

INFORME DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LOS ACTOS DEL GOBIERNO RELACIONADOS CON LA DICTACIÓN DE LOS DECRETOS SUPREMOS GES N° 4 DEL 2014 Y N°3 DEL 2016, DEL MINISTERIO DE SALUD, REFIRIÉNDOSE A LOS ORGANISMOS INTERVINIENTES, POSIBLES ERRORES DE CÁLCULO Y EVENTUALES PERJUICIOS.

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión Especial Investigadora referida en el epígrafe, pasa a informar sobre el encargo conferido.

I. COMPETENCIA DE LA COMISIÓN AL TENOR DEL ACUERDO DE LA CÁMARA QUE ORDENÓ SU CREACIÓN.

a) Creación de la Comisión.

Por oficio N° 12.601, se comunicó que con fecha 8 de junio del año en curso, la Cámara de Diputados, en virtud de lo dispuesto en los artículos 52, N° 1, letra c), de la Constitución Política de la República; 53 de la ley orgánica constitucional del Congreso Nacional y 313 y siguientes del Reglamento de la Corporación, ha prestado su aprobación a la solicitud de 72 diputadas y diputados, para crear una Comisión Especial Investigadora de *"los actos del Gobierno relacionados con la dictación de los decretos supremos que Aprueban Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud (N°s 4, de 2013, y 3, de 2016, del Ministerio de Salud), particularmente en cuanto a la actuación de los organismos que intervinieron en dicho proceso y los posibles errores de cálculo en su elaboración, así como los eventuales perjuicios que pudieran haberse ocasionado como consecuencia de dichos errores"*.

El plazo otorgado a la Comisión para dar cumplimiento a su cometido y emitir su informe fue de treinta días, el cual fue prorrogado por dos semanas, a contar del 29 de julio próximo. El plazo venció el 12 de agosto del año en curso.

Asimismo, en conformidad a lo establecido en el artículo 313, inciso noveno, con fecha 31 de agosto se procedió a votar las conclusiones y recomendaciones de la Comisión.

b) Integración y presidencia de la Comisión.

Mediante oficio N° 12.643, se comunicó que la Corporación acordó integrar la Comisión con los siguientes diputados:

- Señor Miguel Ángel Alvarado Ramírez.
- Señorita Karol Cariola Oliva.
- Señor Juan Luis Castro González.
- Señor Sergio Espejo Yaksic.
- Señor Gustavo Hasbún Selume.
- Señora Marcela Hernando Pérez.
- Señor José Antonio Kast Rist.
- Señor Javier Macaya Danús.
- Señor Nicolás Monckeberg Díaz.
- Señor Jorge Rathgeb Schifferli.

- Señora Karla Rubilar Barahona.
- Señor Víctor Torres Jeldes.
- Señor Christian Urizar Muñoz.

Se hace constar que la Comisión, con fecha 22 de junio del año en curso, procedió a constituirse y, por unanimidad, procedió a elegir como su Presidenta a la diputada Marcela Hernando.

Se desempeñaron como abogado secretario de la Comisión, el señor Álvaro Halabí Diuana, como abogada ayudante la señorita África Sanhueza Jéldrez, y como secretaria Ejecutiva, la señorita Luz Barrientos Rivadeneira. Además, participaron en calidad de accidentales la abogada secretaria señora María Teresa Calderón Rojas y la abogada ayudante señora Margarita Risopatron Lemaitre.

Asimismo, se hace constar que en la elaboración de este informe se contó con la valiosa colaboración del señor Rafael Parrao Ubilla de la Oficina de Informaciones de esta Corporación.

II. RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN.

a) Sesiones celebradas y personas escuchadas.

Se celebraron un total de nueve sesiones; en siete de ellas se recibió el testimonio de las siguientes personas:

En la 2ª sesión, de 4 de julio de 2016, asistió la Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud, Fonasa, señora Jeanette Vega, acompañada de la jefa del Departamento de Comercialización, señora Cecilia Morales, del jefe del Departamento de Fiscalía, señor Luis Brito, del jefe del Departamento de Planificación, señor Pietro Cifuentes, y de la jefa del Departamento de Control y Calidad, señora Lei Bahamondes.

En la 3ª sesión, de 11 de julio de 2016, concurrió, nuevamente, la Directora Nacional del Fonasa, señora Jeanette Vega.

Asistieron, además, la presidenta del Consejo Asesor AUGE, señora Cecilia Sepúlveda; el ex Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich; el ex integrante de la Comisión AUGE 2010-1014, señor Emilio Santelices, y la encargada de Secretaría Técnica del AUGE, señora Andrea Guerrero.

En la sesión 4ª, de 18 de julio de 2016, concurrieron el Subsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows; el ex jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, señor Pedro Crocco; la presidenta del Consejo Asesor AUGE, señora Cecilia Sepúlveda, y la encargada de Secretaría Técnica del AUGE, señora Andrea Guerrero.

En la sesión 5ª, de 1 de agosto de 2016, asistieron el Director de Presupuesto del Ministerio de Hacienda, señor Sergio Granados; el Superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic; el ex Superintendente de Salud, señor Manuel Inostroza y la integrante del Consejo Consultivo del AUGE, señora Ximena Aguilera

En la sesión 6ª, de 8 de agosto de 2016, asistieron el Superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic, acompañado del jefe del Departamento de Estudios y Desarrollo, señor David Debrott, y del jefe del Departamento de Fiscalización, señor Marcelo Ricci. En representación del Instituto de Administración de Salud de la Universidad de Chile (IAS) concurrió el señor

Alberto Muñoz, y la señora Liliana Jadue. Asistieron además, la integrante del Consejo Consultivo del AUGE; señora Ximena Aguilera; y en representación del Colegio Médico, asistió el doctor Pablo Araya.

Asimismo, concurren en representación de la Corporación de Niños con Artritis, la señora Rosa Montero, Presidenta y la señora Paloma Rivera.

En la sesión 7ª, de 9 de agosto del año en curso, concurren la Ministra de Salud, señora Carmen Castillo; la Secretaria Técnica del GES del Ministerio de Salud, doctora Andrea Guerrero, el ex Superintendente de Salud, doctor Manuel Inostroza.

En las sesiones 8ª, ordinaria, y 9ª, especial, se procedió al análisis y aprobación de las conclusiones y recomendaciones de la Comisión.

b) Lo sustancial de los documentos recibidos.

A continuación se deja constancia de los documentos solicitados, recibidos y de las presentaciones realizadas por los invitados.

[1.- Mandato de Investigación.](#)

[2.- Oficio N° 12.601](#), del Secretario General de la Cámara de Diputados, por el cual informa la creación de la Comisión Especial Investigadora.

[3.- Oficio N° 12.643](#), por el cual informa nómina de diputados que integra la Comisión Investigadora.

[4.- Exposición de la Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud \(Fonasa\)](#), señora Jeanette Vega Morales sobre Garantías Explícitas en Salud (GES).

[5.- Presentación del señor Emilio Santelices](#), ex integrante del Consejo Consultivo AUGE.

[6.- Actas de sesiones del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud Ley N° 19.966. \(Sesiones N° 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56 y 57; las que comprenden desde marzo de 2011 hasta enero de 2014\)](#) Entregado por la Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), señora Jeanette Vega Morales.

[7.- Oficio N° 11772](#), de julio de 2012, del ex Director de Fonasa, señor Mikel Uriarte al ex Subsecretario de Salud Pública, señor Jorge Díaz, sobre valorización de propuesta canastas AUGE 80. Entregado por la Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), señora Jeanette Vega Morales.

[8.- Oficio N° 008976](#), de mayo de 2012, del ex Director de Fonasa, señor Mikel Uriarte al ex Subsecretario de Salud Pública, señor Jorge Díaz, sobre actualización del Decreto AUGE 2016. Entregado por la Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), señora Jeanette Vega Morales.

[9.- Minuta "Observaciones Elaboración Decreto GES 2013"](#). Entregado por la Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), señora Jeanette Vega Morales.

10.- Carta 2 B/N° 23, de mayo de 2013, del Administrador del Contrato de Fonasa, señor Gino Olave, al Administrador de Contrato ADEXUS, señor Patricio Ibáñez, sobre “Implementación de 11 nuevos problemas de salud en el Sigges¹”. *Entregado por la Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), señora Jeanette Vega Morales.*

11.- Carta 2 B/N° 24, de mayo de 2013, del Administrador del Contrato de Fonasa, señor Gino Olave, al Administrador de Contrato ADEXUS, señor Patricio Ibáñez, por el cual remite aprobación de documento de requerimiento de control de cambio (RFC). *Entregado por la Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), señora Jeanette Vega Morales.*

12.- Carta 2 B/N° 25, de mayo de 2013, del Administrador del Contrato de Fonasa, señor Gino Olave, al Administrador de Contrato ADEXUS, señor Patricio Ibáñez, por el cual remite aprobación de documento de requerimiento de control de cambio (RFC). *Entregado por la Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), señora Jeanette Vega Morales.*

13.- Presentación del Subsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows.

14.- Oficio 075/2016, del Director de la Biblioteca del Congreso Nacional, señor Alfonso Pérez Guíñez, respuesta a Oficio 007 de esta Comisión, mediante el cual remite la siguiente información:

14.1.- Informe Final “Estudio de verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas – 2015”. Del Instituto de Administración de Salud de la Universidad de Chile (IAS UCHILE).

14.2.- Estudio verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas – 2012. De la Subsecretaría de Salud Pública, del Ministerio de Salud.

14.3.- Carta del Jefe de Asesoría Técnica Parlamentaria de la Biblioteca del Congreso Nacional, señor Nicolás Martínez, por el cual responde Oficio N° 007 de esta Comisión, en el que remite documento denominado “análisis comparado de canastas y protección financiera establecidas en decretos supremos que aprueban garantías explícitas en salud del Régimen General de Garantías en Salud consignadas en los Decretos N° 1, de enero de 2010; Decreto N° 4 de febrero 2013; Decreto N° 3 de marzo 2016 y Decreto N° 21 que rectifica el anterior de junio de 2016”.

14.4.- Informe de la Biblioteca del Congreso Nacional denominado “Reajustes de aranceles referenciales para protección financiera GES en períodos (2010-2013), (2013-2016) y (2016-2018). BCN1 Protección Financiera AUGE GES 2010-2018 EG. Final sin anexo.

15.- Oficio N° 12.674, del Secretario General de la Corporación, señor Miguel Landeros, por el cual comunica que la Sala accedió a la solicitud de prórroga del plazo vigente de la Comisión. Respuesta a Oficio 019 de esta Comisión

16.- Exposición de la señora Ximena Aguilera. Integrante del Consejo Consultivo AUGE.

¹ Sigges: Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas en Salud.

17.- Exposición del Ex Superintendente de Salud señor Manuel Inostroza “Los errores del 6° Decreto GES: Una oportunidad para su rescate y para mejorar la salud de los Chilenos”.

18.- Exposición del Superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic.

19.- Exposición de la doctora Liliana Jadue y del economista Alberto Muñoz del Instituto de Administración de Salud de la Universidad de Chile (IAS).

20.- Exposición de la Presidenta de la Corporación de Niños con Artritis, señora Rosa Montero.

21.- Oficio N° 3753 de la Directora Nacional de Fonasa a la Corporación Artritis Juvenil.

22.- Carta de la Coordinadora del Área Institucional de la Dirección de Gestión y Correspondencia de la Presidencia de la República a la Corporación Artritis Juvenil.

23.- Exposición de la Ministra de Salud, señora Carmen Castillo.

24.- Oficio N° 2577, de la señora Ministra de Salud, por el cual responde Oficio N° 020 de esta Comisión, remitiendo actas del Consejo Consultivo del AUGE, del período 2010 – 2014. Asimismo, señala que éstas se mantuvieron en poder de la Secretaria Ejecutiva del Consejo, doctora Dolores Tohá, quien fungió como tal desde el año 2005 al 2016.

25.- Oficio N° 2578, del señor Subsecretario de Salud Pública, mediante el cual da respuesta a Oficio N° 006 de esta Comisión, acerca de los antecedentes que sirvieron de base al proceso de elaboración de los Decretos Supremos GES N° 21 (modificación 2016), N° 3 (2016), N° 4 (2013), que aprueban garantías explícitas en salud y Anexos.

A continuación se agregan 21 anexos del Oficio N° 2578:

ANEXOS DE OFICIO N° 2578.			
N°	NOMBRE	AUTOR	CONTENIDO
1	Decreto N° 3, de 27 de enero de 2016 (Salud)	Ministra de Salud	Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen de Garantías en Salud.
2	Decreto N° 21, de 2 de junio de 2016 (Salud)	Ministra de Salud	Rectifica el Decreto N° 3, de 27 de enero de 2016, que aprobó Garantías Explícitas en Salud del Régimen de Garantías en Salud a que se refiere la Ley N° 19.966.
3	Decreto N° 4, de 5 de febrero de 2016 (Salud)	Ministra de Salud	Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.

4	Estudio de Preferencias Sociales para la Definición de Garantías Explícitas en Salud. Informe final. marco conceptual, diseño y resultados. Diciembre de 2008	Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud	Estudio orientado a identificar los criterios sociales operantes en la sociedad chilena para definir la prioridad de un problema de salud, de modo de orientar las decisiones sobre establecimientos de prioridades en garantías de salud.
5	Estudio de Preferencias Sociales para la Definición de Garantías Explícitas en Salud. Informe final. Documentos anexos. Diciembre de 2008	Dpto. de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud	Incluye anexos titulados: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de procesos de priorización social en salud en la literatura especializada. • Informe de resultados obtenidos reunión de trabajo con expertos/as en salud pública. • Informe resultados discusión con equipos GES de los Servicios de Salud y Seremis.
6	Actas-Minutas-Resoluciones de la Secretaría Técnica AUGE, Decreto 2013	Consejo Consultivo GES, Ley N° 19.966.	<ul style="list-style-type: none"> • Actas de sesión de Directorio Consejo Consultivo GES, desde la 34 a 57 (falta sesión 41), entre el 12/04/2010 y el 3/01/2014. • Acta Directorio AUGE de 17/06/2010 • Minutas reuniones Secretaría Técnica AUGE de 23/06/2011; 15/07/2011; 27/07/2011. • Resolución Exenta N° 687, de 12/11/2012, que determina grupo de trabajo encargado del procedimiento de elaboración de garantías explícitas en salud. • Carta del Ministro de Salud, de 28/01/2013. • Presentación Power Point, Proceso AUGE 2013 •
7	Actas-Minutas- Decretos y Resoluciones de la Secretaría Técnica AUGE, Decreto 2016	Consejo Consultivo GES, Ley N° 19.966.	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto N° 69, de 08/07/2005, aprueba reglamento que establece normas para el funcionamiento del Consejo Consultivo que se refiere la Ley N° 19.966. • Decreto N° 39, de 03/07/2013, modifica Decreto Supremo N° 4, de 05/02/2013 (Salud y Hacienda)

			<ul style="list-style-type: none"> • Ordinario N° 475, de 25/03/2014, del Director de Presupuestos al Subsecretario de Salud Pública adjunta Decreto N° 71 del 22/11/2013. • Decreto N° 105, de 23/05/2014, modifica Decreto Supremo N° 4, de 05/02/2013 (Salud y Hacienda). • Decreto N° 165, de 15/10/2014, modifica listado específico de prestaciones aprobado por Decreto Supremo N° 4, de 05/02/2013 (Salud y Hacienda). • Decreto N° 7, de 16/03/2015, modifica Decreto N° 45 de 2013, que aprueba normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud Ley N° 19.966. • Actas de sesión de Directorio Consejo Consultivo GES, desde la 58 a 67, entre el 23/05/2014 y el 14/01/2016. • Minutas Directorio AUGE de 13/06/2014; 20/06/2014; 26/06/2014; 18/07/2014; 20/08/2014; 03/09/2014; 24/09/2014; 07/07/2015; 23/07/2015; 20/10/2015; 19/11/2015; 27/11/2015; 15/12/2015; 22/12/2015; 19/01/2016; 05/04/2016. • Resolución Exenta N° 383, de 07/07/2015, constituye grupo de trabajo que indica. • Presentación Power Point, de 07/07/2015, Directorio AUGE, Decreto AUGE y presupuesto 2016. • Carta a la Ministra de Salud, de 26/01/2016, del Consejo Consultivo AUGE. • Presentación Power Point, de enero de 2016 Acreditación y garantía de calidad en salud.
8	Informe final. Estudio de verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas-2015. Enero de 2016	Instituto de Administración en Salud. FACEA. Universidad de Chile.	Presenta el estudio dispuesto en la Ley N° 19.966, para estimar el CEPB para 80 problemas de salud garantizados.

9	<u>Anexos- Estudio de verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas-2015. Enero de 2016</u>	Instituto de Administración en Salud. FACEA. Universidad de Chile.	Incluye: Anexo A: Tablas Anexo B: Fichas técnicas Anexo C: Memoria de cálculo Anexo D: Preguntas y Respuestas
10	<u>Informe final. Estudio de verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas-2012. Febrero de 2013</u>	Consultora Bitrán y Asociados Ltda. Julio de 2012	Presenta el estudio dispuesto en la Ley N° 19.966, para estimar el CEPB para 80 problemas de salud garantizados.
11	<u>Anexos- Informe final- Estudio de verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas-2012. Febrero de 2013</u>	Consultora Bitrán y Asociados Ltda. Julio de 2012	Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Anexo A: Información y resultados adicionales • Anexo B: Preguntas y respuestas realizadas en la audiencia pública • Anexo C: Preguntas y respuestas realizadas con posterioridad a la audiencia pública • Anexo D: Fichas técnicas de los 81 problemas de salud: Vector Único de Precios
12	<u>Informe final- corregido Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Abril de 2008</u>	Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile	Presenta estudio de carga de enfermedad y carga atribuible para efectos de definir un listado priorizado de enfermedades, en el marco del Régimen General de Garantías en Salud.
14	<u>Anexos Capítulo I. Carga enfermedad. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible Abril de 2008</u>	Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile	Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Anexo I: Resumen de estimadores • Anexo II: AVPM GRUPO I, II Y III (3,1) • Anexo III: AVD GRUPO I, II Y III (3,1) • Anexo IV: AVISA GRUPO I, II Y III (3,1)

13	Anexos Capítulo II Carga atribuible a factores de riesgo. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible Abril de 2008	Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile	Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Anexo 2.1: Resumen fórmulas de cálculo de carga atribuible • Anexo 2.2: Resumen de información epidemiológica para cada factor de riesgo • Anexo 2.3: estimación de carga de mortalidad, AVPM y AVD atribuibles para cada daño y FR
15	Anexo VI. Proyecciones al 2010; Escenario Base 3.1- grupos I-II-III. Informe final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible Abril de 2008	Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile	Incluye: Anexo VI: <ul style="list-style-type: none"> • Proyecciones 2010 AVPM, AVD y AVISA (3.1) 2010- Grupo I • Proyecciones 2010 AVPM, AVD y AVISA (3.1) 2010- Grupo II • Proyecciones 2010 AVPM, AVD y AVISA (3.1) 2010- Grupo III
16	Anexo V Sensibilización AVPM-AVD-AVISA (3.0 y 8.1) grupos I-II-III Informe final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible Abril de 2008	Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile	Incluye: Anexo V: <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización AVPM, AVD y AVISA (3.0) 2004- Grupo I • Sensibilización AVPM, AVD y AVISA (3.0) 2004- Grupo II • Sensibilización AVPM, AVD y AVISA (3.0) 2004- Grupo III • Sensibilización AVPM, AVD y AVISA (8.1) 2004- Grupo I • Sensibilización AVPM, AVD y AVISA (8.1) 2004- Grupo II • Sensibilización AVPM, AVD y AVISA (8.1) 2004- Grupo III
17	Descripción de enfermedad Grupo I (A-B-C-D-E) Informe final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible Abril de 2008	Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones y parasitarias • Infecciones respiratorias • Condiciones maternas • Condiciones Perinatales • Deficiencias Nutricionales
18	Descripción de enfermedad Grupo II (A-B-C-D-E) Informe final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible Abril de 2008	Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile	<ul style="list-style-type: none"> • A) Neoplasias malignas • B) Otras neoplasias • C) Diabetes Mellitus • D) Trastornos endocrinos

19	Descripción de enfermedad Grupo II (E-F-G) Informe final- Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible Abril de 2008	Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile	<ul style="list-style-type: none"> • E) Condiciones Neuropsiquiátricas • F) Enfermedades de órganos de los sentidos • G) Enfermedades cardiovasculares
20	Descripción de enfermedad Grupo II (H-I-J-K-L-M-N) Informe final- Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible Abril de 2008	Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile	<ul style="list-style-type: none"> • H) Enfermedades respiratorias • I) Enfermedades digestivas • J) Enfermedades genitourinarias • K) Enfermedades de la piel • L) Enfermedades musculo esqueléticas • M) Anomalías congénitas • N) Condiciones orales
21	Tablas DISMOD Grupo I-II-III Informe final- Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible Abril de 2008	Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile	<ul style="list-style-type: none"> ○ Grupo I <ul style="list-style-type: none"> ○A) Infecciones parasitarias ○B) Infecciones respiratorias ○C) Condiciones maternas ○D) Condiciones perinatales ○E) Deficiencias nutricionales ○ Grupo II <ul style="list-style-type: none"> ○ A) Neoplasias malignas ○ B) Otras neoplasias ○ C) Diabetes Mellitus ○ D) Trastornos endocrinos ○ E) Condiciones neuropsiquiátricas ○ F) Enfermedades de órganos de los sentidos ○ G) Enfermedades cardiovasculares ○ H) Enfermedades respiratorias ○ I) Enfermedades digestivas ○ J) Enfermedades genitourinarias ○ K) Enfermedades de la piel ○ L) Enfermedades musculo esqueléticas ○ M) Anomalías congénitas ○ N) Condiciones orales ○ Grupo III <ul style="list-style-type: none"> ○ A) Lesiones intencionales ○ B) Lesiones no intencionales

III. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LA MATERIA DEL ENCARGO.

1. AUGE / GES Definiciones y estadísticas de uso, junio 2005 – junio 2015².

El Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE), también conocido como el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), es un programa integral de salud, que prioriza un grupo de patologías y que beneficia a todos los asegurados de Fonasa e Isapres, garantizándoles por ley un acceso a tratamientos oportunos, de calidad y con protección financiera, en 80 enfermedades. Estos derechos son exigibles, independientemente si se trata de un afiliado del sistema público o privado de salud³.

El campo semántico de las siglas AUG/GES, hace referencia a los siguientes significados:

AU= Acceso Universal, porque beneficia a toda la población afiliada al Fonasa e Isapres.

GE=Garantías Explícitas, porque ellas están escritas y son exigibles por todos los afiliados con diagnósticos garantizados.

Este régimen es parte de un proceso de reforma que se intensificó a partir del año 2000, cuando se estableció la Comisión de Estudios de la Reforma, marco dentro del cual se promulgó la Ley AUGE⁴, como un componente que se sumaba a otros cuatro proyectos de ley, conocidos como los grandes pilares legislativos de esa reforma⁵.

Esos compromisos se asumieron en el contexto de un diagnóstico del sector salud en el país, que consideraba un cambio en el perfil demográfico hacia el envejecimiento de la población, un cambio en el perfil epidemiológico hacia el aumento de las enfermedades crónicas, con aumentos en los costos de salud, a lo que se sumaba el de insatisfacción de la población usuaria.

² Texto preparado sobre la base de un análisis realizado por la Biblioteca del Congreso Nacional. Eduardo Goldstein, Asesoría Técnica Parlamentaria.

³ Fonasa. Disponible en <http://auge.fonasa.cl/> (Agosto, 2016)

⁴ Ley N°19.966 promulgada el 25 de agosto de 2004 y publicada el 03 de septiembre de 2004. Disponible en <http://bcn.cl/1uy6> (Agosto, 2016)

⁵ Los otros proyectos se tradujeron finalmente en las siguientes Leyes: Ley N°19.937 sobre Autoridad Sanitaria y Gestión Hospitalaria; Ley N°19.888 de Financiamiento; Ley N° 20.015, conocida como Ley Larga de Isapres; Ley N°19895, conocida como Ley Corta de Isapres; y Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes del Paciente.

Modelo y Objetivos Sanitarios de la Reforma en Salud.

Figura 1: Modelo y Objetivos Sanitarios de la Reforma en Salud.



contemplaban:

- Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad.
- Reducir las desigualdades en salud.
- Mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad.

a) Variación de Primas y Cobertura en la Implementación del AUGE-GES.

Como parte de ese proceso de reformas, la Ley AUGE estableció desde el año 2005 las **garantías de acceso calidad, protección financiera y oportunidad** con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud. Para ello, en su cobertura se han definido una serie de problemas de salud priorizados, los que se han incorporado gradualmente desde 2005 y que representan más de 70% de la carga de enfermedad del país.

En lo que respecta a la gradualidad del AUGE/GES, la Ley contempló que este plan se implementaría según el siguiente cronograma:

“A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 1,02 unidades de fomento.

A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 2,04 unidades de fomento.

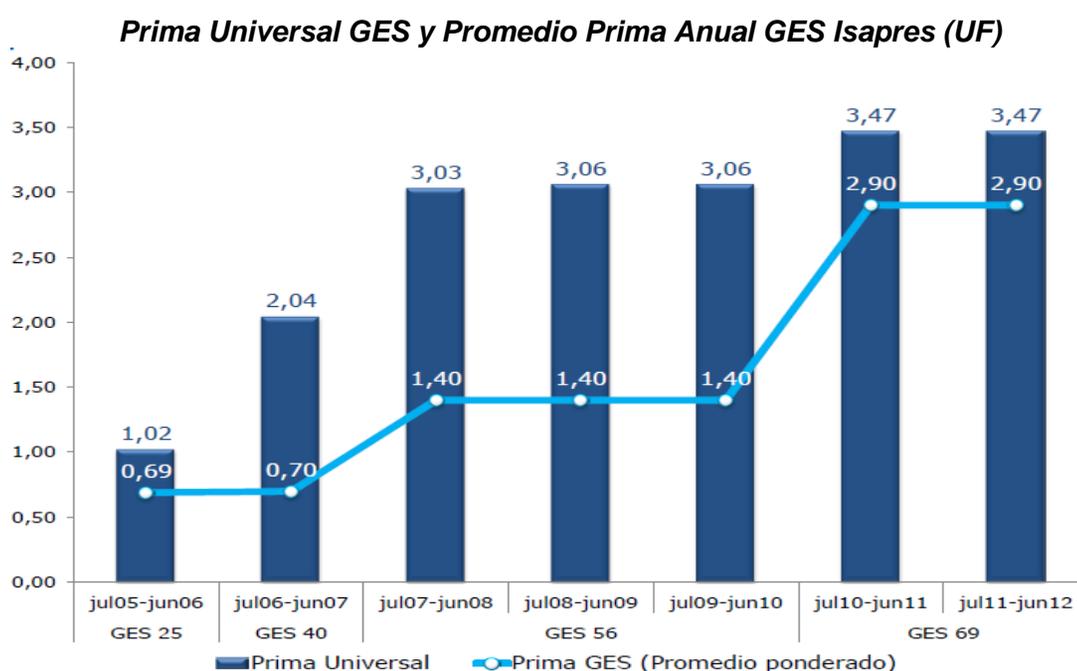
A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 3,06 unidades de fomento”⁷.

⁶ MINSAL. La gran herramienta: Reforma para un Chile más saludable. Exposición Ministra de Salud, Soledad Barría, Agosto, 2007.

⁷ Artículo primero de las Disposiciones Transitorias establecidas en la Ley N°19.966

Durante su puesta en marcha, fue incorporando el número de patologías previstas, con primas ajustadas dentro del tope establecido por ley⁸. A partir del año 2010, y de acuerdo a la normativa vigente, se mantuvo el valor de la Prima Universal del tercer régimen GES, reajustándose en adelante por el Índice General Real de Remuneraciones⁹.

En materia de precios, el monto a pagar por cada afiliado depende de la afiliación: una persona incorporada a Fonasa no debe pagar por el precio del plan, mientras que un cotizante de Isapre debe afrontar una prima mensual por cada beneficiario, la que se expresa en pesos o unidades de fomento (U.F.) según los valores que determine su Isapre¹⁰.



Fuente: Superintendencia de Salud¹¹.

A partir del año 2007, las protecciones GES tienen una vigencia de 3 años, prorrogables por igual período mientras no se modifiquen dentro de su vigencia. De este modo el año 2010 se agregaron 13 nuevos problemas de salud (GES-69)¹² y en 2013 otros 11 problemas (GES-80). Para el período 2016 – 2018, se mantienen las mismas 80 patologías del régimen anterior, esta vez con modificaciones y mejoras en ciertas canastas de prestaciones.

Para efectos de priorizar los problemas que serían considerados en los primeros regímenes del AUGE, se identificaron los problemas de salud que afectaban a la población y se ordenaron de acuerdo a su frecuencia, gravedad y costo, en un análisis donde el principal criterio ordenador fueron los años de vida saludable perdidos (AVISA), que cuantifican la carga de la

⁸ La Ley 19.966 establece que el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles en el Fonasa y el valor de la Prima Universal a la que deberán ajustarse dichas garantías.

⁹ El Artículo 18 de la Ley 19966, dispone que en adelante los cambios en la prima no podrán ser superiores a la variación experimentada por el índice de remuneraciones del sector privado calculado por INE. Disponible en <https://www.leychile.cl/Consulta/Navegar?idNorma=241199&idParte=0> (Agosto, 2016)

¹⁰ Superintendencia de Salud. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-article-4562.html> (Agosto, 2016)

¹¹ Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo, a partir de los datos de la División de Integración de Redes DIREDI del Ministerio de Salud y del Departamento de Control de la Superintendencia de Salud. Exposición Dra. Liliana Escobar; abril 2013.

¹² DS N°1, julio 2010

enfermedad, en un indicador que combinaba la mortalidad temprana con la discapacidad que puede provocar la enfermedad en los sobrevivientes. Posteriormente, el criterio de la carga de enfermedad o AVISA, se complementó con otros, tales como la “información de disponibilidad de Guía Clínica Preliminar elaborada, costo-efectividad, capacidad de oferta en redes del sistema público, eficacia de las intervenciones; coincidencia con prioridades sociales, uso de camas críticas, uso de equipamiento de alta complejidad, requerimiento de manejo por especialistas y restricciones de oferta”¹³.

b) Beneficios garantizados por ley constitutivos de las Garantías Explícitas en Salud.

Los beneficios específicos garantizados por ley, constitutivos de las Garantías Explícitas en Salud, son los siguientes¹⁴:

- **Garantía de Acceso:** Recibir las atenciones definidas para cada enfermedad. (Obligación de Fonasa e Isapres, de asegurar la entrega de las prestaciones garantizadas a todos sus beneficiarios).
- **Garantía de Oportunidad:** Las prestaciones garantizadas en el AUGE/GES deben ser entregadas de acuerdo a los plazos establecidos (tiempos máximos de espera).
- **Garantía de Protección Financiera.** Cancelar sólo el copago: cero por ciento (0%) para los afiliados del Fonasa en grupos A y B; 10% en grupo C y 20% en grupo D y afiliados a Isapres. El pago que debe efectuar el afiliado está indexado a un arancel fijado por decreto supremo, que va de cero a 20%.
- **Garantía de Calidad:** Las prestaciones garantizadas en el AUGE/GES deben ser entregadas por un prestador de salud registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud.”

La ley establece expresamente que las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o ante las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan¹⁵.

c) Uso del AUGE-GES a 10 años de su implementación.

Desde mediados de 2005, año en que se inició el plan con 25 problemas de salud, hasta julio de 2015, cuando estaban vigentes 80 patologías bajo garantía AUGE-GES, se contabiliza un total 23.759.842 casos acogidos al sistema.

Durante ese período, la mayoría de las garantías fueron otorgadas a hombres (65% del total de casos), y se observó un notorio predominio de usuarios mayores de 15 años de edad. Siguiendo la evolución de este plan, se observa que los mayores incrementos en las tasas anuales de uso de las garantías, han sido concomitantes con la ampliación de coberturas en términos del número de

¹³ Subsecretaría de Salud Pública. Revisión del Proceso de priorización de de las Garantías Explícitas en Salud, GES. Anexo 1: Proceso priorización (2012): AUGE 80. Junio de 2012. Pág. 64. Disponible en: <https://docs.google.com/open?id=0B3Pb1pYZaa1NNIVmMUZLMkx BX28> (Agosto, 2016).

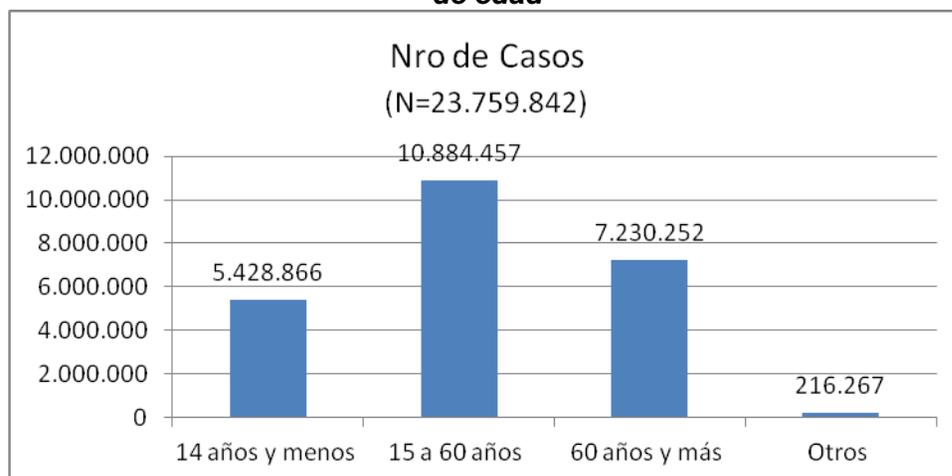
¹⁴ Superintendencia de Salud. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-printer-6312.html> (Abril, 2015).

¹⁵ Artículo 2 de la Ley 19.066. Disponible en <http://bcn.cl/1uyp6> (Agosto, 2016)

diferentes patologías cubiertas por el plan, particularmente en los años 2007, 2010 y 2013.

En cuanto a los problemas de salud más recurridos bajo esta modalidad durante la primera década del funcionamiento del plan, las cifras acumuladas ubican en primer lugar las urgencias odontológicas ambulatorias (3.436.087 casos), seguidas por las infecciones respiratorias agudas (3.109.364 casos), la hipertensión arterial (2.602.352 casos) y el cáncer cervicouterino (2.553.614 casos).

Distribución de Casos AUGE Julio 2005 – Junio 2015, desagregado por tramo de edad

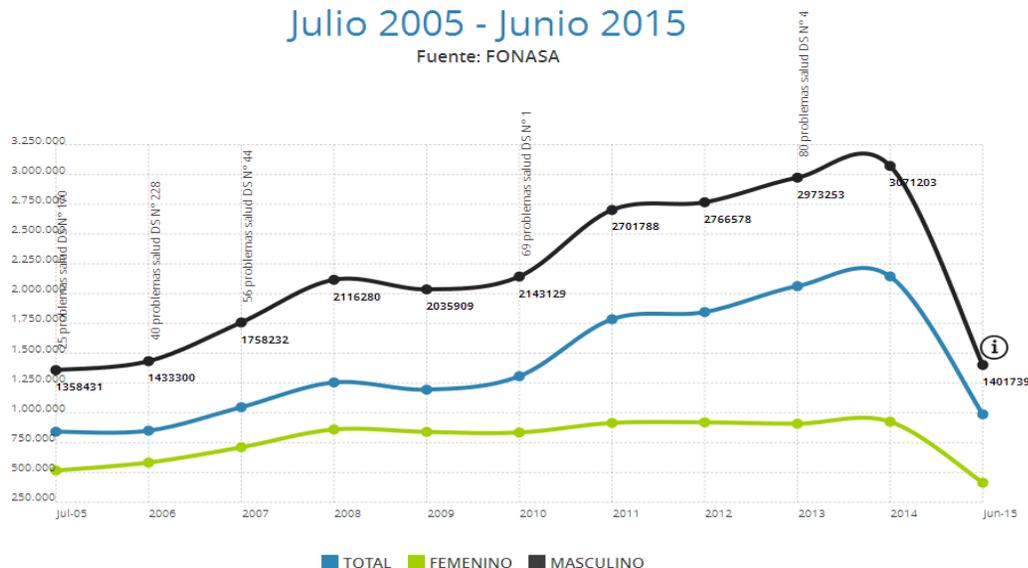


Fuente: Elaboración propia en base a datos de Fonasa

Distribución de Casos AUGE Julio 2005 – Junio 2015, desagregado por sexo.

Total de casos AUGE Julio 2005 - Junio 2015

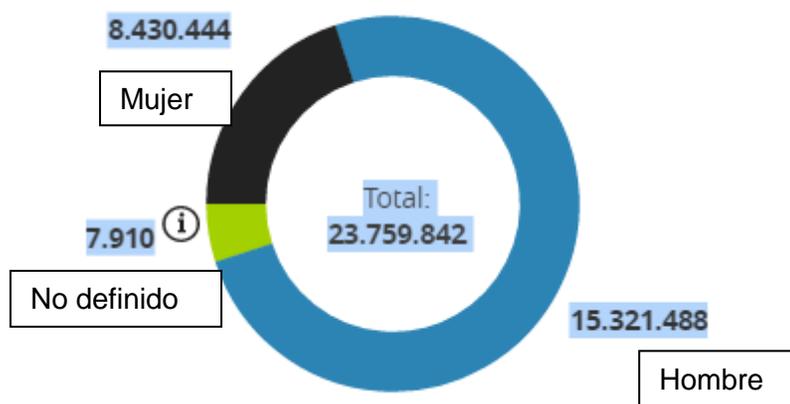
Fuente: FONASA



Fuente: Fonasa¹⁶

Distribución de Casos AUGE Julio 2005 – Junio 2015, desagregado por sexo

¹⁶ Disponible en <http://auge.fonasa.cl/> (Agosto, 2016)



Fuente: Fonasa¹⁷

Distribución de Casos AUGE Julio 2005 – Junio 2015, desagregado por patologías más frecuentemente utilizadas.

Patologías AUGE más utilizadas



Fuente: Fonasa¹⁸

d) Patologías Garantizadas AUGE- GES y ampliación de coberturas en regímenes sucesivos (orden correlativo por agrupación de color).

• 01. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
• 02. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
• 03. Cáncer cérvico-uterino
• 04. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado
• 05. Infarto agudo del miocardio
• 06. Diabetes Mellitus tipo I
• 07. Diabetes Mellitus tipo II
• 08. Cáncer de mama en personas de 15 años y más
• 09. Disrafias espinales
• 10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Disponible en <http://auge.fonasa.cl/> (Agosto, 2016)

• 11. Tratamiento quirúrgico de cataratas
• 12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa
• 13. Fisura Labiopalatina
• 14. Cáncer en personas menores de 15 años
• 15. Esquizofrenia
• 16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
• 17. Linfomas en personas de 15 años y más
• 18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA
• 19. Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
• 20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
• 21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
• 22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
• 23. Salud oral integral para niños y niñas de 6 años
• 24. Prevención de parto prematuro
• 25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas. de 15 años y más, que requieren marcapaso
• 26. Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
• 27. Cáncer gástrico
• 28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
• 29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más
• 30. Estrabismo en personas menores de 9 años
• 31. Retinopatía diabética
• 32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
• 33. Hemofilia
• 34. Depresión en personas de 15 años y más
• 35. Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
• 36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
• 37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
• 38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
• 39. Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años
• 40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
• 41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
• 42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
• 43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más
• 44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
• 45. Leucemia en personas de 15 años y más
• 46. Urgencia odontológica ambulatoria
• 47. Salud oral integral del adulto de 60 años
• 48. Politraumatizado grave
• 49. Traumatismo cráneo encefálico moderado o grave
• 50. Trauma ocular grave
• 51. Fibrosis quística
• 52. Artritis reumatoidea
• 53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
• 54. Analgesia del parto

• 55. Gran quemado
• 56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
• 57. Retinopatía del prematuro
• 58. Displasia broncopulmonar del prematuro
• 59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
• 60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
• 61. Asma bronquial en personas de 15 años y más
• 62. Enfermedad de parkinson
• 63. Artritis idiopática juvenil
• 64. Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal
• 65. Displasia luxante de caderas
• 66. Salud oral integral de la embarazada
• 67. Esclerosis múltiple remitente recurrente
• 68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B
• 69. Hepatitis C
• 70. Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
• 71. Cáncer de ovario epitelial
• 72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
• 73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
• 74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
• 75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
• 76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
• 77. Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
• 78. Lupus eritematoso sistémico
• 79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más años
• 80. Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori

Fuente: Superintendencia de Salud¹⁹

e) Leyes y decretos relacionados con el sistema AUGE, garantías en salud y su financiamiento.

Norma	Título	Publicación	Organismo
Ley N° 20.015	Modifica la Ley N° 18.933 sobre instituciones de salud previsional.	17-may-05	Ministerio de Salud
Ley N° 19.966	Establece un régimen de garantías en salud.	03-sep-04	Ministerio de Salud
Ley N° 19.937	Modifica el Decreto Ley N° 2.763 de 1979 con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.	24-feb-04	Ministerio de Salud
Ley N° 19.888	Establece el financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios	13-ago-03	Ministerio de Hacienda

¹⁹ Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyname-501.html> (Agosto, 2016)

	del Gobierno.		
Decreto N° 45	Aprueba normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la ley 19.966	22-nov-13	Min de Salud, Subsecretaría de Salud Pública
Decreto N° 3	Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud (AUGE 80)	03-mar-16 (vigente desde el 1 de julio de 2016)	Ministerio de Salud
Decreto N° 21	Rectifica Decreto N°3, de 2016, que aprobó garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud.(AUGE 80)	29 –junio- 2016.	Ministerio de Salud
Decreto N° 19	Determina suspensión de la garantía explícita de oportunidad establecida en la Ley N° 19.966 otorga facultades extraordinarias a las autoridades que señala y establece medidas que indica.	24-mar-10	Ministerio de Salud, Subsec. de Salud Pública
Decreto N° 79	Fija cobertura financiera mínima por aplicación del artículo 31 de la Ley N° 19.966 que establece un régimen de garantías de salud.	27-feb-08	Min. de Salud, Subsec. Salud Púb.
Decreto N° 136	Reglamento que establece normas para el otorgamiento efectividad y cobertura financiera adicional de las garantías explícitas en salud a que se refiere la Ley N° 19.966. Ministerio de Salud.	02-sep-05	Ministerio de Salud
Decreto N° 121	Reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las garantías explícitas en salud a que se refiere la Ley N° 19.966. Ministerio de Salud.	19-ago-05	Ministerio de Salud
Decreto N° 47	Reglamento de medicación por reclamos contra prestadores institucionales públicos de salud o sus funcionarios y prestadores privados de salud. Ministerio de Salud.	23-jun-05	Ministerio De Salud
Resolución N° 876	Regula el examen de medicina preventiva.	17-ene-07	Min. Salud, Subsec. Salud Púb.

