tres años. Sabemos que todo el sistema de salud -Auge y no Auge- afecta a no más allá del 13 por ciento de los indicadores clásicos de medición. El hecho de que la mamá sepa leer, que haya agua potable y el nivel de ingreso son

variables mucho más importantes que la existencia o no del Auge. Le pido que comente el tema.

Respecto de la sensibilidad, se planteó que hay 25 por ciento de cálculo de subestimación en el Fonasa. Por lo menos la información del Minsal que está en la página web y los estudios de costos de Sandoval y su equipo, que han continuado hasta ahora, han hecho un esfuerzo enorme respecto de la estimación de costos. La tesis de ustedes es que no se nota que haya desfinanciamiento porque hay desinformación; es decir, hay una demanda que está subestimada o que no ocurre, porque hay desinformación y por eso no hay desfinanciamiento, pero debería ocurrir, y hacen incluso cálculos en miles de dólares.

¿Con qué base plantean que los costos del Fonasa están subestimados en 25 por ciento?

Los tres elementos que sustentan su tesis son muy definitorios para llegar a conclusiones tan distintas, como la de la Universidad de Chile y la de Bitrán y Asociados.

Me alegro que el tema del subsidio portable se haya instalado en la prensa. Esta Comisión y el Congreso Nacional deben analizar esta propuesta de manera seria y profunda. Pero no me parece bien que siempre se ligue, como gemelos que no han sido separados, la posibilidad de un fondo de redistribución de riesgo masivo, universal, con la posibilidad de avanzar en un subsidio portable. No tendrían por qué estar ligados, aunque entiendo que se hace por un tema de viabilidad de ingresos del sector privado, no sólo del prestador, sino del seguro, de las Isapres.

Los invito a un debate amplio y científico respecto de éstos y otros temas más.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- En la misma línea de uno de los comentarios del diputado Núñez, quiero consultar a la señora Victoria Beaumont sobre la posibilidad de acceder a los estudios que sirven de base a los datos para la presentación que nos hizo, dada la diferencia de cifras y conclusiones que existen con otros estudios conocidos.

Ése es mi único planteamiento. Le hago esa petición.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora RUBILAR (doña Karla).- Señor Presidente, voy a repetir algunas de las consultas que hice anteriormente, porque me interesa que nuestros invitados se puedan referir al tema de los protocolos y sus barreras de entrada.

Nosotros hablamos del tema Auge; no de una enfermedad garantizada. Hablamos de ciertas personas en ciertos contextos, con ciertas enfermedades y de ciertas partes del tratamiento garantizadas. Quisiera que nos dieran su apreciación al respecto.

Asimismo, quiero que nos den su opinión acerca de las deficiencias y limitaciones de la Superintendencia de Salud y respecto de las materias en las cuales, a su criterio, debiera avanzarse en el ámbito legislativo.

Por otra parte, quiero que Rodrigo Castro se refiera a lo siguiente: según la versión taquigráfica de la sesión 6ª de esta Comisión, el director del Fonasa, señor Monasterio, al referirse a una nota del diario El Mercurio relativa al efecto

precio, dijo lo siguiente: "...la nota de El Mercurio se basa en un estudio del Instituto Libertad y Desarrollo, que considera que estaríamos subvalorados en un 25 por ciento, según el IPC de salud". Agrego que el consideraba que la elección metodológica que hace el estudio del Instituto Libertad y Desarrollo no es correcta, "dado que el IPC de salud del INE considera tres componentes: servicios médicos, productos médicos y cuidados personales. Claramente el ítem cuidados personales, que incorpora el IPC de salud del INE, no tiene relación con las prestaciones incorporadas al régimen garantizado. Si revisáramos detalladamente los ítems de servicios médicos y productos médicos del IPC de salud del INE, se observa que tampoco tienen una relación exacta o son representativos de los recursos que se utilizan para resolver las garantías."

Entonces, él, de una u otra forma, hace una defensa detallada y dice que el informe del Instituto Libertad y Desarrollo no sería fundado. Creo que éste es el momento de aclarar al señor Monasterio cuál fue la metodología utilizada para hacer ese estudio.

Por otra parte, me preocupa profundamente la forma de ingreso de las nuevas patologías, los tiempos en los cuales se están ingresando, si existe la capacidad técnica en el sistema público para ingresar patologías, para llegar a 80 en 2010, considerando que los tratamientos de algunas de ellas serán de alto costo, por lo que en otros países se financian a través de seguros catastróficos y no de un sistema como el Auge.