Exenta			
Resolución N° 142 Exenta	Establece los montos máximos a pagar por los prestadores institucionales públicos en virtud del procedimiento de mediación establecido por la Ley N° 19.966.	08-abr-05	Ministerio de Salud

Fuente: BCN. Elaboración en base a Ley Chile²⁰

2. Reajustes de aranceles referenciales para protección financiera GES en períodos (2010-2013); (2013-2016) y (2016-2018).

- Definición de la Garantía de Protección Financiera.

Las garantías en salud pretenden favorecer y mejorar el acceso a la salud de la población, y disminuir las brechas de equidad. En particular, las garantías de protección financiera pretenden aliviar la carga económica para las familias, en la circunstancia de enfrentarse a problemas de salud.

De esta forma, se define la garantía de protección financiera, como la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un máximo de un 20% del valor determinado por el arancel de referencia del Régimen. Es decir, el copago²¹ es fijo y conocido de antemano por el beneficiario. Además, se establece una cobertura financiera adicional que limita el gasto total de una familia en dichos problemas de salud²². El fin es que estas medidas impacten en el ingreso disponible de los hogares y que disminuyan los gastos en salud, en particular, en los segmentos de población con menores ingresos.

Quienes pagan por prestaciones GES son los beneficiarios de Fonasa de los tramos C (10%) y D (20%), e Isapres, con un tope máximo de 20%, ya que los usuarios de los tramos A y B de Fonasa, no pagan por ninguna atención garantizada en el AUGE, así como tampoco los beneficiarios PRAIS²³, quienes tengan 60 años y más, independiente de su tramo. Además son gratis las atenciones garantizadas y prestaciones que se otorguen en el nivel primario de atención.²⁴

3. Cuarto Régimen GES (Decreto N° 4 de 2013).

- Nuevos problemas de salud y modificaciones de canastas anteriores

El 1 de julio de 2013, con la entrada en vigencia del Decreto N° 4 del año 2013 se incorporaron 11 nuevos problemas de salud al AUGE, totalizando 80 patologías, que se adicionaron a los 69 problemas ya contemplados en el tercer régimen de garantías explícitas en salud, válidas durante el período 2010-2013 (Decreto N°1 del año 2010). Los nuevos problemas incorporados ese año fueron:

²⁰ Disponible en <https://www.leychile.cl/Consulta/homebasico> (Agosto, 2016)

²¹ El Copago GES se define como el monto obligatorio, conocido y fijo que le corresponde pagar al beneficiario por las atenciones de salud de las patologías que se encuentran incorporadas en el plan AUGE o GES.

²² Se establece tope máximo de un deducible asociado a las cotizaciones (29 o 43 cotizaciones mensuales según se trata de 1 o de 2 y más problemas de salud).

²³ El PRAIS es el Programa de Reparación en Atención Integral en Salud y Derechos Humanos del Ministerio de Salud (Ley N° 19.980, de 2004, artículo séptimo). Disponible en: <http://bcn.cl/1uyp8> (Agosto, 2016).

²⁴ Disponible en http://www.seremidesaludbiobio.cl/page/apps/webserem8/ob/secciones/destacados/auge20130731/auge_GES_2013.pdf (Agosto, 2016).

- Trastorno bipolar,
- Cáncer colorectal,
- Cáncer de ovario,
- Cáncer de vejiga,
- Osteosarcoma,
- Hipotiroidismo,
- Tratamiento de hipoacusia moderada,
- Lupus eritematoso,
- Tratamiento quirúrgico de lesiones de la válvula aórtica,
- Tratamiento quirúrgico de lesiones de las válvulas mitral y tricúspide y
- Tratamiento de erradicación de *helicobacter pylori* (para prevenir úlcera gástrica y cáncer gástrico).

Con respecto a las 69 patologías garantizadas en el plan anterior (tercer régimen), debe observarse que a partir del 2013 se produjeron cambios en la canasta de tratamiento en 56 de las patologías²⁵. Entre ellos cabe mencionar la incorporación de algunos cambios en las definiciones generales, como son las relativas a la periodicidad de intervenciones sanitarias, donde se incorporaron las opciones por tratamiento completo, por tratamiento trimestral, por esquema completo de quimioterapia, por evaluación completa y por seguimiento²⁶. Asimismo, se eliminó la periodicidad por control fijada en decretos anteriores²⁷.

En lo que respecta a cambios más específicos, a modo de ejemplo, el problema de insuficiencia renal crónica terminal (PS1) cambia su nombre en 2013 a enfermedad renal crónica etapa 4 y 5, en busca de mejorar el acceso precoz a la instalación de fístula arteriovenosa. En cuanto a las prestaciones incluidas en este problema, en 2013 se separó el estudio del donante vivo de la nefrectomía del donante vivo, y se agregó la instalación de catéter peritoneodialisis.

Otros cambios incluyeron nuevas prestaciones adicionadas en algunas canastas ya especificadas en el régimen anterior, como fue el caso de exámenes de seguimiento que se añadieron a la canasta de peritoneodialisis en la misma patología (PS1), aplicándose a ella un reajuste mayor al promedio general de las patologías en este ítem particular.

4. Prima AUGE y reajuste de aranceles para período 2013-2016.

En cuanto a los recursos disponibles para financiamiento en Fonasa al que deben ajustarse las prestaciones garantizadas (artículo 12 de la Ley N° 19.966), el valor de la Prima Universal²⁸ para el período 2013-2016 quedó fijado por el Ministerio de Hacienda en 3,76 UF, lo que representa un 8% de reajuste real, respecto de la prima de 3,47 UF fijada en 2010²⁹. Esto, a pesar del incremento de 11 nuevas patologías.

Respecto a la variación entre el valor de los aranceles de referencia fijados en los Decretos AUGE de 2013 en relación a 2010, se advierte que, en general, el precio de las prestaciones se reajustó nominalmente en un 9,3% (valor modal³⁰).

²⁵ Superintendencia de Salud <http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-8118.html> (Agosto, 2016).

²⁶ Esto, en adición a las periodicidades de: cada vez, por ciclo, mensual y anual.

²⁷ MINSAL, Departamento Ges Redes Asistenciales. Análisis cambios implementados en Decreto N° 4 y LEP del 05 de febrero del 2013. Cambios al GES a partir del 1 de Julio del 2013. (Marzo, 2013) Disponible en http://www.masvida.cl/wp-content/uploads/2015/10/cambios_ges_minsal.pdf (Agosto, 2016).

²⁸ Se entiende por Prima Universal al valor fijado por el Ministerio de Hacienda al cual deberá ajustarse el costo esperado individual promedio que origina el conjunto de problemas de salud con garantías explícitas, para todos los beneficiarios de Isapre y de Fonasa, en un período de doce meses.

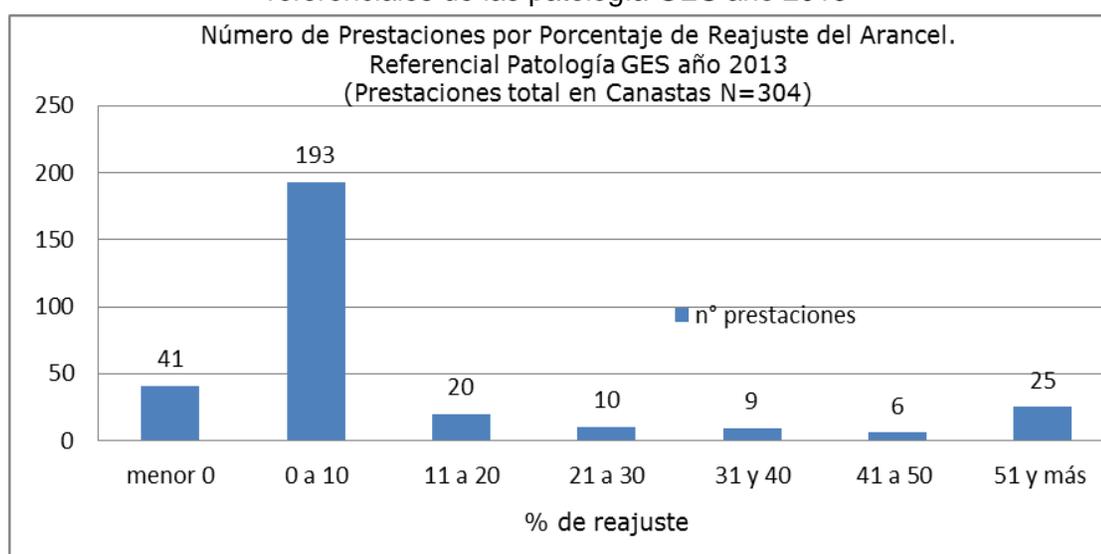
²⁹ El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto, según las disposiciones legales, no podrá ser superior a la variación experimentada por el Índice General Real de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas.

³⁰ Este valor de reajuste se le aplicó a 2 de cada 5 prestaciones.

Cabe mencionar que los aranceles de referencia son la base sobre la cual se reajusta y calculan los copagos que deberán pagar, tanto los usuarios de Fonasa como de Isapres, por las prestaciones que se otorguen bajo el sistema de Garantías GES³¹.

Del total de prestaciones del régimen GES vigentes en el período 2010-2013 (poco más de 300 prestaciones correspondientes a las canastas de 69 patologías GES), tres cuartas partes se reajustaron en menos de 10% nominal el año 2013. Entre ellas, 41 prestaciones tienen un precio menor en 2013 que en el régimen anterior, lo que significa que tienen también un copago inferior al del período previo. Por otro lado, las prestaciones a las cuales se aplicó un reajuste mayor de diez puntos porcentuales sobre el arancel referencial, representan el 23% del total (69 prestaciones).

Distribución de frecuencia del porcentaje de reajuste aplicado a los aranceles referenciales de las patologías GES año 2013



Fuente: Elaboración propia en base a consolidación planillas proporcionadas por MINSAL

Entre las que ajustaron su valor al alza, el mayor aumento relativo corresponde al tratamiento de epilepsia no refractaria (PS 22), que en 2013 consignó un precio 10 veces superior al establecido para dicha prestación el año 2010³². Otras prestaciones con elevados incrementos porcentuales fueron la confirmación diagnóstica de la disrafia espinal abierta (PS 9), la evaluación de primer episodio esquizofrenia (PS 15) y el tratamiento displasia broncopulmonar del prematuro (PS 58), cuyos aranceles en el 2013 alcanzaron 4 veces al precio consignado en el régimen de garantías anterior.

En términos absolutos, la prestación que más incrementó su precio fue el tratamiento vía vascular Coil en casos de ruptura aneurismas cerebrales (PS 42), que en 2013 duplicó el valor del arancel referencial (alcanzando un copago de \$2.642.550 el año 2013)³³. El tratamiento gran quemado en menor de 15 años (PS 55) alcanzó un monto de copago por sobre los \$13 millones en 2013, lo que significó una diferencia de poco más de un millón de pesos respecto 2010³⁴.

5. El sexto Decreto GES (Decreto N° 3 de 2016).

³¹ Los pacientes de Isapre pueden renunciar al GES o utilizarlo en forma parcial, haciendo uso de sus planes complementarios de salud. (Las reglas de esta renuncia parcial o total al GES se especifican en el artículo 10°).

³² El Arancel Referencial de Copago se incrementa de \$ 3140 mensual en el año 2010, a \$40.490 en año 2013.

³³ El Arancel Referencial para el cálculo del Copago, de un valor de \$ 6.718.860 mensual en el año 2010, se incrementa a un valor de \$13.212.760 el año 2013.

³⁴ Con el reajuste 38% aplicado al arancel del 2013, el copago se empuja cerca de los 18 millones de pesos, lo que significa una diferencia cercana a los 5 millones respecto al copago del régimen anterior.

- Prima AUGE y modificación de canastas.

De acuerdo al marco de los recursos disponibles fijado por el Ministerio de Hacienda para financiamiento en Fonasa de las prestaciones garantizadas GES, el valor de la Prima Universal para el período 2016 -2018 quedó establecido en 3,87 UF (lo que representa un 2,9% de reajuste real, respecto de la prima de 3,76 UF fijada en 2013).

El 3 de marzo de 2016 se publicó el Decreto N° 3 del 27 de enero de 2016 que Aprueba las Garantías Explícitas en Salud para el período 2016-2019, con las mismas 80 patologías del Decreto N° 4 del 2013 y que incorporó mejoras para algunos de los problemas de salud (principalmente omisiones de Decreto GES del año 2013³⁵ y algunas canastas nuevas³⁶).

Con posterioridad a la publicación del Decreto GES N° 3 de marzo de 2016 se detectaron diversos problemas, entre ellos³⁷:

- En 11 problemas de salud el valor del arancel en ciertas intervenciones sanitarias estaba expresado en forma anual y la periodicidad estaba expresada en forma mensual.

- En 25 problemas de salud el valor del arancel en ciertas intervenciones sanitarias estaba expresado por control de salud, debiendo ser mensual.

- En otros 4 problemas de salud era necesario hacer precisiones.

Consistentemente con ello, el Decreto N° 21, de junio 2016, rectificó dichos errores modificando las tablas correspondientes a la protección financiera de 40 problemas de salud GES.

6. Reajuste de Aranceles para período 2016-2018

Atendiendo a los reajustes aplicados el presente año a los aranceles de referencia de 446 prestaciones específicas, se observa que en 2 de cada 3 prestaciones, el reajuste nominal fluctuó entre el 30% y 40% (255 prestaciones), siendo el valor modal de 38% (ajuste aplicado a la amplia mayoría de canastas de las 80 patologías GES vigentes).

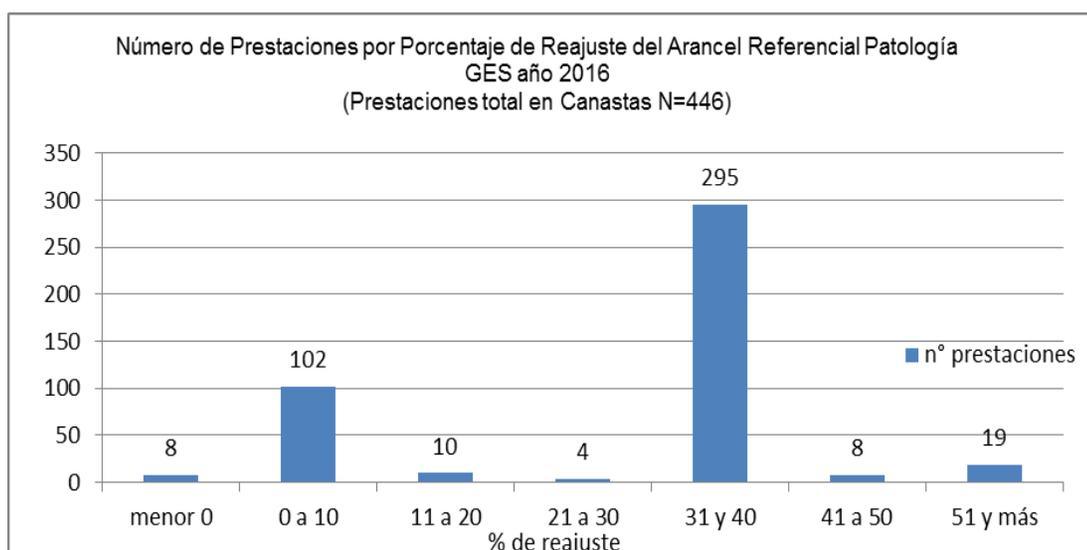
La cuarta parte del total de prestaciones tuvo un reajuste que no supera los diez puntos porcentuales (110 prestaciones). Las prestaciones a las cuales se le aplicó un reajuste superior al 40%, no representan más del 6% (27 prestaciones) del total que componen las canastas del nuevo régimen.

Distribución de frecuencia del porcentaje de reajuste aplicado a los aranceles referenciales de las Patología GES año 2016.

³⁵ D.S. N° 4 del 1° de Julio 2013

³⁶ Como la Nefrectomía Donante Cadáver en PS1 y Tamizaje Cancer Cervicouterino en PS3. Además de nuevas prestaciones en VIH (PS18); Cáncer Gástrico (PS27); Cáncer de Próstata (PS28); Hipoacusia prematura (PS59) e Hipoacusia menor de 4 años (PS77), entre otras mejoras.

³⁷ MINSAL



Fuente: Elaboración propia.

IV. LO SUSTANCIAL DE LO EXPUESTO POR LAS PERSONAS ESCUCHADAS EN RELACIÓN CON LAS MATERIAS INVESTIGADAS.

1. Señora Carmen Castillo, Ministra de Salud³⁸.

- Sistema GES.

Señaló que el GES es un sistema integral con un alto impacto, que mejora la salud de la población y reduce desigualdades en salud, por la vía de otorgar mayores niveles de acceso a la atención de salud y a la protección social.

Este sistema generó un cambio del modelo de atención en salud, que impactó por el hecho de que era exigible por las personas. La atención se orienta a problemas de salud priorizados en base a magnitud, mortalidad, discapacidad, gravedad, impacto económico y, además, incorpora las preferencias sociales. Destacó que todos estos elementos se utilizan para seleccionar un problema de salud, no por presiones.

Se incorporan garantías de acceso exigibles por ley, oportunidad, calidad y protección financiera. Informó que se está trabajando en implementar la dimensión de calidad.

Ha generado continuidad de la atención para cumplir las garantías explícitas a través de la organización y coordinación de las redes asistenciales, situación que calificó de muy importante, dado que no puede quedar un diagnóstico detenido en algún punto de la red, sino que requiere una coordinación adecuada para que cumpla con los plazos.

La existencia y difusión de guías clínicas validadas para cada problema de salud garantizado, ha permitido que se aplique uniformidad en las atenciones, en base a una evidencia nacional e internacional y mejorando la calidad de la atención.

Además, ha generado una importante inversión en equipamiento y recurso humano especializado, desarrollando polos con características de alta complejidad y calidad. Es el caso de radioterapia,

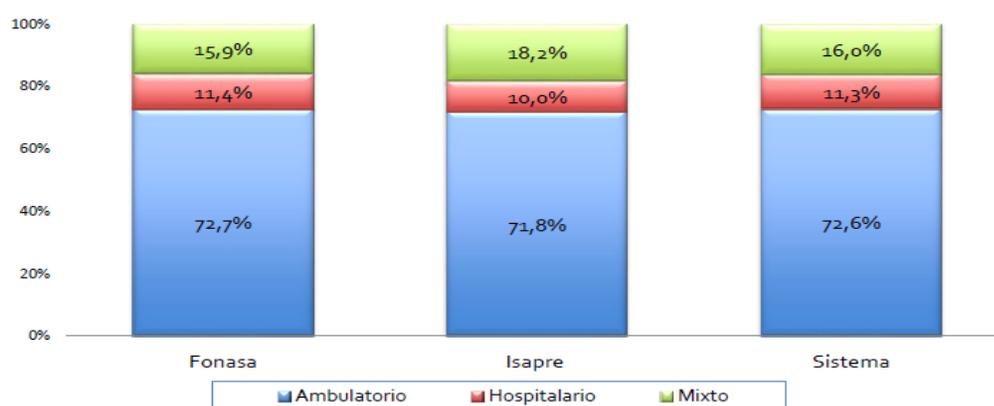
³⁸ Sesión 7ª. De 9 de agosto de 2016.

imagenología compleja y cardiocirugía, entre otros, que no se pueden duplicar o triplicar en distintos lugares, porque los especialistas deben estar concentrados para que dispongan de una buena capacidad de manejo de los problemas de salud.

También ha permitido que los usuarios conozcan y exijan sus derechos a través de las garantías explícitas y protocolos de atención, que incorporan la obligatoriedad de la entrega de información.

Precisó que entre 2005 a 2016 los casos GES en el sector público fueron 25.314.000, y en el sector de Isapre llegaron a 1.442.000 casos.

Distribución de casos acumulados según modalidad de atención y subsistema, a diciembre de 2015



Datos Casos Acumulados a de Julio 2005 a Diciembre 2015			
	FONASA	ISAPRE	SISTEMA
Ambulatorio	18.396.974	1.035.128	19.432.102
Hospitalario	2.887.148	144.214	3.031.362
Mixto	4.030.830	262.934	4.293.764
Total	25.314.952	1.442.276	26.757.228
Ambulatorio	72,7%	71,8%	72,6%
Hospitalario	11,4%	10,0%	11,3%
Mixto	15,9%	18,2%	16,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

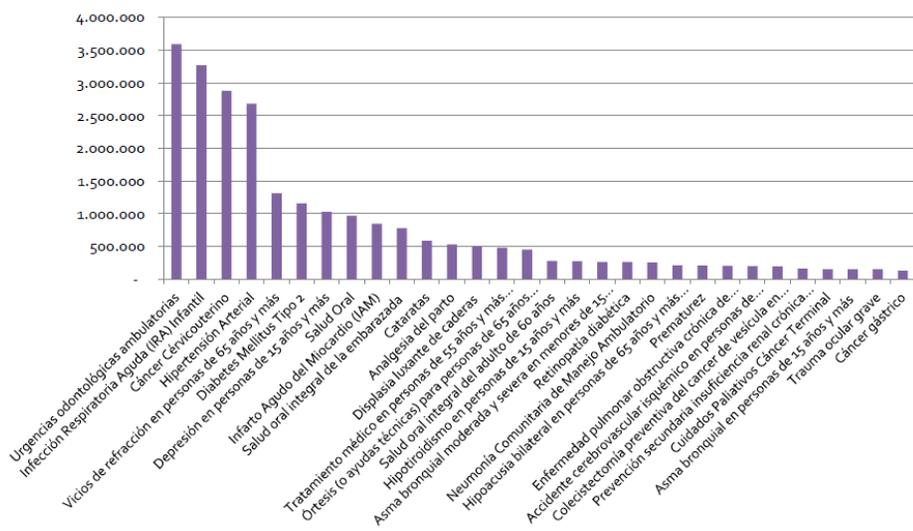
Datos provisionales por cuanto no han sido fiscalizados o auditados.

Respecto de la distribución de casos según modalidad de atención por subsistema, detalló que a diciembre de 2015 la mayoría de los casos, 72%, son ambulatorios.

Por otra parte, los problemas de salud más atendidos en el sector público son las urgencias odontológicas ambulatorias, seguidas por las infecciones respiratorias agudas, el cáncer cérvico-uterino, la hipertensión arterial y los vicios de refracción en el sector público.

Problemas de salud GES más frecuentes, junio de 2005 a diciembre de 2015

SISTEMA PÚBLICO

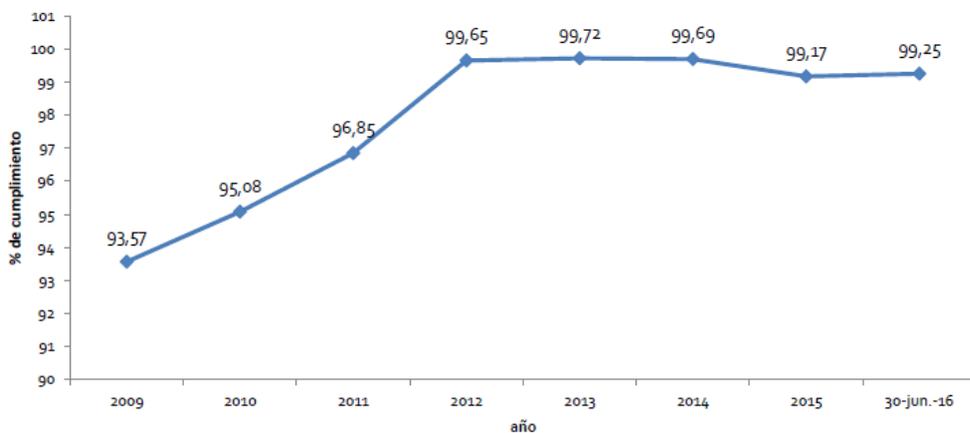


FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Para el sector privado, destacan las consultas GES por hipertensión arterial, seguida por la depresión en personas de 15 años y más, y luego la salud oral. Por lo tanto, advirtió, hay una diferencia en el tipo de consulta entre el sistema público y el privado.

Sobre el cumplimiento GES en garantías de oportunidad, exhibió un gráfico para demostrar que siempre ha superado el 90%. En junio de 2016 asciende a 99.25% de cumplimiento del 1,5 millón mensual de casos GES atendidos.

Cumplimiento GES Garantía de Oportunidad 2009 - Jun 2016

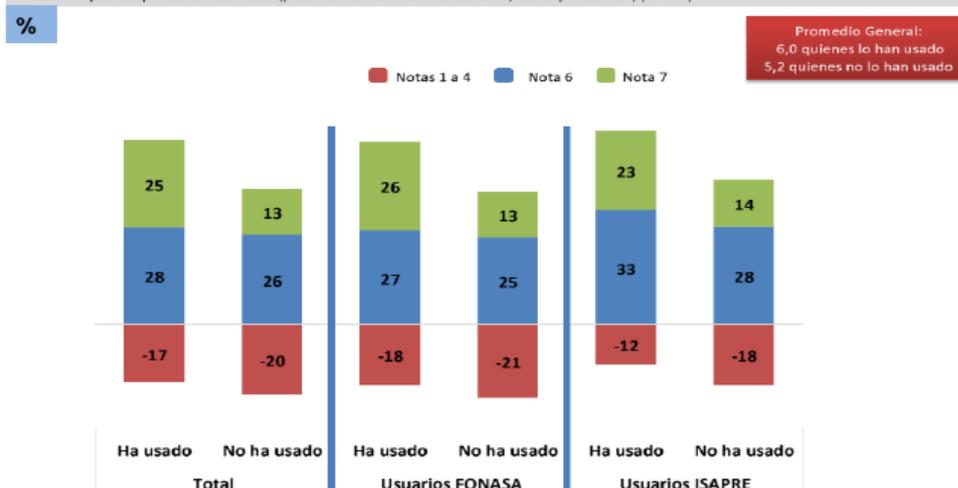


En materia de evaluación de la población respecto del GES, presentó un gráfico en que en verde están las notas 7; en azul, las notas 6, y de 1 a 4 todo lo que está en rojo, usando o no el sistema general.

EVALUACIÓN DEL AUGÉ-GES

DATAVIZ

B2. Según lo que usted sabe o se imagina, usando una escala de 1 a 7, ¿qué nota le pondría al AUGÉ-GES?
Base: Aquellos que se han atendido (personalmente o familiar cercano, 88 responde "Sí") (n=497)



Fuente: Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud. Superintendencia de Salud, Junio 2016.

Se refirió luego al impacto del GES, citando algunos ejemplos editados en revistas y en estudios. Así, en el caso del gran quemado, en los últimos diez años se ha observado una tendencia a la disminución de la muerte, especialmente en el grupo crítico, donde hay una disminución de 70% a 31%. Y en el grupo de sobrevida excepcional, de 93% a 77% entre 2000 y 2010. En consecuencia, existe un aumento de la sobrevida de cerca de 50% en 2005, y sobre el 70% en 2010.

En cáncer de mamas, observó que ha disminuido la mortalidad de la tasa ajustada, desde 13.2 por cien mil mujeres, a 12.63 por cien mil mujeres en 2012. Asimismo, al analizar la sobrevida se observa que post implementación del GES las tendencias son al alza, pues por cada año que transcurre pos GES, se ha observado un 1% de aumento de la sobrevida global.

En cuanto al cáncer de vesícula, antes del régimen GES la tasa de mortalidad estaba alrededor de 11 por cien mil habitantes. Entre 2004 y 2013 se observó una disminución sostenida de la tasa de mortalidad ajustada, de 10.58 a 7.48 por cien mil habitantes en ambos sexos. Se advierte una relación significativa entre el aumento de la tasa de colecistectomía y la disminución de las tasa de mortalidad por cáncer de vesícula en ambos sexos.

En cuanto al infarto agudo al miocardio, la letalidad intrahospitalaria cayó de 14% en 2015, a 7% en 2012 en mujeres, y del 8 % al 4.5% en hombres. En ambos sexos cae de 10% a alrededor de 7.5% y la sobrevida aumentó de 93% a 97%.

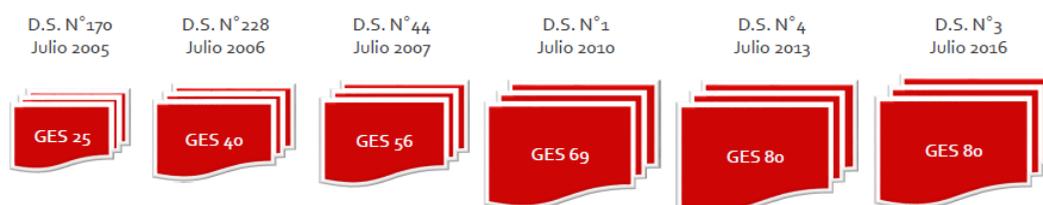
En relación con el VIH Sida, se mejoró el acceso al tratamiento. En el sector público, aumentó de 5.700 personas en 2004, a 23.596 personas en 2016. La sobrevida de tres años aumentó de un 85% a un 93%, entre 2005 y 2010.

2. Señora Andrea Guerrero, Secretaria Técnica del AUGE³⁹.

- Decreto GES N° 03, de 03 de marzo de 2016.

Recordó que, en el marco de la Ley N° 19.966 que establece las garantías explícitas, en el transcurso de los años 2005 a 2016 se han desarrollado seis decretos GES. Las garantías, que se establecen en cada uno de estos decretos, tienen una vigencia de tres años, y debe transcurrir un tiempo de seis meses para la entrada en vigencia a partir de su publicación en el Diario Oficial.

Sin embargo, observó que los decretos pueden modificarse durante su vigencia, cuando existen circunstancias calificadas.



Indicó que entre 2013 y 2016, con el nuevo decreto de marzo de 2016, se mantuvo el número de problemas de salud, pues los cambios fueron orientados a mejoras de las canastas, a aumentar la integralidad.

Reiteró que, aunque los decretos tienen vigencia de tres años, la ley establece que se puede modificar anticipadamente para corregirlo o mejorarlo, situación que ha ocurrido en dos decretos. Un caso fue en enero de 2010, Decreto N° 01 del 12 de abril de 2011 (derecho a solicitar un segundo prestador) y el otro en el Decreto N° 4 de febrero de 2013.

Así, ejemplificó, un cambio de tecnología sanitaria de algún medicamento o de algún otro equipo que mejorara la intervención de los pacientes, ameritaría hacer cambios antes de los tres años.

Recordó que el 3 de marzo de 2016 se publicó el Decreto N° 3, que aprobó las garantías explícitas, manteniendo el mismo número de problemas de salud, pero incorporándole mejoras en 30 de ellos.

Posteriormente, una vez detectadas las inconsistencias, se se elaboró un decreto rectificatorio, que se publicó en el Diario Oficial el 29 de junio de 2016. En definitiva el Decreto N° 3 entró en vigencia el 1 de julio, debidamente corregido. Por ello, hizo hincapié que en ningún momento las inconsistencias de los cambios de periodicidad entraron en vigencia, ni generaron impacto en la población. Tampoco hubo perjuicio fiscal para Fonasa ni para los beneficiarios.

Sin embargo, advirtió, el aumento en el arancel de copago originado por un cambio de metodología de 2013 aún persiste en el decreto corregido. Explicó que en 2016 se ha vuelto a la metodología histórica, decisión que revierte la situación y es más consistente con el aumento y con lo establecido en los decretos anteriores, en términos de los valores de copago.

³⁹ Sesiones 3ª y 7ª, de 11 de julio y 9 de agosto de 2016.

- Medidas adoptadas.

Una vez detectadas las fallas, la primera medida fue efectuar en el Ministerio de Salud una investigación sumaria, la cual se encuentra aún en desarrollo.

Asimismo, con el fin de fortalecer y mejorar la coordinación y especialización del equipo que trabaja en la coordinación de la implementación GES, el Ministerio creó la "Secretaría Técnica GES", dependiente del gabinete de la ministra de Salud, que reemplazó a la anterior Secretaría GES, que desarrollaba también otras funciones que no eran exclusivas del GES.

Estimó que esa Secretaría mejorará el proceso, porque, por una parte será un grupo dedicado exclusivamente a analizar, coordinar y planificar todo lo que tenga relación con la definición y con la implementación de las garantías y, además, el hecho que dependa directamente de la ministra de Salud incrementará la posibilidad de coordinar a todos los organismos dependientes de salud que necesitan trabajar juntos en el GES, como Fonasa, la Superintendencia de Salud, Servicios de Salud, Cenabast y las dos Subsecretarías del Ministerio de Salud.

Puntualizó que, a pesar de que ya estaban definidas las funciones de la Secretaría Técnica GES, se explicitó nuevamente que ellas radicarán en esta nueva unidad técnica y que se relacionarán con planificar y coordinar todos los estudios relacionados con la formulación de las garantías explícitas; elaborar el listado priorizado de problemas de salud que se propone al Consejo Consultivo y al directorio del GES del Ministerio; planificar y coordinar con la división correspondiente la elaboración de las canastas y de las guías clínicas que corresponda y que estén en forma oportuna; elaborar los decretos; apoyar a la división de planificación en el Estudio de Verificación del Costo Esperado, requisito legal para la formulación de las garantías; apoyar el funcionamiento del Consejo Consultivo GES y mantener toda la información y los expedientes GES, que por ley se exigen.

- Acciones recomendable:

- Continuar con el proceso de actualización de Guías de Práctica Clínica de los problemas de salud incluidos en el GES, respecto de lo cual se está desarrollando un plan y requiriendo financiamiento adicional para trabajar el próximo año en forma más urgente.

- Sobre la base de lo planteado por el Consejo Consultivo GES y las unidades técnicas del Ministerio de Salud, se requiere estudiar posibles modificaciones legales al régimen de garantías explícitas en salud.

- Desarrollar una planificación estratégica de largo plazo para el GES, que incorpore un fortalecimiento del sistema hacia la prevención en salud. Ejemplificó que actualmente el grupo de prestaciones de salud relacionado con la enfermedad renal crónica, concentra el mayor gasto de las garantías explícitas en salud, a pesar de que son enfermedades con medidas de prevención.

- Desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación sistemático y continuo del GES, que incorpore indicadores de proceso y de impacto. Ello permitiría no solo monitorear qué está pasando con las garantías, sino también tener evidencia para solicitar los recursos necesarios para mejorar este sistema.

- Incorporar a los presupuestos los estudios necesarios para la priorización de los próximos decretos GES, materia en que ya se está trabajando y se ha solicitado financiamiento en el presupuesto 2017 para un estudio

del costo real y del uso efectivo de las garantías. Se desea también plantear al Ministerio de Hacienda que estos estudios tengan un marco de continuidad para asegurar que se puedan mantener en el tiempo y trabajar en forma continua, no solo cuando se prepara un decreto.

- Fortalecer la institucionalidad de la coordinación entre los organismos del sector salud (Fonasa, Superintendencia de Salud, Cenabast, Subsecretarías y Servicios de Salud), pues todo lo que implica la implementación del GES es muy complejo y se requiere de una alta inversión de tiempo y planificación de los mecanismos de coordinación.

3. Señor Jaime Mañalich, ex Ministro de Salud⁴⁰.

Comenzó destacando la política de Estado instalada durante el período 2004-2005, referida a la gran reforma a la salud que, además de ser envidiada por muchos países, se ha traducido en un reconocimiento a los evidentes logros, no solo en el caso de enfermedades, sino también en su tratamiento y en la equidad a su acceso. De hecho, afirmó que el AUGE representa un punto de inflexión en cuanto a la mejoría de esa dificultad, a la injusticia, siempre presente en nuestro sistema sanitario.

Acotó que, a pesar de la influencia de la filosofía utilitarista en el AUGE, al determinar la carga de patologías que deberían estar privilegiadas los gobiernos han asumido el desafío de generalizar o aumentar los beneficios para un porcentaje mayor de la población, llegando hoy a 80 patologías y haciéndose cargo, prácticamente, del 75% de la carga de enfermedades.

Recordó que cuando asumió el gobierno del ex Presidente Piñera, en marzo de 2010, se contaba con un plan para reformular y reimpulsar la gran reforma AUGE. Los esfuerzos efectuados durante ese gobierno se concentraron básicamente en atender los principales desafíos, entre ellos el Decreto AUGE que había sido suspendido por un decreto de la Presidenta Bachelet, quien, por la situación del terremoto del 27 de febrero, estimó que no se podían cumplir las garantías.

El nuevo gobierno suspendió ese decreto y prácticamente después de un mes, fue reimpulsado para que se corrigiera y saliera adelante.

La segunda área de trabajo se concentró en las listas de espera, en las que, según declaraciones de la ministra Soledad Barría, había 300 mil personas en 2008, pero al asumir el actual gobierno sólo mantenía 6 mil casos, lo que refleja el tremendo trabajo que hicieron los trabajadores de la salud y las autoridades de la época. Valoró también el financiamiento adecuado, a través de la ley de Presupuestos.

En tercer lugar, se refirió al Decreto Supremo N° 1/2013, del Ministerio de Salud, que aumentó las enfermedades cubiertas de 69 a 80, lo que constituyó un trabajo extremadamente difícil. El propio Consejo Consultivo del AUGE, desde el comienzo del mandato del ex Presidente Piñera, se reunió todos los meses, con excepción de febrero, y están las actas públicas como prueba de todo lo que se discutió en aquellas oportunidades.

Relató que, respecto de las falencias del Plan AUGE, se identificaron dos muy severas. La primera decía relación con que no hubo una política de recursos humanos (profesionales, auxiliares de enfermería, enfermeras, etcétera) que pudiera dar cuenta del aumento de la demanda que significaría esa cobertura ahora garantizada por ley. La segunda, tenía que ver con el déficit de infraestructura pública.

⁴⁰ Sesión 3ª. De 11 de julio de 2016.

Sostuvo que con ocasión del terremoto y maremoto de 2010, se realizó un levantamiento completo de la red asistencial, no solo de las regiones más dañadas, cuyo informe arrojó conclusiones bastante desastrosas, además del gigantesco daño sufrido por la red hospitalaria tras el terremoto. En su inmensa mayoría, la infraestructura estaba obsoleta para atender muchas de las patologías complejas, por lo que se requería un plan enorme de reinversión.

Recordó que la mayoría de los hospitales, sobre todo en provincias, se construyeron en el marco del programa de la Alianza para el Progreso de los años 50, con una estructura y tecnología que no podían dar cuenta de la modernidad de la medicina.

Reconoció que en sus negociaciones con el Ministerio de Hacienda y el Presidente de la República, siempre se manifestó un importante apoyo en materia de salud. Ejemplificó que en 2009, el porcentaje del gasto fiscal en salud era de 14,2%; en 2014, subió a 16,2%, con merma en el gasto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Remarcó que hubo un incremento de la participación de Salud en el gasto fiscal, que coincidió con el crecimiento vigoroso de la economía del país por el superciclo del cobre y de otras razones, el cual permitió que el presupuesto público en Salud en 2007 fuera de \$2.800 billones, pero que en 2014 se elevara a \$5.250 billones, lo que equivalió al tope del gasto fiscal en Salud que se ha alcanzado en Chile, sacado de la ley de Presupuestos de 2013, de 10,5 billones. En 2015, por razones macroeconómicas, ese presupuesto debió reducirse a \$9.500 millones, que es más o menos el mismo presupuesto que 2016.

Hizo constar que, a pesar de esa reducción, se ha mejorado respecto de la OCDE, pasando desde los últimos países en gasto per cápita, por delante de India y México, a estar hoy cercanos a la media de la OCDE, fruto de que algunos países europeos han migrado hacia menos gastos.

Destacó que durante el período 2009-2013, el país que más aumentó su gasto o inversión en salud fue Chile, con un incremento de 6,4% anual, una cifra que calificó de extraordinariamente significativa.

En ese contexto, recordó, que se convocó al Consejo Consultivo del AUGE para elaborar el decreto de 2013, cuyo resultado les dejó muy tranquilos.

Indicó que su administración hizo entrega de la cartera mediante una serie de reuniones con las autoridades entrantes, en las que se traspasó todo el material de trabajo del Ministerio. Opinó que, sin embargo, para el nuevo subsecretario de Salud Pública esas reuniones no parecían importantes y no asistió.

- Decreto de 2013.

Observó que a través de la prensa la ministra de Salud y el doctor Pedro Crocco han declarado públicamente que se cometió un error de cálculo, de transcripción según la ministra, en la formulación del Decreto, que es el origen de todos los errores. Remarcó que durante al menos nueve meses del actual gobierno, el doctor Santelices fue contratado por la directora del Fonasa para ejecutar el proyecto GRD, porque ninguna otra persona en Chile podía llevar adelante dicho proyecto, iniciado en el gobierno anterior.

Agregó que en las subcomisiones mixtas de presupuestos el anterior gobierno se comprometió muy seriamente a aumentar progresivamente el financiamiento de la red pública mediante pagos por prestaciones valoradas, es decir, por acciones realizadas, y cada vez en menor cantidad por presupuestos

históricos o PPI. En ese sentido, se avanzó en forma bastante importante, porque sin el cambio descrito en el modo de financiamiento era imposible introducir la metodología GRD, la cual fija un pago histórico, más algunos cambios.

Manifestó su alegría de que, a pesar de la resistencia de la Subsecretaría de Redes Asistenciales respecto de implementar esa técnica tan importante para la salud de los chilenos y la eficiencia de los usos públicos, el Fonasa la haya hecho suya y la haya implementado en la mayor parte de los hospitales públicos del país como un mecanismo para el financiamiento de una atención pública más eficiente.

Refirió que el doctor Pedro Crocco, actual académico de la Universidad de Chile y exdirector del departamento a cargo del AUGE, fue muy enfático al afirmar que la responsabilidad de todo lo ocurrido reside en el Fonasa, pero que el hilo se cortó por lo más delgado y él debió salir del ministerio, al igual que la doctora Dolores Tohá, del Consejo Consultivo del AUGE.

En relación al Ordinario del exdirector del Fonasa, citado por la actual directora, opinó que le resultaba contradictorio, porque por una parte se dice que el Fonasa no tiene responsabilidad con lo ocurrido y, por otra, se muestra un director profundamente involucrado. Consideró necesario señalar que en su administración se reunían todos los lunes para discutir del nuevo decreto AUGE, por lo que existen miles de oficios, como el citado, procedentes del Fonasa, de la red, de los distintos hospitales y de la Dirección de Presupuestos.

Respecto del cambio de metodología, que calificó de ficción, aseguró que no es efectivamente un cambio de metodología, sino de pago de los controles, como se discutió y está en actas, a fin de que los ciudadanos fueran más informados de los derechos que podían exigir, por ejemplo, los cuatro controles tras alguna cirugía. Consideró muy burdo el error Excel cometido, pues, además, había señales previas de alerta.

Precisó que en el Decreto AUGE de 2013, el ajuste sumó 32%, y no 9% como fue señalado por la directora del Fondo Nacional de Salud. Argumentó que, como consta en la Comisión Mixta de Presupuestos, en 2012 se aumentó las rentas de las personas que participaban en las soluciones AUGE y el 9% del decreto. Por lo demás, acotó, no existe obligación legal alguna para aplicar el máximo ajuste, como de hecho queda demostrado en la actual discusión sobre la reforma educacional, que no cuenta con los recursos necesarios para la gratuidad universal.