En definitiva, ¿cuál es su apreciación acerca de la periodicidad con que se están ingresando nuevas patologías al Auge? ¿Eso está acorde con las capacidades del sistema público para resolverlas? ¿Se

está subutilizando la capacidad de la asociación público-privada para resolverlas?

Ésas son mis preguntas.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión hasta las 13.45, sólo para que nuestros invitados alcancen a responder las preguntas?

Acordado.

Antes de ofrecer la palabra a la señora Victoria Beaumont, le pido que no demore más de quince en responder, para que don Rodrigo Castro también alcance a hacerlo.

Tiene la palabra, señora Beaumont.

La señora BEAUMONT (doña Victoria).- Señor Presidente, pido su autorización para que mi director de estudios pueda contestar la pregunta metodológica que nos hizo el diputado Núñez.

En todo caso, iniciaré mis respuestas contestando la pregunta que formuló el diputado Forni respecto de si la incorporación del Fondo de Compensación Solidario implicaría mayor equidad en el sistema. La verdad es que hoy, como está planteado el sistema, dicho fondo implicaría mayor inequidad, ya que como sería un fondo de compensación en que se subsidia el riesgo de los más desvalidos, quienes hoy están en las Isapres serían aportantes de ese fondo. Por lo tanto, a la pregunta del diputado Núñez en cuanto a por qué el subsidio portable va de la mano del Fondo de Compensación Solidario, la respuesta es porque el subsidio portable permite la movilidad y, por lo tanto, también debería existir la movilidad de dineros entre el sistema Fonasa y el de Isapres.

Por eso, estudiar el Fondo de Compensación Solidario teniendo estos dos subsistemas, en que las personas cotizantes del sistema privado aportan a financiar el sistema público con sus impuestos generales y, además, deberían ser aportantes a este fondo por ser personas con menos riesgo, sería inequitativo.

La inequidad tiene relación con las carteras de las Isapres: personas más jóvenes y personas con más dinero. Hoy, las personas de edad que están en el sistema de Isapres, son las que tienen más dinero; por lo tanto, entiendo que esa persona debería entregar a un fondo solidario. Sin embargo, también es persona con riesgo. Entonces, puede suceder que una persona que está en el Fonasa subsidie a otra que está en Isapre, pero que es muy catastrófica. El tema es cómo subsidiar en este fondo solidario. ¿Qué subsidiar? ¿Riesgo epidemiológico, riesgo etario, riesgo económico? Ése es el problema. Por eso se habla del subsidio portable, para que haya movilidad en el sistema y, al mismo tiempo, se compensen estos riesgos.

Nosotros no hemos hecho proyecciones de las 80 patologías.

Durante este año el ministerio de Salud licitó el estudio de costos para esas patologías, pero nosotros no hemos hecho el ejercicio.

El tema de las alzas de los costos en la clase media, por corresponder a un tema más técnico me gustaría que lo contestara el director de estudios, don Bernardo Luque.

El señor SAFFIRIO.- Tiene la palabra el señor Bernardo Luque.

El señor LUQUE.- Con respecto al tema metodológico propiamente tal, voy a separarlo en dos partes. Por una parte, la metodología del cálculo de los costos del Auge. Nosotros nos basamos en el estudio que contrató el Ministerio de Salud a la consultora Bitrán y Asociados y a la Universidad de Chile. En verdad, el Ministerio de Salud es el que posee esos estudios y la metodología. Son públicos en todo caso.

La mayor parte de la información que utilizamos como base para nuestras investigaciones es información pública proporcionada por el Ministerio de Salud y por el Fonasa, así que la metodología de cálculo es responsabilidad de las instituciones que crearon esa fuente de información, en este caso el Ministerio de Salud en lo que tiene que ver con los dos conteos que se han desarrollado para las patologías Auge.

Con respecto al estudio de la lista de espera, esa metodología nos pertenece y es importante recalcar que hicimos un intento de obtener la información de los 28 servicios del país. Se solicitó el apoyo a la Cámara de Diputados para que informaran por oficio a esos servicios y finalmente respondieron sólo catorce.

Obviamente, la información que recibimos tiene un sesgo en la medida en que corresponde a los servicios que respondieron. Ésa no es una muestra aleatoria; lo habría sido si hubiésemos elegido a esos catorce servicios y hubiésemos obtenido respuesta de esos catorce. La respuesta que tenemos corresponde a los que respondieron.

Uno puede ponerse un poco mal pensado e intuir que los que nos respondieron son los que

tienen, por lo menos, más dificultades para obtener la información o que tienen más problemas. Por lo menos, tienen más dificultades para captar la información empleada. Entonces, las conclusiones del estudio, en el mejor de los casos, son peores que las que obtuvimos, en la medida en que hubo información a la que no pudimos acceder.

Sobre el déficit del Auge, voy a recurrir a la metodología cálculo-costo. Lo que ocurre es que cuando se hace la comparación entre los dos sistemas de cálculo basado en conteo vía precios de transferencia o precios de arancel versus costo, hay una serie de elementos que quedan fuera en el cálculo de las prestaciones. Por ejemplo, lo que se incorporó fueron diferencias de costos de personal, en el caso del estudio del Ministerio de Salud. Se incorporaron reposición de equipos y de instalaciones que, a largo plazo, inciden en el costo real de las prestaciones. El deterioro de la infraestructura tiene que ver con que el sistema de Salud no aportó en su momento los recursos para que los mismos hospitales fueran capaces de reponer los equipos. En el fondo, terminan requiriendo su reemplazo por ley.

Entonces, ése es un importante a la hora de considerar las diferencias de costeos. Por lo tanto, es una desviación en el tiempo respecto de los costos reales de las prestaciones.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra la señora Victoria Beaumont.

La señora BEAUMONT (doña Victoria).- Señor Presidente, respecto de la incorporación de nuevas patologías, quiero señalar, como una primera apreciación, que las consultoras contratadas por el Ministerio de Salud tienen muy poco tiempo para hacer

estos estudios, de tres o cuatro meses. Además, se hace con la información del sistema.

Lo que intentó hacer Bitrán y Asociados en algún minuto fue ir al mercado y sacar sus propios estudios del costo real. Sin embargo, es tan poco el tiempo que dan de evaluación y la información es muy parcelada que no creo que estemos en condiciones de ir de las 56 a las 80 patologías.

Por esa razón, proponemos trabajar en patologías que están encima o después de las mismas patologías que están ya contempladas.

Respecto de las deficiencias de la Superintendencia de Salud, puedo señalar que ella requiere mayores facultades del Poder Legislativo para poder fiscalizar al Fonasa. Hoy nos encontramos con una Superintendencia de Salud que tiene un modelo de fiscalización a las Isapres, pero no ha podido repetir el mismo modelo en el Fonasa. Ahí se requiere un apoyo legislativo para la Superintendencia de Salud.

Respecto de las guías clínicas, desde mi experiencia puedo señalar que el Ministerio de Salud ha contado con la participación de los médicos especialistas para el trabajo de guía clínica.

Lamentablemente, también es un proceso de larga data. Entonces, no creo que estemos preparados para ir a 80 patologías hacia el 2009.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el señor Rodrigo Castro.

El señor CASTRO.- Señor Presidente, respecto de la pregunta del diputado Forni sobre el impacto que podría tener el GES en la demanda,

quisiera señalar que hay varias patologías dentro de las 56 que podrían llegar a tener el mismo fenómeno que ha ocurrido con la insuficiencia renal crónica, en función de demanda, dado que se plantea una garantía de oportunidad de acceso y también de protección financiera. Eso genera más demanda y, dada la capacidad de resolución de la red en general, puede verse colapsada si no está vinculada o integrada a nivel nacional. Se trabaja en los subsistemas sin que conversen entre ellos, ya sea a través del mecanismo de compra de prestaciones al sector privado o a través de otros.

Por lo tanto, el GES -y no hay información al respecto- puede generar un incremento de demanda en algunas patologías. Hay alguna evidencia en -lo planteaba respecto del Hospital del Salvador- para la insuficiencia renal crónica.

Desde el punto de vista del Fondo de Compensación, también quería plantear la posibilidad de que ese fondo interisapres genere mayor o menor inequidad. Creo que es importante darse cuenta que hoy, en el corto plazo, está generando mayor desigualdad, desde el punto de vista de familias de mayor renta y de mayores riesgos, que están vinculados con la edad principalmente, y están dentro de este subsistema que son las Isapres, respecto de familias con menores riesgos, pero con menores ingresos, salvo que eso cambie en el largo plazo. Evidentemente, esa familia de menores riesgos e ingresos va a aumentar su renta y su riesgo. Por lo tanto, a través del tiempo esa familia va a recibir también de este fondo un aporte neto en relación con sus prestaciones. Pero hoy se da esa situación de desigualdad con el mecanismo del Fondo de Compensación Interisapres.

Por eso, para suavizar, o eliminar, en el mejor de los escenarios, ese impacto en inequidad, se requiere pensar un diseño de un fondo de compensación nacional, tal como estaba planteado en la reforma de salud inicial, considerando una movilidad real de los beneficiarios de ambos sistemas de seguro. Para ello hay que pensar en un buen sistema de subsidio a las personas, un subsidio explícito que mostrábamos, que hoy están recibiendo los beneficiarios del Fonasa, que les permita moverse, por lo menos a un grupo de ellos, entre ambos sistemas.