Aseguró también que el Decreto 2013 se confeccionó de manera tal que el alza, como consta de los precios de las Isapres en el alza de 2013, fuera la mínima posible, mientras que este año 2016 hubo un alza inmensa. Aquello se logró porque la mayor parte del costo del alza lo asumieron las Isapres y porque entre los prestadores privados de estas Instituciones se incentivó un aumento en el uso del AUGE en prácticamente un 90%.

- Decreto 2016.

Dado lo anterior, sostuvo que el Decreto AUGE de 2016 cuesta más, pero el costo aprobado por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, el año pasado, fue superior a 3,8%, en circunstancias que debió haber sido de 4,2%. Aseguró que en ello existen responsabilidades que deberán ser determinadas en los tribunales, cuando se tramiten los recursos de protección, que suman 20.000 este mes, por alzas derivadas del plan AUGE y se cite como argumento legal y jurídico que la directora de Fonasa afirmó que el decreto era mucho más caro.

Entonces, esto no solo significa un aumento del copago para los usuarios atendidos en la red pública, debido al error en la planilla Excel, sino que también un aumento muy significativo de la prima AUGE para los beneficiarios del sistema de salud privado.

4. Señor Jaime Burrows, Subsecretario de Salud Pública⁴¹.

- Proceso de confección del Decreto GES.

Mencionó que el proceso en cuestión está establecido en la ley que fija el régimen de garantías explícitas en salud y se inicia con el Ministerio de Hacienda, que fija dos marcos: uno duro de presupuesto disponible para el financiamiento en el Fonasa; y otro que establece la Prima Universal, en UF, a la que deben ajustarse las prestaciones garantizadas.

Relevó que ello es muy importante, porque si hipotéticamente la prima universal fuera menor que el costo de las prestaciones a garantizar, podría sacar prestaciones o problemas que están garantizados.

Luego de tener este marco, el Ministerio de Salud empieza un trabajo de determinación de las prestaciones garantizadas, enfocado tanto a los beneficiarios de Fonasa como a los beneficiarios de Isapres. Para ello desarrolla distintos estudios, entre los cuales es obligatorio el Estudio de Verificación de Costos.

Posteriormente, el Ministerio de Salud somete la propuesta al Consejo Consultivo para que emita una opinión mediante un informe. Con esa opinión en mano, los ministros de Hacienda y de Salud toman una decisión respecto de cuáles son las garantías que se incluirán en el decreto.

Observó que la ley dispone explícitamente que los cambios de valor de la prima universal no pueden ser superiores a la variación experimentada por el Índice General Real de Remuneraciones por Horas, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, lo cual es un marco dado en la ley y que restringe al momento de calcular nuevas patologías para ser incorporadas.

DECRETO	PATOLOGÍAS	PRIMA
2005	5 PS	1,02 UF
2006	0 PS	2,04 UF
2007	6 PS	3,06 UF
2007 en adelante		Sobre las 3,06 UF se podrá reajustar de acuerdo al Índice General Real de Remuneraciones.
2010	9 PS	3,47 UF
2013	0 PS	3,76 UF
2016	0PS	3,87 UF

⁴¹ Sesión 4ª, de 18 de julio de 2016.

Precisó que en la ley se establecen los artículos transitorios, que son para los Decretos de 2005, 2006 y 2007, en que se incrementa el número de patologías de 25 a 40 y a 56, y se establece la prima de 1,02 UF para el primer decreto; un 2,04 UF para el segundo decreto, y 3,06 UF, para el tercer decreto. Sin embargo, desde ese año hacia adelante se aplica lo que establece la ley, esto es, que el 3,06 UF solo se puede reajustar de acuerdo con el Índice General de Remuneraciones, lo cual se mantiene estable y es un reflejo de la inflación.

Sin perjuicio de aquello, en 2010 se aumentó el número de patologías garantizadas a 69, y el 2013, a 80. Por este efecto de mayores costos, respecto de lo que efectivamente se podía garantizar, el Ministerio de Salud decidió no continuar aumentando el número de patologías, porque las cifras habían llegado al límite.

Acotó que cada vez que se confecciona un decreto, se constituye un grupo de trabajo. En el caso de la elaboración del decreto de 2016, la Resolución Exenta N° 283 (07/07/2015) de la Ministra de Salud estableció el grupo de trabajo que asesoraría a la ministra para revisar y modificar el Decreto N° 4, de 2013.

Ese grupo estuvo integrado por el doctor Pedro Crocco, quien lo encabezó; la doctora María Dolores Tohá, que como jefa del Departamento de Secretaría AUGE hizo la labor de secretaria técnica; Paola Pérez y Verónica Medina, del Subdepartamento de Plan de Beneficios del Fondo Nacional de Salud; la doctora Beatriz Heyermann y Sidia Matus de la división de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes; Karina Castillo y David Debrott, ingeniero, de la División de Atención Primaria, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales; Luis Rodríguez y Nidia Contardo de la Superintendencia de Salud.

- Consejo Consultivo GES.

Explicó que este Consejo asesora al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud. Asimismo, es representativo de distintas facultades y tiene una labor de asesoramiento, es decir, no es resolutivo respecto de lo que se incluirá en el decreto.

Presentó luego las patologías incorporadas en los diversos Decretos GES.

- Modificaciones a los Decretos GES.

En materia de modificaciones al Decreto GES, indicó que con anterioridad a aquella que corrigió los “errores” del último decreto, ya se habían hecho otros cambios. De hecho, las garantías explícitas en Salud tienen una vigencia de 3 años, prorrogables por otros 3 años si no se hubieren modificado al vencimiento de ese plazo. Citó el Decreto N° 1, de enero de 2010, que experimentó una modificación en abril de 2011 (DS N° 12) incorporando el derecho a solicitar un segundo prestador.

Asimismo, respecto del Decreto N°4, de febrero 2013, se realizaron cuatro modificaciones:

- DS 39 de julio de 2013. Durante el gobierno del ex Presidente Piñera hubo una modificación a protección financiera de la hipoacusia y de la artritis idiopática juvenil.
- DS 105 de mayo de 2014. Se postergó la garantía de calidad.

- DS 165 de octubre de 2014. Se hizo una modificación del listado específico de prestaciones de tres problemas: tratamiento de artrosis, artritis reumatoide y asma.

- DS 7 de marzo de 2015. Se efectuó una modificación de la Norma Técnico Médico y Administrativa.

- Decreto GES N° 3, de marzo de 2016.

Señaló que para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 15 de la Ley N° 19.966, durante el 2015 se realizó el Estudio de Verificación de Costo Esperado por beneficiario, publicándose el 3 de marzo de 2016 el Decreto N° 3 (27/01/2016) en el Diario Oficial, con las mismas patologías del Decreto N° 4 del 2013, que incorporó algunas mejoras de los problemas de salud. Es decir, no se aumentó el número de patologías, pero se realizaron algunas mejoras.

PROBLEMA DE SALUD	CANASTAS
1. ERCT	<ul style="list-style-type: none"> • Nefrectomía y procuramiento donante cadáver
4. Cuidados paliativos y alivio del dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Se separó canasta de alivio del color para pacientes sin cáncer progresivo
18. VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento personas VIH (+) sin tratamiento antiretroviral
27. Cáncer Gástrico	<ul style="list-style-type: none"> • Exs. durante QT preoperatoria • Exs. durante QT postoperatoria • Quimioterapia pre operatoria para T4 y ON+ • Quimioterapia postoperatoria • Radioterapia externa
28. Cáncer próstata en personas de 15 años y más	<ul style="list-style-type: none"> • QT para hormonorefractarios • Braquiterapia alta tasa
59. y 77 Hipoacusia prematura/ hipoacusia menor de 4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en implante coclear (Procesadores)
70. Cáncer de colón o colorectal en personas de 15 años y más	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmación CA colorectal • Estadificación • QT Paliativa • RT externa • QT post cirugía • QT y RT concomitante
75. Trastorno bipolar	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización
63. AIJ	<ul style="list-style-type: none"> • Tocilizimab
38. EPOC (Sin impacto presupuestario)	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos nivel 3rio
52. Artritis Reumateoídea (sin impacto presupuestario)	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación de canasta de tratamiento ampliando a inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa2
61. Asma adulto (Sin impacto presupuestario)	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación de medicamentos en TTO. Y APS y nivel secundario
67. EMRR	<ul style="list-style-type: none"> • Separación de canastas con y sin Tto. farmacológico
14. Cánceres infantiles (Sin impacto presupuestario)	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmación y etapificación linfoma en menores de 15 años se agregaron Exs: PET-CT/Eco tiroídea

	<ul style="list-style-type: none"> • Linfoma no Hodgkin B y Leucemia B se agregó Rituximab • Se agregó TU sist. Nervioso central de crecimiento rápido
41. Tto. Médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada (Sin impacto presupuestario)	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación de canasta de tratamiento ampliando a inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa2 • En nivel secundario se agregó consulta médica de especialidad y atención kinésica ambulatoria

Observó que llamaba la atención que en las canastas de los problemas que ya estaban garantizados, algunos elementos habían quedado fuera del decreto anterior, por distintas razones, como tipo de costos o porque no se avizoraron sus necesidades en ese momento. Así, se separó la canasta de alivio del dolor para los pacientes sin cáncer progresivo; modificaciones al tratamiento de VIH, de cáncer gástrico, de próstata, hipoacusia prematura, cáncer de colon; trastorno bipolar, algo que era bastante importante, porque estaba todo garantizado, excepto la hospitalización; la artritis idiopática juvenil; enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artritis reumatoide, asma en el adulto, esclerosis múltiple, cánceres infantiles, tratamiento médico de personas de 55 años y más con artrosis de caderas.

En definitiva, argumentó, todos esos temas son modificaciones a las canastas, que dejan en un mejor pie a las personas que tenían esos problemas y para lo cual se contaba con los recursos en el marco presupuestario del Fonasa.

Recordó que con posterioridad a la publicación, le informaron del error por distintas vías: el doctor Crocco, el superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic aludiendo que la Corporación Pro Ayuda al Enfermo Reumático había observado el aumento de los copagos; y una carta formal a distintas instituciones: Fonasa, Ministerio de Salud y Superintendencia de Salud.

Tras sucesivas reuniones con el doctor Crocco y el análisis en el Ministerio, se decidió ampliar la búsqueda de problemas. Así, comparando los decretos se identificaron las razones de esas diferencias: problemas de periodicidad expresados de forma distinta y en algunos casos se necesitaban precisiones. Aseguró que solo entonces se identificó un cambio en la metodología del Decreto de 2013, produciendo un aumento considerable en el valor de los copagos, que es lo que había llamado la atención a las agrupaciones de pacientes.

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
21.-	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Diagnóstico	Confirmación Hipertensión arterial	cada vez	7.440	20%	1.490
			Monitoreo Continuo de Presión Arterial	cada vez	23.670	20%	4.730
		Tratamiento	Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario	mensual	38.090	20%	7.620

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
21.-	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Diagnóstico	Confirmación Hipertensión arterial	cada vez	7.440	20%	1.490
			Monitoreo Continuo de Presión Arterial	cada vez	23.670	20%	4.730
		Tratamiento	Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario	mensual	3.170	20%	630

Explicó que en el caso de la hipertensión arterial pulmonar, donde se identificó en el diagnóstico de la canasta de prestaciones como “Confirmación hipertensión arterial” y “Monitoreo continuo de la presión arterial”, y en la fila de tratamiento se dispuso tratamiento de la hipertensión arterial en el nivel primario. También aparece la periodicidad con el arancel. Se trata de una planilla Excel que se envía al Fonasa, tras cuyo reenvío es incorporada en el Decreto.

Entonces, Fonasa dispuso que el arancel para la confirmación de hipertensión arterial era de \$7.440, con un copago de 20%, es decir, \$1.490. Para cada monitoreo de presión arterial el arancel era de \$23.670, con un copago de 20%, que da \$4.730.

Para el tratamiento, el arancel era \$38.090 y el copago \$7.620. Aquí es donde se identificó el error, porque la cifra que informó Fonasa es \$38.000, porque anteriormente el cálculo de este arancel se hacía por anualidad, generándose una falta de consistencia entre lo que se indicaba de periodicidad mensual y el valor.

Se le observó a Fonasa que estaba mal calculado, porque es el mes multiplicado por doce y en el decreto siguiente se corrigió, quedando el arancel que corresponde a la mensualidad en \$3.170 y, por lo tanto, un copago es de \$630.

Aseguró que la diferencia se produjo en el número del arancel informado y el posterior cálculo del copago.

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
17.-	LINFOMAS en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación linfoma en personas de 15 años y más	cada vez	465.120	20%	93.020
			Estadificación linfoma en personas de 15 años y más	cada vez	1.345.840	20%	269.170
		Tratamiento	Controles y exámenes asociados a Quimioterapia Linfoma	por tratamiento completo de quimioterapia	1.370.230	20%	274.050
			Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	por tratamiento completo	654.670	20%	130.930
			Quimioterapia linfoma en personas de 15 años y más	por ciclo	1.018.330	20%	203.670
			Quimioterapia Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin Protocolo ESHAP - ICE	por ciclo	605.530	20%	121.110
		Seguimiento	Seguimiento linfoma en personas de 15 años y más	mensual	22.320	20%	4.460

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
17	LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Diagnóstico	Confirmación Linfoma en personas de 15 años y más	cada vez	465.130	20%	93.030
			Estadificación Linfoma en personas de 15 años y más	cada vez	1.345.840	20%	269.170
		Tratamiento	Controles y exámenes asociados a Quimioterapia Linfoma	por tratamiento completo de quimioterapia	1.370.230	20%	274.050
			Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	por tratamiento completo	654.670	20%	130.930
			Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	por ciclo	1.018.330	20%	203.670
			Quimioterapia Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin Protocolo ESHAP - ICE	por ciclo	605.530	20%	121.110
		Seguimiento	Seguimiento Linfoma en personas de 15 años y más	mensual	27.420	20%	5.480

Agregó otro ejemplo de problema en salud, esta vez en mensualidad *versus* control. Así, en linfomas el diagnóstico tiene un costo de \$465.120, el copago es 20% y quedaba en \$93.020.

En la última línea de la tabla se observa que en el seguimiento de linfoma de las personas de 15 años y más, con una periodicidad mensual, se informó un arancel de \$22.320. Sin embargo, ello correspondía a cada control.

Entonces, como lo que se estaba pidiendo era mensual, el valor real informado debía ser \$27.420, y en este caso la corrección va al alza y el copago tope es de \$5.480 y no de \$4.460.

Adicionó que también se corrigieron elementos adicionales que exigían precisiones. Fue el caso de la artritis idiopática juvenil, modificada en 2013 y no actualizada en 2016. En el cáncer de mama se agregó la garantía de oportunidad (etapificación); en el cáncer de próstata se corrigió la periodicidad de la hormonoterapia a fin de no inducir la compra específica de un medicamento; y en el cáncer gástrico, que precisaba una glosa de intervención sanitaria.

Con todo ello, el 29 de junio de 2016 se publicó en el Diario Oficial el Decreto N° 21, que rectificó el Decreto N° 3, y que entró en vigencia el 1 de julio, corregido.

Remarcó que los errores no alcanzaron nunca a estar vigentes en este Decreto, por lo que no se generó un problema de impacto en términos de las rectificaciones ni en los copagos, ni perjuicio fiscal para Fonasa.

- Consecuencias del cambio de metodología en 2013.

De la revisión de documentos se percató que se utilizaba una metodología descrita en minutas de la Subsecretaría, que se entregó a Fonasa, para el cálculo del valor. El valor habitual era el arancel PPV más 30%, cuando correspondía, calculado en base a 20% por costo capital y 10% por utilidades, para poder aplicar esto al sector privado, lo que se volvió a hacer durante el 2016.

Sin embargo, en 2013 se aplicó una metodología distinta, descubierta o analizada *ex post* en el estudio del decreto, lo que significó que al valor que estaba en el Decreto 2010 se aplicó un reajuste de 9% lineal, es decir, a todas las canastas, no reflejando los aumentos del arancel PPV entre los años 2011-2013 otorgados por Dipres. También se realizaron cambios en las periodicidades que no se reflejaron en cambios en las canastas. Es decir, se cambió solo el Decreto y no las bases de datos, ni los sistemas informáticos, ni la asignación al sector público.

Los cambios favorecieron que las Isapres no tuvieran aumento importante de prima y no hubiera aumento de copago consistente con aumento de arancel.

Advirtió que en el Arancel de Referencia GES 2016 se volvió a la metodología correcta, es decir, se reajustaron las canastas de acuerdo al arancel PPV de 2016, más 30% en los casos en que correspondía. Asimismo, las periodicidades se tomaron en base a los archivos de canastas enviados por la secretaría técnica de AUGÉ, que no contenían los cambios en periodicidad de 2013, y esa es la explicación del error en la información que nos entrega Fonasa.

Detalló que esta situación tuvo dos consecuencias:

- Cálculo de la protección financiera en las canastas con errores en periodicidades, específicamente por episodio mensual.
- Aumento importante en el Arancel Referencial de Copago para algunas patologías, en las que el aumento del arancel PPV en los años intermedios que no había sido considerado para cálculo del decreto de 2013.

Presentó, a modo de ejemplo, una lámina con varias líneas de modificaciones.

Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	PPV 2007	Arancel Decreto 2007	PPV 2007 + inflator (30%)	PPV 2010	Arancel Decreto 2010	PPV 2010 + inflator (30%)	PPV 2013	Arancel Decreto 2013	PPV 2013 + inflator (30%)	Dif Calculo correcto - calculo decreto 2013
Estudio Hemodinámico	cada vez	365.630	475.320	475.320	415.210	539.770	539.770	567.910	589.820	738.280	148.460
Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Pre Natal	cada vez	64.470	83.810	83.810	75.570	98.240	98.240	103.360	107.350	134.370	27.020
Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Post Natal	cada vez	59.140	76.880	76.880	68.750	89.380	89.380	94.040	97.650	122.250	24.600
Cirugía CEC mayor	cada vez	3.466.160	4.506.010	4.506.010	4.029.470	5.238.600	5.238.310	8.928.370	5.724.330	11.606.880	5.882.550
Cirugía CEC mediana	cada vez	2.275.980	2.958.770	2.958.770	2.645.860	3.439.890	3.439.620	4.376.960	3.758.840	5.690.050	1.931.210
Cirugía CEC menor	cada vez	1.523.290	1.980.280	1.980.280	1.770.860	2.302.370	2.302.120	3.618.600	2.515.840	4.704.180	2.188.340
Valvuloplastia	cada vez	864.050	1.123.270	1.123.270	1.004.460	1.305.800	1.305.800	1.373.870	1.426.870	1.786.030	359.160
Angioplastia	cada vez	890.810	1.493.270	1.493.270	1.335.340	1.735.940	1.735.940	1.826.430	1.896.900	2.374.360	477.460
Exámenes electrofisiológicos	cada vez	644.790	838.230	838.230	749.580	974.450	974.450	existen 2 IS	1.064.810		-1.064.810
Cierre Percutaneo del Ductus Arterioso Persistente	cada vez	-	-	-	811.010	1.054.310	1.054.310	2.041.030	1.152.070	2.653.340	1.501.270
Cierre de Ductus por cirugía	cada vez	559.200	726.960	726.960	650.140	845.180	845.180	889.230	923.550	1.156.000	232.450
Otras cirugías cardiacas sin CEC	cada vez	609.530	792.390	792.390	708.670	921.270	921.270	969.310	1.006.700	1.260.100	253.400
Cierre Percutaneo de Defectos Septales Intracardiacos con Dispositivo	cada vez	-	-	-	3.889.780	5.056.710	5.056.710	5.320.320	5.525.580	6.916.420	1.390.840
Implantación de Marcapaso Unicameral (VI)	cada vez	1.477.490	1.920.740	1.920.740	1.155.840	1.502.590	1.502.590	1.580.910	1.641.920	2.055.180	413.260
Implantación de Marcapaso Bicameral (DD)	cada vez	1.477.490	1.920.740	1.920.740	1.493.700	1.941.810	1.941.810	2.043.030	2.121.860	2.655.940	534.080
Recambio Marcapaso	cada vez	-	-	-	1.252.630	1.628.420	1.628.420	1.713.310	1.779.410	2.227.300	447.890
Evaluación Post Quirúrgica Cardiopatía Congénita Operables	por control	32.750	42.580	42.580	38.080	49.500	49.500	104.180	108.190	135.430	27.240

Explicó que en el listado de prestaciones, por ejemplo, la cardiología congénita, con circulación extracorpórea mayor, cada vez, figura en el arancel PPV de 2007 en \$3.466.160, el arancel en el decreto de 2007 era de \$4.506.010, consecuencia de aplicar el PPV de 2007 más un inflator del 30%.

En 2010, el arancel era \$4.029.470, en el decreto 2010 aparece \$5.238.600, y \$5.238.600 es el valor del arancel más el inflator del 30%.

Sin embargo, en 2013 el arancel era \$8.928.370 y aparece como arancel en el decreto la cantidad de \$5.724.330, cuando lo que tenía que aparecer era el arancel PPV más 30%, siendo que debió haber sido \$11.605.000.

Por tanto, la diferencia en el cálculo para la cirugía extracorpórea mayor es de \$5.882.000.

- Protección financiera del GES.

Explicó que en el caso de las Isapres, se establece que el copago máximo por intervención sanitaria corresponde al 20% del valor de la misma. Sin embargo, en Fonasa la ley establece gratuidad para los beneficiarios de los grupos A y B, por lo tanto, no hay copago. Además, Fonasa está facultada para mejorar los niveles de cobertura financiera para los beneficiarios de grupos C y D.

Así, en uso de sus facultades, Fonasa ha establecido que los grupos C y D copagan 10% y 20%, respectivamente. Sin embargo, existen también situaciones especiales, como los mayores de 60 años a quienes no se exige copago; las prestaciones GES otorgadas en atención primaria tampoco establecen copago para los beneficiarios de grupos C y D, y las prestaciones de alto costo son gratuitas para todos los beneficiarios de Fonasa, lo cual es muy parecido a la cobertura financiera adicional del GES, que es un reaseguro que establece un deducible.

Refirió que en la Subsecretaría se encontró una minuta preparatoria para una discusión con las autoridades de Salud dirigida al directorio AUGE, de fecha 7 de enero de 2013.

Entre otras cosas, esa minuta establece los recursos necesarios para llegar a 80 patologías, las patologías que serían ingresadas, el problema por el cumplimiento de la garantía de calidad, los inconvenientes de Fonasa para cumplir con esa garantía de calidad, y los plazos.

Respecto de la propuesta de Garantía de Protección Financiera se explicita una discusión. Precisó que la minuta técnica plantea los aspectos positivos de aplicar la metodología habitual y, señala que el arancel referencial seguirá reflejando el valor de transferencias a las prestaciones o grupos de prestaciones garantizadas. Desde el punto de vista del financiamiento del régimen, los copagos de los asegurados estarán en función del valor real de las transferencias por las prestaciones o grupos. Las consecuencias negativas de seguir la metodología es que implica un fuerte incremento en el valor de los copagos para los asegurados, considerando que el ajuste de 9,3% significa los reajustes de los subtítulos 22 de 2011, 2012 y 2013. Se adiciona un reajuste de 25,2%, que tiene una lógica reparadora para el arancel. El incremento anual en las remuneraciones del sector privado no se ajusta en función del inflador del subtítulo 21.

Además, la minuta plantea cuatro escenarios para discutir en el directorio.

Afirmó, finalmente, que en la entrega formal de documentos con el cambio de gobierno no se informó del cambio de metodología.

5. Señora Jeanette Vega, Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud, Fonasa⁴².

- Ámbito de competencias de Fonasa en la elaboración del decreto GES.

Precisó que los procedimientos para la elaboración del Decreto GES se encuentran contenidos en la Ley N° 19.966, que crea el régimen de Garantías Explícitas en Salud, así como en el reglamento que establece las normas para su elaboración y determinación.

En relación con las instituciones responsables del proceso de elaboración del decreto GES, y según lo dispuesto en la Ley N° 19.966, describió que la tarea comienza en el Ministerio de Hacienda, que fija el marco de recursos disponibles para el financiamiento en el Fonasa y el valor de la prima universal, en unidades de fomento, al que deben ajustarse las prestaciones garantizadas.

En segundo lugar, interviene el Ministerio de Salud, organismo que debe determinar cuáles serán las prestaciones garantizadas en el nuevo decreto, las que no pueden superar un costo promedio individual para los beneficiarios del Fonasa y de Isapres significativamente diferente de la prima universal calculada, estimación que se lleva a cabo a través de un estudio de verificación de costos.

Asimismo, el Ministerio de Salud debe elaborar los análisis fijados por ley para la determinación de un listado de prestaciones, en el sentido de definir cuáles serán priorizadas para su incorporación en el nuevo decreto GES. Ese proceso tiene una serie de etapas, como la de preselección y la de definición de la existencia de prestaciones e intervenciones efectivas. Luego, se llevan a cabo las etapas de costear las intervenciones y de efectuar el estudio de costo-efectividad, con la finalidad de determinar cuáles son las que tienen mayor resultado.

⁴² Sesiones 2ª y 3ª, de 4 y 11 de julio de 2016.

Para lo anterior, se requiere conocer, entre otras cosas, cuál es la carga y la demanda de determinada enfermedad, así como la capacidad de oferta del sistema chileno, con el propósito de analizar si es posible implementarlo.

La propuesta respectiva se somete a un proceso de verificación de costo esperado, el cual consiste en un estudio específico para cuya elaboración se licita a un organismo externo, el que debe verificar que los costos que se están planteando no superen la prima y que estos correspondan al costo real, no a un costo artificialmente más bajo.

Con posterioridad, los ministerios de Hacienda y de Salud, en conjunto, entregan la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo para que emita su opinión a través de un informe. Ambos ministros llevan a cabo el análisis correspondiente y dan a conocer su opinión para la elaboración del proyecto definitivo de garantías.

Observó que los cambios en el valor de la prima universal no pueden ser superiores a la variación experimentada por el índice general real de remuneraciones por hora, y sobre la base de la propuesta de los ministros de Hacienda y de Salud. El resultado es enviado para la firma de la Presidenta de la República, quien establece las garantías mediante decreto supremo AUGE o GES, que debe ser firmado también por los ministros de Salud y Hacienda.

Reiteró que para llegar a la dictación de ese Decreto Supremo GES, Ley N° 19.966, complementada por el DS N° 121/2005, se exige cumplir las siguientes etapas:

- Etapa previa, de la que es responsable el Ministerio de Hacienda, y en la cual se establece el marco de recursos disponibles y la prima universal. Respecto de los parámetros que fijan los recursos disponibles, señaló no tener información de cómo Hacienda los fija. Sin embargo, indicó que se fijan en base a la historia y que el 1% del IVA nunca fue realmente marcado para que fuera AUGE, sino que ingresaba al presupuesto global.

- Resolución del Ministerio de Salud mediante la cual se da inicio al proceso, En esta etapa se determina el grupo de trabajo, las divisiones, los departamentos, las unidades y los estudios que deben elaborarse, así como los programas, presupuestos, etcétera, de lo cual es responsable la Subsecretaría de Salud Pública.

- Estudios técnicos, sanitarios, económicos y epidemiológicos que se requiere elaborar para definir cuáles son las intervenciones que son costo-efectivas y que estarán en el próximo decreto. Responsable de ello es la Subsecretaría de Salud Pública.

- Priorización de problemas de salud e intervenciones asociadas, que es el listado que se prioriza de acuerdo con la evidencia existente. Responsable: Subsecretaría de Salud.

- Determinación de costo esperado individual promedio, que es el resultado del cociente entre gasto total y número total de beneficiarios Fonasa e Isapres, en pesos.

- Estudio de verificación del costo esperado por beneficiario, a través de un análisis que se licita a una entidad externa, lo que es dirigido y coordinado por la Subsecretaría de Salud Pública.

- Consulta al Consejo Consultivo de la propuesta GES y estudio de verificación de costos.

- Formulación final, en que los ministerios de Salud y de Hacienda redactan el proyecto definitivo, emitiendo un informe que contiene las consideraciones del Consejo, y los antecedentes sanitarios, económicos, sociales y financieros.

Puntualizó que la elaboración de las Garantías Explícitas en Salud da origen a un expediente principal, a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública, en el que se consignan las resoluciones de carácter general, las consultas evacuadas, las observaciones formuladas y los datos y documentos comunes que constituyen el material de apoyo para el Ministerio de Salud y la secretaría técnica del AUGE.

Asimismo, deben existir tantos expedientes específicos como problemas de salud se estudien, los que contendrán todos los antecedentes y documentos relativos a dichas patologías.

En cuanto al rol del Fonasa, afirmó que a esta entidad no le asiste ninguna atribución ni responsabilidad en la elaboración del decreto GES. Por lo mismo, no tiene responsabilidad administrativa en los errores que este pudiera tener.

Reafirmó luego que, Fonasa no es responsable pues la responsabilidad de liderar el proceso es de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud. El Fonasa es una institución autónoma, con patrimonio propio y no forma parte del Ministerio de Salud.

En cambio, el Fondo colabora con el Ministerio de Salud en la determinación de aranceles de referencia para las canastas que envía la secretaría técnica del AUGE para ser costeadas. Estas canastas se incluyen para cada problema de salud, las prestaciones específicas y su periodicidad.

- Prima universal GES.

Exhibió una lámina con el detalle de la prima universal anual en los decretos de julio 2005, 2006, 2007, 2010, 2013 y 2016. En la primera fila se detalla la prima GES de cada año en pesos.

	D.S. N°170 Julio 2005	D.S. N°228 Julio 2006	D.S. N°44 Julio 2007	D.S. N°1 Julio 2010	D.S. N°4 Julio 2013	D.S. N°3 Julio 2016
						
Prima GES \$ de cada año	\$ 17.841	\$ 37.031	\$ 57.001	\$ 73.581	\$ 86.155	\$ 100.828
Prima promedio por Problema de Salud UF	0,041	0,051	0,055	0,050	0,047	0,048
Prima promedio por Problema de Salud \$ de cada año	\$ 714	\$ 926	\$ 1.018	\$ 1.066	\$ 1.077	\$ 1.260
Costo Global Público Estimado UF	11.342.496	23.417.943	35.926.505	44.178.326	50.710.979	51.826.556
Costo Global Público Estimado \$ de cada año	\$ 198.391.595.437	\$ 425.096.792.816	\$ 669.234.988.440	\$ 936.800.957.230	\$ 1.158.881.262.979	\$ 1.350.279.249.492
Presupuesto GES otorgado \$ de cada año				\$ 416.456.059.242	\$ 620.421.108.097	\$ 795.015.721.612

Luego, se presenta la prima promedio por problema de salud, en unidad de fomento, evidenciándose un aumento de esta prima hasta alrededor de 2010, y luego una disminución.

También se exhibe el costo global público estimado en UF y el costo global público estimado en pesos para cada año, que son apreciaciones hechas por el Fonasa, para evaluar el valor de la prima por el número de beneficiarios del sistema público.

Argumentó que cuando se ocupa la prima y se asume todos los usuarios Fonasa, se obtiene un subpresupuesto para los decretos GES en relación al costo global público calculado en base a la prima. Sostuvo que eso evidencia que hay un problema de financiamiento global bastante más estructural que los problemas específicos respecto de los decretos.

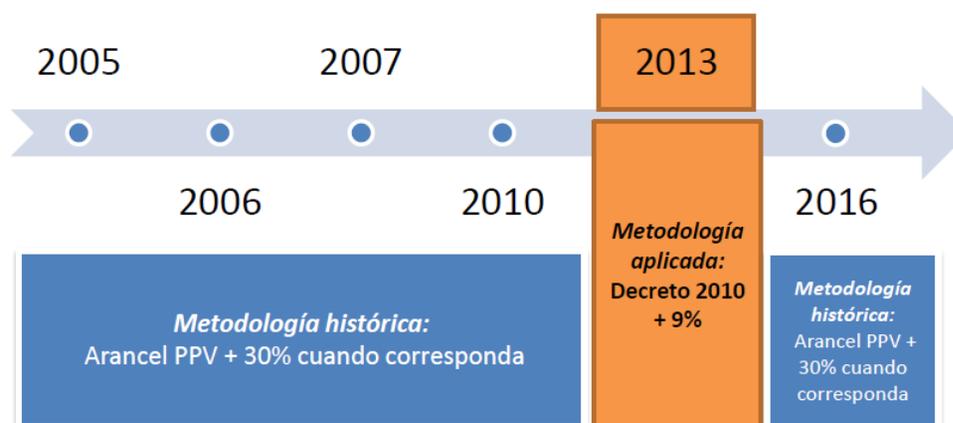
- Decreto GES 2013.

Señaló que en el presupuesto para otorgar las Garantías Explícitas de Salud en el Decreto 2013, se incorporaron 11 problemas de salud: cáncer colorectal en personas de 15 años, cáncer de ovario epitelial, cáncer vesical, osteosarcoma, tratamiento quirúrgico de las lesiones de la válvula aórtica, trastorno bipolar en personas de 15 años y más, hipotiroidismo en personas de 15 años y más, tratamiento de hipoacusia moderada, lupus eritematoso sistémico, tratamiento quirúrgico de lesiones en la válvula mitral y erradicación del *helicobacter pylori*.

Además, se incorporan mejoras en los 69 problemas de salud ya garantizados, tales como insuficiencia renal 4 y 5 en que se garantiza la instalación del catéter peritoneal, entre otros.

Para ello, la expansión presupuestaria solicitada fue de MM\$ 59.401, mientras que la expansión autorizada fue de MM\$ 16.733.

Explicó que la metodología histórica para calcular cuánto es el arancel, que tiene que ver con el decreto, considera el arancel PPV ajustado en un 30%, cifra que tiene que ver con un ajuste relacionado al 20% de costo de capital y 10% de utilidades, dado que el decreto GES para el arancel referencial tiene que incorporar los valores públicos y privados.



Exhibió un ejemplo que considera las cirugías de cardiopatía congénita, y dentro de ellas la cirugía tanto mayor como menor.

Prestación o grupo de prestaciones	PPV 2007	Arancel Decreto 2007	PPV 2007 + inflator (30%)	PPV 2010	Arancel Decreto 2010	PPV 2010 + inflator (30%)	PPV 2013	Arancel Decreto 2013	PPV 2013 + inflator (30%)	Dif Calculo correcto - calculo decreto 2013
Cirugía CEC mayor	3.466.160	4.506.010	4.506.010	4.029.470	5.238.600	5.238.310	8.928.370	5.724.330	11.606.880	5.882.550
Cirugía CEC menor	1.523.290	1.980.280	1.980.280	1.770.860	2.302.370	2.302.120	3.618.600	2.515.840	4.704.180	2.188.340
Valvuloplastia	864.050	1.123.270	1.123.270	1.004.460	1.305.800	1.305.800	1.373.870	1.426.870	1.786.030	359.160
Angioplastia	890.810	1.493.270	1.493.270	1.335.340	1.735.940	1.735.940	1.826.430	1.896.900	2.374.360	477.460
Cierre Percutaneo Ductus Arterioso Persistente	-	-	-	811.010	1.054.310	1.054.310	2.041.030	1.152.070	2.653.340	1.501.270
Cierre Percutaneo Defectos Septales Intracardiacos	-	-	-	3.889.780	5.056.710	5.056.710	5.320.320	5.525.580	6.916.420	1.390.840

En esa tabla, el PPV 2007 tuvo, para cirugía CEC mayor, un costo de \$3.466.160. Si se considera el arancel del Decreto GES 2007 y el costo PPV 2007 más 30%, la cifra es la misma. Recordó que cuando se definió el decreto AUGE se hizo un estudio para definir cuánto era el arancel que se permitía financiar, constatándose que el arancel PPV estaba subvalorado en alrededor del 30% con respecto al costo promedio, si se consideraba el costo del sector público y privado. Por lo tanto, se definió que la metodología para determinar el cálculo era el PPV del año más el 30%, lo que se mantuvo históricamente, con excepción del período 2013.

Luego, en el PPV 2010, la cifra es \$4.029.470; el arancel Decreto 2010 son \$5.238.600, que es igual al PPV 2010 más inflator de 30%.

En el PPV 2013 hubo un salto muy importante entre el PPV 2010 y el 2013 de \$4.029.470 a \$8.928.370. Con ese monto, el arancel del decreto que debería haber correspondido si se hubiera aplicado PPV más 30%, era de \$11.606.880. Sin embargo, el arancel que se decretó fue un 9% superior, llegando a \$5.724.330, casi la mitad de lo debido. Advirtió que esa situación ocurrió en varios casos, lo que llevó a cuestionarse por lo ocurrido.

Evolución del arancel PPV 2011-2015

Periodo	2010-2011	2011-2012	2013-2012	2013-2014	2014-2015	Promedio Acumulado 2010-2013	Promedio Acumulado 2010-2015
Variación Promedio PPV AUGE	5,1%	23,4%	3,1%	3,0%	3,0%	34%	42%
Variación Promedio PPV NO AUGE	18,5%	26,3%	2,7%	3,0%	5,7%	54%	68%
Inflator Sub 22	3,3%	2,8%	2,9%	3,0%	3,0%	9%	16%

Por otra parte, relató que en 2012 hubo un aumento muy importante del PPV, tanto AUGE como no AUGE, el que no se realizó con un aumento real del presupuesto, sino cambiando la fuente de financiamiento desde el PPI al PPV. De hecho, el 20% del PPI se traspasó a PPV.

El efecto neto de esa decisión fue que, al no haber un aumento del presupuesto, el PPI, que es donde se imputan las remuneraciones y

gastos fijos, quedó con mucho menor presupuesto, por lo que la respuesta de los Servicios fue focalizarse en actividades PPV, pero además hubo un problema de sobreproducción con un PPI menor para cumplir. Por ello, afirmó, se puede inferir que lo que ocurrió es que hubo un aumento importante de compras.

Así, cuando llegó el momento de hacer el decreto AUGE, no existían los recursos financieros, porque si se aumentaba, si se hacía el decreto AUGE en base al PPV más 30%, no alcanzaba la prima y no se podían subir más problemas de salud. En consecuencia, se optó por hacerlo de otra manera.

Este diagnóstico está tomado de un estudio del Ministerio de Hacienda, en cuya página 26 señala: “En 2012 este sector (MAI), que agrega PPV (Programa de Prestaciones Valoradas) y PPI, (Programa de Prestaciones Institucionales) registró un cambio de composición. Hasta el 2011 el gasto PPI representaba el 58% del total del gasto MAI, mientras que el PPV correspondía al 42% restante. Sin embargo, en 2012 el gasto PPI registró una disminución importante, menos de 20%, mientras que el PPV registró un aumento considerable de 54%”⁴³.

Afirmó que en la institución no se dispone de antecedentes que reporten algún cambio de metodología o de las razones por las cuales se hizo.

En resumen, aseveró, en el año 2013, primero, no se utilizó la metodología correcta; segundo, para la determinación del arancel de referencia GES se utilizó el valor de las canastas del arancel 2010, más un 9% de reajuste uniforme, no reflejando los aumentos del arancel PPV entre 2011-2013 otorgados por Dipres. Tercero, el aumento del arancel del PPV en 2012 a expensas de PPI sin aumento real presupuestario, implicó que en la práctica no se pudo mantener la regla de cálculo, llevando a menores ingresos globales por copago AUGE que debió haberse cobrado.

Agregó a lo anterior que también se realizaron cambios en las periodicidades para disminuir aún más el copago. Por ejemplo, se cambió en aranceles anuales, que tenían tres prestaciones para el año, a mensual con doce prestaciones. Si bien el copago disminuiría, porque la prestación se cobra en forma mensual, en teoría ese copago se debería recuperar. Pero, opinó, para todos estos cambios solo se modificó el decreto, sin cambiar las bases de datos ni los sistemas informáticos Sigges ni la asignación al sector público.

- Impacto financiero en Fonasa y en sus beneficiarios.

Indicó que con lo anterior se realizaron cambios en periodicidades a nivel de decreto GES, pero la inconsistencia entre el arancel de copagos y el sistema de registro Sigges llevó a una menor recaudación de copagos.

Periodicidad	Arancel	N periodicidad	Periodicidad	Copago %	Copago \$	Copago anual a cobrar	Copago anual sin cambio periodicidad	Menor cobro de copago anual
Por control	11.100,00	12	mensual	20%	2.220	26.640	6.660	- 19.980
Por control	16.110,00	12	mensual	20%	3.220	38.640	6.440	- 32.200

Ejemplificó que con la periodicidad por control, que sería de 12 prestaciones, y el 20% de copago significarían \$2.220. Sin embargo, el copago anual a cobrar debió haber sido de \$6.660.

⁴³ Dipres. “Sistema Público de Salud. Situación actual y proyecciones fiscales 2013- 2050”

Expansión solicitada M\$	Expansión Otorgada M\$	Justificación
169.500	49.599	Parametrizar 11 nuevos problemas de Salud que se incorporan al acceso de Garantías de Salud. Realizar las modificaciones a los 69 problemas de salud vigentes para dar continuidad según Decreto. Se espera incorporar algunas funcionalidades adicionales para mejorar la administración de usuarios y la gestión de facturación.

Asimismo, en 2012 se pidieron M\$ 169.500 de expansión para el Sigges; sin embargo, se otorgaron M\$ 49.599, y la justificación fue que era para parametrizar los once nuevos problemas de salud que se incorporaron al acceso de garantías de salud, realizar las modificaciones a los 69 problemas de salud vigentes e incorporar algunas funcionalidades adicionales para mejorar la administración de usuarios y la gestión de facturación.

Sin embargo, aseguró, lo único que se hizo fue incorporar los nuevos once problemas. No se cambió la parametrización de ninguna de las periodicidades.

Insistió en ello pues para entregar los recursos a los Servicios de Salud se ocupa el Sigges, por lo que en la práctica significó que esos servicios siguieron operando como siempre y los recursos que se entregaron, que tenían que ver con una parametrización distinta, nunca tuvieron registro de que las cosas hubieran ocurrido.

Indicó que hubo múltiples cambios, como de periodicidad por control a mensual y de periodicidad por control a tratamiento completo de todos los problemas que aparecen en la tabla.