Lógicamente, se tienen que cumplir ciertas condiciones en el sistema Isapres en cuanto a limitar o eliminar la preexistencia, o que se apliquen preexistencias o carencias, etcétera.

Hay una serie de otras condiciones que podríamos mencionar y lo más razonable sería tener una discusión sobre las condiciones que se requieren para aplicar un fondo nacional de compensación con un mecanismo de mayor movilidad, a través de la entrega de subsidios a la demanda, subsidios directos a las personas. Uno de ellos sería el mandato que obliga a cotizar en función del ingreso; no hay una relación directa entre ingreso y estado de salud. Un mejor esquema, que habría que discutir, sería que el mandato fuera en función de un plan base, que tendría un costo que podría definirse, y que no debería ser superior a cierto porcentaje de la renta. Esa debería ser la obligación para quienes son trabajadores dependientes.

En relación con la pregunta formulada por el diputado Forni sobre el efecto que tiene el GES sobre el mayor o menor rendimiento de los hospitales, quiero señalar que en esta nueva muestra de 52 hospitales, hasta el año 2005 -obviamente, no está

toda la historia-, aplicado el Auge o GES al sistema público prestador, desde el punto de vista de esas 56 patologías, es diferente la productividad o rendimiento que tienen los hospitales en el manejo no sólo de las garantías, sino también en prestaciones que no están garantizadas. Es decir, cómo se logra generar exámenes, consultas, hospitalizaciones, etcétera, con una cierta cantidad de recursos.

Por lo tanto, la medida, la vara, es la misma para todos. A eso me refería cuando dije que estamos midiendo la eficiencia o el rendimiento relativo. No es una medida absoluta, porque podríamos decir que, en términos absolutos, son todos eficientes o ineficientes. Lo importante es ver como se comparan entre ellos.

Por lo tanto, pensar en un incremento de las patologías, de 56 a 80, probablemente, en términos relativos, la mayor eficiencia o deficiencia en cuanto al uso de recursos sea la misma o quizás algo más. No lo sabemos; va a depender del tipo de patología y de si hay una mayor demanda inducida por el fenómeno del cual hablábamos respecto de la falta de información o no.

Sería muy difícil aventurar una conclusión respecto de ese actual 94 por ciento de mayores recursos que hoy se están utilizando en los hospitales de mayor complejidad, en el sentido de si se vería incrementado o no.

Respondiendo a las preguntas del diputado Marco Antonio Núñez y respecto del primer supuesto del análisis financiero del Auge, me refería básicamente al metaanálisis de las canastas de prestaciones mínimas. Sin duda, hay una diferencia respecto del plan Auge y, en estricto rigor, no opera

de la misma manera como el plan de salud de Colombia o el de otros países u otros continentes. Por ejemplo, en África se plantea un mínimo de protección financiera.

Pero, desde el punto de vista de la base que contempla ese plan, evidentemente cubre una serie de garantías, y en la literatura no existe evidencia concluyente. Hay trabajos que muestran que la canasta de prestaciones mínima entrega beneficios desde el punto de vista de indicadores de salud, como años de vida potencialmente perdidos. Pero hay otros que no son concluyentes y entregan evidencia de que el resultado no sería positivo.

Entonces, la pregunta que me hago es más bien desde la perspectiva de la economía política, por el hecho de que el instrumento, dado que prioriza, está sujeto a tensiones políticas y sociales. Sin embargo, incorpora enfermedades; ya tenemos 80 y, desde 2010 en adelante, es probable que se agreguen más patologías, por las presiones naturales que existen, aunque hay ciertas barreras y la exigencia de que se cumplan con ciertos criterios.

Sin duda, la fuerza que puede tener la presión política y social por incorporar nuevas enfermedades puede ser mayor, sobre todo si tal aumento está sujeto a ciclos de elecciones políticas que, a la larga, terminan perjudicando al instrumento, que busca priorizar y que los recursos vayan a donde más se necesitan. Ése es mi punto de alerta.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- El tema de las 80 patologías Auge estaba definido en los dos programas de Gobierno, y podemos chequearlo. Estoy seguro de que tanto la candidatura de Michelle

Bachelet como la de Sebastián Piñera hablaban de 80 patologías.

No entiendo exactamente por qué existiría riesgo, porque hasta 2009 ó 2010 tal peligro no existe. ¿Qué horizonte está planteando?

El señor CASTRO.- Señor Presidente, se cumplía con un cierto criterio.

Aproximadamente tres cuartos, 75 por ciento, de la carga de enfermedad se estaba cumpliendo con las 56 enfermedades. Se priorizó aquellas que tenían mayor impacto desde el punto de vista del estado de salud de las personas y de la proyección financiera. Ese criterio me parece adecuado, porque los mayores recursos van donde más se necesitan.

Pero, a medida de que se incorporan nuevas enfermedades, también se desvirtúa el criterio. Eventualmente, habría que pensar en alguno de sustitución, ya que hay enfermedades que en diez años más, probablemente, no tengan el mismo impacto en relación con el estado de salud de las personas. Si hay cambios en la tecnología, puede que sean mucho más económicas y, por lo tanto, quizás no sean tan relevantes desde el punto de vista financiero.

Dentro de la legislación no quedó la forma o reglamento para llevar a cabo el mecanismo de sustitución, u otro que se discuta, que permita dar cuenta que el instrumento es válido y que no está sometido a presiones políticas y sociales, para que cuando se definan las nuevas enfermedades esto no se vincule a elecciones parlamentarias o presidenciales.

Sabemos que hay incentivos, que podrían ser perversos, de cualquier postulante a la Presidencia,

por tratar de incorporar más enfermedades. A raíz de eso, planteaba que el instrumento es válido, pero sabemos que todavía no hay evidencia concluyente. Por lo tanto, seamos cautos y graduales en la aplicación de esto.

Con respecto a la metodología utilizada, lo que se hace es considerar, al menos, dos variables. Una es la subestimación del arancel Fonasa, que son datos concretos y reales. Hay una subestimación, porque no son los precios de mercado los que se asignan a cada prestación aplicada por el Fonasa. Por lo tanto, esa subestimación genera que lo que se financia no sea el costo real que tiene como precio de mercado cualquier prestación, como el día cama, una cirugía o un examen de imagenología. A eso me refería con ese primer alcance. Esa primera variable, que podemos discutir de acuerdo a qué nivel y en qué grado sería esa estimación, es una subestimación de los aranceles hoy existentes y que no se ha sincerado de acuerdo a los costos reales.

El segundo elemento son los procedimientos, insumos y otros recursos que no están incluidas en las garantías de las patologías GES. Por ejemplo, en el caso de la insuficiencia renal crónica, sabemos que en toda prestación de cualquier enfermedad hay cuatro etapas: la sospecha clínica, el diagnóstico o la confirmación diagnóstica, el tratamiento y el seguimiento. En la suficiencia renal crónica sólo está incluido el tratamiento. Entonces, se está priorizando una de las etapas en lo que es el conducto regular de una enfermedad, lo que estaría dejando de lado el costeo de otras etapas, como la sospecha clínica, la confirmación diagnóstica y el seguimiento.

Sabemos que por el diseño del protocolo, ello generará barreras para recibir tratamiento, porque si yo no tengo mi sospecha clínica, porque por problemas financieros no he podido confirmar esta enfermedad, evidentemente será muy difícil acceder al tratamiento. Esto ocurre por problemas de falta de costeo o porque no están considerándose algunos insumos o procedimientos dentro de algunas enfermedades.

En cuanto a lo planteado por la diputada Karla Rubilar en relación con lo planteado por el señor Monasterio respecto del IPC de salud, se hizo la desagregación para las tres variables consideradas en dicho índice, que están dentro del cálculo del INE, y se establece una tendencia similar. Si consideramos los tres aspectos dentro del IPC de Salud, incluyendo el global, no genera cambio desde el punto de la evolución de los precios. Por lo tanto, desde ese punto de vista, no debiera haber problemas en las estimaciones financieras, considerando la evolución de los precios.

Por último, en el corto plazo, observo dos limitaciones o deficiencias que podría tener la fiscalización que está aplicando la Superintendencia de Salud. La primera, desde el punto de vista de la intendencia de seguros. En este sentido, coincido con Victoria Beaumont respecto de que se requiere empoderar a la Superintendencia de un mayor poder fiscalizador, para que aplique el mismo estándar y la misma normativa al Fonasa y a las Isapres. El hecho de que no se estén aplicando los mecanismos de acreditación, evidentemente deja en mal pie a la Superintendencia, básicamente por la falta de información de esta cuarta garantía.

Muchas gracias.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Les pido a nuestros invitados que nos permitan acceder a sus estudios, en especial al de las listas de espera.

Agradezco su presencia y participación en esta Comisión.

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

-Se levantó la sesión a las 13.50 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,

Redactor,

Jefe de Taquígrafos de Comisiones.