Decreto 2013: Cambios periodicidad por control a mensual

Problema de Salud	Intervención Sanitaria	Decreto 2010	Periodicidad Decreto 2010	Decreto 2013	Periodicidad Decreto 2013
		N°		N°	
3 Cáncer Cervicouterino	Seguimiento	3	Por control	12	mensual
8 Cáncer de Mama 15 años y más	Seguimiento	3	Por control	12	mensual
9 Disrafias Espinales	Rehabilitación 1er y 2° año	13	Por control	12	mensual
14 Cáncer en menores de 15 años	Seguimiento	5	Por control	12	mensual
16 Cáncer Testículo 15 años y más	Seguimiento	3	Por control	12	mensual
17 Linfomas 15 años y más	Seguimiento	5	por control	12	mensual
22 Epilepsia No Refractaria 1-14 años	Tratamiento	3	por control	12	mensual
25 Trastornos Conducción 15 años y más	Seguimiento	4	Por control	12	mensual
28 Cáncer de Próstata 15 años y más	Seguimiento	3	Por control	12	mensual
37 Accidente Cerebrovascular Isquémico 15 años y más	Seguimiento	9	Por control	12	mensual
38 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Tratamiento	4	Por control	12	mensual
39 Asma Bronquial menores de 15 años	Tratamiento	12	Por control	12	mensual
45 Leucemia 15 años y más	Seguimiento	4	Por control	12	mensual
58 Displasia Broncopulmonar del Prematuro	Seguimiento	10	Por control	12	mensual
61 Asma Bronquial 15 años y más	Tratamiento	6	Por control	12	mensual
68 Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B	Evaluación tratamiento antiviral	2	Por control	12	mensual
68 Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B	Evaluación tratamiento con peginterferón	15	Por control	12	mensual

Decreto 2013: Cambios periodicidad por control a tratamiento completo

Problema de Salud	Intervención Sanitaria	Decreto 2010	Periodicidad Decreto 2010	Decreto 2013	Periodicidad Decreto 2013
		N°		N°	
1 Enfermedad Renal Crónica Etapa 4 y 5	Profilaxis Citomegalovirus	1	Cada vez	1	por tratamiento completo
8 Cáncer de Mama en personas de 15 años y más	Controles y exámenes asociados a Quimioterapia	1	Cada vez	1	por esquema completo
9 Disrafias Espinales	Evaluación post quirúrgica	3	por control	1	por evaluación completa
10 Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25	Evaluación post quirúrgica	4	Por control	1	por evaluación
12 Endoprótesis total de cadera en 65 años y más con Artrosis	Control y kinesioterapia post quirúrgica	3	por control	1	por tratamiento completo
18 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA	TARV prevención transmisión vertical	1	Cada vez	1	por tratamiento completo
27 Cáncer Gástrico	Evaluación post quirúrgica	1	por control	1	por evaluación completa
35 Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas	Evaluación post quirúrgica	2	Por control	1	por evaluación completa
42 Hemorragia Subaracnoidea Secundaria a Ruptura de Aneurisma Cerebral	Seguimiento	3	Por control	1	por seguimiento completo
57 Retinopatía del Prematuro	Seguimiento	4	Por control	1	por tratamiento completo
60 Epilepsia No Refractaria en personas de 15 años y más	Tratamiento nivel especialidad	2	Por control	1	por tratamiento completo

Los efectos netos de los cambios de periodicidad fueron de \$1.246.706.483 por menor cobro de copagos, dado que se utilizó una metodología que subvaloraba los copagos y el sistema Sigges no implementó los cambios de periodicidades Decreto 2013. Estimó que ello significó que se traspasaron, asumiendo un 10% promedio de copago, recursos sin registro en el Sigges por \$12.000 millones al sistema en su conjunto.

Adicionó que el cambio de metodología de determinación Arancel Referencial de Copagos subvaloró los pagos, o que afectó los montos de copagos a cobrar por Fonasa en, al menos, \$2.038.616.874. Así, la estimación de copagos a cobrar, según el arancel referencial del decreto publicado en 2013, debió haber sido de \$ 9.148.240.894; sin embargo, la estimación de copagos, si se hubiera aplicado la metodología histórica correcta, era de \$11.186.857.768.

	ESTIMACIÓN DE MENOR COBRANZA DE COPAGOS	OBSERVACIÓN
POR CAMBIO METODOLOGIA ARANCEL	\$ 2.038.616.874	MENOR COPAGOS COBRADOS. YA QUE LOS COPAGOS ESTÁN SUBVALORADOS DEBIDO A QUE FUERON CALCULADOS EN FUNCIÓN DE UN ARANCEL POR DEBAJO DEL COSTO DE PROVISIÓN DEL SISTEMA.
POR CAMBIO DE PERIODICIDAD	\$1.246.706.483	MENOR COPAGOS COBRADOS, YA QUE LOS COPAGOS ADEMÁS DE ESTAR SUBVALORADOS, FUERON COBRADOS EN RELACIÓN A SISTEMA SIGGES EL CUAL NO IMPLEMENTÓ LOS CAMBIOS DE PERIODICIDADES DECRETO 2013
TOTAL	\$ 3.285.323.357	

1. En resumen, estimó, existe un perjuicio para Fonasa por cambio de metodología y periodicidad. Por cambio de metodología del arancel, de cerca de \$2.000 millones por menor recaudación de copagos cobrados; por cambio de periodicidad, de cerca de \$1.200 millones por menor recaudación de copagos cobrados, lo que da un total aproximado de \$3.200 millones.

2. A ello se agregan los perjuicios por no cambio Sigges, dado que se transfirieron recursos GES a los Servicios de Salud para todas aquellas patologías que cambiaron periodicidad sin refrendación en el sistema Sigges de que

estas prestaciones efectivamente se efectuaron. El monto estimado es de \$12.000 millones.

3. Para los beneficiarios de Fonasa el efecto fue que los copagos que no se cobraron podrían haber sido utilizados como fuente de financiamiento del sector salud, para realizar mejoras en la atención GES.

Respecto del sistema Isapres, hubo un impacto de menor recaudación de copagos, dado que el arancel es el mismo para Fonasa e Isapre. Sin embargo, el sistema de Isapre tiene la posibilidad de compensar mediante alza de valor de su prima GES y/o de la prima por Plan Complementario de Salud. Por lo tanto, el efecto neto en el sistema de usuarios de Isapre fue por aumento de sus primas y de sus seguros complementarios.

En cuanto al tema de los copagos, manifestó que en 2014, lo que se muestra fundamentalmente en 2015, no se estuvo en condiciones de recaudar vía recaudación directa, sino a través de los impuestos. A junio de 2016, el monto asciende a cerca de \$900.000.000. En el período comprendido entre el 1 de febrero de 2009 y el 20 de junio de 2016 se cobró \$20.000 millones; de aquello Fonasa no recaudó más del 27%, debido a los mecanismos de recaudación.

Al estimar los pagos perdidos se asumió una recaudación del 27% histórico, por lo que, al 20 de junio de 2016, se han recuperado los niveles máximos históricos de recaudación; incluso, se espera sobrepasarlos, ya que ahora el sistema lo maneja Fonasa.

Destacó que desde el inicio de la Ley AUGE estuvo presente el aumento de los copagos, razón por la que se establecieron dos protecciones financieras adicionales, que fijaron un deducible. Por lo tanto, aseguró, los aumentos de copagos tienen un tope, que está definido en relación con la capacidad de pago de las familias. En consecuencia, el impacto del copago en las familias debe examinarse con un poco más de detención.

Existe claridad de que hubo un impacto importante en la recaudación para Fonasa, lo que está establecido y cuantificado. El efecto en el aumento en los copagos habría que cuantificarlo, porque no solo depende del aumento teórico, sino también con la frecuencia de utilización y el momento en que empieza a actuar el deducible.

Admitió que el argumento de que si se hubiera utilizado la misma metodología en el aumento del arancel PPV hubiese significado aumentar los copagos, es cierto. Pero en la práctica eso se tradujo en aumentos de copagos hoy, que antes no se hicieron. Si se hubiera aumentado el PPV considerando un aumento real de recursos al sistema, se podría entender; pero lo que le pareció difícil de entender es que se haga un aumento, que no es más que un traspaso de PPI a PPV, porque, en la práctica, el sector quedó igualmente desfinanciado, pero con 11 patologías más.

6. Señor Luis Brito, Jefe del Departamento de Fiscalía de Fonasa⁴⁴.

Señaló que el ministerio ordenó un procedimiento disciplinario, en el que se están recopilando los antecedentes, incluidos los que pueda aportar el Fonasa, con los cuales se evaluarán las acciones criminales que correspondan, si es que existen hechos constitutivos de delito. Si se identifica alguna relación de causalidad con funcionarios o exfuncionarios de la administración pública, se ejercerán oportunamente las acciones correspondientes.

⁴⁴ Sesión 2ª, de 4 de julio de 2016.

Recordó que las responsabilidades administrativas y las penales corren por carriles distintos y tienen plazos de prescripciones diferentes. Hay circunstancias de sobreseimiento que operan en caso de la responsabilidad administrativa, pero no en la responsabilidad penal. Por lo tanto, se pueden dar ambas responsabilidades, o una u otra indistintamente.

- Decreto GES 2016.

Explicó que para el Decreto 2016 se utilizó la metodología correcta, tomando como base el arancel PPV más el 30% en los casos que corresponda. Asimismo, en la publicación del decreto de marzo, se calculó el arancel de acuerdo con las bases de datos y las periodicidades enviadas por la secretaría técnica AUGE.

Acotó que lo anterior tuvo dos consecuencias. Primero, la corrección del arancel referencial de copagos, que revierte la distorsión provocada por el arancel de referencia de 2013, en el cual los copagos no reflejan los costos de provisión del sistema y, por lo tanto, aumentan los copagos.

Segundo, una discordancia en algunos cálculos que fueron generados en base a las periodicidades que venían en las bases de datos de las canastas 2010, bases de datos que no fueron corregidas en 2013 para reflejar los cambios en las periodicidades.

Advirtió que la Ministra de Salud ordenó instruir un sumario sanitario, pues independientemente de que las bases tenían errores, no fueron detectados a tiempo y llevaron a que hubiera algunos errores en el decreto que fue publicado en marzo.

Entonces, el Decreto N° 21/ 2016 corrigió las inconsistencias detectadas en el Decreto N° 3/2016 y entró en vigencia el 1 de julio de 2016 sin generar perjuicio fiscal para Fonasa ni para sus beneficiarios. Subrayó que, dado que las inconsistencias se detectaron, se dictó un decreto rectificativo y su entrada en vigencia, tal como se había acordado, fue el 1 de julio de 2016.

Sintetizó la situación señalando que en materia del Decreto de 2016 hay dos temas: primero, que ese documento utiliza la metodología correcta, tomando como base arancel PPV más 30% y, segundo, que la publicación del Decreto de marzo se calcula el arancel de acuerdo con las periodicidades enviadas por la secretaría técnica AUGE.

Reiteró que eso tuvo dos consecuencias: en primer lugar, la corrección del arancel referencial de copagos, que era un error del decreto anterior y, en segundo lugar, que es un error de este decreto en cuando hubo discordancias en algunos cálculos que fueron generados en base a periodicidades de canastas de base de datos de 2010, no corregidas en las bases de datos de 2013, que fueron las enviadas a Fonasa para hacer el cálculo.

En relación con el error en el primer Decreto GES de 2016, agregó que desde el punto de vista legal, se cumplió todos los roles que le correspondían. Desde el punto de vista de apoyo al Ministerio de Salud, afirmó fehacientemente que Fonasa recibió las canastas con las periodicidades desde el Ministerio de Salud y con ellas se hizo el cálculo. Además, se enteró de la publicación del decreto por la prensa, por lo que, remarcó, Fonasa no tiene ninguna responsabilidad en los errores que pudo haber tenido ese Decreto.

Reconoció que ambos decretos, 2013 y primer decreto de 2016, tuvieron errores, pero la diferencia está en que uno tuvo costo fiscal y el otro

no, por cuanto no alcanzó a entrar en vigencia. Por lo tanto, aseguró, el costo del Decreto de 2016 es cero, y los errores están solucionados.

Subrayó que la responsabilidad que tuvo Fonasa en 2013 fue a partir de un cambio en el cálculo de la metodología, sin que quedara registro de la razón. La segunda responsabilidad que tuvo Fonasa durante ese año fue por una modificación en los recursos del PPI al PPV, sin que hubiera un aumento global de ellos. Insistió en que esa responsabilidad era de 2013 y no de 2016, porque hoy se revirtieron ambas situaciones. De hecho, en el presupuesto se observa que, tanto el año pasado como en el actual, se revirtió recursos del PPV al PPI, porque habían elementos que se pusieron en el PPV, tales como, las vigilancias de Chagas y otras que no podía ser incluidas en este programa, porque son bienes de salud pública.

- Problemas con empresa de apoyo informático.

Informó que cuando Fonasa recibió todos sus sistemas legados, incluido el Sigges, un dictamen de Contraloría dispuso que se debía cambiar la forma de adjudicación a las empresas de “trato directo” a “licitación”.

Observó que las autoridades se encontraron con un problema muy importante en el sistema informático que motivó el desahucio de la empresa que había sido contratada para hacer el cambio del sistema informático en la administración anterior. Fonasa se querelló en su contra, en lo que también se hizo parte el Consejo de Defensa del Estado, y se comenzó el rediseño de todo el sistema.

Relevó que hoy, por primera vez, el Sigges tiene todos los cambios del Decreto al día. En el momento en que entró en vigencia, el 30 de junio, a las 4 de la mañana del día 1 de julio Fonasa entregó en producción el Decreto Sigges con todos los cambios. Remarcó que ello significa un ahorro de recursos de alrededor de 6 mil unidades de fomento al mes, cifra que se pagaba a proveedores informáticos externos para hacer todos estos cambios.

Por otra parte, los Decretos N° 3 y N° 21 remedian los siguientes problemas:

PROBLEMAS DE SALUD	EXPANSIÓN 2016 MM\$ (6 MESES)
1 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 Y 5	508
18 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA	0
27 CÁNCER GÁSTRICO	1.420
28 CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	809
4 ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO	353
59 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DEL PREMATURO	54
63 ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL	241
70 CÁNCER COLORECTAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	680
75 TRASTORNO BIPOLAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	1.959
77 TRATAMIENTO DE HIPOACUSIA MODERADA EN PERSONAS MENORES DE 4 AÑOS	-
TOTAL	6.024

Recordó que al asumir la actual administración existía un contrato con la empresa Adexus por un monto de \$25.800 millones. Entre marzo y mayo de 2014 se efectuó un levantamiento para determinar su estado, tras lo cual se cursaron multas al detectar múltiples incumplimientos. En mayo y junio se exploraron alternativas para la mantención, continuidad y desarrollo de los sistemas de tecnología, sin depender de Adexus y el 30 de junio se dio aviso de término de contrato por incumplimiento grave de obligaciones.

Agregó que, el 5 de agosto se envió copia del sumario administrativo al Consejo de Defensa del Estado; el 10 de octubre la Fiscalía de

Fonasa presentó una demanda civil de indemnización de perjuicios en contra de la empresa Adexus; el 13 de octubre se procedió al cobro de la boleta de garantía por \$1.300 millones y se solicitó medida precautoria para el retiro de las bases de datos de Fonasa. En paralelo, se efectuaron sumarios administrativos al personal involucrado, resultando la destitución de todos los directivos del departamento de tecnología de información de la administración anterior.

Planteó que se tomó el control de todo el sistema Sigges y de todo el cobro de copagos. Resaltó que a partir del presente semestre el cobro de copagos es el mayor generado en toda la historia del Fonasa.

Asimismo, acotó, se terminó el contrato legado con Medical Trends, se tomó el control interno y se pasó a producción el Decreto del 2016, internamente. Con ello, por primera vez en la historia, el 1 de julio del 2016, a las 04.00 am, dicho decreto entró en producción en Sigges con todos los cambios incorporados.

Con respecto al incremento del PPV en 2012, hizo notar que ello se hizo a expensas del traspaso cercano al 20% del PPI, que son los costos fijos, a PPV. En la práctica, aseguró, eso significó que los costos fijos de los servicios de salud quedaran con menor presupuesto.

- Responsabilidad de Fonasa.

Reiteró que de acuerdo con la Ley N° 19.966, Fonasa no tiene ninguna atribución ni responsabilidad legal en la elaboración del Decreto GES y colabora con el Ministerio de Salud en el costeo de las canastas que envía la Secretaría Técnica, las que incluyen para cada problema la prestación específica y su periodicidad.

Para constatar aquello exhibió un extracto del Decreto de 2013, en que aparecen las firmas de cada uno de los responsables, donde no aparece ninguna de Fonasa.

Presentó luego el Decreto de 2016, resaltando nuevamente como responsables a funcionarios de la subsecretaría de Salud Pública, de Redes Asistenciales, gabinetes, Gestión y Desarrollo de las Personas, división Jurídica y secretaría técnica del AUGE.

Adicionó que la última definición de roles al interior del Minsal, Ordinario N° 125, de 11 de enero de 2012, determina específicamente las responsabilidades de cada uno de los actores al interior del sector, precisando que la División de Prevención y Control de Enfermedades (Diprece) tiene la responsabilidad de entregar las canastas de los 69 problemas de salud a la jefatura de la secretaría técnica AUGE, con fecha máxima de 15 de marzo de 2012, las que serán evaluadas, y que esta Secretaría será responsable de generar las canastas que no tienen representante técnico en los departamentos y de recibir las canastas finales actualizadas el 15 de marzo para su consolidación.

Se establece también que el Fondo Nacional de Salud tendrá tres funciones: designar un profesional que asista a las reuniones; aportar con antecedentes respecto de las prestaciones y su inclusión u omisión en los procesos anteriores de actualización, y valorar las canastas.

Citó también un Ordinario enviado por Mikel Uriarte, exdirector del Fondo Nacional de Salud, del 30 de mayo de 2012, en el cual se plantea que en el proceso de revisión de las canastas de AUGE se han constatado deficiencias procedimentales en el envío de canastas por parte de la Subsecretaría de Salud Pública, así como problemas en la calidad de la información recibida, y

que el departamento de Plan de Beneficios ha remitido 45 minutas con observaciones a la Diprece, con el objeto de que sean aclaradas, de las que aún no tenían respuestas.

También refiere ese Ordinario a que de los 11 nuevos problemas de salud, se habían recepcionado solo 7 y los restantes fueron recibidos el 22 de mayo de ese año.

Luego, el texto manifiesta el compromiso de Fonasa de colaborar con la valorización de las canastas, no obstante alerta de los riesgos por lo reducido de los plazos, la falta de guías clínicas, la programación de actividades y el no cumplimiento de ciertas formalidades contenidas en el Decreto N° 121. Explicita también que Fonasa ha puesto a seis profesionales del subdepartamento del Plan de Beneficios y que se están valorizando alrededor de 400 canastas de prestaciones; que no ha existido compromiso de Fonasa de estimar las demandas potenciales, porque no disponen de las modificaciones de las mejoras y que esta labor es responsabilidad de la Diprece.

Finalmente, solicita el envío formal de los 69 problemas, más 11, completo y validado, para que todos los problemas de salud estén revisados y se haya respondido a las indicaciones. Y señala que se requiere establecer una estimación de la demanda potencial, definir el número de casos asociados a las canastas y, por último, información sobre el examen de medicina preventiva.

En relación con ese Ordinario de 2012, no existe respuesta en Fonasa.

- Cambios metodológicos en el Decreto GES 2013.

En materia de periodicidades, reiteró que el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de hacer los estudios para definir efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o calidad de vida, y para eso debe hacer revisiones sistemáticas sobre efectividad, evaluaciones económicas, demanda de potencial y capacidad de oferta del sector chileno.

Aseguró que se revisaron todas las guías clínicas de los problemas que cambiaron periodicidad en 2013, pero no se encontraron recomendaciones basadas en evidencia para cambiar las periodicidades en ninguna de ellas. Subrayó que todas las periodicidades en las guías clínicas revisadas corresponden a la establecida en el Decreto 2010, y no han tenido cambios.

Presentó las guías del 2015 y las periodicidades establecidas en el Decreto 2010. También exhibió las periodicidades de controles cambiadas en 2013, con lo que concluyó que las periodicidades de las guías clínicas no han cambiado, y esas fueron las que se aplicaron en 2015.

Aseveró que lo mismo ocurrió para 2014, con la salvedad de que ese año no se especifica en las guías clínicas la frecuencia.

Reiteró que en 2013, año del decreto, en ninguna guía clínica se cambió la periodicidad de acuerdo con la evidencia, sino que en todas se mantuvo la que tenían. Es decir, argumentó, los cambios en las periodicidades no están sostenidos por la evidencia que se refleja en las guías clínicas.

Respecto de si esos cambios fueron discutidos con el Consejo Consultivo, sostuvo que esa propuesta sería sometida a la consideración del Consejo, pero al revisar las actas N°s 35 a la 57; (no se encontró la 41), de marzo de 2011 a marzo de 2014, en ninguna de ellas se señala que se haya discutido los cambios en la metodología para la determinación del arancel GES ni la

periodicidad. De ello, infirió que esa información no fue entregada ni discutida con el Consejo.

- Perjuicio para Fonasa.

Con respecto al perjuicio financiero en Fonasa y en beneficiarios, insistió en que no hubo ningún cambio en las reglas Sigges; por tanto, la norma de traspaso a los servicios de salud mantuvo la misma periodicidad. Acotó que al disminuir el copago global en el año a un copago menor mensual y mantenerse la periodicidad en el Sigges, ocurrió que se transfirieron menos recursos a los servicios de salud.

Ejemplificó que si el copago era de \$12.000 y se tenía una periodicidad hasta el 2010 de 4 veces, se transfería \$3.000 por 4, totalizando \$12.000 para el año. Cambiando la periodicidad se transfiere \$1.000 al mes; sin embargo, dado que no se cambiaron las reglas del Sigges, esos \$1.000 al mes se transfirieron por 4 veces, es decir, \$4.000 en el año. Eso significó para los Servicios de Salud un no traspaso de recursos de \$637 millones, aproximadamente, por semestre, lo que constituye un primer perjuicio económico.

Adicionó que ese perjuicio global, causado por el cambio de la metodología de cálculo de arancel con copagos subvalorados y cambio de periodicidad, un menor traspaso en los servicios de salud que alcanzó un monto global estimado de perjuicios por \$ 7.000 millones por el periodo.

Sumó a lo anterior que los beneficiarios de Fonasa tienen la facultad legal para solicitar préstamos médicos y condonación de pagos. Pero, mediante una nota interna de noviembre de 2010, la fiscalía de Fonasa estableció que el régimen GES era una forma de atención distinta de modalidad institucional y, por tanto, los copagos no eran susceptibles de ser condonados. Afirmó que, al llegar la nueva administración eso fue consultado a la Contraloría General de la República y fue derogado.

Respecto de los copagos, recalcó que el efecto del Decreto de los copagos de 2016, es que la ley establece para Fonasa la posibilidad de gratuidad para los grupos A y B, y mejorar la cobertura financiera. Así, Fonasa, en uso de sus facultades, ha establecido que los beneficiarios de los grupos C y D copagan 10% y 20%; que los mayores de 60 años tienen 100% de cobertura; que la cobertura en atención primaria es del 100% y que las prestaciones de alto costo, identificadas en el Decreto N° 1717, son gratuitas.

Agregó que una protección financiera adicional es el deducible máximo, que es fijado por ley y de acuerdo con la renta promedio, por lo que no es posible excederse.

- Efectos en las Isapres.

Refirió que la ley establece que las Isapres tienen la facultad de fijar el precio durante tres años, pero no explicita la forma de hacerlo por lo que los valores son discrecionales y no están relacionados con la prima GES que se define para el decreto. Lo único que se establece como obligatoriedad es el monto de los copagos.

Por lo anterior, argumentó, el arancel referencial no representa los precios ni tampoco los precios con los cuales negocian con sus prestadores de acuerdo con el mercado.

Sostuvo que entre los años 2013 y 2014 los temas de los menores copagos se incorporaron en un aumento importante de la prima.

En lo relativo a las garantías GES, indicó que desde 2006 la manera legal para exceptuar garantías es por inasistencia, por rechazo al prestador, por rechazo al tratamiento u otra causa expresada por el paciente y para cerrar un caso. En 2011 se agregó como criterio de exclusión, por indicación médica.

Explicó que cuando se cambió la clasificación, cayeron las garantías retrasadas y subieron, aproximadamente, en el mismo rango las garantías exceptuadas. Cuando arribó la nueva administración se percató de aquello y reclasificó todo el periodo, causando que las garantías exceptuadas bajaran a la mitad, pero además se tuvo que hacer un esfuerzo muy importante para poder mantener las garantías retrasadas, buscando a todos los pacientes para cumplir esa garantía cuando aún era susceptible, si es que no habían fallecido o les había afectado otra situación.

7. Señor Sebastián Pavlovic, Superintendente de Salud⁴⁵.

- Mandato de la Superintendencia de Salud.

Señaló que el Régimen General de Garantías implícitas en Salud es parte integrante del Régimen General de Garantías a que se refiere el artículo 4° de la Ley N° 18.469, y que está vinculado a las garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. Así, subrayó, son constitutivas de derecho para los beneficiarios, estando obligados a su cumplimiento el Fondo Nacional de Salud, Fonasa, y las Instituciones de Salud Previsional, Isapres.

Precisó que en su formulación la ley no incluye la intervención de la Superintendencia de Salud y solo a modo de recordatorio determina su intervención, por ejemplo, en el caso de la descripción de la garantía de oportunidad que la define como un proceso que incluye plazos determinados; en la posibilidad de reclamar o pedir un segundo prestador ante el seguro correspondiente, Fonasa o Isapre, y, ante la falta de respuesta de ellos, la posibilidad de que esa Superintendencia defina el tercer prestador, cuestión que ha sucedido en escasas oportunidades.

Agregó que la Ley N° 19.966 establece explícitamente que las Garantías Explícitas en Salud, GES, son elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad a un procedimiento bastante reglado, que incluye la participación del Ministerio de Hacienda y de un consejo consultivo.

Adicionalmente, la ley regula la intervención de la Superintendencia en algunas materias, como lo que dice relación con la urgencia vital GES, que determina la obligación de que la Superintendencia de Salud mantenga una página electrónica para que los prestadores de salud notifiquen a los seguros correspondientes, la situación de urgencia o emergencia vital de una persona beneficiaria de ellos a efectos de que proceda al correspondiente rescate del paciente para que pueda hacer uso de todos los beneficios y derechos que le garantiza la ley.

Además, como correlato de esa obligación de los prestadores, establece la posibilidad de que la Superintendencia pueda sancionar en caso de impugnaciones reiteradas o injustificadas de calificación hecha por el médico tratante.

⁴⁵ Sesiones 5ª y 6ª, de 1 y 8 de agosto de 2016.

Asimismo, establece la obligación de que el Fonasa y las Isapres informen periódicamente los precios unitarios, frecuencias y prestaciones que se otorgan, y la Superintendencia realiza un informe. Relevó que se trata de una de las pocas estadísticas consolidadas del sector público y privado bajo una sola metodología, organizada a través de instrucciones que imparte la propia Superintendencia.

La ley establece que tanto el Fonasa como las Isapres deben dar cumplimiento al GES y, en caso de incumplimiento, el afectado puede reclamar a la Superintendencia de Salud esa obligación, no solo de notificar una urgencia vital GES, sino además de notificar al beneficiario que tenga una patología o condición de salud que lo haga titular de derechos garantizados en la ley y en los decretos correspondientes. Subrayó que existe el deber de informar por parte de los prestadores y, en caso de incumplimiento, estos pueden ser sancionados por la Superintendencia de Salud.

Adicionalmente, la Ley N° 19.966 establece que los prestadores de salud deben estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud y, tratándose de prestadores individuales, ese registro debe ser público. Puntualizó que existen más de 500.000 personas registradas en la Superintendencia de Salud, lo que corresponde a la primera etapa de la garantía de calidad del Plan AUGE. La segunda etapa comenzó a regir en julio, con la necesaria acreditación de los establecimientos de mayor complejidad del sistema.

Otra función de esa Superintendencia, además de recibir reclamos y de fiscalizar, consiste en emitir instructivos e interpretar la ley para que, por ejemplo, se informe a las personas la existencia de una enfermedad o de una condición de salud y el monto de los pagos que correspondan. Explicó que, en general, se trata de información de utilidad para que las personas puedan ejercer sus derechos. El decreto también determina las metas de cobertura en medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la Ley N° 18.469, que serán obligatorias para Fonasa e Isapres, y corresponde a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de dichas metas, en virtud de lo cual emite un informe en forma periódica.

- Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2005, de Salud.

En el aspecto orgánico, describió que el Decreto con Fuerza de Ley N° 1. De 2005, establece una serie de facultades de la Superintendencia de Salud que tienen que ver con interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas; fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros; velar por el cumplimiento de leyes y reglamentos que las rigen; dictar instrucciones de carácter general que permitan mayor claridad en los contratos de salud y los convenios entre prestadores, Isapres y Fonasa; difundir información que permita a cotizantes y beneficiarios de Isapre y Fonasa una mejor comprensión de beneficios y obligaciones del GES y el sistema LRS⁴⁶; requerir de los prestadores públicos y privados las fichas clínicas u otros antecedentes médicos necesarios para resolver un reclamo; requerir información de los prestadores que acredite el cumplimiento del GES; recibir o absorber reclamos o consultas de los cotizantes y beneficiarios; dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los actos que afecten los beneficios de cotizantes y beneficiarios respecto del GES, contratos de salud y Sistema de Protección Financiera LRS; e imponer las sanciones que correspondan.

⁴⁶ LRS: Ley Ricarte Soto.

Acotó que la Superintendencia ejerce sus facultades a través de ámbitos fundamentales, que son fiscalizar, eventualmente resolver controversias e impartir instrucciones a través de la facultad de interpretar la ley. Adicionalmente, puede requerir información y generar datos estadísticos para el sistema.

- Decreto N° 3/2016.

Respecto del Decreto N° 3, que aprobó las Garantías Explícitas en Salud para el periodo 2016-2019, dictado el 27 de enero de este año y publicado en el Diario Oficial el 3 de marzo, informó que incluyó las mismas patologías que estaban en el Decreto N° 04/2013, incorporando ciertas mejoras para algunos problemas de salud, principalmente omisiones del anterior decreto a las que se abocó el año pasado una comisión asesora de la ministra, que incorporó a dos funcionarios de la Superintendencia para la revisión de las mejoras que el Decreto N° 2 incluía respecto del periodo anterior.

Recordó que, una vez publicado el Decreto N° 3, se produjo una primera luz de alerta a través de una carta presentada por la Corporación Artritis Juvenil, en la que manifestó su preocupación por el aumento en copagos. Todavía no se hablaba de errores, sino fundamentalmente de aumento en copagos.

A partir de esa suerte de luz amarilla se empezaron a hacer rondas de consultas, se revisó el decreto y los técnicos del Ministerio de Salud reconocieron que se habían detectado errores que debían ser corregidos. A partir de ese reconocimiento se hizo una revisión mucho más exhaustiva, para saber si había más equivocaciones, como resultado de lo cual el Ministerio de Salud definió la estrategia para corregir los errores detectados. Y como consecuencia de ello, emitió el Decreto rectificatorio N° 21, de 2 de junio, que fue publicado el 29 de junio de 2016.

Manifestó que en la actualidad el Decreto N° 3 con sus rectificaciones está vigente, pues no se postergó su vigencia ni tampoco de las rectificaciones o correcciones. Asimismo, en junio las Isapres informaron las variaciones de sus primas para el periodo 2016-2019, salvo la Isapres Óptima que, al parecer, optó por esperar a que se corrigiera el decreto para hacer ese proceso y no se ha informado ni consultado sobre nuevas revisiones de prima GES.

Afirmó que la Superintendencia ya calculó e informó el nuevo algoritmo para efectos del funcionamiento del Fondo de Compensación de Riesgos, que es parte de las funciones que le corresponden, pues, junto con dar a conocer las nuevas primas, calcula cómo funcionará el fondo de compensación establecido en la ley.

Como comentario final, señaló que los errores detectados fueron subsanados a tiempo y el Decreto N° 3 ha comenzado a regir y no se han recibido reclamos respecto de su vigencia. Reconoció que, evidentemente, hay lecciones que aprender en materia de procesos y de revisiones cruzadas, que permitan que las distintas personas involucradas no carguen individualmente con toda la responsabilidad que corresponde a un proceso que es técnicamente muy complejo.

Sin perjuicio de lo anterior, advirtió que la Superintendencia de Salud ejerce sus facultades de acuerdo a los decretos publicados y vigentes, en relación con las obligaciones que corresponden a Isapres o a Fonasa, para la protección de los derechos de los cotizantes y afiliados.

- Evaluación del GES.

En cuanto a cuál es la evaluación de la implementación de esta política pública, a poco más de una década de su implementación progresiva,

opinó que es una buena política pública y parece razonable hacer una evaluación de ella en todos sus aspectos.

La evidencia recogida por la Superintendencia de Salud demuestra que es una política pública exitosa, que ha logrado impactar sanitariamente. La incorporación de los problemas de salud en el plan AUGE significó un quiebre en las tendencias, una mejora en la calidad y en las expectativas de vida de la población. Desde el punto de vista sanitario había un gran desafío, que era seguir articulando una lógica de priorización sanitaria.

Recordó que en los años 50 se privilegió el binomio madre-hijo y las enfermedades infectocontagiosas, lo que fue una buena decisión pero se desplazó otras necesidades de salud. A fines de los 90 empezó a hacer crisis, en el sentido de que los chilenos ya no enfermaban ni morían de lo mismo que hace 50 años. Asimismo, se priorizaba de una manera menos transparente, que tenía que ver con un contacto en el hospital o en el ministerio, sin un mecanismo racional, público, que tuviera vocación para generar un mecanismo de priorización, que es lo que busca el AUGE. Sin embargo, admitió que hoy ya no se trata solo de mirar poblacionalmente sino también desde la perspectiva individual, y el AUGE busca también generar un equilibrio entre la expectativa individual, el derecho a la salud individualmente considerado, con una lógica poblacional, aspecto en que el AUGE ha sido exitoso.

Consideró, no obstante que deben mejorarse las canastas, que no son completamente integrales en términos de atención de salud, o ciertas diferencias de edad que excluyen a personas que podrían entrar, como ocurre en prótesis de cadera.

Sostuvo que como país se debería apuntar a evaluar esta política pública y fortalecerla, no solo a través de generar nuevas patologías, sino también fortaleciendo las canastas y las garantías asociadas.

Aquí reconoció que, si bien las Isapres se incorporaron tarde a la lógica del AUGE, han admitido que genera ventajas en términos sanitarios y de eficiencia sistémica, pues obliga a negociar de mejor manera los mecanismos de pago con los prestadores, lo que ha sido efectivo.

Las tasas de uso tienen que ver, en parte, con que las personas opten por libre elección y eso se debe a que originalmente las redes ofrecidas y los trámites burocráticos asociados a hacer efectivo el AUGE eran disuasivos para muchas personas y era mucho más práctica la lógica de libre elección, que es algo que el usuario de Isapre valora.

No obstante, de un tiempo a esta parte ha mejorado esa oferta porque han reconocido que esto genera eficiencias sistémicas y, por lo tanto, ese es el camino por el que tanto Isapres como Fonasa han logrado incorporar esta política pública no solo en su lógica sanitaria individual, sino también en la eficiencia que otorga el sistema en su relación con los prestadores y con los ofertadores de servicios.

En relación con la calidad, recalcó que el AUGE se ha demorado prácticamente una década en implementarla, comenzando con la definición de los estándares en 2009, después de un largo proceso de formulación reglamentaria, de análisis técnico, que generó una norma que no es necesariamente un *gold* estándar, sino ciertos mínimos.

Se trata de un mecanismo que encierra un proceso de gradualidad. Refirió que el proceso de acreditación está pensado a prácticamente 9 años, con una serie de estándares e indicadores que se verifican en terreno por parte de entidades evaluadoras independientes, respecto de los cuales la

reglamentación exige que se cumplan al menos 30 obligatoriamente, en el caso de los de mayor complejidad; y 12 en los casos de menor complejidad o de atención abierta. Y un establecimiento para acreditar debe lograr el cumplimiento de la mitad de los estándares como mínimo e, incluido dentro de esos, los 30 obligatorios, en el caso de los de mayor complejidad. Para su reacreditación se mantiene la obligación de cumplir con los 30 obligatorios, pero el porcentaje de indicadores cumplidos debe subir a 75% y, en el caso de la segunda reacreditación, a efectos de completar 9 años dentro del proceso total, debe alcanzar sobre el 90% de los indicadores cumplidos. Ese proceso se inició por distintos establecimientos en el 2010 y paulatinamente fueron entrando de manera bastante lenta.

Indicó que cuando asumió el actual gobierno, en marzo de 2014, existía el problema de que el decreto contemplaba que el 1 de julio empezaba a regir la segunda etapa, tras concluir la primera relacionada con la exigencia del ingreso de los prestadores individuales de salud en el registro que mantiene la Superintendencia de Salud. Resaltó que este último registro es el más robusto del continente, con casi 500.000 profesionales de la salud, de modo que un ciudadano puede consultar en la página web de la superintendencia acerca de su calificación y formación profesional. Subrayó que hace 10 años no se conocía la cantidad de médicos, enfermeras y otros profesionales que había ni dónde habían estudiado.

Reiteró que la segunda etapa de acreditación para los establecimientos de mayor complejidad, estaba definida para comenzar el 1 de julio de 2014, fecha en que apenas el 19% de los establecimientos públicos cumplía con el estándar de acreditación establecido y había varias regiones sin ningún establecimiento público ni privado acreditado. Dado que era una exigencia imposible de cumplir, se decidió postergar el plazo y empujar al sistema público y privado a incorporarse a la calidad.

Así, este año 2016 sobre el 80% de los establecimientos de mayor complejidad de la red pública ha logrado su acreditación; cifra que es un poco más baja en el sector privado, en torno al 65%.

Explicó que se reconoce la necesidad de gradualidad, porque se da una paradoja en relación con la acreditación, el dilema del *too big to fail*, esto es, que puede haber consecuencias para un establecimiento que no está acreditado, pero el sistema necesita que no cierre sus puertas.

El decreto de 2016 incorporó una serie de situaciones en las cuales, pese a que un establecimiento no ha logrado su acreditación, ya sea porque falló en algunos indicadores obligatorios, porque ha sido recientemente inaugurado y no cumple con el tiempo, o porque ha estado en zonas declaradas de emergencia sanitaria, que una decisión discrecional de la autoridad, se reconoce que existe un proceso de implementación paulatino.

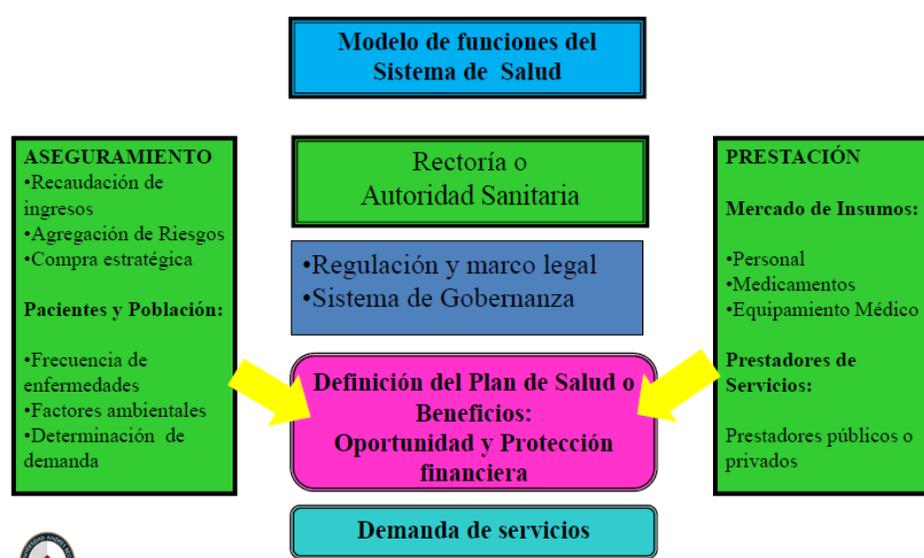
Acotó que el desafío de la acreditación está vinculado con que después del esfuerzo por lograr ciertos estándares, debe medirse si se ha generado algún resultado, si hay menos infecciones intrahospitalarias, menos caídas de camillas, disminución de errores en el caso de las biopsias o identificación de recién nacidos. El desafío que tiene el sistema es aprender de esos errores y evitar que vuelvan a ocurrir, pues una equivocación individual puede estar asociada a problemas de procesos, como falta de control o de doble control.

En cuanto a los desafíos, destacó que ellos tienen que ver con transparencia y con medir estos resultados, relató que hace un par de semanas se ejecutó un encuentro donde representantes del sector privado relataron que han medido que su acreditación impactó en disminución de caídas de camillas y en infecciones intrahospitalarias.

Sostuvo que una etapa paralela tiene que ver no solamente con evaluar los resultados clínicos o sanitarios, sino también conocer si se está impactando en la experiencia de los usuarios, pues ocurre que llega un momento en que los establecimientos perciben que están haciendo las cosas bien, pero que la gente no los reconoce. Allí habría que preocuparse del trato a los usuarios, del manejo del conflicto, de la participación de la comunidad, de las relaciones del hospital con la comunidad, incluso en el entorno.

8. Señor Manuel Inostroza, ex Superintendente de Salud⁴⁷.

- Marco conceptual.



Aseveró que cualquier gobierno está abocado en esta lógica de separación de funciones, de rectoría y de prestación, a definir el paquete más integral posible de beneficios, pues ahí se juega toda la regulación sanitaria. Y precisamente el AUGE es una definición explícita de plan de beneficios que hace necesario un seguimiento y una evaluación de la gestión, para que el marco regulatorio funcione bien respecto del costo técnico del seguro, y llevar la cuenta de las frecuencias de prestación del AUGE multiplicadas por el precio o valor de transferencia, el costo, sea cual sea el que se defina, para explicar si finalmente el costo técnico proyectado para un año determinado logra cumplirse y, de lo contrario, hacer las rectificaciones correspondientes.

Amén de eso, se trata con la promoción y con la prevención, con disminuir la frecuencia de prestaciones y con la gestión clínica o gestión de riesgos, tratar de incidir en la frecuencia y en los precios, particularmente en el sector privado.

- Decreto GES de 2013.

Mencionó que le llamó la atención el decreto de 2013 por dos razones: uno, porque la sociedad chilena de coloproctología aplaudía la incorporación del cáncer colon rectal como una de las once nuevas patologías para subir de 69 a 80 patologías; pero si bien la guía clínica estaba bien hecha, la canasta garantizada por el Plan AUGE había sido cortada por la mitad. En estricto rigor no se trataba de que si un cáncer de ubicación rectal no estaba en la canasta no se atendiera, pues igualmente se trata y financia. Pero el problema es que no está en la prima de financiamiento de cálculo, por lo que Fonasa no tiene por qué traspasar los recursos con cargo a esas prestaciones, pues el cáncer de ubicación

⁴⁷ Sesiones 5ª y 7ª, de 1 y 9 de agosto de 2016.

rectal no está incluido en la canasta de prestaciones AUGE. Se trató de un error que fue corregido en el decreto de 2016.

El segundo problema que llamó su atención fue que los psiquiatras advirtieron que el trastorno bipolar, antes incorporado como un diagnóstico propio del tratamiento de depresión, había sido separado y la hospitalización en caso de intento suicida había caído de la canasta.

Sostuvo que todos esos errores indicaban una falta de prolijidad, a lo que se sumaba la incorporación de 80 patologías donde solo cabían 56, a costa de ajustar el valor de reajuste, por lo que en vez de arancel MAI más 30%, la estrategia fue arancel MAI más 9%. En otras palabras, explicó, 21% menos de reajuste para que la prima calzara en este marco restringido y poder subir a 80 patologías. Sin embargo, finalmente, alguien en el Ministerio de Hacienda, o en alguna parte, recortó la canasta y bajó algunas prestaciones que son críticas.

Lamentó que el gobierno de Sebastián Piñera cometiera el mismo error que el primer gobierno de Michelle Bachelet, cuando se aumentó de 56 a 69 patologías, sin corregir el guarismo. El ministro Mañalich ingresó 80 patologías donde antes había 69, pero con financiamiento solo para 56 patologías, generando un problema de financiamiento.

- Errores del Decreto GES 2016.

Sostuvo que los errores del decreto GES son solo síntomas de una equivocada implementación, que por el bien de los pacientes se deben corregir.

Indicó que el primer antecedente de error fue el retraso con que se elaboraron los tres últimos decretos, dado que los de 2010, 2013 y 2016 fueron realizados muy atrasadamente, presionando a los miembros del Consejo Consultivo para que se reunieran de manera extraordinaria, sin contar con los antecedentes previos a la vista para tener adecuadas opiniones y estudios analíticos.

Mencionó que solo en los años 2005, 2006 y 2007, en que se emitieron los primeros tres decretos, se hicieron los estudios y análisis con la debida anticipación, que permitieron tener el decreto en el plazo acordado, en diciembre del año anterior al de entrada en vigencia, de modo que en enero del año correspondiente la Contraloría General de la República tomara razón y se cumpliera con la norma, en orden a entrar en vigencia al primer día del sexto mes luego de que ha tomado razón la Contraloría, lo que corresponde al 1 de julio.

Observó que no es posible que se prepare un cuarto decreto y se cometa nuevamente el error de hacerlo aceleradamente, con todos los problemas que eso origina.

Agregó que un segundo error fue evaluar en el nuevo decreto GES, para efectos del presupuesto 2016, más problemas de salud de los que finalmente fueron incluidos en el Estudio de Verificación de Costos 2015 (10 de 25). Refirió que la ley dispone que se pueden incluir y aprobar aumentos en la Ley de Presupuestos, solo si los problemas de salud o mejoras de canasta hayan sido incluidos en el estudio respectivo. Sin embargo, advirtió, ocurrió la descoordinación de evaluar más problemas de los que finalmente fueron al Estudio de Verificación de Costos, de manera que cuando se pretendió incluir presupuestariamente 10 problemas de los 25 estudiados, dado que el Estudio de Verificación de Costos no los incluyó, no pudieron ser incluidos en la Ley de Presupuestos, porque tampoco estaban incluidos en el decreto.

Estimó que ello significó que para 2016, habiendo \$10.000 millones en el sector público para esos 10 problemas adicionales, no se pudieron ejecutar por el error en la administración de la elaboración del decreto y los estudios.

Indicó que actualmente el Consejo Consultivo ha debido revisar un segundo estudio de costos, la ampliación del realizado en 2015, y se le ha señalado que si se evalúa este informe, se presenta al Ministerio de Salud y los recursos siguen disponibles, se podría modificar nuevamente el decreto vigente. Es decir, explicó, debería efectuarse una segunda modificación al decreto vigente, pues en la primera se corrigió el error de los copagos, y en esta segunda debería incluirse las mejoras para que los \$10.000 millones, o lo que resulte como presupuesto adicional para el próximo año, se puedan ejecutar.

Un tercer problema que mencionó, que calificó de menos relevante, fue que con el cambio en las metodologías de valoración de los precios Fonasa, un error en la definición del Arancel de Referencia del GES, se generaron alzas en los montos de copago de los afiliados.

- Implicancias de los errores del Decreto GES.

Respecto del impacto que tiene el error de definición de los copagos en el Arancel de Referencia, explicó que mientras más bajo es el Arancel de Referencia GES, dada su fórmula de que el 80% lo cubre el Fonasa o la Isapre y el 20% es el copago del afiliado, menor es el copago ya que queda automáticamente fijado por su valor en pesos. Ejemplificó que si se fijara el Arancel de Referencia a precios Clínica Las Condes, los más caros del mercado, el 20% de copago sería muy alto; mientras que si se fija al valor más bajo que pueda definir un estudio, ese 20% será más bajo en términos de protección financiera. Remarcó que lo que se busca en el Arancel de Referencia es que jamás se acerquen al precio de mercado, pues con ello se estaría aumentando el copago y disminuyendo la protección financiera, esto es, lo contrario que buscaba la reforma.

Acotó que solo los afiliados de Isapres y un pequeño grupo de afiliados de Fonasa, (Grupos C y D), tienen copago del 20%, pues para los grupos A y B todas las prestaciones en Atención Primaria de Salud y las hospitalarias para mayores de 60 años tienen cobertura del 100% o copago cero. Es decir, subrayó, solo una pequeña fracción de los afiliados a Fonasa y todos los de Isapre pagan este 20% establecido en la ley como Arancel de Referencia, aunque en la práctica casi todos tienen copago cero, dado que en Fonasa, desde 2005 ha habido una incapacidad técnica de realizar ese cobro.

Advirtió que esos porcentajes dispuestos en la ley también lo están en la Ley de Presupuestos, por lo que manifestó desconocer la razón de que no se recauden y se destinen a inversión en el sistema de salud.

Indicó que en la práctica, al igual que ocurre en el resto de los aranceles de la Modalidad de Atención Institucional del Fonasa, los costos de las prestaciones, los valores de los aranceles y los montos de transferencia o compra a los prestadores públicos son casi siempre valores distintos, aunque el único que se justifica que sea distinto, y a la baja, es el arancel de referencia, porque con eso se bajan los copagos y se aumenta la protección financiera de los afiliados.

Observó que una situación distinta es analizar en términos de gestión cómo se relacionan el costo de las prestaciones y lo que se transfiere, porque puede ocurrir que se transfiera menos de lo que cuesta o, eventualmente, más. Ese es un balance para determinar que las prestaciones GES estén siendo financiadas correctamente.

En el caso de las Isapres, agregó, el 80% restante del arancel de referencia resulta insuficiente, ya que los prestadores privados cobran precios por las prestaciones GES que, por lo general, han resultado ser, a lo menos, el doble del Arancel de Referencia. Señaló aquí que los precios de los prestadores privados se mueven con la lógica de mercado, no con la del Arancel de Referencia, que busca aumentar la protección financiera. De hecho, cuando la Superintendencia de Salud hizo los primeros estudios respecto de la diferencia entre los precios de mercado y los aranceles de referencia del GES, ella alcanzó a al doble.

Por lo tanto, argumentó, en este caso resultan claramente distintos los valores de los costos, de los aranceles y de los precios de compra a los prestadores porque son tres valores distintos. Las clínicas cobran un precio mucho más alto y, claramente, los costos son más bajos, pues en caso contrario no tendrían utilidad las clínicas haciendo este diferencial entre sus costos y el precio que le cobran a las Isapres.

Explicó que si el copago es más alto para los afiliados de Isapre, disminuye el valor de cobertura a los prestadores y, por ende, más baja es la prima GES que podrían cobrar. Es decir, en la medida en que el copago se eleva, lo que debe cubrir la Isapre para financiar la prestación es más bajo, y, por lo tanto, la prima GES final es más baja.

Entonces, al revés de lo que se supone, cuando se establecen criterios de protección financiera de copagos más bajos, lo que se hace es elevar el costo de la prima que la Isapre le podría cobrar y eso está bien en términos de un seguro solidario, porque lo que se busca es que todos solidariamente financien a quienes están enfermos de alguna patología GES.

Por ejemplo, si el arancel de referencia del GES asignara al Hemograma \$1.000, el copago sería 20% de ese valor, que automáticamente queda establecido en pesos, es decir, como \$200.

En el caso de Fonasa, nadie que pertenezca al grupo A o B, que se atienda en atención primaria de salud, en hospitales y que sea mayor de 60 años de edad, copaga esos \$200, porque el copago es 0. Por lo tanto, los \$1.000 de ese hemograma debieran ser cubiertos como precio de transferencia del Fonasa.

En cambio, para los que pertenecen a los grupos C y D el copago es de 20%, por lo que pagaría \$200, y Fonasa cubriría los \$800 restantes al prestador.

En cambio, en Isapres, los prestadores privados cobrarán el doble por hemograma: \$2.000, pero por ser GES, el copago no es 20% de \$2.000, porque la idea es generar protección financiera por ley, sino que es el 20% del Arancel de Referencia, es decir, 200 pesos; y la Isapre debe cubrir los \$1.800 restantes.

- Problemas de financiamiento de la Prima GES.

Aclaró que hay tres conceptos que deben distinguirse: el estudio de costos, el arancel de referencia para el copago y a la transferencia efectiva de financiamiento de Fonasa, como seguro público, a los prestadores.

Con el estudio de costo se determina cuánto cuesta una prestación. Por su parte, el arancel de referencia no debe necesariamente reflejar el costo, pues se busca una mayor protección financiera y un copago más bajo. Otra situación es el monto que se traspasa por prestaciones valoradas a los prestadores para su financiamiento. Aquí advirtió que se deben solicitar los estudios de costo y los precios de transferencia que se aplican al Fonasa, puesto que si transfiere

menos que el costo, se está desfinanciando al Fonasa; si se transfiere exactamente el costo, queda en equilibrio; y si se transfiere un poco más del costo, se está entregando un excedente, que el sector público, si es eficiente, puede utilizar para atender otras patologías que no son AUGE.

Estimó que, probablemente, hoy se transfiere al sector público menos que el costo real para financiar las prestaciones que entrega, porque legalmente no están amarrados, ni sería adecuado que lo estuvieran.

Por eso, propuso que una de las propuestas sea tener un registro clínico de la actividad, no de los resultados. Destacó que nuestras estadísticas de morbilidad y mortalidad son muy buenas, pero lo que no se sabe es, paciente a paciente, que es lo que se hace en cada uno de ellos, porque eso es lo que tiene un precio que se multiplica por la frecuencia de las prestaciones.

Entonces, si no se hace ese registro clínico, jamás se podrá contrastar la información con lo que entrega el Ministerio de Hacienda, al que le conviene mantener la ignorancia, porque juega con marcos de presupuestos globales.

Opinó que el AUGE se está implementando solo a partir del Decreto N° 4, de 2010, lo cual es un error que se cometió en 2013, con el Decreto N° 5. Y en el Decreto N° 6 aún no se ha corregido.

Graficó lo anterior señalando que la ley fijó para cada conjunto de problemas una prima universal techo, por lo que en el diseño original de la reforma se distribuyeron los tres grupos de patologías equivalentes a ese mayor gasto o a ese gasto de prima universal, de 1,02 UF por afiliado, al año. El segundo paquete correspondía a 2,04 UF y el tercer paquete correspondía a 3,06 UF. Es decir, cada paquete costaba lo mismo: 1,02 UF.



Adicionalmente, la ley dispone que, para protegerse de la inflación, la prima se reajustará por el Índice de Remuneraciones del sector privado, calculado por el INE y que suele estar por sobre el IPC.

En la práctica, el Ministerio de Hacienda establece una prima que normalmente está bajo el techo, obligando al Ministerio de Salud a armar las canastas con el objeto que le calce con la prima.

Recordó que en 2005 se determinó, una prima de 0,98 UF, logrando correr el cerco al Ministerio de Hacienda y construir mejores canastas que las autorizadas inicialmente, pero manteniéndose bajo la prima universal y produciéndose una diferencia de prima no usada de 0,04 UF, que es un recurso que no está en ninguna parte. Por lo tanto, hizo notar que, pudiendo potencialmente

haberse gastado más, se ejecutó un poco menos por causa de la negociación del presupuesto de 2005 y 2006.

Relevó que el problema es que el Ministerio de Salud nunca ha tenido un registro clínico correcto y adecuado, no de las tasas de mortalidad ni de incidencia de patologías para el cálculo de demanda, que en general son bastante buenas, sino para medir la frecuencia de prestaciones asociadas a esos diagnósticos, ratificados persona a persona, que permitan determinar, por ejemplo, cuántos hemogramas se deben llevar a cabo por un cáncer, cuántas consultas al médico, cuántas cirugías, etcétera. Subrayó que ese registro clínico, que corresponde a frecuencia de prestaciones multiplicado por el precio de transferencia, nunca se ha logrado tener.

Por lo tanto, el Ministerio de Hacienda, cuando no hay número, lo que hace es restringir el presupuesto. Agregó que cuando la prima no gastada empezó a crecer, También se cuestionaban los recursos para el año siguiente. Sin embargo, como la prima fue hecha con canastas ideales, cada recorte de las primas no usadas significó no dar tratamientos biológicos a la artritis reumatoidea, que el infarto agudo al miocardio siguiera pegado en trombolisis, y no agregar angioplastia o baipás coronario, porque son todas prestaciones que por su costo no se podían agregar a la fórmula de frecuencia multiplicada por precio, pues la prima no alcanzaba, ya que al haber calculado primas universales de 3,06 UF, como ideales, se terminó por cortar prestaciones en torno a esas canastas ideales.

Puntualizó que esa fue la crítica que las asociaciones científicas y de especialistas clínicos empezaron a plantear con el segundo y con el tercer decreto, en el sentido que las primeras canastas eran bastante potentes, desde el punto de vista clínico, pero las segundas y terceras, quintas y sextas, no reflejaban todo lo que la *lex artis* de la medicina debiera incluir en las canastas garantizadas, puesto que se estaba utilizando un menor gasto de prima.

Opinó que el error populista de dos gobiernos seguidos, fue que, con tal de anunciar más patologías GES, ellas no estuvieran bien financiadas. Explicó que, como se determinaba con el reajuste del índice de remuneraciones, ya no eran 3,06 UF sino que había más prima para ello. Afirmó que lo que debería haberse hecho en ese entonces era recalcular la prima para 69 patologías, dado que la prima techo subía en razón de que ya no eran 56 sino 69 patologías, y así haber tenido un techo más alto para incluir nuevas canastas de prestaciones.

Reconoció que ello no se hizo por no asumir el riesgo o el costo político de explicar que no se estaba ocupando la prima universal, y que no había cómo justificar, por falta de registros clínicos, la frecuencia de las prestaciones. De esa manera, lo que se hizo fue que lo no usado de la prima anterior, más el reajuste, se utilizó para incluir las 13 patologías adicionales, y así llegar a 69 patologías.

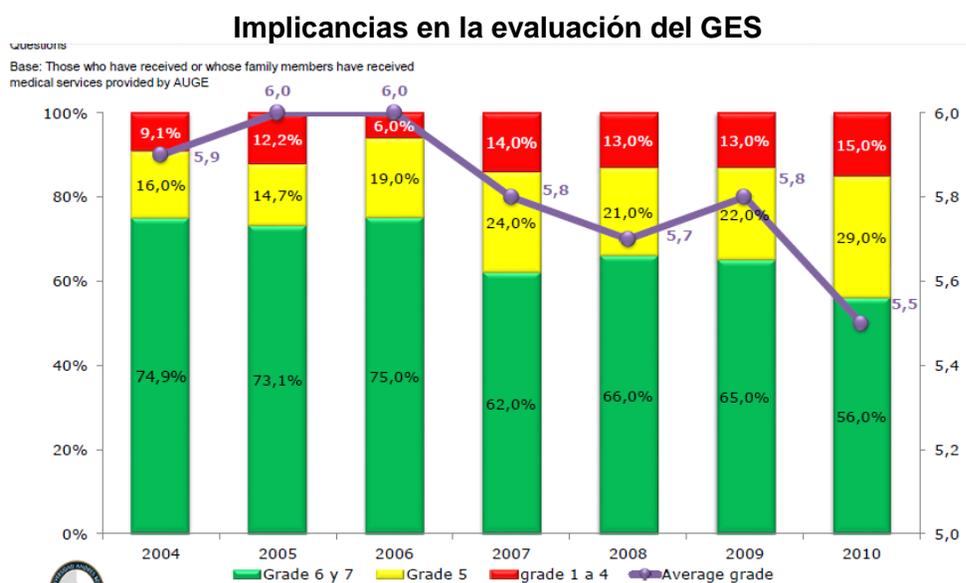
En el hecho, se tenía una prima no usada de 0,87 UF, pero no era recursos para 69 patologías, sino para las 56 patologías idealmente diseñadas. Por lo tanto, se agregan 13 nuevas patologías generando una presión que se tradujo en deuda hospitalaria o listas de espera de las patologías no GES, porque no estaba correctamente financiado un AUGE con 69 patologías.

Posteriormente, el gobierno del ex Presidente Sebastián Piñera no corrigió error, sino que hizo lo mismo, decisión que sufrieron los pacientes, en circunstancias de que tenía otro poco más de prima no usada tras el nuevo reajuste por el índice de remuneraciones, y terminó ocupando ese pequeño delta, para 56 patologías, incluyendo 80 patologías en salud.

Eso explica que el ex Ministro Jaime Mañalich cambiara la metodología del Arancel de Referencia, para que la prima le alcanzara y le diera cierta holgura, pues con esa modificación de MAI más 30 a MAI más 9, lo que hizo fue disminuir artificialmente los costos de prima, permitiéndole tener un margen de maniobra para incluir 80 patologías, porque ya se había ocupado parte de los recursos en las primeras de las 69 patologías. Eso explica que el artilugio contable realizado por Jaime Mañalich le alcanzara para las 80 patologías. Pero lo único que agrega son nuevos problemas de salud que generaron déficit adicional al que ya se había causado con el AUGE de 69 patologías.

Consideró relevante agregar que si se juzgara con el promedio del estudio de costos, para Fonasa sería el más alto, mientras que las Isapres, paradójicamente, lo bajan de 4,21 UF, versus la prima que Hacienda otorgó al financiamiento, que es 3,87 UF, generando una diferencia de 0,34 UF, la que multiplicada por los 13.500.000 beneficiarios de Fonasa, arrojaría un déficit de US\$200 millones que no se está financiando respecto del estudio de costo que hoy se realiza. Es decir, el estudio de costo señala que a Fonasa esto le cuesta una cantidad determinada, que se está asignando una prima dada y que, por lo tanto, el déficit contable de \$120.000 millones.

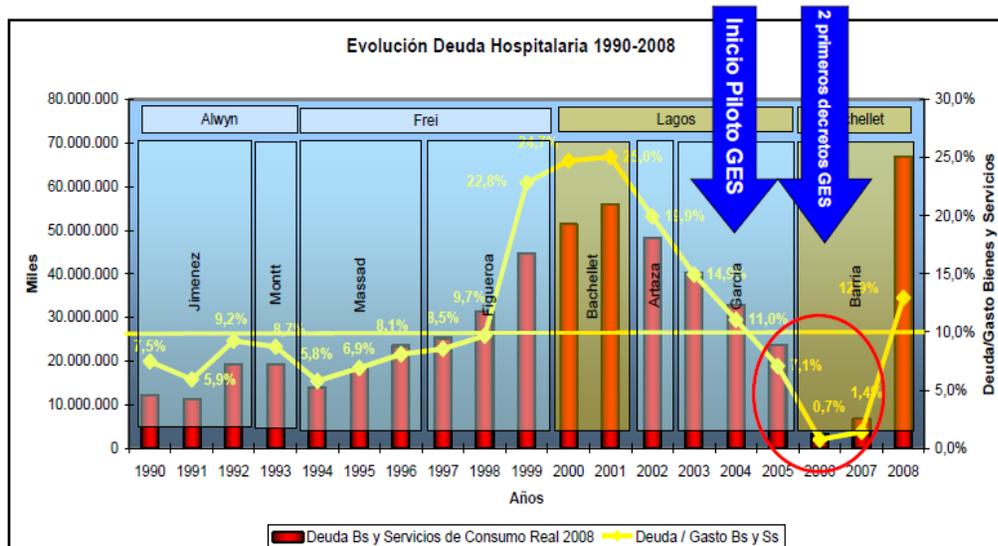
Destacó que ello podría reflejar la mitad o el 90% de lo que hoy es la deuda hospitalaria. Relevó también que la evaluación del AUGE para los ciudadanos, que partió con nota 6,0, ha ido bajando sistemáticamente, llegando en los últimos decretos a un 5,4. En 2005, hubo un pequeño repunte, con una nota 5,5, pero la percepción ciudadana de ese AUGE, en relación con los primeros decretos, se ha ido deteriorando.



Exhibió un gráfico acerca de la deuda hospitalaria, precisando que cuando se realizó el cálculo con los primeros dos decretos, los más cercanos a la prima techo, la deuda hospitalaria llegó a su punto más bajo en toda la historia de seguimiento. Ello se produjo porque se estaba pagando frecuencia que después no se fue capaz de justificar. Admitió que, probablemente, hubo un sobrepago de prestaciones que no se hicieron.

En los primeros dos años del gobierno de la Presidenta Bachelet, cuando la ministra de Salud era la doctora Barría, la cifra histórica de la deuda hospitalaria de 2006 fue de \$2.250 millones.

Implicancias en la deuda hospitalaria



El sector público estaba muy bien pagado en la transferencia de su financiamiento, por lo que no tuvo deuda, pero a partir de que se empezó a implementar el AUGE con déficit, la deuda se ha proyectado llegando hoy a cifras que en algunos meses pueden superar los \$300.000 millones y que todos los años terminan en \$150.000 millones. Además, deben agregarse las listas de espera no GES, que pasaron a ser un problema, en términos de la opinión pública.

Relató que hasta 2011, la fiscalización del GES por parte de la Superintendencia de Salud se hacía en ficha clínica, pues en 2005 se descubrieron varios fraudes de los prestadores, que retrasaban el ingreso de ficha clínica al Siges⁴⁸, engañando la fiscalización de esa Superintendencia.

Por lo tanto, entre 2005 y 2011 nunca se fiscalizó cumplimiento de garantías retrasadas o incumplidas por medio del Siges, porque se reconocía que este tenía un conflicto que impedía verificar realmente si se estaba cumpliendo el tiempo de oportunidad. En marzo y agosto de 2011 se llevaron a cabo los últimos informes de fiscalización de la superintendencia respecto de cumplimiento de las garantías en el plazo.

Porcentaje total de cumplimiento de garantías

Categoría de Cumplimiento	%		%	N° Servicios	
	Marzo	Agosto		cumplimiento	Marzo
Cumplidas en el plazo	93,0	89,8	100	12	18
Cumplidas fuera de plazo	5,7	9,1	95 - 99	16	10
Total cumplidas	98,9	98,9	89 - 94	1	1
Pendientes de cumplimiento	1,1	1,1			

En cuanto a las garantías cumplidas en el plazo, señaló que estaba el 93% en marzo y el 90% en agosto. En el caso de las garantías que se cumplían fuera del plazo, los porcentajes están entre 6% y 9%. Siempre había, más o menos, el 1% de garantías incumplidas.

Consideró como muy positivo que la Superintendencia volviera a la fiscalización en ficha clínica, porque los informes tenidos a la vista, que ya son preocupantes, siguen siendo sobre el Siges, el cual tiene el problema de que

⁴⁸ Siges: Sistema de Gestión de Emergencias Sanitarias.

el prestador tiene todo el incentivo, por sus compromisos de gestión sobre listas de espera GES, para retrasar el ingreso del cuadro clínico de diagnóstico cuando tiene la certeza de que lo va a resolver, con el fin de no aparecer incumpliendo los compromisos de gestión.

Detalló que en el último informe de fiscalización de la Superintendencia, solo en junio de este año, por Siges, aparecen 11.745 personas con garantías retrasadas o incumplidas. Pero en el caso de Fonasa, en 2016, solo 49 de esas personas han reclamado.

Reclamos a la Superintendencia de salud en materias GES

Tipo Aseguradora	Submateria	Año Inicio											Total general	% por Tipo Aseguradora
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Fonasa	Garantía de Acceso	7	13	34	49	41	33	52	31	51	56	39	406	21,2%
	Garantía de Oportunidad de Atención	2	86	211	264	188	77	76	60	110	116	49	1.239	64,6%
	Garantía de Protección Financiera (bonificación y copagos)	1	20	27	25	28	47	43	24	26	21	6	268	14,0%
	Garantía de Calidad				1		1	1		1	1		5	0,3%
Total Fonasa		10	119	272	339	257	158	172	115	188	194	94	1.918	100,0%
Isapres	Garantía de Acceso	24	50	42	62	65	60	63	69	103	123	89	750	30,6%
	Garantía de Oportunidad de Atención	1	3	1	3	1	3	1	2	16	20	7	58	2,4%
	Garantía de Protección Financiera (bonificación y copagos)	32	124	175	228	198	177	186	111	165	145	96	1.637	66,9%
	Garantía de Calidad			1	1				1				3	0,1%
Total Isapres		57	177	219	294	264	240	250	183	284	288	192	2.448	100,0%
Total general		67	296	491	633	521	398	422	298	472	482	286	4.366	
Porcentaje Fonasa sobre Total Reclamos		14,9%	40,2%	55,4%	53,6%	49,3%	39,7%	40,8%	38,6%	39,8%	40,2%	32,9%	43,9%	
Porcentaje Isapre sobre Total Reclamos		85,1%	59,8%	44,6%	46,4%	50,7%	60,3%	59,2%	61,4%	60,2%	59,8%	67,1%	56,1%	

Asimismo, si se suman todos los reclamos por garantía de oportunidad en el caso de Fonasa, se llega a 1.239. Es decir, en toda la historia de reclamos por garantías de oportunidad retrasadas e incumplidas del GES, se llega a poco más del 12%, lo que quiere decir claramente que existe un problema de incentivo, porque los usuarios de Fonasa no reclaman, por lo que si se espera que el reclamo sea la fórmula para exigir el cumplimiento de esa garantía, se llegará tarde en las patologías que afectan la vida de las personas.

Insistió en que ya no tiene valor insistir en la idea de que los usuarios reclamen, porque ya se ha consolidado y la Superintendencia de Salud está descubriendo el mismo problema. Recordó que con el decreto GES se estableció que una garantía está incumplida cuando se reclama, para lo cual hay un plazo de 30 días. Así, si se llega al día 31 de reclamo, ya no es garantía incumplida.

Por ello sostuvo que una modificación legal o reglamentaria necesaria debe apuntar a no esperar el reclamo del paciente para que se active la exigencia de garantía de oportunidad que está establecida en la ley.

- Recomendaciones.

Opinó que los errores que se detectaron en la elaboración del último decreto constituían una oportunidad para abordar la problemática de fondo. De hecho, los errores del cálculo del copago se han subsanado a través de un decreto nuevo. Consideró que, independientemente de cómo se corrija a futuro el procedimiento para que no vuelva a ocurrir otro error, planteó que sería conveniente revisar otros problemas que en la implementación del AUGE son más problemáticos.

Reiteró que si se trabaja como en los últimos tres decretos, con agendas tan atrasadas que hacen que el Consejo Consultivo y los técnicos no

tengan tiempo para revisar con la debida anticipación la elaboración del decreto, se seguirán repitiendo los problemas.

Asimismo, señaló que se debe revisar la prima del AUGE con la que se está legalmente financiando las 80 patologías, dado que esa prima techo se definió para 56. Recordó que la prima techo era 3.06 UF y ha sido reajustada por el índice de remuneraciones del sector privado del INE. Según información del Ministerio de Hacienda esa prima techo es hoy 3.8 UF. Precisó que si ocupara el 100% de esa prima techo sería para solo 56 patologías y sus respectivas canastas de prestaciones. Pero dado que hoy existen 80 patologías para incorporarlas con sus respectivas canastas, se ha debido disminuir canastas de prestaciones de otras patologías. Ejemplificó que hay algunas que no tienen todas las prestaciones que son demandadas por los médicos y los propios pacientes.

Acotó que esa es la explicación para las listas de espera en no AUGE y para los problemas de deuda hospitalaria, porque esos pacientes cuando tienen cierta patología AUGE, igualmente demandan la angioplastia o el baipás coronario cuando corresponde. Pero esas prestaciones no están financiadas por la prima AUGE.

Mencionó que ha publicado en revistas y planteado en el Consejo Consultivo que se debiera revisar la prima y recalculer cuál es el tope de financiamiento, lo que significaría que el Ministerio de Hacienda tendría que definir un techo más alto al sistema público de salud para financiar las canastas de las 80 patologías y permitiría, probablemente, incluir prestaciones que hoy no están. Haciendo un cálculo referencial, estimó que con una prima aprobada por el Ministerio de Hacienda que es 3.87 UF *versus* la prima promedio del Estudio de Verificación de Costos de 4,21 UF; la diferencia multiplicada por los 13,5 millones de beneficiarios de Fonasa resulta en un déficit aproximado de \$127.000 millones (US\$200 millones).

Argumentó que ello podría significar un importante cambio para mejorar las prestaciones entregadas y, además, tendría efecto en el sector privado porque esas prestaciones deberían ser entregadas por las Isapre y significaría un mejor financiamiento, que redundaría en la disminución de las listas de espera no AUGE y una baja en la deuda hospitalaria.

Enumeró las siguientes recomendaciones:

- Implementar la metodología de evaluación del AUGE y de todas sus implicancias, la que fue diseñada en 2009 y promulgada en 2010, por el entonces ministro Mañalich, la cual hasta ahora nadie ha tenido el coraje de aplicar.
- Hacer un estudio de costos para recalculer el valor de la prima universal techo; no para las 56 patologías, sino para las 80.
- Aprobar una reforma legal que introduzca, retomando el viejo proyecto redactado por Sebastián Pavlovic cuando era fiscal del ministerio, la nueva prima legal, y que la Dipres y el Ministerio de Hacienda otorguen su mayor financiamiento al sector público, porque la prima legal recalculada entregará un nuevo techo de financiamiento.
- Mejorar el financiamiento y las canastas de prestaciones de las 80 patologías para el próximo decreto de 2019-2022, sobre la base del estudio de costos y de la reforma legal aprobada.
- Establecer el Instituto Nacional de Excelencia Clínica como órgano regulador autónomo de las prestaciones GES y de todos los aranceles del Fonasa.

- Dotar de autonomía a la Superintendencia de Salud para que pueda ejercer su rol fiscalizador público y privado, fiscalizando en terreno la ficha clínica. Debe buscarse la manera de que los informes de fiscalización se ejerzan con la debida autonomía, para no generar el problema de que el ministro o el gobierno de turno se sientan dañados o acusados con la fiscalización de la Superintendencia de Salud.

- Cambiar la ley para que Fonasa y las Isapres asuman las garantías de oportunidad sin el reclamo de los afiliados. Es evidente que la ley y los reglamentos obligan a que el afiliado reclame para que pueda exigir el cumplimiento de las garantías, y eso no está ocurriendo.

- Implementar y exigir, con recursos y evaluación, un sistema de registro clínico que permita gestionar y controlar las garantías GES. De lo contrario, no existirá capacidad de volver a controlar la situación que se ha producido.

- Simplificar la regulación del GES en el sector privado, buscando que se haga una activación automática de los prestadores GES-CAEC. No es posible que, después de 11 años, exista una menor tasa de uso en el sector privado porque los usuarios deben activar la prestación.

- Encargar que el Ministerio de Salud, con financiamiento del Ministerio de Hacienda, efectúe el estudio ideal de canastas para las 80 patologías y permita recalcular la prima techo. El Consejo Consultivo lo ha solicitado a la ministra y el equipo técnico está evaluando la solicitud de recursos para eventualmente ejecutarse en 2017.

- Con ese estudio técnico deben evaluarse nuevamente las canastas y preparar las del nuevo decreto, pero pensando en el próximo, para corregir las del período 2019-2022.

- Modificar la ley, porque la actual tiene el guarismo de 3.06 UF como tope para el financiamiento; por lo que sin un cambio en la ley, el Ministerio de Hacienda no puede disponer de un tope de financiamiento mayor.

- Ajustar los protocolos y hacer una actualización de las guías clínicas asociadas. A ello agregó una mejora en los temas de reclamos y garantías, pues si se analiza la cantidad de reclamos que ha habido durante los once años del AUGE, los del GES y Fonasa no suman más de 2.339, por garantía de oportunidad. En el último informe de fiscalización, de julio, había 11.456 garantías rechazadas o incumplidas. Por ello, concluyó, si en once años hay solo 1.200 reclamos, quiere decir que la población con garantías retrasadas no está reclamando.

Explicó que, según la ley, para que una garantía fuera declarada incumplida, debía ser reclamada por el afiliado; por lo que debe invertirse el peso de esa prueba, disponiendo que en conocimiento de la autoridad Fonasa, Superintendencia de Salud, Subsecretaría de Salud Pública o de Redes, se active automáticamente la gestión del segundo prestador y, eventualmente, la del tercer prestador, que está contemplada en la ley, sin esperar el reclamo del afiliado. Resaltó que ello podría salvar vidas, porque hay pacientes que no tienen conciencia de su patología.

Finalmente, señaló que, según publicación de la OCDE de 2015, con datos estadísticos de 2013, el gasto *per cápita* en salud en Chile está del orden de los US\$ 1.770, cuando el promedio de los otros miembros está en el orden de los US\$3.700. En términos relativos al PIB, el país gasta un 7,8%, totalizando al

sector público, privado y los usuarios. Observó que, según la OCDE, este último es muy alto, dado que los estándares son del 18% al 20% y Chile está en el orden de 32% o 34%.

Resaltó que por ello la política del AUGE es tan importante, porque busca garantías, una de las cuales es protección financiera, con copagos mínimos.

9. Señor Sergio Granados, Director de Presupuesto del Ministerio de Hacienda⁴⁹.

- Rol del Ministerio de Hacienda en el Decreto GES.

Precisó que el rol del Ministerio de Hacienda en este proceso está claramente definido en la Ley N° 19.966, que regula el Régimen General de Garantías en Salud, disponiendo que debe fijar el marco de recursos para el financiamiento de las GES en el Fonasa y en la prima universal.

En relación con este punto, acotó que la misma norma, determinó en sus disposiciones transitorias el valor de la prima universal para los tres primeros períodos de establecimiento de garantías asociadas a los problemas de salud garantizados en los años respectivos.

AÑO	PRIMA (UF)	PROBLEMAS DE SALUD
2005	1,02	25
2006	2,04	40
2007	3,06	56

Agregó que la Ley establece, además, un mecanismo a partir del cual se debe calcular el reajuste de esa prima en lo sucesivo, de no mediar modificaciones legales asociadas a su valor. Y dado que no ha habido modificaciones legales, ese valor se ha reajustado de acuerdo a lo que mandata el artículo 18 de la ley, que es 90 días antes del término de la vigencia y con un año retrospectivo, contado desde los 90 días. De este modo, recordó, se establecieron las siguientes primas para los años respectivos:

AÑO	PRIMA (UF)	PROBLEMAS DE SALUD
2010	3,47	69
2013	3,77	80
2016	3,87	80

Subrayó que la determinación del marco de recursos disponibles se enmarca en la discusión de la ley de Presupuestos, en la que anualmente se destinan los recursos en función de los cambios en la población y probables mejoras en los tratamientos de los problemas de salud, lo que se define sobre la base de estudios previos. Ese proceso se completa con la suscripción conjunta con el Ministerio de Salud del decreto que establece las garantías explícitas.

- Decreto GES 2016.

Explicó que en el último proceso, con fecha 3 de marzo de 2016 se publicó en el Diario Oficial el Decreto N° 3, de 27 de enero de 2016, suscrito por los Ministerios de Salud y de Hacienda, que estableció garantías explícitas para 80 problemas y que entraría en vigencia a contar del 1 de julio del

⁴⁹ Sesión 5ª de 1 de agosto de 2016.

mismo año. Ese Decreto consideró mejoras a más de 30 intervenciones sanitarias, asociadas a 16 problemas de salud vigentes en el Decreto de 2013.

Con posterioridad a la publicación del Decreto N° 3, el Ministerio de Salud informó respecto de la detección de algunas inconsistencias, asociadas a un error en el proceso de transcripción y cuantificación de aranceles de algunas patologías al ser incluidas en el régimen GES.

De hecho, más tarde fue modificado con el Decreto N° 21, de junio de 2016.

Detalló que los errores cometidos en el proceso de transcripción y cuantificación, y que solo se tradujeron en el cálculo erróneo de copagos, no provocaron un perjuicio fiscal, porque el ajuste a la garantía de salud se hace dentro de un marco presupuestario definido previamente por el Ministerio de Hacienda para el financiamiento de dichas patologías en Fonasa y el valor de la prima universal.

- Financiamiento y desfinanciamiento del AUGE.

Insistió en que la ley establece claramente cómo se determinan los recursos para las patologías AUGE, que es de acuerdo al marco presupuestario y a la actualización de la prima. Especificó que, dado los valores en la prima establecida inicialmente y los recursos que anualmente se fijan en función de los múltiples propósitos del financiamiento fiscal, se corrige por población y, por aumento, se mejoran los posibles tratamientos de los problemas de salud.

Aseguró que el Ministerio de Hacienda carece de una presentación explícita del Ministerio de Salud manifestando que el AUGE está desfinanciado. Se ha discutido sobre la materia, pero remarcó que, claramente, la prima y los tratamientos se ajustan a las necesidades del marco de recursos que establece la ley de presupuestos. Y ese marco de recursos está determinado en función de todas las prioridades y ajustes que se llevan a cabo para financiar la política fiscal.

Mencionó que, en el contexto global, nuestro país aplica la regla del balance estructural y las prioridades que establece el Ejecutivo, cualquiera sea el gobierno, se enmarcan dentro de esa regla y hay aspectos que tienen prioridades de financiamiento sobre otras.

Detalló que el Ministerio de Salud propone, se solicita un estudio a un experto externo, se realizan las estimaciones de demandas y las posibles mejoras valoradas a los precios que el fisco paga a Fonasa y con eso se determinan los aranceles.

Respecto de las posibles variables que podrían influir en un desfinanciamiento, están que la estimación de demanda no se ajuste a la demanda efectiva y que el precio de un tratamiento no se ajuste al tratamiento que paga el PPV, Pago por Prestaciones Valoradas, del fisco.

Sin embargo, subrayó, independientemente del desfinanciamiento que pueda existir en el área de salud, no se dispone de un detalle específico de que el AUGE esté desfinanciado.

Precisó que la unidad técnica responsable de fijar los recursos es la Dirección de Presupuestos, que propone los recursos al ministro de Hacienda, para que se tomen las decisiones en materia de políticas fiscales.

Acerca del impacto financiero sobre Fonasa en 2013 y en 2016, indicó que en 2013 se suplementaron recursos para el tratamiento de las once

patologías adicionales, desde la Partida Tesoro Público, por \$16.000.000.000. Para 2014 había \$85.000.000.000 para el AUGE, presupuesto en que se establecía el impacto de los nuevos problemas de salud, las correcciones por población, las modificaciones por tratamiento y todos los ajustes necesarios, como adición de equipamiento. Cuando asumió el actual gobierno, en 2014, no se constató que hubiera un perjuicio para Fonasa, pues había más de \$85.000.000.000 para financiar el programa AUGE, con las 80 patologías. Para 2016 y 2017, que tiene efecto año completo, se definió la prima y el monto de recursos, de acuerdo con las correcciones de población y con los tratamientos que propuso el Ministerio de Salud.

Sobre los traspasos de PPI a PPV llevados a cabo en 2013, señaló no contar con información, pero observó que tanto por PPV como por PPI se pagan aranceles por AUGE.

Advirtió que el tratamiento de las patologías se debe adecuar a los recursos disponibles, por lo que no es posible que no alcancen. Si se establece un programa para atender patologías AUGE, de acuerdo a los recursos disponibles, se debe centrar en esos recursos, no son independientes los tratamientos de los recursos disponibles.

Argumentó que puede existir un déficit general para cubrir los tratamientos de salud, pero los recursos que se determinan para atender las enfermedades del decreto AUGE se deben adecuar a estos tratamientos; por ello, no puede existir un déficit para solventar tratamientos del AUGE.

El Ministerio de Salud tiene toda una trayectoria de gastos; existen algunos que se financian a través de aportes especiales durante el año, mediante reasignaciones destinadas a programas que ejecuta el mismo ministerio, como el programa de inversiones, u otros ajustes que se realizan en la ejecución. Pero dicho sobregasto, advirtió, abarca todas las actividades que hace el Ministerio de Salud.

Para el caso del AUGE, reiteró que no se dispone de un estudio sobre el particular, como tampoco existe un estudio sobre cuál es el déficit del Ministerio de Salud, porque dicho déficit se origina en la operación diaria de los hospitales, dado que existe una demanda que probablemente no alcanza a ser atendida con los recursos disponibles.

Acotó que las listas de espera no solo se generan por falta de recursos, sino también por falta de especialistas, en lo que, de alguna manera incide la falta de recursos porque no se desean contratarse por lo que ofrece el Ministerio de Salud.

Respecto del déficit de Salud en 2015, explicó que la manera en que se enfrentó tiene que ver con la forma en que sostienen las operaciones los servicios de salud y de los hospitales. Los servicios de salud, en lo que se denomina atención secundaria, gastan tres billones de pesos al año y se busca que sean gastados en la forma más eficiente posible.

Adicionó que existe una forma de financiamiento permitida por el mercado, en que los servicios de salud y los hospitales adquieren medicamentos a los proveedores que les establecen formas de pago largas, 60 o 90 días, y con esos recursos financian gastos de operación de otro tipo, como contratación de honorarios, de médicos, etcétera.

El Ministerio de Hacienda se encuentra obligado a hacer aportes para financiar el déficit porque en algún momento los proveedores de medicamentos les suspenden el envío y ha habido varias crisis anuales, históricas en nuestro país, respecto de los proveedores. Aclaró que es distinto un déficit de la operación a que existan diferencias de costos por prestaciones, ámbito este último

en que no hay estudios de costos por prestaciones que establezcan el costo de un tratamiento. Algunos, como el de la Universidad Católica para una organización como Fonasa, que comparó precios MAI con sus costos, no ofrecen certeza de que esos costos estén bien calculados.

Sin embargo, refirió que desde 2014 existe un grupo de trabajo con el Ministerio de Salud para analizar y discutir cuáles son los distintos factores que influyen en un déficit de la operación de los Servicios. Por ejemplo, factores estructurales como envejecimiento de la población, pues resulta cada vez más caro tratar ciertas patologías; factores tecnológicos, ya que algunos tratamientos incorporan medicamentos de costos más altos; factores de gestión o de financiamiento, porque no se está considerando indicadores adecuados; en metrajes de hospital, cuando de 6.000 metros se renueva a 8.000 metros y no se hacen las correcciones que implica necesariamente el gasto de operación.

Se trata de una discusión mayor que espera realizarla en la ley de Presupuestos, contar con los informes para esa oportunidad y debatirla en el marco de las prioridades que el Ejecutivo establezca para los distintos sectores.

10. Señora Ximena Aguilera, integrante del Consejo Consultivo AUGE⁵⁰.

- Papel del Consejo Consultivo.

Refirió que las atribuciones del Consejo Consultivo son analizar, evaluar y revisar la propuesta de Garantías Explícitas en Salud mediante una opinión fundada, a través de un informe al ministro de Salud. Para emitir dicha opinión, se tienen a la vista los estudios y antecedentes necesarios.

Citó el párrafo 7º, “Etapa de consulta del Consejo Consultivo”, en los artículos 21 y 22 del reglamento, que establece normas para la elaboración y determinación de las Garantías Explícitas de Salud a que se refiere la Ley N° 19.966 (Decreto N° 121), disponiendo que los Ministerios de Salud y de Hacienda analizarán y considerarán el informe del Consejo Consultivo para la elaboración definitiva del proyecto, que se traduce en un decreto.

De esa forma, aseguró, la elaboración del decreto es una etapa posterior a la consulta al Consejo, cuyo rol es, fundamentalmente, aportar una opinión externa al proceso de priorización de problemas de salud, tal como establece el artículo 13 de la ley. Aclaró que el cometido del Consejo no se relaciona con la definición del arancel del régimen que se establece en cada decreto, ni con su aprobación.

La membrecía en el Consejo es por designación o elección de las entidades consideradas en la ley, y los consejeros no reciben ningún tipo de retribución por su participación.

- Finalidad del GES.

Recordó que cuando se creó el AUGE se reflejaba un cierto pacto social entre los Ministerios de Salud y de Hacienda. Nuestro sistema de salud estaba orientado preponderantemente a tratar enfermedades agudas, en un país que estaba enfermando y muriendo de enfermedades crónicas. Y a pesar de las reformas realizadas durante la década del 90, prevalecía el problema de tener una función productiva de consultorio y hospital orientado a lo materno-infantil e infeccioso, por lo que no había espacio para atender las nuevas prioridades relacionadas con el envejecimiento poblacional ni con el nuevo patrón de

⁵⁰ Sesiones 5ª y 6ª de 1 y 8 de agosto de 2016.

costumbres y conductas, como la obesidad, el aumento del consumo de drogas y el consumo de alcohol.

En ese contexto, se planteó el programa AUGE, reforma que buscó establecer por primera vez en forma explícita un principio de derecho a la salud, y que desde el punto de vista de los salubristas implicó decidir cuáles serían los problemas priorizados. Relevó que era muy importante que los problemas de salud garantizados fueran aquellos que generaban la mayor carga de enfermedades del país, es decir, que el programa impactara en mejorar la salud de los chilenos.

Para los economistas, el programa debía impactar en las enfermedades de alto costo, algo que hoy todavía sigue siendo importante.

En definitiva, mencionó que las enfermedades que entraron al AUGE fueron las que tenían una alta carga y para las cuales había intervenciones eficaces, con capacidad de oferta en el sistema para entregarlas con la misma garantía de oportunidad desde Putre hasta Magallanes. Por lo tanto, debía existir capacidad de oferta para responder a ella, así como a las prioridades sociales de la población. Ejemplificó el caso del cáncer infantil, que tiene baja prevalencia, pero es una enfermedad con una preferencia social muy importante en la sociedad chilena, pues se prioriza todo lo que afecta a los niños.

Refirió que en la actualidad, una de las enfermedades importantes desde el punto de vista epidemiológico que no está en el AUGE es la demencia, aunque es la sexta causa específica de muerte hoy en Chile y tiene su tendencia seguirá aumentando. Explicó que esa enfermedad no ha ingresado al GES, a pesar de los debates entre salubristas, porque no existe una intervención eficaz para tratarla, disminuir la carga y tratar de que la gente mejore, aunque sí es posible mejorar la calidad de la sobrevida.

Agregó que otra enfermedad que es importante en causa de muerte, que no está es la cirrosis hepática, asociada al consumo de alcohol, pues no se ha establecido alguna intervención que permita una mejoría la sobrevida con suficiente evidencia de eficacia.

Que el AUGE se haya implementado con gradualidad significó un gran aprendizaje. Recordó que al principio se quería avanzar con mucha rapidez en hacer las garantías de todas las enfermedades, pero el sistema público no estaba en condiciones de asegurar la misma garantía de oportunidades y capacidad de oferta para todo el país, condición que exigió cierta gradualidad en la implementación.

- Decreto GES de 2016.

Respecto del grado de conocimiento sobre la elaboración del Decreto GES N° 4, de 2013, informó que la designación de todos los miembros del actual Consejo fue formalizada por la Resolución Exenta N°860, de 7 de noviembre de 2014, es decir, con posterioridad a la promulgación del referido decreto, por lo que manifestó carecer de conocimiento sobre su elaboración.

En materia de participación en el Estudio de Verificación de Costos que se utilizó para ese decreto, afirmó que colaboró con el señor Bitrán en la revisión de la estimación de demanda de aproximadamente 20 problemas de salud, corrigiendo varias de las que se habían calculado. Sin embargo, indicó que no le consta que las correcciones efectuadas se hayan utilizado finalmente en el estudio.

Es decir, insistió, participó en una revisión de demandas de algunos de los problemas de salud, pero no en el estudio completo, ni era parte del

equipo consultor completo del estudio, ni tampoco conoce cómo se tradujo ello en el decreto.

Respecto de la elaboración del Decreto de 2016, informó que en la segunda sesión del actual Consejo, sesión 61 de marzo del 2015, la doctora Tohá, secretaria ejecutiva, informó al Consejo del proceso de elaboración del nuevo decreto que estaba iniciando el Ministerio y que debía ser promulgado en enero de 2016, para lo cual el Ministerio no tenía contemplado incorporar nuevos problemas, ni tampoco había presupuesto para encargar estudios diferentes del Estudio de Verificación de Costos que, según la ley, es obligatorio para cada nuevo decreto.

Recordó que la propuesta del Ministerio a esa fecha y en esa reunión, consistía en corregir problemas que se había detectado en el decreto anterior, referente a inconsistencia entre garantías, como la garantía financiera de la enfermedad bipolar, el otorgar garantía de oportunidad a la reconstrucción mamaria, incorporar algunas prestaciones de problemas bajo garantías y algunas modificaciones derivadas de cambios en las guías de práctica clínica.

Sin embargo, en la reunión posterior, el 17 de abril de 2015, sesión 62, se informó al Consejo que en el Ministerio de Salud y, posteriormente, en el Ministerio de Hacienda, se había recortado gran parte de la propuesta de expansión solicitada por la Secretaría Técnica del GES en la elaboración del Presupuesto 2016. Por ello, no habría espacio presupuestario para incorporar en la propuesta de garantía lo que originalmente se había planeado e informado y tampoco había presupuesto para requerir nuevos estudios. Es decir, no habría un ejercicio propiamente tal de priorización, no había problemas nuevos ni había expansión presupuestaria para lo que se pensaba incorporar. Todo ello, advirtió, acotó bastante el rol del Consejo.

Respecto de los estudios, señaló que para el caso particular del Decreto 2016, solo se tuvo a la vista el Estudio de Verificación de Costos para el conjunto priorizado de Garantías Explícitas de Salud, que fue ejecutado por la Facultad de Economía de la Universidad de Chile. Este estudio, adjudicado mediante licitación según lo establece la ley, permite evaluar que la propuesta de garantía elaborada por el Ministerio de Salud no difiera significativamente del marco presupuestario que fija el Ministerio de Hacienda, a través de la prima universal.

El mandante del estudio es el Ministerio de Salud, y es quien define las bases del mismo, así como los problemas de salud, las intervenciones y las canastas de prestaciones consideradas. Esta labor la hace a través de la División de Planificación Sanitaria.

Observó que en la fecha en que se conformó el Consejo, el estudio ya estaba licitado y adjudicado. Según lo que se informó, la propuesta de garantías sometida por el Ministerio a la verificación del costo esperado por beneficiario, incluyó los 80 problemas actualmente cubiertos en el AUGE, con correcciones de canastas por ciertas omisiones detectadas en el Decreto 2013 en 16 problemas de salud, e incluyó el costeo de dos nuevos problemas de salud: depresión en adolescentes de 10 a 14 años, y glaucoma, además del examen de medicina preventiva.

Remarcó que el estudio no incorporó las ideas originales de expansión y que, a posteriori, el Ministerio de Hacienda aprobó, que son \$10 mil millones que no se están utilizando. Por ello, las otras propuestas de mejoría que el Ministerio tenía originalmente previsto incorporar, y que no fueron informadas en marzo de 2015, quedaron fuera del estudio.

Agregó que los resultados preliminares de los Estudios de Verificación de Costos fueron presentados el 18 de diciembre de 2015, en la sesión

66 del Consejo, previo a la audiencia pública a los aseguradores a que está obligada por la ley, y que estaba programada para el 28 de diciembre. En esa oportunidad, el subsecretario informó por primera vez al Consejo que el Ministerio de Hacienda había autorizado \$6 mil millones para correcciones o mejoras del GES y \$10 mil millones extraordinarios, que serían incorporados como piloto GES.

Recordó que el Consejo hizo observaciones al estudio respecto de algunas estimaciones de demanda y de la inconveniencia de incluir el costo del examen de medicina preventiva dentro de la prima, puesto que no corresponde a lo establecido en el reglamento y la ley que rige el GES. Ello pues la prima aparecía más abultada de lo que correspondía.

En la sesión N° 67, del 14 de enero, el subsecretario presentó la propuesta de garantías al Consejo, que incluyó la mejoría a las canastas de los siguientes problemas, que finalmente se incorporaron en el decreto, y que dan cuenta de los \$6.000 millones que autorizó el Ministerio de Hacienda: enfermedad renal crónica; cuidados paliativos del dolor; VIH; cáncer gástrico, cáncer de próstata, cáncer de colon y cánceres infantiles; hipoacusia prematura y del menor de 4 años; trastorno bipolar, artritis idiopática juvenil; EPOC; artritis reumatoidea; asma del adulto; artrosis de rodilla o cadera. Esa propuesta de garantías fue aprobada por el Consejo en la sesión N° 68, del 22 de enero, fecha en la que ya existía el informe definitivo del Estudio de Verificación de Costos, que había sido aprobado por las respectivas contrapartes. Puntualizó que el estudio tampoco fue aprobado por el Consejo Consultivo, sino por el Ministerio y por la contraparte que este convocó, que normalmente incorpora funcionarios de la Superintendencia de Salud y a personal del Ministerio de Hacienda, toda vez que el objetivo de ese estudio era garantizar que el Ministerio de Salud no engañara al Ministerio de Hacienda y propusiera garantías que excedían el marco presupuestario. Ese fue el objetivo del estudio de verificación de costos. Esa es su importancia y por ello está en la ley.

Reiteró que el Consejo no tiene responsabilidad en la elaboración de los decretos GES, que, de acuerdo con la ley, son elaborados por el Ministerio de Salud, ni tampoco tiene rol en la aprobación de los decretos.

Posteriormente, en la sesión N° 69, del 14 abril del presente año, se informó al Consejo que se habían detectado ciertos problemas en el decreto. Dada la magnitud de los problemas y lo vago de la explicación entregada, se solicitó que se informara detalladamente cuáles habrían sido esos problemas y dónde se habrían originado, aclarando las fases de preparación del decreto y los participantes.

En respuesta a esa solicitud, se recibió de parte del Ministerio de Salud una minuta explicativa de los errores en el decreto, acompañada de una presentación en *power point*, que es la información oficial que ha recibido el Consejo. Es decir, el Consejo no dispone de evidencia acerca de dónde se produjo el error en las canastas; solo sabe que hubo cambios en los métodos de cálculo del arancel y en la periodicidad de las prestaciones, las que no fueron reflejadas en el decreto.

- Prima AUGE.

Opinó que cuando se pasó de las 56 a las 80 enfermedades, era deseable que hubiera una prima nueva, pues estaba estimada para 56 problemas y el Ministerio de Salud necesitaba más recursos que debía requerirlos al Ministerio de Hacienda. Aunque para este último el Ministerio de Salud es un hoyo negro, el AUGE fue una forma de blanquear ese hoyo negro, porque se establece cuáles serán las prestaciones que se realizarán y hay un pacto explícito.

Esa prima inicialmente calculada fue para 56 problemas y las cuatro garantías. Sin embargo, la garantía de calidad se implementará recién ahora, por lo que aunque debería haber sobrado un poco de prima, con las limitaciones que tienen los estudios de verificación se concluyó que era imposible incorporar nuevos problemas sin una nueva ley, cuyo proyecto no se presentó a pesar de que dos gobiernos ampliaron la cantidad de enfermedades dentro de la prima actualizada, pero calculada para los 56 problemas.

Acotó que el director de Presupuestos tiene razón cuando asegura que no puede haber desfinanciamiento en el AUGE, porque el marco presupuestario lo define el Ministerio de Hacienda y la actividad de Salud debe calzar con esa propuesta.

Argumentó que la Corte Suprema, como única oportunidad, autorizó a las Isapres a aumentar la prima del AUGE cuando pasaron de 56 a 80, porque era lógico que con los mismos recursos no se podía garantizar 80 enfermedades.

En materia de canastas, aseveró que ellas debieran estar acotadas a la realidad, puesto que hay muchas canastas armadas por expertos que son ideales, pero no se pueden levantar en terreno.

Destacó que el Consejo Consultivo ha propuesto que se realicen estudios del uso en el AUGE y para determinar si el arancel de Fonasa cubre los costos reales de la atención del sistema público, dado que hay varios estudios que concluyen que el costo es mayor.

Advirtió que al incorporar una garantía de oportunidad, si no existe oferta en el sector público, se compra al privado, lo que tiene un costo mayor que ejecutar esa misma prestación en el sector público.

11. Señor Emilio Santelices, ex integrante del Consejo Consultivo AUGE⁵¹.

- Papel de Consejo Consultivo en la elaboración del Decreto GES 2013.

Indicó que el Consejo Consultivo es una instancia asesora cuyo objetivo es asesorar al Ministerio de Salud en materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las garantías explícitas. Recordó que durante su gestión en el Consejo participaron profesores de distintas universidades, tales como el doctor Montero, de la Universidad Católica; el doctor Salinas, de la Universidad de Chile; el doctor Fernando Lanús; el doctor Bustamante, de la Universidad Austral; la doctora Gloria López, presidenta de la Sociedad Médica de Chile; y el doctor Cordero, decano de la Facultad de Economía de la Universidad Andrés Bello.

Relató que entre las metas abordadas por el Consejo, le interesó conocer el impacto que estaban teniendo las políticas de salud, así como la manera de robustecer las nuevas herramientas que se requerían, acordes con el avance de la medicina, particularmente con la economía de la salud, para hacer un buen desarrollo de políticas públicas.

Evocó que las sesiones se desarrollaban con una periodicidad no inferior a una vez al mes o cada tres semanas con la secretaría técnica de la Subsecretaría de Salud Pública, donde se trataba cada una de las patologías, tanto aquellas que formaban parte de las 69 que antecedían, como del estudio de las 11 siguientes. Puntualizó que existe un detalle pormenorizado de la manera en que se fueron haciendo las propuestas técnicas que dan sustento al desarrollo del Decreto de 2013.

⁵¹ Sesión 3ª de 11 de julio de 2016.

Del mismo modo, un segundo aspecto a desarrollar decía relación con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en particular temáticas de hipertensión, marcapasos, retinopatía diabética. Explicó que los temas se trataban de manera medular, granular. Así, se evaluó la canasta de hipertensión, donde se había propuesto incorporar TSH; en retinopatía diabética, se incorporó la tomografía; en diabetes tipo 2, se incorporó hemoglobina glicosilada. Es decir, destacó, hubo un trabajo con especialistas y equipos técnicos con el fin de darle fuerza y contenido a cada una de las canastas AUGE, para mejorarlas a la luz del avance del conocimiento y de las capacidades económicas con que se podía contar entonces, y generar un decreto robusto.

Otro eje del proceso de desarrollo al interior del Ministerio, se relacionó con la participación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Exhibió minutas del trabajo técnico efectuado con esa entidad.

En esa línea, citó el trabajo realizado con Fonasa para efectos de que pudieran conocer cuáles son las posologías y su frecuencia de uso.

Costo GES esperado total y por beneficiario, FONASA e ISAPRE, Escenario Base, 2013

Variable	FONASA	ISAPRE	Total
Total beneficiarios	13.432.759	3.083.717	16.516.476
Costo esperado total			
MM\$ ^a	1.126.813	263.366	1.390.180
US\$ ^b	2.210	517	2.727
%	81,1%	18,9%	100,0%
Costo esperado por beneficiario (UF) ^c			
Estudio de Verificación de Costos 2012	3,70	3,77	3,72

Por otra parte, el Consejo solicitó un estudio externo de verificación de costos, considerando la directriz financiera dispuesta en la ley en orden a no superar el índice real de remuneraciones. Presentó un estudio de garantía realizado por un grupo asesor externo, que determinó un costo GES esperado para la población del Fonasa de 3.70; un promedio nacional de 3.72, en circunstancias de que lo que se proyectaba de acuerdo al índice de remuneraciones, es que este estuviera alrededor de 3.76. Es decir, se constató que el estudio de verificación de costos daba cuenta que se estaba llegando a un punto de conciliación entre las necesidades sanitarias, los objetivos sanitarios, las metas a alcanzar, incluyendo las 11 nuevas prestaciones para llegar al GES 80, con lo que la ley mandataba, en términos de la prima que se podía alcanzar.

Problemas de salud que contribuyen con el 60% del costo esperado por beneficiario

Costo por beneficiario GES, por problema de salud, según previsión, año 2013 (\$)	FONASA	ISAPRE	Ambos	Participación en costo GES por beneficiario	Participación acumulada en costo GES por beneficiario
001 - Insuficiencia renal crónica terminal	16.192	6.265	14.339	17%	17%
021 - Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y mas	10.224	5.081	9.264	11%	28%
007 - Diabetes mellitus tipo ii	5.768	7.883	6.163	7%	35%
011 - Tratamiento quirúrgico de cataratas	3.430	1.478	3.066	4%	39%
034 - Depresión en personas de 15 años y mas	1.554	8.675	2.884	3%	42%
018 - VIH/SIDA	2.537	4.086	2.826	3%	46%
049 - Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave	3.140	495	2.646	3%	49%
033 - Hemofilia	1.672	4.017	2.110	3%	51%
008 - Cáncer de mama	1.364	4.773	2.001	2%	54%
074 - Glaucoma	1.750	2.408	1.873	2%	56%
041 - Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada	1.936	660	1.698	2%	58%

Observó que la contribución de 60% del costo esperado se encuentra en un número muy reducido de prestaciones, que son enfermedades

crónicas sobre las cuales se puso especial atención, en términos de identificar el impacto que estaba teniendo el GES, considerando que concentraban gran cantidad de la morbilidad asociada al gasto.

Otro aspecto que le pareció interesante rescatar del estudio, era avanzar en el uso de genéricos, pues, respecto del costo esperado por beneficiario, si se usaban bioequivalentes se conseguía una reducción sustantiva de 2% de las canastas GES.

Finalmente, resaltó, tras ese proceso colegiado se llegó a establecer las 11 patologías, con dos ejes importantes. Uno de ellos decía relación con establecer cuáles eran los años de vida saludables ganados al hacer estas intervenciones y, el segundo era definir cuál sería el costo-efectividad expresado como pesos por año de vida ganado por cada intervención. Subrayó que son dos temas que hoy, en la toma de decisiones y priorización en salud, son fundamentales: cuántos años se ganará para la población o cuántos años dejará de perder, y cuál es el costo de ello, con el fin de utilizar mejor los recursos.

Así, se concluyó que el cáncer colorrectal, el cáncer de ovario epitelial, el cáncer vesical, el osteosarcoma en personas mayores de 15 años, el trastorno bipolar en personas menores de 15 años, el hipotiroidismo, el tratamiento farmacológico de glaucoma, el lupus eritematoso, el tratamiento quirúrgico de lesiones valvulares aórticas, el tratamiento quirúrgico de lesiones valvulares, mitrales y tricuspídeas, daban cuenta, a lo menos, de diez problemas de salud.

Hizo mención especial del tratamiento de erradicación del *helicobacter pylori*, puesto que como país se llegó a cubrir el 60% de años de vida saludable, a partir del GES 80.

Rescató una mención particular respecto de la úlcera péptica, porque en la conciliación del objetivo de tener cobertura, pero también juicio de realidad sobre las capacidades del país, determinó que finalmente se agregara la cobertura del tratamiento de *helicobacter pylori*. Después de reuniones sostenidas con los especialistas, particularmente con el grupo pionero en el seguimiento y tratamiento de la úlcera péptica que lidera el doctor Alfonso Díaz en el Hospital Sótero del Río, se concluyó que había problemas para hacer estudios endoscópicos y que faltaban capacidades como país. De esa manera, se logró cumplir el objetivo de estas 11 patologías y llegar al GES 80.

En relación con los problemas de implementación, advirtió que les correspondió enfrentar un crecimiento de 30% de casos nuevos AUGE, a partir del período previo 2005-2008 hasta 2012. Acotó que los casos activos del plan AUGE no solo incrementaron un 30%, sino hasta 50%, lo cual era muy entendible, pues en los textos de economía de la salud se enseña que las intervenciones en esta materia se caracterizan por tener inercia, es decir, después de 4 o 5 años, cuando la población toma conocimiento, adquiere mayor conciencia y aparece una demanda casi exponencial.

A pesar de aquello, destacó que los informes trimestrales de implementación, solicitados a Redes, evidenciaron cumplimiento en las atenciones, pues las realizadas en el plazo, para el 2° trimestre 2013, alcanzaron alrededor de 97%, mientras que las fuera del plazo solo llegaron al 1,81%.

Es decir, argumentó, ante un crecimiento esperable de 30% y de 50% acumulado, se tuvo la capacidad de dar cuenta de una demanda valorada enormemente por la población, gracias a los equipos técnicos del Ministerio de Salud y de los Servicios de Salud.

Relevó la necesidad de conocer qué estaba pasando con los recursos y energías puestas en las Garantías Explícitas en Salud (GES), pues a veces surgen dificultades porque se diseñan políticas públicas y no se incorporan presupuestos para evaluarlas. Para ello, se decidió usar la Encuesta Nacional de Salud (ENS) antes del GES, durante la implementación del GES y con posterioridad al GES.

Así, se solicitó a los encargados de la Encuesta Nacional de Salud, entre ellos la doctora Paula Margozzini de la Universidad Católica, hacer un estudio de evaluación de impacto en diabetes mellitus e hipertensión arterial, que son condiciones extremadamente prevalentes y generan muchas consecuencias en otros órganos.

Mencionó con satisfacción que, en el caso de diabetes mellitus, el estudio de la Universidad Católica mostró una mejoría significativa en la cobertura del tratamiento en el periodo 2003-2010, alcanzando hoy un 58%, con cambio relativo de 25%. Manifestó su preocupación, sin embargo, porque ello se logró fundamentalmente sobre base de hipoglicemiantes orales, dado que cada vez se busca de forma más precoz llegar a la insulinización de los enfermos, y ahí existe una tarea pendiente.

Adicionó que la cobertura farmacológica para la hipertensión arterial ha aumentado de 40% en 2003, a 56% en 2010. Consideró extraordinariamente relevante que la cobertura del diagnóstico haya aumentado de 59% a 65%, disminuyendo de forma significativa el número de hipertensos mal controlados desde 85% en 2003, a 76% en el período 2009-2010.

Planteó que un desafío de Salud Pública es hacer llegar la atención de salud a los pacientes, pues lo contrario evidencia que algo está fallando y no resulta suficiente la relación del médico o la prescripción del medicamento.

Por otra parte, relató que se realizó una Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) y también de la hipoacusia neurosensorial del prematuro, pues se constató que se les realizaba un diagnóstico precoz, pero quedaban en lista de espera para los procedimientos respectivos, y era evidente que esa “ventana de oro” del tratamiento precoz se podía perder.

Por último, también se abordaron soluciones para robustecer la toma de decisiones con nuevas herramientas de evaluación. Para ello se constituyó, mediante un decreto, la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Citó la “Guía metodológica para la evaluación económica de intervenciones en Salud en Chile”, que soluciona el problema de las evaluaciones en Salud con tasas de descuentos del Ministerio de Desarrollo Social, de alrededor de 6%, proponiendo como alternativa los precios sombra de los bonos del Estado. La racionalidad usada para ello es cuestionar cuál es la maximización de los fondos que hace el país, y esos son los bonos del Estado, cuyas tasas de descuentos son de 3%.

Otro tema importante definido en el documento fue el análisis de la priorización del GES y su costo-efectividad. Si se usaba valores del PIB personal como el Reino Unido con 3,5%, se llegaba a valores poco reales en términos de la capacidad económica del país y, además, se generaba muy poca cobertura en enfermedades. Por tanto, haciendo un juicio de realidad, se usó datos de países con ingresos medianos, fijando el umbral de las intervenciones en Salud.

En síntesis, aseveró, el Consejo pudo contribuir al desarrollo, perfeccionamiento y evaluación de la política pública, sobresaliendo la incorporación de once nuevos problemas de salud, el cumplimiento de prácticamente el 100% de las garantías, la realización de los primeros estudios de impacto de la política

pública con resultados auspiciosos, la incorporación de nuevos instrumentos de evaluación y la creación de la oficina de Evaluación de Tecnología Sanitaria.

Resaltó que esos resultados se obtuvieron por el apoyo de las autoridades ministeriales, el compromiso de la academia y sociedades científicas, el trabajo mancomunado de los equipos de ambas subsecretarías, Fonasa y la Superintendencia de Salud.

- Dificultades del Decreto de 2013.

En relación con las dificultades que habría tenido el Decreto 2013, recordó que cuando le correspondió trabajar en el Consejo, le llamó mucho la atención que la primera sesión, y la constitución del AUGE, se llevara a cabo en noviembre de 2014, o sea, se había perdido casi un año.

Otro hecho que le llamó la atención fue que en marzo de 2015, de \$3.600 millones solo se lograron recaudar \$600 millones, lo cual representó una pérdida que se debe hacer presente. Observó que hubo un directorio GES en el que se formuló la necesidad de otorgar cobertura sin copago a los afiliados al Fonasa de los tramos C y D, lo que significaba un costo no inferior a \$6.200 millones.

Opinó que si se trata de hacer eficiente el sistema, se debería mandar a quién corresponda que recaude \$3.600 millones y no solamente \$600, pues esa falta de copago perjudica a los más vulnerables de nuestro país.

Ante las afirmaciones que sostienen la existencia de un supuesto cambio en la frecuencia o periodicidad, presentó el caso de una evaluación postquirúrgica de escoliosis. Explicó que, sin conocer los valores del arancel 2015, sino solo que el valor total de la canasta según el Decreto N° 21/2016, que contempla cuatro consultas al especialista con un valor final de \$108.440, arrojaría para cada consulta \$27.110. Si se agrega el copago de 20%, la cifra quedaría en \$ 5.400. Eso si se utiliza el criterio del Decreto 2010, que disponía hacerlo por cada control.

En un segundo escenario, al corregir y tomar la frecuencia del Decreto 2013, en donde efectivamente se establece por evaluación completa, los mismos \$108.000 arrojarían un 20% de \$21.000.

Entonces, manifestó, no es posible entender que se fundamente que por el hecho de cambiar las frecuencias se modifica el costo final, porque en un caso se divide por 20% de un 100%, y en el otro caso 25%, toda vez que son cuatro prestaciones.

Aclaró que no se trata del Sigges, pues no se corrigió en el Ministerio y se continuó usando las tablas de 2010, sino de las planillas que manejaba la secretaría técnica del AUGE.

Las correcciones para el Sigges 2010 quedaron en la secretaría técnica del GES. Manifestó desconocer si se modificaron en el Sigges, porque la tarea de la secretaría técnica del GES era especificar la frecuencia y sus respectivas valorizaciones. Puntualizó que esa secretaría continuaba su trabajo para dar sustento al decreto y para conciliar las evaluaciones económicas que dieran cuenta de las modificaciones sanitarias, con los costos esperados que debía tener la prima, de acuerdo con lo que la ley mandata. Recordó que esas planillas en excel no se le entregaban a nadie, sino que formaban parte del material de trabajo que las comisiones y unidades siguientes debieron haber tomado en cuenta y revisar.

El material de trabajo que se manejaba en la secretaría técnica, y dado que se mantuvo continuidad de las mismas personas que estaban desde el gobierno anterior, no fue necesario entregarlo, sino solo darle continuidad al proceso.

Opinó que a esta Comisión le correspondía hacerse cargo de que la ministra de Salud, Carmen Castillo, y el subsecretario de Salud Pública, Jaime Burrows, sabían que habían incurrido en errores que era necesario corregir. De hecho, el decreto 2015 tendría un retraso, en su segunda versión, dado que se tendría que ocupar un tiempo para corregirlo.

Sostuvo que la evidencia presentada demuestra que los errores están presentes, por lo que los ciudadanos esperan lecciones para seguir mejorando, la primera de las cuales es que a la autoridad o al asesor se le entregue la oportunidad necesaria para hacerle entrega adecuada de la documentación a las autoridades entrantes, porque la causa raíz de la equivocación de quienes intervinieron posteriormente, es que no hay certeza de que hayan accedido a esas planillas Excel, que destacan con colores los cambios de periodicidad.

Solicitó no olvidar que entre 2012 y 2015, el cambio que se produjo en la recaudación fue de aproximadamente 59% de copago. Opinó que no es indiferente para el país que un grupo de chilenos abuse y no pague \$3 mil millones que la ley les exige, mientras que otros se hacen cargo y pagan los \$600 mil millones que les corresponde.

12. Señor Pedro Crocco Ábalos, ex Jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud⁵².

- Decreto de 2016.

Destacó que fue jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades, entre el 11 de marzo de 2014 y el 31 de mayo de 2016. Al momento de firmarse el Decreto que entraba en vigencia este año, se desempeñaba como subsecretario subrogante, en cuya calidad firmó ese documento.

Explicó que la División de Prevención y Control de Enfermedades tiene diez departamentos, uno de los cuales es el Departamento GES, que no solo se ocupa de las Garantías Explícitas en Salud, sino que también busca la evidencia.

Hizo presente que en el Ministerio de Salud existen distintas entidades que tienen relación con el GES y que asumen un rol importante en la toma de decisiones respecto del decreto GES, destacando el Consejo Consultivo y el Directorio GES, en el que participan todas las autoridades y que es dirigido por el ministro de Salud. Este órgano es el que toma las decisiones relevantes, como cuántos problemas ingresan, cuál es el presupuesto que se otorga y qué elementos se incorporan. Asimismo, existe una comisión, que se crea por resolución, que es la encargada de elaborar el decreto.

Puntualizó que en el Directorio GES participan la Subsecretaría, Fonasa, la Superintendencia de Salud y la Cenabast. Y en el equipo que redacta el decreto también participan la Superintendencia de Salud, Fonasa y la Subsecretaría de Salud Pública.

Subrayó que debe tenerse presente dos situaciones respecto del GES, que probablemente tienen mucha relación con lo ocurrido. En primer lugar, si se interpreta la ley, se concluirá que probablemente a Fonasa no le corresponda ningún rol en el decreto, pues en la norma estaría implícita la separación de funciones. Desde el punto de vista práctico, en ese marco se definen las dos

⁵² Sesión 4ª de 18 de julio de 2016.

subsecretarías, la de Salud Pública y la de Redes Asistenciales, y los seguros, entendiéndolo como tales a Fonasa y a las Isapres. Y esto, probablemente, se manifieste en el decreto.

Aclaró que en las prácticas habituales del Ministerio de Salud a través de los años, han participado las distintas entidades en todo lo que tiene relación con el decreto. Aseguró que Fonasa participa en el Directorio GES en la formulación del decreto, realidad que destacó como un hecho relevante, porque ahí se produce una discordancia desde el punto de vista práctico, toda vez que, aunque participa, no tiene responsabilidad administrativa dado que, desde el punto de vista formal, no firma un decreto.

En el caso concreto del decreto en cuestionamiento, indicó que, en una mirada *ex post*, se observa que hubo un cambio de metodología respecto del decreto anterior en cuanto a la forma de cálculo de las protecciones financieras, situación que no se sabía al momento en que se tomó la decisión de firmarlo. Es decir, no se había explicitado que existía un cambio en la metodología que, desde el punto de vista práctico, significaba cambios importantes en los montos de copago.

Manifestó que asumía la responsabilidad de aquello, ya que se hizo un acto de fe respecto de que la información contenida en el decreto era correcta. Ese acto de fe se sustentó, primero, en su plena consciencia de que los equipos de Fonasa y del Ministerio son de calidad y han hecho bien su trabajo. En segundo lugar, en que el funcionario a cargo del departamento GES había trabajado en cuatro decretos, llevaba muchos años en el servicio y no hizo nada distinto de lo que se había hecho siempre. En tercer lugar, en que cuando se estaba a punto de firmar el decreto, no se compararon las protecciones financieras que se firmarían con las del decreto anterior. Admitió que eso es lo único que podría haberse hecho, dado que en ese momento se desconocía que hubiese existido un cambio en la modalidad de cálculo de la protección financiera en el decreto de 2013.

La segunda situación tiene que ver con las guías clínicas, pues algo que marca fuertemente al Ministerio de Salud es que la ley se refiere a protocolos y no a guías clínicas. Explicó que en la nomenclatura del Ministerio, el protocolo tiene carácter de norma, es decir, el protocolo se cumple. En cambio, la guía clínica siempre se ha planteado de forma referencial, pero la práctica de muchos años condujo a que se confeccionaran guías clínicas para GES, en circunstancias que la ley planteaba protocolos. Reconoció que el problema de que las guías clínicas es que se asume que por el hecho de estar elaboradas por el Ministerio, que es un actor normativo, tienen un carácter distinto. Por ejemplo, en más de una ocasión el Poder Judicial ha interpretado que la droga J, K o L, que aparecían mencionadas en una guía clínica pero que no estaban garantizadas en el decreto, debían ser entregadas al paciente.

Relevó que a cualquier entidad esa situación le produce una tremenda tensión, dado que desde el punto de vista práctico, algunos actores, e independientemente de que la guía clínica sea referencial, la asumen como obligatoria.

Subrayó que la guía clínica es referencial, lo que no está en ella no se puede garantizar, pero tampoco se puede garantizar lo que está. Adicionó que la guía clínica, no solo en Chile sino que en distintas partes del mundo, es poco usada. Sin embargo, su importancia en GES, es que influye en la política pública, porque lo que no está en la guía clínica, no puede estar garantizado, condición que genera presión de distintos actores por actualizarlas lo más pronto posible.

Estimó que allí es donde apareció el primer problema, porque en algún momento se planteó que debía actualizarse la guía clínica cada tres años, no obstante de que ello no debería ser así en tanto esa guía puede

quedar obsoleta antes de los tres años. Ejemplificó el caso de la guía clínica del VIH Sida, que es de 2013 y no está actualizada, aunque ha habido cambios tecnológicos que hacen necesario que se modifique. Acotó que, en consideración a las restricciones presupuestarias del sector, se debe tener cautela con esa lógica de actualizar una guía clínica basados en la mejor evidencia disponible, sin evaluar, como lo hace un protocolo, la capacidad presupuestaria o de oferta para asumirlo.

Aun así, señaló que en los últimos años se ha hecho un esfuerzo importante en mejorar las guías clínicas y desde 2014 el Ministerio de Salud dispuso utilizar la metodología Grade, lo que representó un paso adelante para optimizar un conjunto de guías muy diversas en cuanto a su calidad.

Refirió que se inició un proceso de actualización de guías clínicas, basada en la decisión de que no se producirá más problemas por el decreto GES vigente, ya que no había más marco presupuestario para hacer mejoras sustanciales en todo lo que tiene que ver con el GES.

Por otra parte, hay una condición estructural, relacionada con la prima máxima autorizada en la ley GES. Así, observó que aunque se dispusiera del presupuesto, al intentar mejorar el GES se encontraría con una limitación que supera las disponibilidades presupuestarias de los ministerios de Hacienda y de Salud. Explicó que la ley establece una prima máxima autorizada, que originalmente era 3,06 UF y que se fue reajustando de acuerdo con la modalidad establecida en la ley, que tiene que ver con el índice de salarios. Lo que pretendía era mantener el poder adquisitivo para seguir prestando el mismo servicio, y aunque se pasó de los 56 problemas a los 80 actuales, en la práctica se ha seguido trabajando con la misma prima, olvidando que fueron aumentando los problemas.

Por ello, aseveró, uno de los temas pendientes en el GES es revisar la prima máxima autorizada, porque si eso no ocurre, será muy difícil mejorar el GES o agregar nuevas canastas.

Por otra parte, al analizar el estudio de verificación de costos de 2016, se puede observar que lo que aconteció pudo haber pasado siempre, pues lo que hace es cambiar la forma de estimar los costos. En todos los estudios de verificación de costos previos, obligados por ley, la prima máxima autorizada reajustada era inferior a la estimada por el Ministerio de Hacienda.

El estudio de verificación de costos para este decreto cambió la metodología de cálculo del vector de precios y se incorporó el estudio de la Universidad Católica, de 2011, que define que el valor de las prestaciones en el sector público es mayor que el calculado en la forma antigua.

Puntualizó que en el estudio de costos actual, el estimado por beneficiario es de 4,2 UF; la prima máxima autorizada es 3,86 UF.

En este caso, se solicitó a la Universidad de Chile que sensibilizara, usando los vectores de precios previos, ejercicio que arrojó 3,6 UF para permitir tener decreto.

Reveló que el problema principal de ese decreto no era la protección financiera, porque era un dato que se consideraba válido, sino la interpretación que se podía dar al estudio de verificación de costos y si eso permitía que hubiera decreto. La interpretación que se le dio, que consideró como válida, es que estaba dentro de la varianza de un estudio, porque lo que se hace en él es que se sensibiliza con los otros vectores de precios utilizados anteriormente, lo que permitía que se aprobara el decreto.

Aseguró que es un aspecto relevante mirar el GES antes, y los cambios que se pudieron haber hecho y los que se hicieron.

- Responsabilidad de Fonasa.

Respecto del rol y responsabilidad de Fonasa, aseveró que esa entidad no firma el decreto, por lo que no existe responsabilidad administrativa, aun cuando participa en el proceso a través del Directorio GES, donde se toman las decisiones; en la comisión que ayuda en la redacción y revisión del decreto, junto con la Superintendencia de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y donde se le solicita información efectuar las protecciones financieras. Insistió en que, claramente, Fonasa no tiene responsabilidad administrativa, pero participa en el proceso.

Explicó que la razón de que Fonasa firme o no el decreto, tiene que ver más bien con las prácticas, con la forma en que se ha hecho a través del tiempo y con la concepción que a través de los años se ha ido construyendo. Tiene que ver también con la experticia que tiene Fonasa en esa materia, porque es el ente técnico con las capacidades para realizarlo y tiene las bases de datos que se requieren para hacer ese trabajo. La doctora Tohá tiene mucha experiencia en esto y ha participado en la redacción de los últimos decretos. Fue jefa de departamento y simplemente hizo lo que había hecho siempre; ese es el acto de fe.

- Errores de los cálculos

En cuanto a la planilla Excel, reveló que existieron dos tipos de errores. El primero correspondió a los errores-errores, que son los 12 primeros y donde hubo una equivocación-equivocación que no se relaciona con 12 problemas de salud ni con el cambio de metodología, sino más bien con que les asignaron valores anuales en vez de mensuales.

Luego están los otros errores, que se relacionan con cambios de metodología y que realizó el equipo de Mañalich. Puntualizó que el Ministerio de Salud hizo dos cambios desde el punto de vista práctico y metodológico. El primero fue el cambio en la forma de cálculo de la protección financiera, que ya no se realiza usando el valor de transferencia por 1,3. Y lo otro fue un cambio en las periodicidades para algunos seguimientos. Afirmó que se podría decir que todo ese trabajo está mal, pero se trata solo de 12 errores, no de 40.

Si se afirma que una parte de lo que hizo el equipo está mal, y las periodicidades están mal pero el resto está bien, entonces son 40, lo que tiene que ver con la concepción de qué consideramos error. Reiteró que si todo lo que hizo el equipo Mañalich está mal, quiere decir que son aproximadamente 12 errores y no 40. Sin embargo, si no son 40 errores y todo lo que se hizo estaba bien, entonces, son 80 errores. Acotó que lo relevante no es eso, sino la oportunidad en que ello se conoció y que marca la diferencia.

En relación con temáticas más estructurales, indicó que es una problemática del sector público desde el primer decreto que superó los 56 problemas y que enfrenta a una realidad complicada, en tanto sigue agregando problemas de salud sin que en lo sustancial se mejore el marco de recursos que la ley obliga.

Reconoció que tampoco se trata de una problemática de ahora, ni siquiera del decreto anterior; sino desde cuando se superaron los 56 problemas. Advirtió que es una situación que aún está pendiente y que lleva probablemente a que los problemas no se traten con la integralidad que se requiere, y donde existen dos posibilidades: enfrentarlos en profundidad, aumentando las coberturas por edad en algunos problemas de salud, o limitándolas a un grupo

etario específico, que fue la decisión adoptada en algún momento, aumentando el número de problemas.

Opinó que en el decreto actual se actuó de manera muy cautelosa, en tanto no se aumentaron los problemas de salud y no hubo grandes cambios, dado que no había recursos en el marco presupuestario ni un marco de prima máxima autorizada que lo permitiese, que son los dos elementos que influyen sobre el quehacer del decreto actual.

Reflexionó que cuando se implementó el GES, Chile asumió un salto importante con muchas implicancias, consistente en garantizar en oportunidad la cobertura de una cantidad de problemas, sin tener certeza absoluta de que podría hacer a futuro, dado que los cambios de demanda son muy dinámicos a través del tiempo.

Identificó dos elementos que marcan el GES. El primero es que se tiende a suponer que la oferta se mantiene estable, lo que constituye un supuesto fuerte. Especificó que la oferta que se dimensiona para calcular si se alcanzará a satisfacer las demandas del GES tiene dos supuestos fuertes: que se puede estimar en forma muy precisa la demanda futura, y que se puede estimar cuáles serán las proyecciones de oferta, sin considerar que en el GES hay distorsión que produce cambios en las posibilidades de oferta. Ese escenario, advirtió, ocurre en muy pocos países.

Respecto del GES, la discusión fue sobre dos temas: la gestión clínica de la lista de espera y una modificación interesante referida al cambio de dos ejes: uno centrado en la oferta y otro en la demanda. Además, establecer en un documento a quién se atiende primero y a quién se atiende después, que es algo que aún se continúa analizando.

Manifestó no tener duda de que el GES ha sido bueno, particularmente porque cambia a ejes centrados en la oferta y la demanda, lo que si bien ha explicitado derechos, estos han sido difíciles de cumplir en el tiempo. Sin embargo, ello no ha menoscabado en absoluto los beneficios que ha otorgado el GES.

- Acciones ante el Decreto erróneo de 2016.

Recordó que conoció de problemas en relación con el GES poco después de publicado el decreto, en tanto Fonasa se comunicó con el departamento GES informándole que había 12 problemas. En su caso, una agrupación dedicada a la depresión le indicó que los copagos habían subido mucho, por lo que 3 o 4 días después le consultó a la doctora Tohá por la situación. Es decir, el problema se hizo público y, por una parte, Fonasa se percató y así lo comunicó a la unidad GES y, por otra, en forma coincidente, una agrupación vinculada al tema de la depresión observó que los copagos habían subido muchísimo.

También se comunicó relativamente pronto a la autoridad, lo que aconteció mucho antes de que saliera en la prensa.

En relación con la magnitud del problema, admitió que se percataron primero de los 12 errores y posteriormente del cambio de metodología. Describió que en el equipo que trabajó en la construcción del decreto participaron distintas entidades, que trabajaron sobre la base del decreto 2013, pero las protecciones financieras se dejaron aparte, porque, desde el punto de vista práctico, era una materia que Fonasa posteriormente informaría. Por lo tanto, el grupo que trabajó no se detuvo en las protecciones financieras, que llegaron desde Fonasa casi al final, para hacer el *cut and paste* y agregarlas en el decreto.

Reiteró que asume su responsabilidad, en tanto firmó ese decreto siendo jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades. Aseguró que, sin duda, tiene responsabilidad.

13. Señora Liliana Jadue, del Instituto de Administración de Salud de la Universidad de Chile⁵³.

Expuso sobre el Estudio de Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con Garantías Explícitas –2015-

Refirió que el objetivo general del estudio es obtener una estimación del costo anual esperado por beneficiario de Fonasa y de Isapre, para revisar qué ocurre con la aplicación de los problemas que están bajo el régimen GES.

Los objetivos del estudio son:

- Estimar la población de beneficiarios de Fonasa e Isapre, en este caso solo para 2016, aunque advirtió que en otros estudios se ha solicitado para más años.
- Realizar una estimación de demanda GES para Fonasa e Isapre, para cada problema de salud y para cada intervención asociada en el GES.
- En materia de costos, obtener los precios públicos y privados de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos utilizados en las canastas de prestaciones.
- Obtener los costos públicos de las prestaciones aranceladas que forman parte de cada uno de los problemas de salud.
- Obtener los precios privados para servicios GES de las prestaciones que forman parte de los problemas de salud.
- Construir vectores de precios (en UF) para Fonasa e Isapre que permitan estimar el costo de las prestaciones asociadas.
- Estimar el costo anual esperado individual promedio por beneficiario (CEPB) de las patologías GES, tanto en el sector público como privado.
- Realizar las sensibilizaciones de las estimaciones del costo esperado individual promedio por beneficiario para el año 2016, en distintos escenarios acordados con la contraparte técnica.

Precisó que los problemas de salud incluidos son los 80 tradicionales más 3 nuevos que se pudieron costear. Explicó que Fonasa entrega las canastas, que durante el estudio pueden ser cambiadas agregando o quitando insumos, servicios o prestaciones que se mantienen hasta que Fonasa, o la contraparte técnica del Minsal, defina que esas canastas son definitivas. Detalló que los tres problemas nuevos de salud en evaluación eran la depresión en los adolescentes, el tratamiento del glaucoma y el examen de medicina preventiva, que en realidad se ha costeado todos los años en todos los estudios.

⁵³ Sesión 6ª de 8 de agosto de 2016.

TABLA 3: PS EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA

SEGÚN DECRETO	
PS	NOMBRE PS
83.1	Examen de Medicina Preventiva de la Embarazada
83.2	Examen de Medicina Preventiva del Recién Nacido
83.3	Examen de Medicina Preventiva del Lactante
83.4	Examen de Medicina Preventiva de Niñas y Niños de 4 Años
83.5	Examen de Medicina Preventiva de Menores de 65 años (> de 15 años)
83.6	Mujeres de 25 a 64 años, Papanicolau
83.7	Personas de 40 años y más, Dislipedemia
83.8	Mujeres de 50 a 59 años, Cáncer de Mama (Mamografía)
83.9	Examen de Medicina Preventiva del Adulto de 65 años y más

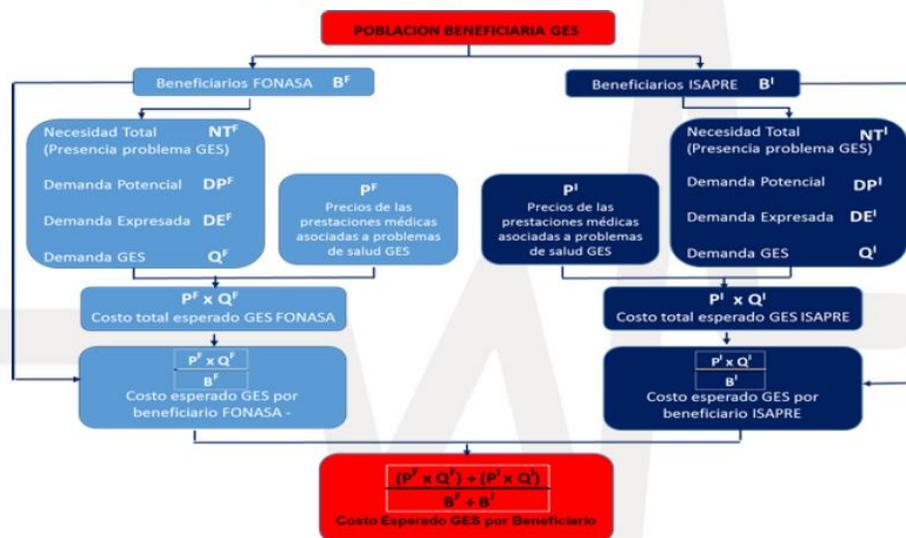
Fuente: Elaboración Propia

- Metodología General de Cálculo.

Describió que para la metodología general de cálculo se estimaron las poblaciones beneficiarias para Fonasa e Isapre para el año 2016, trabajo que realizó un demógrafo sobre la base de datos de censos y otras estimaciones de población en Chile. A continuación se hicieron las estimaciones epidemiológicas para cada problema de salud garantizado (incluyendo incidencia y prevalencia), recogiendo la bibliografía nacional disponible y de estudios internacionales cuando no se conocían los casos, y la información de uso de los casos GES tanto en Fonasa como Isapre.

Luego, para los objetivos relacionados con precios y costos, se obtuvieron los precios públicos y privados para las prestaciones médicas y los insumos. Se calcularon los costos de las prestaciones contenidas en cada una de las canastas GES para todos los problemas de salud, y se calculó el costo esperado por beneficiario (CEPB) por tipo de seguro (Fonasa e Isapre). Por último, se entregan los resultados finales.

FIGURA 1: ESQUEMA GENERAL DE CÁLCULO



Fuente: Elaboración Propia en base a Estudios EVC anteriores

- Resultados del Estudio.

Población. Relató que la estimación de la población beneficiaria para Fonasa e Isapre se obtiene desde los datos del INE, del Ministerio

de Desarrollo Social y de la Superintendencia de Salud que conocen las proporciones y la composición de la población de las Isapre, y del Fondo Nacional de Salud y de la Dipreca, porque esa población no se resta del total de las estimaciones de población hechas en Chile.

TABLA 4: FONASA E ISAPRE: TOTAL DE BENEFICIARIOS ESTIMADOS AL 30 DE JUNIO, POR TIPO DE PREVISIÓN EN SALUD Y SEXO, 2016

	Total	Hombres	Mujeres
FONASA	13.853.021	6.537.303	7.315.718
ISAPRE	3.424.572	1.897.252	1.527.320
Ambos (FONASA e ISAPRE)	17.277.593	8.434.555	8.843.038
Chile	18.191.884	9.003.254	9.188.630

Fuente: Elaboración Propia

Exhibió una tabla con las cifras resultantes, acotando que la diferencia con el total del país corresponde a la población que está en otro sistema de seguridad social.

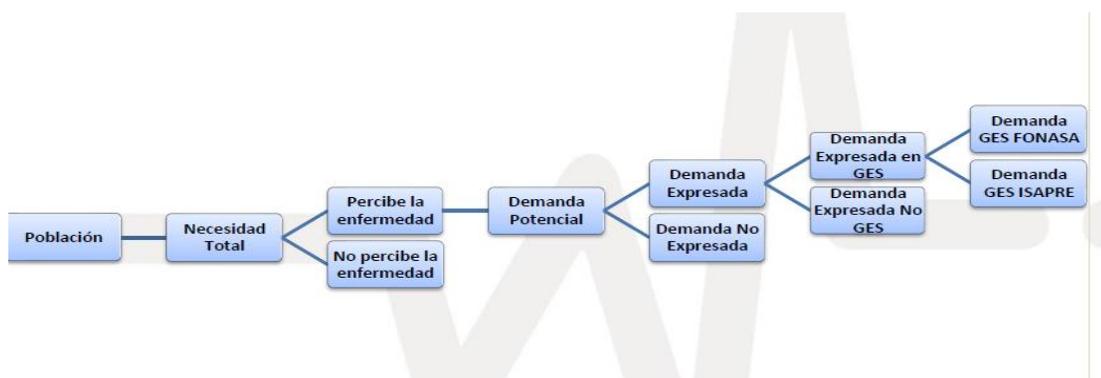
TABLA 5: FONASA E ISAPRE: TOTAL DE BENEFICIARIOS ESTIMADOS AL 30 DE JUNIO, POR TIPO DE PREVISIÓN EN SALUD Y SEXO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2016

GRUPOS DE EDAD	Beneficiarios por Tipo de Previsión en Salud y Sexo								
	CHILE ¹			FONASA			ISAPRE		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
TOTAL	18.191.884	9.003.254	9.188.630	13.853.021	6.537.303	7.315.718	3.424.572	1.897.252	1.527.320
0-4	1.237.960	630.288	607.672	884.494	449.337	435.157	250.451	126.773	123.678
5-9	1.240.731	632.438	608.293	924.998	465.494	459.504	255.342	129.277	126.065
10-14	1.194.224	609.202	585.022	896.704	451.820	444.884	232.571	116.954	115.617
15-19	1.300.362	664.249	636.113	995.177	494.332	500.845	249.133	130.836	118.297
20-24	1.437.569	732.606	704.963	1.095.745	531.809	563.936	297.557	171.800	125.757
25-29	1.517.178	767.371	749.807	1.118.328	523.829	594.499	354.236	215.013	139.223
30-34	1.397.156	703.722	693.434	992.452	456.460	535.992	354.111	216.063	138.048
35-39	1.256.597	629.709	626.888	888.149	410.340	477.809	307.443	180.851	126.592
40-44	1.243.759	619.939	623.820	904.400	419.360	485.040	270.332	156.517	113.815
45-49	1.253.992	621.802	632.190	953.912	447.103	506.809	231.757	131.448	100.309
50-54	1.235.770	608.941	626.829	975.484	457.038	518.446	197.319	109.039	88.280
55-59	1.089.897	533.035	556.862	887.741	417.898	469.843	149.835	81.572	68.263
60-64	857.821	414.517	443.304	696.374	322.019	374.355	102.146	55.672	46.474
65-69	664.840	313.404	351.436	539.001	247.132	291.869	82.228	37.276	44.952
70-74	508.241	230.007	278.234	432.784	191.032	241.752	45.820	20.524	25.296
75-79	355.171	151.296	203.875	308.123	127.519	180.604	23.496	10.446	13.050
80 o más	400.616	140.728	259.888	359.155	124.781	234.374	20.795	7.191	13.604

Fuente: Elaboración Propia

Demanda. Puntualizó que cada problema de salud AUGE tiene una población absolutamente definida, y ese dato se aplicó a la estimación de demanda.

Explicó que para estimar la demanda en GES para cada tipo de seguro, se construye un flujograma de información que se inicia con la necesidad total, que es la población que tiene el problema de salud, quienes perciben la enfermedad y quienes finalmente podrían llegar a requerir servicios.



Acotó que en la Encuesta Casen existen antecedentes de que la población que percibe enfermedades y la que demanda servicios es una proporción muy pequeña: solo entre 12% y 14%, por lo que se hace una estimación de esta demanda potencial, respecto de cuál es la demanda expresada y qué parte de ella se demandará por GES. Para ello se realizan los estudios por tipo de seguro, pues los estudios y los registros de los mismos tipos de seguros permiten hacer la diferencia, desde la necesidad total.

Según el Decreto Supremo N° 4 GES 2013, y de acuerdo con las características que establece el estudio, para cada uno de los grupos de población se contemplan 3 Tipos de Intervenciones Sanitarias (TIS): diagnóstico, tratamiento y seguimiento, cada una de las cuales puede tener una sola prestación o tener muchas canastas. Ejemplificó que en el caso de cánceres infantiles, que incluye alrededor de 85 patologías, las canastas son numerosas, pues hay muchas para diagnóstico, para tratamiento y para seguimiento; en cambio, hay otros problemas de salud que tienen una sola canasta y una sola intervención. Por ello, es algo absolutamente variable y relativo según cada problema de salud.

Agregó que la demanda estimada en GES para cada grupo de salud se distribuye en canastas y por información conocida, respecto de cómo la población las usa, dado que hay algunas canastas en las que se sobreestima el uso. Ejemplificó el caso de infarto al miocardio, en que la canasta de diagnóstico es el electrocardiograma, y es altamente probable que cuando se asiste a un servicio de urgencia, se sospeche un infarto y se realicen un número de electrocardiogramas de diagnóstico infinitamente mayor que el número infartos que realmente ocurren. Entonces, esa canasta se sobreestima sobre la base de los datos de uso, por cinco o por diez veces.

En materia de seguimiento, y dado que los pacientes tienen libertad de entrar y salir del GES según su tipo de seguro, en los datos de uso se observa que es poca la población que utiliza los servicios de seguimiento. Por ello, cuando se observan los resultados de cada uno de los problemas de salud, se puede determinar la demanda esperada en GES y ese número coincide con los casos nuevos y con los casos reales, pero los casos que están en las canastas tienen que coincidir con el desarrollo clínico del problema de salud: cómo se atiende, cuántas personas necesitan diagnóstico, cuántas personas necesitan cada uno de los tratamientos y cuántas personas continúan con el seguimiento.

La Necesidad Total, por su parte, proviene de los estudios científico- epidemiológicos de costos anteriores, la encuesta nacional de salud y la información de las sociedades científicas, entre otros.

La Demanda Potencial se estima a través de indicadores tales como población por seguro, necesidad total de atención en salud y también de datos epidemiológicos de incidencia y prevalencia.

Destacó que en la Demanda Expresada comienzan a utilizarse con mayor intensidad los datos respecto de qué es lo que la población realmente hace, de registros de la Superintendencia de Salud y del Fonasa. Se usan indicadores de morbilidad, tales como tasas de egresos hospitalarios, consultas de morbilidad, atenciones de urgencia, etc, datos todos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud.

Finalmente, la demanda expresada en GES proviene directamente de sistemas de información creados para ello. Consiste en la Demanda Expresada multiplicada por un coeficiente que se construye caso a caso, seleccionando o combinando variables como preferencias del paciente, oferta y acceso a servicios, costo de tratamiento, variables del Sigges, facturación de Fonasa y otros.

Consideró necesario destacar que estos sistemas tienen el problema que no son buenos para la epidemiología, pues fueron creados con otros fines. Así, en el caso del Fonasa, el registro está basado en el sistema del pago de las prestaciones y no en el sentido de qué le pasa a un individuo. Opinó que es un estudio de uso más que de demanda, por lo que necesita arreglos para poder hacer un seguimiento de qué le ocurre a una persona que es atendida por un problema de salud GES.

Reconoció que el registro de las Isapres, que ingresa de manera distinta la información, es bastante más preciso respecto de cuáles son los casos que están realmente atendidos, porque su lógica es tomar el dato de la persona, no de la prestación.

Se intentó entonces realizar una Modelación Complementaria. Dado que Chile tiene muchos datos y registros, se trabajó en un modelo distinto para ajustar la probabilidad de que una persona decida utilizar GES. Sin embargo, admitió, no dio los resultados esperados, porque tuvo problemas con la lógica de registrar la información, que es distinta desde el punto de vista de lo que pasa en el Fonasa y en Isapres, y la calidad de la información no permitió llegar a una conclusión válida.

Exhibió luego varias diapositivas con las demandas en cada uno de los 80 problemas de salud y por cada tipo de beneficiario, Fonasa e Isapres, pero advirtió que se trata de un número referencial para definir qué proporción utiliza cada una de las canastas, es decir, son datos de cuántos serían los casos prevalentes.

También enumeró distintos estudios teóricos que tienen una calidad de precisión en la estimación menor. Relevó que existen tantas fuentes de variación en la demanda por cada del aumento de la población y porque son estudios teóricos. Observó que crear canastas nuevas también genera cambios en la demanda, pues cuando existen insumos, servicios, medicamentos o prestaciones que son mucho más atractivas para la población, la estimación de la demanda cambia.

Advirtió que la subestimación de demanda en el estudio anterior es porque se conocía menos información respecto de cada uno de los problemas de salud y los cambios en la composición de las canastas.

Explicó que la base de datos es un programa hecho en una planilla Excel, que tiene distintas hojas con datos sobre las poblaciones, las canastas y los precios. En la hoja de trabajo, actualizada por la población y para el período, se ingresan primero las personas que tendrán la demanda, lo que está cargado en el sistema y en cuyo caso las proporciones creadas se vuelven a insertar, así como las del uso de las canastas y el equipo de costos. Cada canasta en particular viene directamente del Fonasa, y su información se carga en la planilla.

Indicó que se trata de un programa que es de propiedad del Minsal, basado en una planilla *Excel* muy avanzada, sin conexión con el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (Sigges).

- Uso del GES.

Relató que cuando surgió el AUGE, denominado luego GES, se elaboró un mecanismo de priorización y criterios de retribución que tuvieron que ver con los problemas de salud que tenían mayor costo, mayor morbilidad, mayor prevalencia, también con un componente social. Con esas variables se diseñó la primera lista de 56 problemas de salud, que se fue implementando lentamente y que en una campaña presidencial pasó a 80 problemas.

Explicó que no está en el listado el cáncer de pulmón pues en el análisis de cuáles eran los problemas que más mataban a los chilenos, también se estudió qué podía ofrecer la tecnología en Chile, pues la política era que el GES ofreciera algo mejor que lo que había. En el caso del cáncer al pulmón, no hay buenos tratamientos, y cuando se diagnostica, siempre es tarde, por lo que a un paciente con cáncer pulmonar se le ofrece cuidados paliativos, que fueron uno de los primeros problemas de salud que entraron al GES.

Respecto de si el GES estaba subvalorado, explicó que el sistema de información del GES comenzó con los sistemas que desarrolló el Fonasa para la gestión de los pagos, y no consideró una analogía de privilegios, lo que no se ha corregido nunca. De hecho, advirtió, hasta el día de hoy, el Sigges sigue siendo un sistema informático que registra prestaciones y se puede seguir el caso, pero ello no tiene ninguna lógica clínica. Insistió en que se puede ver una tendencia al crecimiento, pero sin una lógica clínica, por lo que se comenzó a construir algoritmos relativos al comportamiento de la población, buscando diseñar un modelo con la información de la Isapre y del Fonasa. Se buscan diferencias, se cruza información con lo que ocurre en la atención primaria y se intenta diseñar un modelo, que queda registrado en el estudio de las 700 páginas.

Reconoció que existen problemas de salud que no deberían estar en el GES, porque no tienen la relevancia ni la preexistencia que necesitan para estar ahí. Pero hasta ahora nunca ha habido un Consejo Consultivo que retire un problema de salud, solo se han agregado supuestamente avalados por estudios que justifican su inclusión, aunque se trata de opiniones con las cuales se podría discrepar.

Agregó que existen problemas de salud que los beneficiarios de las Isapres usa poco. Ejemplificó que las diferencias del uso del GES en infecciones respiratorias agudas en el niño, en Fonasa y en Isapres, son impresionantemente distintas. En cambio, observó, en prestaciones que tienen mayor costo y que la población tiene poca disposición en uso, como salud oral, han tenido un cambio notable. Indicó que el análisis inicial era que la población de Isapre no usaría el GES del niño de 6 años, porque no existe siquiera demasiada tradición de visitar al dentista; sin embargo, las personas se han percatado que es una excelente prestación y que no tiene demasiado costo.

Asimismo, indicó que la prestación del parto en el GES tiene un uso mínimo en Isapre, pues una mujer embarazada tiene muy poca disposición a cambiar su médico para atenderse en un hospital que no es de su preferencia.

Adicionó que otra cosa que ha ocurrido es la existencia de una práctica clínica diferencial, pues cuando los equipos de salud saben que hay un examen o una prestación que es GES y que la pueden obtener más rápidamente para un paciente, aunque no sea el diagnóstico, lo utilizan sustentados en el espíritu de beneficiar al paciente del sector público. Ello se observa en un uso de exámenes completamente incomprensible, que no sigue ninguna lógica.

14. Señor Alberto Muñoz, Investigador del Instituto de Administración de Salud de la Universidad De Chile (IAS)⁵⁴.

- Costo de las prestaciones.

Puntualizó que las fuentes del costo total son básicamente tres: los problemas que se incorporan, las canastas que la autoridad sanitaria establece para solucionar los problemas en cuestión y, los precios asociados a las prestaciones que conforman esas canastas.

Subrayó que en el último estudio en particular, se tuvo la ventaja de contar con estudios de costos en el sector público, que no estaban disponibles desde hace mucho tiempo, porque lo que se ha hecho históricamente es tomar el arancel de la MAI (Modalidad de Atención Institucional), que es un arancel de copagos y no un arancel de transferencias. Por esa razón se crean otras figuras financieras para soportar el costo de funcionamiento de los establecimientos.

Advirtió que, aun con esa ventaja, igualmente el número de prestaciones que está costeadas no es el más significativo. Más aún, se desconoce qué ocurre con el resto de las prestaciones que conforman los aranceles MAI de los establecimientos asistenciales de la red pública.

También tiene el inconveniente de que no hay estudios de costos acabados de lo que está pasando en la atención primaria. Recordó que hace poco se entregó un informe respecto de la red de urgencia del sistema público, y las brechas de información entre los servicios de salud y, en particular, respecto de las municipalidades y los establecimientos que forman la red de urgencia de dichas municipalidades, las que calificó de abismantes.

Insistió en que actualmente no se dispone de estudios, antecedentes o datos que estén validados y permitan determinar cuál es el costo de producción de un grupo de prestaciones que es muy relevante dentro del AUGE.

Agregó que también falta una discusión sobre las canastas, en orden a definir cuál es la canasta que hoy, como país, estamos dispuestos a poner sobre la mesa para solucionar el problema de la comunidad y que es, más bien, una discusión clínica.

Opinó que se ha avanzado en mejorar los estudios de costo y que cualquiera que se haga hoy día será mejor que el que hizo antes, porque tendrá mejor data, un avance tecnológico de tres, cuatro o cinco meses respecto del presentado en la Comisión Investigadora.

Respecto de las Isapre, indicó que en todos los estudios de costo que se han hecho del GES, siempre en el costo de las Isapre la prima ha sido menor que el del Fonasa.

Argumentó que siempre ha habido diferencias en las primas del Fonasa y de las Isapre, como también entre lo que concluyen los distintos estudios encargados respecto del decreto que finalmente se constituye. Son caminos distintos. Lo que hace el estudio de los consultores es tratar de responder el requerimiento que establece la ley: determinar si el costo esperado por beneficiario es mayor, menor o igual que la prima que está establecida en la ley.

⁵⁴ Ibídem.

Un tema distinto es lo que ocurre con el decreto, donde los consultores no tienen participación, pues no les corresponde.

Relató que ha sucedido por el lado de los precios, que la brecha entre el decreto y los precios que están pagando las Isapre a sus prestadores, es menor que cuando partió el AUGE, en términos reales. En el promedio son menores, según lo demuestran varios estudios en la materia que lo han ido corroborando.

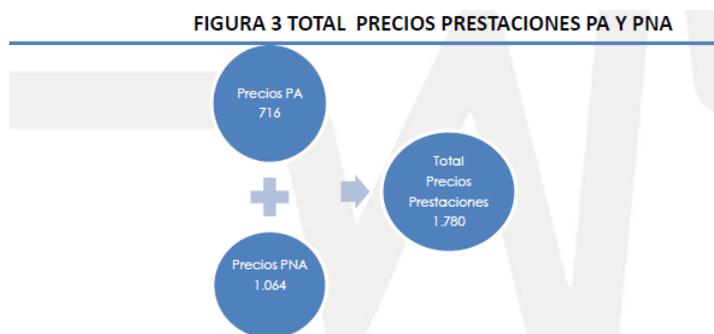
Por el lado de las tasas de uso, el arbitraje que ha hecho la población de Isapres es mayor a lo esperado. Por una cuestión de racionalidad económica, la persona elige la mejor situación, la mejor cobertura a la que puede acceder. Si la cobertura es mejor en el GES, se inclinará por esta alternativa, pero si no lo es y se trata de un prestador preferente o de libre elección, se decidirá por otra solución.

Sostuvo que se deben introducir mejoras e incentivos, para que efectivamente eso ocurra. También debe incentivarse al seguro para que establezca mejores convenios con los prestadores y en esta posibilidad de arbitraje el costo sea mayor para el cliente.

Respecto de estudios para determinar la eficiencia relativa entre prestadores y privados, señaló que no existen en Chile. Acotó que en Estados Unidos se está trabajando con un modelo de firma eficiente y Fonasa ha ido caminando en esa dirección a través de los GRB, pero aún falta situarse a la altura de los países de la OCDE.

- Desarrollo del estudio.

Relató que en la fase del costo lo que se hace es tarificar las prestaciones. Existen prestaciones aranceladas que forman parte de la Modalidad de Atención Institucional y de la Libre Elección del Fonasa; y hay otro grupo de prestaciones que son no aranceladas y que son la mayoría, con medicamentos, insumos, órtesis, prótesis, y otras no aranceladas en la MLE ni en la MAI y que se homologan algunos de los códigos que forman parte de dichos aranceles.



En el caso del Fonasa, y a diferencia de los estudios anteriores, se contó con el estudio de 2011 de la Pontificia de la Universidad Católica, Escuela de Salud Pública, en que tarifican directamente alrededor de 130 prestaciones, de las cuales 10 corresponden a canastas de prestaciones y las 120 restantes son individuales. Dentro de ese grupo de prestaciones hay varias que fueron costeadas a través del método tradicional del *Focus*, que fue instaurado en los años 90 por el Fondo Nacional de Salud, así como otros grupos de prestaciones que no formaron parte del estudio de la Universidad Católica, donde lo que se hizo fue tomar los precios que estaban en 2012 y llevarlos a junio de 2015 a través de la variación del índice de precios al consumidor.

Finalmente había seis prestaciones que no cumplían con ninguno de los criterios anteriores, donde lo que se hizo fue tomar los valores que estaban en la MAI o en la MLE eligiendo el menor entre ellos.

Respecto de los no arancelados, indicó que se adoptaron los precios de la Central Nacional de Abastecimiento, las licitaciones de Mercado Público y, si no estaban en alguna de las dos bases de datos anteriores, se tomó el estudio de 2012, actualizado por IPC. También se accedió a una base de datos que transfirió el Ministerio de Salud y la IMS *Health*, y, a los precios de los aranceles de la MAI y de la MLE.

En el caso de las Isapres, resaltó que la mayor diferencia con los estudios anteriores es que se solicitó a la Superintendencia de Salud que requiriera a la institución de salud previsual el envío de sus bases de datos respecto a los convenios GES, en el sentido de cuáles eran los precios y el número de personas que se estaba atendiendo en dicha cobertura de salud.

Luego se utilizó los precios entregados por el Ministerio de Salud, que son de la Superintendencia de Salud, que corresponden a los valores de prestadores preferentes de 2013 y se actualizaron con el IPC.

No se tuvo acceso a los precios ni a las bases de datos anteriores de un grupo pequeño de prestaciones; alrededor del 7,4% y, en algunos de esos casos, salvo el estudio de 2012, y en un 0,8% se usó el vector de precios públicos. Asimismo, en lo no arancelado se utilizó la base del IMS, desde donde se tomaron los genéricos y, si no estaban disponibles como tales, se usó una serie de criterios que hacían seleccionar el valor más caro aunque la idea era tomar el más barato. En tercera instancia se adoptaron los precios del IMS de 2012 y, finalmente, el vector de precios del Fonasa como buen referente respecto del precio de las Isapres.

Concluyó que el costo estimado para los 83 y los 80 problemas de salud, por beneficiario Fonasa e Isapre fue:

TABLA 15: COSTO GES ESPERADO TOTAL Y POR BENEFICIARIO, FONASA E ISAPRE. ESCENARIO BASE, 2016. (UF 2015: \$24.982,96)

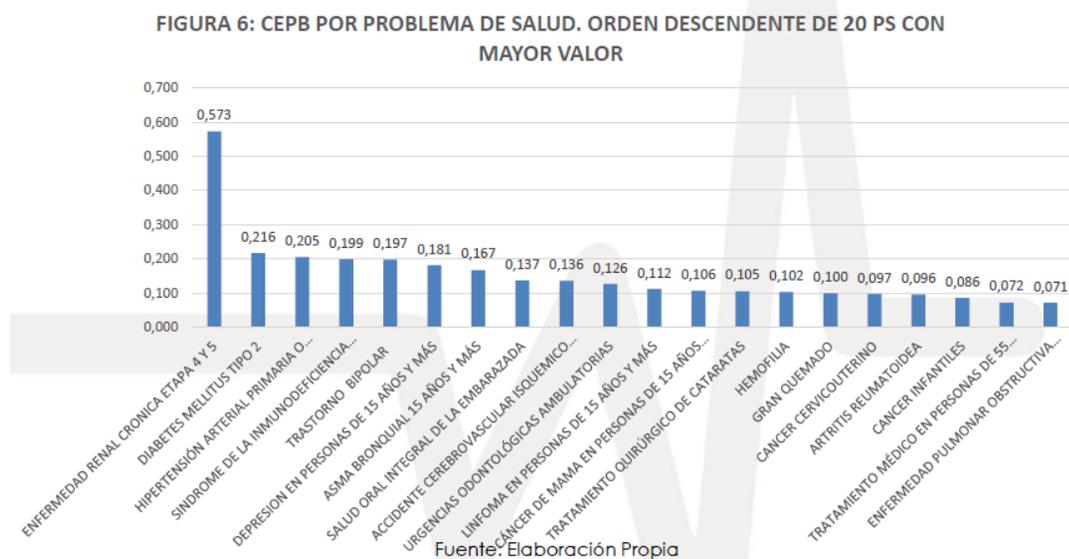
	FONASA	ISAPRE	TOTAL
Población			
Total Beneficiarios	13,853,021	3,424,572	17,277,593
Costo Esperado Total			
MMS\$	1.681.688	272.941	1.954.629
UF	67.313.416	10.925.086	78.238.502
% del Total	86.04%	13.96%	100.00%
Costo Esperado por Beneficiario (UF)			
EVC-2015 83 PS	4,842	3,250	4,527
EVC-2015 80 PS	4,518	2,977	4,213

Fuente: Elaboración Propia

Los 83 problemas de salud bordeaban las 4,86 UF y en el caso de los 80 problemas de salud, alrededor de 4,54 UF para el caso del Fonasa. En total son 4,545 UF y 4,231 UF.

Advirtió que gran parte del costo del Fonasa corresponde a un 86%, pero cuando se analiza respecto al número de beneficiarios esta participación cae a cerca del 80%. La explicación entre uno y otro es una proporción de potenciales pacientes de Isapres que no usan el AUGÉ o el GES, lo que está demostrado con el data de la Superintendencia de Salud.

Refirió que el problema más caro fue la enfermedad renal crónica en la etapa 4 y 5 mientras que el más barato es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.



Resaltó que lo importante es que gran parte del costo en CEPB está justificado por 20 problemas de salud, los cuales explican el 69,07% del costo esperado por beneficiario, mientras que los 60 problemas de salud restantes explican el 30,93%. Aseguró que esa es la gran conclusión y que no es un descubrimiento de este estudio.

- Variaciones CEPB 2015-2012.

Acerca de las diferencias en el CEPB entre 2015 y 2012, identificó 3 variables:

Precios. Indicó que en el caso de los privados, por primera vez se tuvo acceso a los precios y a la frecuencia de los convenios de las Isapres. Recordó que la primera vez que se solicitó fue en el Gobierno del Presidente Piñera, pero en el estudio de 2012 no alcanzó a incorporarse, por lo que se solicitó nuevamente, pues son una buena base de precios de medicamentos que antes no estaba disponible.

Para el caso de los precios públicos, el estudio de Costo y Prestaciones de 2011, de la Universidad Católica, marca una diferencia importante de tener en cuenta.

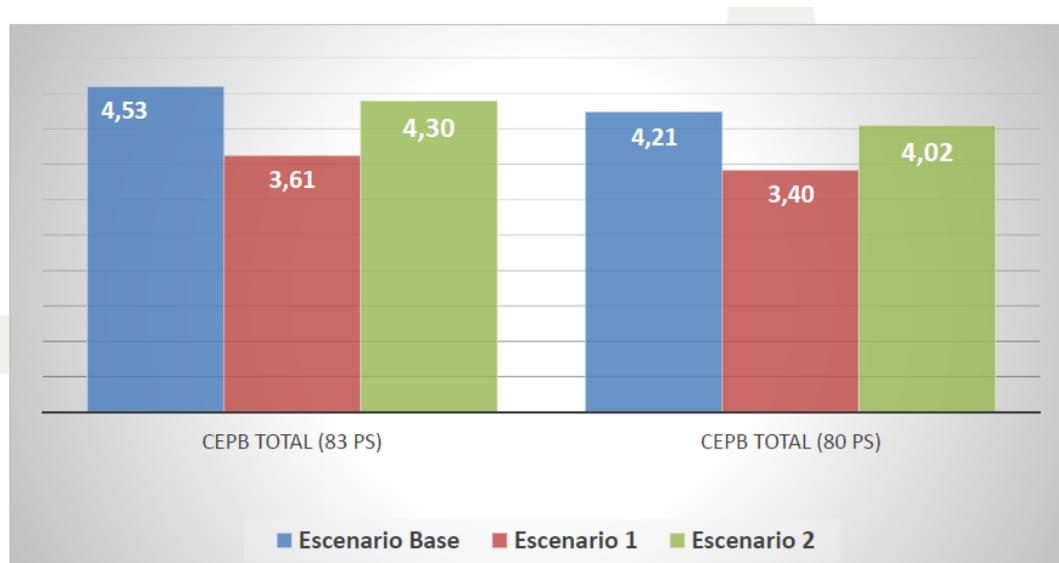
Demanda. En este caso aumentan los beneficiarios del Fonasa respecto del estudio de 2012 y en el análisis se encuentra que había alguna subestimación que obedece exclusivamente al avance del conocimiento de la experiencia entre el período que se hizo el estudio de 2012 y el que se hizo hoy. Relevó que no es para nada atendible al momento que se hizo el estudio, sino que es un problema de desarrollo del conocimiento.

Canastas. Otra explicación es que hay mejoras en 16 canastas, lo que no se puede soslayar.

Por otra parte, señaló que se hicieron dos ejercicios de simulación. En un escenario 1 se tomaron los precios de las prestaciones de 2012, ajustadas por inflación; los precios de los aranceles MAI y MLE y los precios de prestaciones de estudios anteriores al realizado en 2012. Todo ello, ajustados por inflación.

Y en un escenario 2, se tomaron los precios de los estudios de la Universidad Católica de 2011, pero solo aquellas prestaciones que fueron costeadas directamente. El resto de ellas se soslayaron, porque se establecían

variaciones respecto de algún precio promedio y el estudio no es tan claro en cuanto al por qué ocurren esas variaciones. En este caso se adoptaron precios de aranceles MAI/MLE y precios de prestaciones de estudios anteriores al EVC 2012, ajustados por inflación.



Describió que las barras en azul corresponden al escenario base y están con dos decimales. El color rojizo corresponde al escenario 1; más bajo de todos, y el color verde corresponde al escenario 2, que incorpora algunas de las prestaciones costeadas por el estudio realizado por la Universidad Católica, en 2012.

Remarcó las diferencias tanto para los 83 problemas como para los 80 problemas de salud.

- Conclusiones

Fortalezas del estudio.

- En la estimación del costo esperado en Isapres se utilizó fuente de precios privados y frecuencia de prestación en convenio, entregados directamente por las Isapres a la Superintendencia de Salud. Se usó una base de datos que para estudios anteriores no estaba disponible, lo que generó mejoras.
- En el caso de Fonasa se usaron precios públicos, costeados directamente en terreno por un estudio realizado por la Universidad Católica y, además, hay demandas con información de usos complementarios al Sigges, como parte de la mejora en acceso a datos que entregó Fonasa en el desarrollo del estudio.
- Se realiza un análisis más acucioso respecto de las sensibilizaciones y la cuantificación de los efectos.

Dificultades para estimar la demanda.

- Hay limitación en los estudios epidemiológicos nacionales de prevalencia e incidencia.
- Posibles comportamientos heterogéneos de las personas en los PS, por la posibilidad que tienen algunas de arbitrar, pues en ciertas instancias entran al GES y en otras, no. No hay una regla única.

- Los sistemas de información no son homogéneos. Fonasa y la Superintendencia de Salud están trabajando en esa materia, pero en todos los estudios hasta el 2015 no ha habido una base única.
- Es importante tener mejores modelaciones de demanda para futuros estudios.

15. Señor Pablo Araya, representante del Colegio Médico de Chile⁵⁵.

Relató que uno de los temas discutidos en el contexto de la reforma de salud, tiene que ver con Ges, porque si en el marco de la discusión de la reforma de salud privada se exige un plan básico de salud, probablemente las personas no contarán con la opción que hoy tienen en el mundo privado de optar por el sistema GES o por una libre elección ante una patología que está contemplada dentro de las 80 enfermedades.

Por ello su primera pregunta fue cuántas personas del mundo privado que podría sufrir los efectos de una reforma utilizaba el sistema GES. Ante ello, contestó que es conocido que se trataba de un porcentaje menor, de 30%. Sin embargo, esa proporción se ha incrementado en el tiempo y hoy es un poco más de 50%.

Sostuvo que la gente optaba por uno u otro sistema en razón de la calidad y porque los pacientes se inclinan por atenderse con su médico en su lugar de preferencia.

Por lo tanto, en octubre de 2015 el Colegio Médico decidió empezar a revisar las Guías Clínicas del sistema GES, comenzando por preguntar si las 80 guías existentes estaban vigentes. Observó que, para su sorpresa, el 50% de las guías no estaban vigentes, y de las 40 guías vigentes, 20 guías debían ser revisadas en 2016.

Se decidió entonces, habida consideración de que las guías clínicas son elaboradas por las sociedades científicas en cooperación con el Ministerio de Salud, reunir a esas sociedades científicas a fin de que cada una revisara la guía clínica correspondiente a su área.

También se observó algunos resultados publicados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), uno de los cuales sostenía que en Chile mientras la supervivencia de los pacientes admitidos en los hospitales por accidentes isquémicos está cerca del promedio de la OCDE, la supervivencia de los pacientes admitidos por ataques cardíacos, infarto de miocardio, es mucho más baja en comparación con casi todos los países que pertenecen a la OCDE.

De alguna manera, esos parámetros estaban empezando a evidenciar que, tal vez, la gente también optaba por el mundo privado basada en la calidad, la cual el sistema GES no les aseguraba.

Asimismo, señaló que según informes actuales de la OCDE, las personas diagnosticadas con diferentes tipos de cáncer tienen una baja tasa de supervivencia. Para incrementarla se requiere de detección temprana y del tratamiento adecuado y, a pesar de haber aumentado su preocupación en estas materias, Chile, después de México, todavía tiene la segunda tasa de detección de cáncer más baja de los países de la OCDE.

⁵⁵ Sesión 6ª de 8 de agosto de 2016.

Lo anterior también remitía al tema de calidad técnica, por lo que se reunió a las sociedades científicas y se les solicitó que revisaran el particular. En el intertanto, se generó este descalabro, un conflicto mayor, a saber, que en marzo se publicaron unas canastas de prestaciones que venían con todo lo que debían ser mensuales, empaquetados anuales o los costos habían cambiado y, por tanto, aumentaba el costo para el paciente. Reconoció que esa situación desordenó el trabajo, porque empezaron a surgir las miradas respecto de si esto era político y cuando se percataron que el 50% de las patologías del sistema GES estaban incorporadas en esta circunstancia, se agravó un poco la situación en el sentido de tener que explicar a las personas que no era el objetivo.

Relató que el primer hallazgo fue sobre las guías clínicas. El segundo, sobre los valores, pues tras revisar las 501 canastas, 346 habían aumentado su valor, 119 lo habían bajado, 36 eran nuevas, y hubo un promedio de alza de 30% bruto, que puede tener relación con otros costos y dimensiones.

Luego se convocó a las sociedades científicas para consultarles por sus hallazgos y ya se dispone con cerca del 60% de respuestas. Afirmó que en las patologías revisadas, las guías clínicas estaban ajustadas al estándar de lo que exigían las sociedades científicas en un 58%. En otro 42% no contienen información científica actualizada, materia en la que separó la vigencia de la desactualización, pues puede haber una guía clínica vigente, que se revisará en cinco años. Sin embargo, dado que las guías de cáncer están desactualizadas, se decidió que en temas oncológicos las guías y sus canastas debieran ser revisadas cada año.

Respecto de las prestaciones de las canastas del decreto 2016-2019 sobre las 80 patologías, indicó que 43 de ellas incluyen diagnóstico, todas tienen prestaciones de tratamiento, y 32 tienen solo seguimiento. Las guías clínicas tienen reparos para mejorarse en un 73%, es decir, estaban en el estándar pero tienen algún comentario. El 100% de la revisión dice que la canasta no es adecuada. Estimó que ello puede ser parte de que la oferta privada sea distinta a la oferta de una GES limitada, sobre todo, en los aspectos oncológicos.

Aclaró que las canastas que reflejan la respectiva guía clínica son el 26%, pero los comentarios dicen que para el 100% de las patologías revisadas se sugieren actualizaciones e incorporaciones técnicas que mejoren la efectividad de los diagnósticos, tratamientos y posterior seguimiento.

Canastas que presentan reparos importantes de la guía clínica son el 73%. Es decir, del 60% revisado, la gente no está de acuerdo con las canastas.

Se totalizaron 501 prestaciones, 501 canastas y 346 aumentaron el valor, 119 bajaron su valor; 36 son nuevas, el 7%, por lo que no es posible compararlas, y el promedio del alza si se hiciera solo en números, no en costos porque puede ser mucho mayor, el 30%.

Respecto de la incorporación, le pareció que la vigencia y la desactualización son dos cosas distintas, por lo tanto, debiera haber patologías, la inmunológica y la oncológica, que debieran tener estudios de forma anual, con un par de peritos que revisaran el tratamiento. Tal vez en el diagnóstico se avance un poco menos, pero también puede haber marcadores. En ese sentido, es fundamental el rol que cumple el consejo consultivo, el que debería ser la contraparte, con posibilidad de estudiar o tener la atribución de pedir los estudios, los antecedentes necesarios y solicitar su incorporación o todos los trámites que correspondan en la parte administrativa.

Advirtió que el Comité Consultivo tiene poca relevancia y no representa como usuario ni como prestadores ante la contraparte. El ministerio no

tiene contraparte a la hora de fijar valores y prestaciones, lo que calificó de curioso en el mundo de hoy. Opinó que en el Comité Consultivo debiera haber un representante del interés de los usuarios, así como de los prestadores clínicos, un director de hospital o de un servicio de salud, y alguien que representara a quienes tienen el trabajo clínico y directo en el mundo privado. Relevó que no es conveniente que no exista una contraparte.

Del error cometido se desprende que el Comité Consultivo debiera tener una mirada distinta, más autonomía, un par de funciones concretas y más importantes, y mayor representatividad.

16. Señora Rosa Montero, Presidenta de la Corporación de Niños con Artritis⁵⁶.

Relató que la corporación fue fundada en 1996, por el doctor Luis Lira y las doctoras Marta Miranda, María Soledad Toso y Ximena Norambuena, y un grupo de padres. Su trabajo es a nivel nacional y es la única corporación en Latinoamérica focalizada en niños con artritis idiopática juvenil. Desarrollan charlas informativas, seminarios, talleres y campamentos educativos. Levantan stand informativos en congresos médicos y universidades, y mantienen una mesa de trabajo con los ministerios de Salud, de Educación, de Bienes Nacionales.

17. Señora Paloma Rivera, Corporación de Niños con Artritis⁵⁷.

Destacó que la corporación trabaja con los reales beneficiarios de GES, los niños con artritis, una de las 80 patologías.

Exhibió un video presentando un mecanismo que permite sentir los síntomas de la artritis en primera persona, desarrollado en la Universidad de Chile.

Recalcó que hace 17 años la artritis no era vista en Chile y solo la conocían los 15 reumatólogos pediátricos que existen en Chile.

Identificó luego a los integrantes del directorio, a sus colaboradores y relató las actividades de difusión desarrolladas.

Resaltó que el GES para los niños con artritis, como para los demás pacientes en Chile, representa la factibilidad de acceder a un tratamiento, que de otra manera no sería posible. Muchos pacientes tratan de juntar los recursos, pero en algunos casos el copago es muy alto para familias de escasos recursos y el GES es un apoyo.

- Decreto GES de 2016.

Recordó que en 2013 revisaron el programa GES, como cada vez que aparecía un decreto, y detectaron que había errores en dos patologías, situación que se informó y en el curso de un mes se reparó. Se trató de un error en el cálculo de la dosis de medicamentos, pues cuatro medicamentos biológicos que estaban entrando al programa GES quedaron con un copago de \$149.020.

Sin embargo, el 3 de marzo de 2016 se publicó en el Diario Oficial que el copago de \$149.000 pasaba a \$310.000, por lo que hicieron entrega de una presentación de esta patología a la Presidencia, a Fonasa, al Ministerio de Salud y a la Superintendencia de Salud. Ese mismo día tuvieron una reunión con Fonasa, quienes manifestaron desconocer la situación. Tras comunicarse con el

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ *Ibidem*.

Ministerio de Salud, les manifestaron que estuvieran tranquilos porque se había agregado un nuevo medicamento, pero de toda la canasta era el más barato, es decir, no había ninguna justificación para ese error.

En una reunión posterior se reconoció que se trataba de un error, el mismo del año 2013 y se les confirmó que fue un *copy-paste* de lo solicitado en esa época.

Señaló que tras revisar todos los decretos del GES, descubrió que existían 66 patologías con error en los montos. El 30 de mayo entregaron esa información a la Contraloría General de la República y al Ministerio de Hacienda. Posteriormente, en reunión con el Ministerio de Salud se les explicó el error vigente en el decreto, relacionado con la periodicidad de las entregas, cuyo costo se especificó en forma anual, en lugar de mensualmente. Asimismo, en algunas patologías había tratamientos valorizados bajo el costo real de los centros de salud.

Manifestó su preocupación por el error, en tanto su corrección depende de que alguien se percate del mismo.

Refirió un estudio según el cual en el Fonasa hay 1.113 niños con artritis juvenil, mientras que en las Isapres alcanzan a 240. Sin embargo, advirtió que hay 300 pacientes solo en la Red de Salud UC Christus, por lo que no puede ser que en las Isapres haya 240 pacientes.

Lamentó que por falta de médicos no exista cobertura de diagnóstico en el norte del país, por lo que los pacientes deben viajar a Santiago, con el dolor crónico que ello significa para un niño. Tampoco se dispone de una residencia para alojarlos, a pesar de que su tratamiento los deja en la misma condición que un niño con cáncer, totalmente inmunosupresor.

Aclaró que entre los decretos de 2016 y el de 2013 no se trató del mismo error, pues en este último se erró en el cálculo de medicamentos en solo dos patologías, que se sobre calcularon. Este año, en cambio, fueron 13 errores distintos, sintetizados en la discordancia entre la periodicidad y el monto del arancel, pues el monto del arancel es anual y la periodicidad está calculada en forma mensual.

Agregó que el cálculo de tratamientos de alto costo no fue actualizado desde 2010, en algunos casos, y desde 2013, en otros. Entonces, hoy se calculan con aranceles mucho más bajos que lo que cuesta una entrega de tratamiento.

Exhibió una nota de respuesta de la doctora Jeanette Vega, del Fonasa, del 11 de marzo de 2016, en que asume el error y se compromete a trabajar con el Ministerio de Salud para corregir la protección financiera a la brevedad.

Finalmente, propuso un Consejo Consultivo donde se integre al paciente, con la misma facultad de entregar información que los demás integrantes, y no sólo para escuchar.

V. CONSIDERACIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la dos últimas sesiones celebrada por la Comisión Especial Investigadora, se procedió a analizar y votar las conclusiones y proposiciones presentadas por la diputada señora Marcela Hernando, que derivan del trabajo realizado en cumplimiento de su mandato.

Puestas en votación las referidas conclusiones y recomendaciones **fueron aprobadas** por mayoría de votos. Votaron a favor las diputadas señoras Cariola y Hernando, y los diputados señores Alvarado, Arriagada, en reemplazo del señor Espejo, Castro, y Torres. Votaron en contra, la diputada

señora Rubilar, y los diputados señores Hasbún, Kast y Macaya. No hubo abstenciones.

El texto de las conclusiones y proposiciones **aprobadas** es el siguiente:

- CONCLUSIONES.

1. Respecto del proceso de elaboración de los Decretos GES, tanto las autoridades y ex autoridades ministeriales de salud, así como los diferentes expertos que acudieron a la comisión, fueron coincidentes en indicar que este se halla establecido en la Ley N° 19.966 que fija el régimen de garantías explícitas en salud, el cual se resume a continuación:

1.1 El Ministerio de Hacienda fija dos marcos inamovibles:⁵⁸

1.1.1 Presupuesto disponible para el financiamiento en Fonasa; y

1.1.2 Valor de la prima universal en unidades de fomento, UF, a la que deben ajustarse las prestaciones garantizadas⁵⁹. Esta prima es la prima histórica, más un reajuste que no puede superar el incremento del índice de remuneraciones del período. Esta etapa es determinante, pues si el valor de la prima multiplicada por los usuarios resulta menor que el costo de las prestaciones a garantizar, significará modificar las prestaciones para ajustarse al presupuesto.

1.2 En segundo lugar, el Ministerio de Salud empieza un trabajo de determinación de las prestaciones garantizadas, enfocado tanto a los beneficiarios de Fonasa, como a los beneficiarios de Isapres. Para ello establece, mediante resolución, la integración de una comisión técnica *ad-hoc* integrada por diferentes funcionarios de distintas reparticiones ministeriales (en el caso de la elaboración del decreto de 2016, la Resolución Exenta N° 283 - 07/07/2015-estableció el grupo de trabajo que asesoraría a la Ministra, para revisar y modificar el Decreto N° 4, de 2013). Esta comisión es responsable de realizar distintos estudios, con el fin de hacer una preselección de problemas de salud y definir las prestaciones e intervenciones efectivas para esas patologías. Luego, se llevan a cabo las etapas de costear las intervenciones y efectuar estudios de costo-efectividad, con la finalidad de determinar cuáles son las que tienen mejor resultado, definiendo aquellas que serán priorizadas para su incorporación en el nuevo decreto GES. Entre los estudios a realizar por el Minsal, es obligatorio el Estudio de Verificación de Costos, EVC, que debe ser licitado a órganos externos y que, entre otras cosas, sirve para verificar que las prestaciones garantizadas no superen un costo promedio individual significativamente diferente a la prima universal calculada por Hacienda.

1.3 Posteriormente, el Ministerio de Salud somete la propuesta elaborada por la comisión técnica al consejo consultivo GES, para que éste emita una opinión a través de un informe. Este Consejo Consultivo asesora al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud. Asimismo, es representativo de distintas facultades y tiene una labor de asesoramiento, es decir, no es resolutivo respecto de lo que se incluirá en el decreto.

1.4 Con esa opinión en mano, los Ministros de Hacienda y de Salud toman una decisión respecto de cuáles son las garantías que se incluirán en el decreto. El resultado es enviado para la firma de la Presidenta de la República, quien

⁵⁸ Sesión 4ª, de 18 de julio de 2016, Subsecretario de Salud Pública.

⁵⁹ La ley dispone explícitamente que los cambios de valor de la prima universal no pueden ser superiores a la variación experimentada por el Índice General Real de Remuneraciones por Horas, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas.

establece las garantías mediante decreto supremo AUGE o GES, suscrito también por los ministros de Salud y Hacienda.

1.5 Respecto del Rol de Fonasa⁶⁰ en este proceso, se logró establecer que dicha institución colabora estrechamente con el Ministerio de Salud en la determinación de aranceles de referencia para las canastas que envía la secretaría técnica del AUGE, a fin de que sean costeadas. Estas canastas se incluyen para cada problema de salud, las prestaciones específicas y su periodicidad.

2. En relación al mandato sobre posibles errores en la fórmula de cálculo de los aranceles de las patologías contenidas en los decretos que aprueban garantías explícitas en salud del régimen general de garantías de salud, lo concerniente a los decretos del año 2013 y 2016, es lo siguiente:

2.1 Cálculo de aranceles: cuando se definió el decreto AUGE el año 2005, se hizo un estudio para definir cuánto era el arancel que se permitía financiar, constatándose que el arancel PPV (Pago por Prestaciones Valoradas), estaba subvalorado en alrededor del 30% con respecto al costo promedio de producir la prestación, considerando el costo del sector público y privado. En consecuencia, se definió que la metodología para determinar los aranceles del Decreto AUGE o GES, era el PPV del año más el 30%. Esta forma de fijar los aranceles se mantuvo históricamente, con excepción del período 2013, lo cual no se hizo evidente sino hasta la dictación del siguiente decreto (2016).⁶¹

2.2 El 3 de marzo de 2016 se publicó en el Diario Oficial el Decreto N° 3, de 27 de enero de 2016. Posteriormente, la Agrupación de Artritis Idiopática Juvenil ofició a la Superintendencia de Salud⁶²; a Fonasa y al Ministerio de Salud, para advertir la detección de errores en algunos cálculos, junto a incrementos excesivos en los copagos, respecto del anterior Decreto, constituyéndose así en la voz de alerta para que el Departamento GES revisara las inconsistencias denunciadas.

2.3 Conforme a la información entregada por la Subsecretaría de Salud, Fonasa, Ministra de Salud y doctor Pedro Crocco, la revisión realizada arrojó dos tipos de error:

2.3.1 En primer lugar, se destacó la modificación en la metodología empleada, respecto del decreto anterior en cuanto a la forma de cálculo de las protecciones financieras, lo que desde el punto de vista práctico, significó diferencias importantes en los montos de copago, básicamente referidas al cambio entre el algoritmo 30% por 9%, como porcentaje de aumento del valor PPV para fijar el arancel de referencia.

2.3.2 El segundo tipo de error, serían las discordancias entre la periodicidad de prestaciones especificadas en el Decreto GES, en relación con las periodicidades parametrizadas en el Sistema Sigges. Sobre este punto, de acuerdo a lo informado por Fonasa, la señora Ministra de Salud y el señor Subsecretario de Salud Pública, las sensibilizaciones y cálculos para ajustar las canastas a garantizar son realizadas en el departamento GES, teniendo como insumos los costos proporcionados por Fonasa. Dichos ajustes se habrían efectuado mediante una planilla Excel manejada por la directora de dicho Departamento, en la que se alteraron las periodicidades de algunas prestaciones para ajustar los costos de las canastas, según manifestaron los referidos expositores.

⁶⁰ *Ibidem*.

⁶¹ Sesión 4ª de 18 de julio de 2016, Subsecretario de Salud Pública.

⁶² Sesión 6ª de 08 de agosto de 2016, Corporación de Niños con Artritis

2.4 Estos errores dieron origen a la instrucción de un sumario sanitario por parte de la Ministra de Salud, tras lo cual, sin esperar la resolución correspondiente, se desvinculó del Ministerio al Jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), junto a la jefa del Departamento de Secretaría AUGE.

2.5 Se escuchó el testimonio del ex jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), doctor Pedro Crocco, quien al momento de firmarse el Decreto que entraba en vigencia este año, se desempeñaba como subsecretario subrogante. La comisión valoró las declaraciones del profesional, quien asumió la responsabilidad de aquello, en tanto habría actuado de buena fe al creer que la información contenida en el decreto era correcta. Dicho acto de fe se habría sustentado, primero, en su plena consciencia de que los equipos de Fonasa y del Ministerio son de calidad y han hecho bien su trabajo. En segundo lugar, en que el funcionario a cargo del departamento GES había participado en cuatro decretos anteriores, trabajando por muchos años en el servicio, sin que su conducta revelase nada diferente de lo que se había hecho siempre. En tercer lugar, en el hecho de que, antes de firmar el decreto, no se compararon las protecciones financieras que se firmarían, con las del decreto anterior. Finalmente, admitió que eso es lo único que podría haberse realizado, pues en tal momento se desconocía la existencia del cambio en la modalidad de cálculo de la protección financiera, ocurrido en el decreto de 2013.

2.6 No obstante lo anterior, la comisión no puede soslayar que en el Ministerio de Salud distintas entidades se relacionan con el GES, vinculadas con la toma de decisiones respecto del decreto GES, entre ellas, el Consejo Consultivo y el Directorio GES, en el que participan todas las autoridades – incluyendo a Fonasa- y que es dirigido por el Ministro de Salud respectivo, instancia en la que se toman decisiones relevantes, como por ejemplo, la determinación de aranceles referenciales, patologías que ingresan de acuerdo al presupuesto y elementos que se incorporan a cada canasta. Asimismo, existe una comisión encargada de elaborar el decreto, creada por resolución.

Respecto de la responsabilidad del Fonasa, no sería de tipo administrativa, ya que legalmente no se le atribuye responsabilidad en la dictación del Decreto, mientras que en la fase de implementación, su rol se limita a la administración del Sigges.

2.7 El Decreto N° 21/ 2016 corrigió las inconsistencias detectadas en el Decreto N° 3/2016, entrando en vigencia el 1 de julio de 2016. Las inconsistencias que se rectificaron a través del decreto N° 21, publicado en el Diario Oficial el 29 de junio de 2016, se refieren a lo siguiente:

2.7.1 Discordancia entre la periodicidad y el monto del arancel en ciertas Intervenciones sanitarias (canastas), de un total de 11 problemas de salud, cuyo valor estaba expresado en forma anual, en tanto que la periodicidad se graficaba mensualmente.

2.7.2 Periodicidad de algunas intervenciones sanitarias (seguimiento en su gran mayoría), de 25 problemas de salud, las que fueron publicadas bajo la periodicidad “por control”. Lo anterior, debido a que las canastas en base a las cuales fue valorizada la protección financiera, estaban expresadas con dicha periodicidad. No obstante, en el decreto actualmente vigente (DS N° 3/2016), éstas se expresan con una periodicidad “mensual”.

2.7.2.1 Los valores publicados en este Decreto, asociados a las intervenciones sanitarias del problema de salud artritis idiopática juvenil, estaban determinados en relación a precios no actualizados.

2.7.2.2 Una de las garantías de oportunidad asociadas al problema de salud cáncer de mama, no había sido prevista en decreto anterior.

3. Respecto del Mandato de la comisión, en cuanto a investigar un eventual perjuicio fiscal:

3.1. La actual Directora de Fonasa afirmó que habría menos ingresos por concepto de copago, así como un exceso de transferencias presupuestarias a los Servicios de Salud no refrendadas por indicadores de actividad, ambos debidos a los errores detallados en el punto 2.

3.2 El Director de Presupuesto respondió que no había daño al patrimonio, “porque el ajuste a la garantía de salud se hace dentro de un marco presupuestario definido previamente por el Ministerio de Hacienda para el financiamiento de dichas patologías en Fonasa y el valor de la prima universal”⁶³.

3.3 En virtud de lo anterior, la comisión hace suyas las palabras del señor Fiscal de Fonasa, don Luis Brito, en orden a que el ministerio ordenó un procedimiento disciplinario en el que se están recopilando los antecedentes, incluyendo aquellos que pueda aportar Fonasa, con los cuales se evaluarán las acciones criminales que correspondan, si es que existen hechos constitutivos de delito. Si se identifica alguna relación de causalidad con funcionarios o exfuncionarios de la administración pública, se ejercerán oportunamente las acciones correspondientes.

4. En relación con el Mandato de investigar un eventual perjuicio causado a las personas beneficiarias del plan de salud, derivado de las circunstancias descritas en el numeral dos, los técnicos que respondieron las consultas de la comisión establecieron que:

4.1. Para los beneficiarios de Fonasa, el efecto consistió en que los copagos que no se cobraron, podrían haber sido utilizados como fuente de financiamiento del sector salud, para realizar mejoras en la atención GES.⁶⁴

4.2. En el sistema Isapre, el impacto fue una menor recaudación de copagos, dado que el arancel es el mismo para Fonasa e Isapre. Sin embargo, el sistema de Isapre tiene la posibilidad de compensar mediante alza de valor de su prima GES y/o de la prima por Plan Complementario de Salud. Así, el efecto neto en el sistema de usuarios de Isapre, derivó en el aumento de sus primas y seguros complementarios.⁶⁵

4.3. Para la mayoría existe claridad en torno al gran impacto en la recaudación para Fonasa. No obstante, el efecto en el aumento de los copagos habría que cuantificarlo, porque no sólo depende del aumento teórico, sino que también de la frecuencia de utilización y del momento en que empieza a actuar el deducible.⁶⁶

5. OTROS ERRORES DE DECRETOS GES: Aun cuando no se encontraba dentro del mandato de la comisión, los diversos testimonios aportados por las autoridades, ex autoridades y expertos, permitieron establecer otro tipo de errores de gestión cometidos en distintas administraciones, los que en razón de su trascendencia para esta política pública, son expuestos a continuación:

⁶³ Sesión 5ª de 1 de agosto de 2016. Director de Presupuesto del Ministerio de Hacienda.

⁶⁴ Sesión 2ª, de 4 de julio de 2016, Directora de Fonasa.

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ *Ibidem*.

5.1. En lo que toca a la relación entre el costo de producir las prestaciones y los recursos financieros que se transfieren como pago, se concluye la existencia de al menos tres valores distintos: los costos, los aranceles y los precios de compra a prestadores.

5.1.1. En el Sector Isapre, cuando se establece como criterio de protección financiera que los copagos sean más bajos, lo que se hace es elevar el costo de la prima que la Isapre puede cobrar. Se trata entonces de un mecanismo solidario del sistema, ya que se distribuye el mayor gasto por prima y no por gasto de bolsillo, que es más regresivo. Como el copago está fijado legalmente para que sea lo más bajo posible por el Ministerio de Salud, en su carácter de ente regulador, y entendiendo que las clínicas cobran un precio más alto que el costo de producción de las prestaciones, pues su objetivo es de lucro, entonces ese mayor precio es transferido pro la Isapre al cotizante, a través de una mayor prima. Además, en el sector privado de salud, el sistema GES no es utilizado por todos quienes tienen derecho a hacerlo (principalmente porque los usuarios Isapre privilegian la libre elección), con lo que se produce un delta a favor de la Isapre pues se cobra la prima al universo de la demanda y sólo un porcentaje utiliza las prestaciones.⁶⁷

5.1.2. En el sector Público, así como el copago está fijado por ley, el arancel a pagar en establecimientos de la Red Pública de Salud corresponde al valor PPV, que es transferido a los Servicios de Salud en la medida que sean capaces de acreditar la demanda GES atendida y, además, los recursos a transferir por cada problema de salud no pueden exceder a la canasta de prestaciones autorizadas que pueda ser financiada con la prima universal fijada también mediante la ley. La pregunta más frecuente a los diferentes invitados de la comisión es si en el sector público los montos transferidos y todos los cálculos detrás de ello (arancel PPV, prima universal, prestaciones garantizadas en la canasta vs prestaciones efectivamente realizadas, etc), es suficiente para financiar los costos de producción de dichas prestaciones. A excepción del señor Director de Presupuesto, quien afirmó no existe evidencia de déficit presupuestario del sistema GES, basado en el hecho de que primero se fija la prima universal y el marco presupuestario, en tanto las canastas no pueden exceder dichos montos porque sería ilegal. Todos quienes opinaron sobre el tema, coinciden en la necesidad de realizar un estudio que se haga cargo de los precios reales, llegando incluso a diagnosticarse un déficit, fundado en lo siguiente:⁶⁸

5.1.2.1 La Ley GES estableció tres regímenes de prestaciones a implementar en forma progresiva, hasta completar un total de 56 problemas de salud seleccionados, cuyas canastas de prestaciones serían financiados por una prima universal que a partir del 4° Decreto se aumentaría sólo en la medida del incremento del índice de remuneraciones entregado por el INE, como una medida para reconocer el incremento de precios en salud, pues con el objeto de reconocer el IPC general, la prima se encuentra expresada en unidades de fomento.

DECRETO	PATOLOGÍAS	PRIMA
2005	25 PS	1,02 UF
2006	40 PS	2,04 UF
2007	56 PS	3,06 UF

⁶⁷ Sesión 5ª de 1 de agosto de 2016, doctor Manuel Inostroza, ex Superintendente de Salud,

⁶⁸ Sesión N° 2ª de 4 de julio de 2016, Directora de Fonasa.

2007 en adelante		Sobre las 3,06 UF se podrá reajustar de acuerdo al Índice General Real de Remuneraciones.
2010	69 PS	3,47 UF
2013	80 PS	3,76 UF
2016	80 PS	3,87 UF
	69 PS	3,47 UF
	80 PS	3,76 UF
	80 PS	3,87 UF

5.1.2.2 Otra constatación de la Comisión es que las Guías Clínicas son “sólo recomendaciones”, las que además no se actualizan con la frecuencia establecida en la ley (y menos cuando existen avances científicos o tecnológicos que ocurran antes de cumplirse el período). Lo anterior, deriva en que los problemas de salud GES **no tengan garantizadas** todas las prestaciones de las guías clínicas, sino sólo las que se establecen en la canasta contemplada en el Decreto GES correspondiente al período. Subsecuentemente, las canastas se adecúan al presupuesto disponible que debe estar bajo la prima universal.⁶⁹

5.1.2.3 El Ministerio de Salud nunca ha tenido un registro clínico correcto y adecuado de la frecuencia de prestaciones asociadas a esos diagnósticos, ni dispone de una indexación de prestaciones persona a persona. Por ello, es imposible cuantificar el número de hemogramas para un cáncer, consultas médicas, cirugías, etcétera. Eso implica carecer de evidencia que permita transferir recursos al menos de acuerdo a demanda. Esto implicó también que el Ministerio de Salud no pudiera “justificar” el uso de todos los recursos GES, generando un delta de prima “no utilizada”.⁷⁰

5.1.2.4 El cálculo de 3,06 UF como prima “ideal” para 56 problemas de salud, impuso un tope y determinó la necesidad de cortar prestaciones en torno a dichas canastas ideales, siendo ello una crítica permanente de las asociaciones científicas y de especialistas, en el sentido que las primeras canastas eran bastante potentes desde el punto de vista clínico, pero las siguientes no reflejan todo lo que la *lex artis* de la medicina debiera incluir en las canastas garantizadas.⁷¹

5.1.2.5 Sumado a lo anterior, todos los gobiernos desde el año 2007 en adelante, han cedido a la tentación de aumentar el número de problemas de salud garantizados, exhibiendo como logro el hecho de aumentar las patologías GES, a pesar de que estas no estaban bien financiadas. La Comisión concluye que cada vez que se aumentó número de problemas de salud, debería haberse recalculado la prima para así financiar las canastas de estos nuevos problemas, sin atribuir este costo a la “supuesta” parte de la prima no utilizada y/o empeorar las canastas de los 56 problemas originales. En definitiva, agregar nuevas patologías genera una presión que se traduce en deuda hospitalaria o listas de espera de las patologías no GES.⁷²

5.1.2.6 De acuerdo al Estudio de Verificación de Costos del año 2015, es posible estimar un déficit de 200 millones de dólares⁷³, o lo que es equivalente, 120.000 millones de pesos. Estos recursos pueden significar la mitad de la deuda hospitalaria, o el 90% de la deuda que queda en diciembre. En los años

⁶⁹ Sesión 4ª de 18 de julio de 2016, Pedro Crocco, ex jefe la División de Prevención y Control de Enfermedades.

⁷⁰ Sesión 5ª de 1 de agosto de doctor Manuel Inostroza Palma, ex Superintendente de Salud.

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² *Ibidem*.

⁷³ *Ibidem*.

2006-2007, la cifra histórica de la deuda hospitalaria fue de 2.250 millones de pesos. Significa esto que el sector público estaba bien financiado y por lo tanto, no tuvo deuda, pero a partir de que se implementó con déficit el sistema AUGE o GES, la deuda se ha proyectado, llegando a cifras que en algunos meses pueden superar los 300.000 millones de pesos y que todos los años terminan en 150.000 millones. Además, se debe considerar las **listas de espera no GES** que también son crecientes.

5.1.2.7 Respecto de la pérdida de valoración del Sistema GES por parte de la ciudadanía, esto podría atribuirse tanto al empeoramiento de las canastas, como a la aparición de malas prácticas de algunos prestadores que retrasan la incorporación de nuevos casos y fichas clínicas al Sigges. En consecuencia, la fiscalización de la Superintendencia de Salud es errónea cuando se hace en base al Sigges y mientras esto no se corrija debiera ser hecha en ficha clínica.⁷⁴

6. Por último, respecto del mandato de la Comisión para evaluar otras acciones de fiscalización de los hechos enunciados que puedan emprender los órganos competentes de la Administración del Estado, como la Contraloría General de la República, y otros organismos, en relación con los hechos enunciados, en especial, sobre la responsabilidad administrativa o funcionaria que de dichos hechos se derive, la Comisión estima pertinente hacer llegar a la Contraloría General de la República los antecedentes recopilados, con el fin de que dicha institución haga un seguimiento del respectivo sumario instruido en el Ministerio de Salud, junto con determinar, a la luz de estos antecedentes, la pertinencia de perseguir responsabilidades por eventuales pérdidas de recursos fiscales.

7. Recomendaciones

7.1 A más de 11 años de la implementación de una política pública tan relevante para el país como lo han sido las GES, resulta indispensable efectuar una evaluación rigurosa y formal de esta iniciativa, resultando indispensable que el Ministerio de Salud defina un ítem específico para este objetivo dentro del presupuesto del año 2017.

7.2 Es urgente actualizar los protocolos clínicos y las guías clínicas asociadas.⁷⁵

La Comisión constató que las llamadas Guías Clínicas son “*sólo recomendaciones*”, las que además no se actualizan con la frecuencia establecida en la Ley N° 19.966, menos aún en caso de avances científicos o tecnológicos que ocurran antes de cumplirse el período de vigencia correspondiente a tres años de actualizaciones de los decretos GES. Lo anterior, se traduce en que los problemas de salud GES no tengan garantizadas todas las prestaciones de salud de las Guías Clínicas, sino solamente aquellas que se establecen en la canasta establecida en el Decreto GES del período respectivo. Por ende, las canastas sólo se adecúan al presupuesto disponible que debe estar bajo la prima universal. Sobre este punto, es urgente trabajar en una reforma legal que aborde los fundamentos teóricos capaces de responder adecuadamente a la cobertura del plan AUGE o enfermedades GES, es decir, la futura reforma legal debería establecer que todas las personas en igualdad de diagnóstico médico o situación sanitaria, puedan beneficiarse de un cierto tratamiento.

⁷⁴ Sesión 5ª de 1 de agosto 2016, señor Manuel Inostroza.

⁷⁵ *Ibidem*.

7.3 El Ministerio de Salud, con financiamiento del Ministerio de Hacienda, debería hacer el estudio ideal de canastas para los 80 problemas de salud incluidos en el Decreto GES vigente.⁷⁶

Como ideales, entenderemos las canastas que no establezcan discriminaciones arbitrarias, a diferencia de lo que ocurre hoy, por ejemplo, en el caso de la canasta de endoprótesis para artrosis de cadera, que excluye a pacientes menores de 65 años; con el tamizaje de hipoacusia o sordera precoz, para determinar y tratar a tiempo la sordera en niños, examen que no se aplica de manera universal sino que solamente a quienes tienen factores de riesgo; tratándose de la analgesia en el parto, sólo accesible en la medida en que lo permitan “los recursos locales, humanos y físicos” de la localidad donde viva la madre; respecto al cáncer cervicouterino, reconocido mundialmente como una de las tres primeras causas de muerte por cáncer en mujeres, junto con el cáncer de mama y cáncer de pulmón, Chile sólo cuenta con 18 Centros Panda (centros de cáncer del adulto), ubicados exclusivamente en los establecimientos de mayor complejidad de la red, habiendo tres regiones que no poseen ninguno (III, VI y XI región), resultando en que miles de personas no cuentan en su comuna o región con un centro de salud que los pueda atender. En lo específico, detectar el cáncer cervicouterino requiere del examen PAP (Papanicolaou), el cual es garantizado por el AUGE sólo a mujeres entre 25 a 64 años, excluyendo al resto; las mamografías sólo se efectúan a mujeres de 50 años y por una vez; en el caso del cáncer de vesícula, de alto porcentaje de internación en centros hospitalarios en Chile, la mencionada guía recomienda tratar solamente a aquellos pacientes con un cáncer incipiente de vesícula y “de mejor pronóstico”. Así, los ejemplos pueden seguir interminablemente (en materia de epilepsia, daño neurológico en niños, etc.), donde las razones de tan evidentes discriminaciones son los referidos criterios de eficiencia económica aplicados al derecho sanitario, que responden a un descarnado análisis costo-beneficio aplicado sobre el derecho a la salud.

7.4 La prima establecida por ley para financiar el Sistema GES, utiliza un algoritmo de cálculo correspondiente para el régimen de 56 patologías, incluyendo las cuatro garantías establecidas en la Ley N° 19.966. Tal prima no da cuenta de los requerimientos para cubrir las prestaciones de los 80 problemas de salud ya incorporados al régimen de garantías explícitas. Se hace necesario, por tanto, revisar el algoritmo de cálculo para la prima actual y llevar a cabo las modificaciones legales que sean necesarias, en pos de implementar el cambio del algoritmo cada vez que cambie el sistema de garantías explícitas en salud.

7.5 Recalcular la prima techo del numeral anterior, debiera asumir el costo de las canastas ideales para los 80 PS GES. Además, como la prima calculada mediante el Estudio de Verificación de Costos no incluye la garantía de calidad y tampoco refleja las transferencias reales incluidas en el presupuesto del sector para el régimen general de garantías en salud, la nueva prima debiera incluir las cuatro garantías, transferencias reales versus el riesgo estimado, lo que refuerza la necesidad de llevar a cabo un estudio de costos reales de cada prestación GES, incluyendo los costos en personal, insumos y capital realizados.

7.6 Mejorar el sistema de reclamos y garantías. Ello, pues en once años de existencia del sistema AUGE, los reclamos no suman más de 2.339, por garantía de oportunidad. Sin embargo, el informe de fiscalización de julio de 2016, evidenciaba 11.456 garantías rechazadas o incumplidas, llevando a concluir que los usuarios no reclaman. El peso de la prueba que estableció la ley indica que una garantía se declara incumplida legalmente, sólo si es reclamada por el afiliado.

⁷⁶ Sesión 7ª de 9 de agosto de 2016, Secretaria Técnica del GES, Ministerio de Salud.

Entonces, es necesario invertir el peso de esa prueba y activar en forma automática la gestión de un segundo prestador apenas la autoridad tome conocimiento del incumplimiento, sea Fonasa, Superintendencia de Salud, Subsecretaría de Salud Pública o de Redes, y, eventualmente, la del tercer prestador, que está contemplada en la ley (la que aplica la superintendencia).⁷⁷

7.7 Se requiere además dar continuidad a los estudios que son insumo para la priorización de prestaciones y problemas de salud GES, esto es, estudios de carga de enfermedad y estudios de evaluación de impacto, reconociéndolos en el presupuesto del Ministerio de Salud.

7.8 Clarificar los roles de cada interviniente en el proceso de dictación de los Decretos GES y mejorar la coordinación de todos los actores involucrados en el Régimen de Garantías de la Ley N° 19.966.

7.9 Entregar más atribuciones al Consejo Consultivo GES, en lo que se refiere a requerimientos técnicos y administrativos para su desempeño.

7.10 En el contexto del proceso de fiscalización de las GES, sería muy recomendable que la Superintendencia de Salud, de modo permanente y como parte de una política explícita, busque los mecanismos que permitan efectivamente garantizar que se respeten los tiempos máximos de atención de los pacientes para cada uno de los problemas de salud, garantizando la disponibilidad y acceso a la información fidedigna contenida en la ficha clínica de cada uno de los casos fiscalizados.

7.11 El Estado debe establecer mecanismos de fiscalización, no sólo del cumplimiento de garantías, sino que también en cuanto a la verificación de la actualización de las Guías Clínicas, con la periodicidad que exige la ley y respecto de la calidad de su contenido, a fin de que los problemas de salud o enfermedades GES tengan garantizadas todas las prestaciones que las Guías Clínicas contienen.

7.12 Después de 12 años de funcionamiento del Sigges, dado los problemas que enfrenta, es altamente recomendable que el Ministerio de Salud desarrolle un nuevo sistema de registro clínico asistencial, que no solo corrija sus actuales deficiencias tecnológicas, sino que también adecúe los aspectos culturales y de gestión, que impiden que este mecanismo sea un fiel reflejo del seguimiento de las garantías de oportunidad, en especial, tratándose de pacientes expuestos a riesgo vital o secuela funcional grave.

7.13 Dada la complejidad y necesidad de mayor transparencia y participación en los actuales procesos de definición del Decreto GES y su contenido, instamos al Ministerio de Salud a evaluar la posibilidad de desarrollar en nuestro país una nueva institucionalidad que, imitando los mejores estándares internacionales al respecto, instale de manera formal un sistema de Evaluación de Tecnologías en Salud (Etesa), mediante la configuración de un Instituto Nacional de Excelencia Clínica, el que dotados de las competencias, recursos y autonomía necesarias, acometa con éxito esta tarea.

7.14 En definitiva, se insta a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, para que realice un seguimiento anual y permanente del avance de estas conclusiones y recomendaciones sobre las GES.

⁷⁷ *Ibidem*.

VI. REMISIÓN DE COPIAS DEL INFORME DE LA COMISIÓN.

La Comisión Investigadora acordó proponer a la Sala que se envíe copia de este informe a la Presidenta de la República, a la Ministra de Salud, al Superintendente de Salud, al Contralor General de la República y a la Directora del Fondo Nacional de Salud.

VII. DIPUTADO INFORMANTE.

La Comisión designó, como diputada informante a la señora Marcela Hernando Pérez.

Tratado y acordado, según las actas correspondientes, en las sesiones de fechas 22 de junio; 4, 11, 18 de julio; 1, 8, 9, 29 y 31 de agosto de 2016, con la asistencia de las diputadas señoras Karol Cariola Oliva, Marcela Hernando Pérez (Presidenta), Karla Rubilar Barahona, y de los diputados señores Miguel Angel Alvarado Ramírez, Juan Luis Castro González, Sergio Espejo Yaksic, Gustavo Hasbún Selume, José Antonio Kast Rist, Javier Macaya Danús, Nicolás Monckeberg Díaz, Jorge Rathgeb Schifferli, Víctor Torres Jeldes y Christian Urizar Muñoz.

Además, concurrió en reemplazo del diputado señor Espejo, el diputado señor Claudio Arriagada Macaya,

SALA DE LA COMISIÓN, a 31 de agosto de 2016.



MARÍA TERESA CALDERÓN ROJAS
Abogada Secretaria (A) de la Comisión

INDICE

I. COMPETENCIA DE LA COMISIÓN AL TENOR DEL ACUERDO DE LA CÁMARA QUE ORDENÓ SU CREACIÓN.....	1
a) <i>Creación de la Comisión.....</i>	<i>1</i>
b) <i>Integración y presidencia de la Comisión.....</i>	<i>1</i>
II. RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN.....	2
a) Sesiones celebradas y personas escuchadas.....	2
b) Lo sustancial de los documentos recibidos.....	2
III. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LA MATERIA DEL ENCARGO.	11
1. AUGE / GES Definiciones y estadísticas de uso, junio 2005 – junio 2015.....	11
a) <i>Variación de Primas y Cobertura en la Implementación del AUGE-GES.....</i>	<i>11</i>
b) <i>Beneficios garantizados por ley constitutivos de las Garantías Explícitas en en Salud.....</i>	<i>14</i>
c) <i>Uso del AUGE-GES a 10 años de su implementación.....</i>	<i>14</i>
d) <i>Patologías Garantizadas AUGE- GES y ampliación de coberturas en regímenes sucesivos (orden correlativo por agrupación de color)</i>	<i>16</i>
e) <i>Leyes y decretos relacionados con el sistema AUGE, garantías en salud y su financiamiento.....</i>	<i>17</i>
2. Reajustes de aranceles referenciales para protección financiera GES en períodos (2010-2013); (2013-2016) y (2016-2018).....	18
- Definición de la Garantía de Protección Financiera.....	18
3. Cuarto Régimen GES (Decreto N° 4 de 2013).....	20
- Nuevos problemas de salud y modificaciones de canastas anteriores.....	20
4. Prima AUGE y Reajuste de Aranceles para período 2013-2016.....	21
5. El sexto Decreto GES (Decreto N° 3 de 2016).....	23
- Prima AUGE y modificación de canastas.....	23
6. Reajuste de Aranceles para período 2016-2018.....	23
IV. LO SUSTANCIAL DE LO EXPUESTO POR LAS PERSONAS ESCUCHADAS EN RELACIÓN CON LAS MATERIAS INVESTIGADAS.	
1. Señora Carmen Castillo, Ministra de Salud.....	24
Sistema GES.....	24
2. Señora Andrea Guerrero, Secretaria técnica del AUGE.....	28
- Decreto GES N° 03, de 03 de marzo de 2016.....	28
- Medidas adoptadas.....	29
- Acciones recomendable.....	29
3. Señor Jaime Mañalich, ex Ministro de Salud.....	30
- Decreto de 2013.....	31
- Decreto 2016.....	32
4. Señor Jaime Burrows, Subsecretario de Salud Pública.....	33
- Proceso de confección del Decreto GES.....	33

- Consejo Consultivo GES.....	34
- Modificaciones a los Decretos GES.....	34
- Decreto GES N° 3, de marzo de 2016.....	35
- Consecuencias del cambio de metodología en 2013.....	38
- Protección financiera del GES.....	39
5. Señora Jeanette Vega, Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud, Fonasa.....	40
Ámbito de competencias de Fonasa en la elaboración del decreto GES.....	41
- Prima universal GES.....	42
- Decreto GES 2013.....	43
- Impacto financiero en Fonasa y en sus beneficiarios.....	45
6. Señor Luis Brito, Jefe del Departamento de Fiscalía de Fonasa.....	48
- Decreto GES 2016.....	49
- Problemas con empresa de apoyo informático.....	50
- Responsabilidad de Fonasa.....	51
- Cambios metodológicos en el Decreto GES 2013.....	52
- Perjuicio para Fonasa.....	53
- Efectos en las Isapres.....	53
7. Señor Sebastián Pavlovic, Superintendente de Salud.....	54
- Mandato de la Superintendencia de Salud.....	54
- Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2005, de Salud.....	55
- Decreto N° 3/2016.....	56
- Evaluación del GES.....	57
8. Señor Manuel Inostroza, ex Superintendente de Salud.....	59
- Marco conceptual.....	59
- Decreto GES de 2013.....	59
- Errores del Decreto GES 2016.....	60
- Implicancias de los errores del Decreto GES.....	61
- Problemas de financiamiento de la Prima GES.....	62
- Recomendaciones.....	67
9. Señor Sergio Granados, Director de Presupuesto, Ministerio de Hacienda.....	70
- Rol del Ministerio de Hacienda en el Decreto GES.....	70
- Decreto GES 2016.....	70
- Financiamiento y desfinanciamiento del AUGE.....	71
10. Señora Ximena Aguilera, integrante del Consejo Consultivo AUGE.....	73
- Papel del Consejo Consultivo.....	73
- Finalidad del GES.....	73
- Decreto GES de 2016.....	74
- Prima AUGE.....	76
11. Señor Emilio Santelices, ex integrante del Consejo Consultivo AUGE.....	77
- Papel de Consejo Consultivo en la elaboración del Decreto GES 2013.....	77
- Dificultades del Decreto de 2013.....	81

12. Señor Pedro Crocco, ex Jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud.....	82
- Decreto de 2016.....	85
- Responsabilidad de Fonasa.....	85
- Errores de los cálculos.....	85
- Acciones ante el Decreto erróneo de 2016.....	86
13. Señora Liliana Jadue, del Instituto de Administración de Salud, (IAS, Universidad de Chile.....	87
- Metodología General de Cálculo.....	88
- Resultados del Estudio.....	88
- Uso del GES.....	92
14. Señor Alberto Muñoz, Investigador del Instituto de Administración de Salud de la Universidad de Chile.....	93
- Costo de las prestaciones.....	93
- Desarrollo del estudio.....	94
- Variaciones CEPB 2015-2012.....	96
- Conclusiones.....	97
15. Señor Pablo Araya, representante del Colegio Médico de Chile.....	98
16. Señora Rosa Montero, Presidenta de la Corporación de Niños con Artritis.....	100
17. Señora Paloma Rivera, Corporación de Niños con Artritis.....	100
- Decreto GES de 2016.....	100
V. CONSIDERACIONES, CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES.....	101
- CONCLUSIONES.....	102
- RECOMENDACIONES.....	108
VI. REMISIÓN DE COPIAS DEL INFORME DE LA COMISIÓN.....	111
VII. DIPUTADO INFORMANTE.....	111