

**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.**

**Sesión 3°, ordinaria, celebrada el lunes 11 de julio de 2016,**

Se abrió a las 10:30 horas.

**I.- PRESIDENCIA.**

Presidió la sesión, la diputada señora Marcela Hernando.

Actuó como Abogado Secretario de la Comisión, el señor Álvaro Halabí Diuana; como Abogada Ayudante, la señorita África Sanhueva Jéldrez; y como secretaria administrativa, la señora Luz Barrientos Rivadeneira.

**II.- ASISTENCIA.**

Asistieron los/as diputados/as integrantes de la Comisión, señoras Karol Cariola, Marcela Hernando y Karla Rubilar; y los señores Miguel Ángel Alvarado, Sergio Espejo, Javier Macaya y Jorge Rathgeb.

**III.- INVITADOS.**

Asistieron como invitados, la señora Directora Nacional de FONASA, doña Jeanette Vega Morales; la señora Presidenta del Consejo Asesor del AUGE, doña Cecilia Sepúlveda Carvajal; el señor Jaime Mañalich Muxi; y el señor Emilio Santelices.

**IV.- CUENTA.**

- Se dio cuenta de lo siguiente:

**1.-** Confirmación de asistencia del señor Emilio Santelices, y de la señora Cecilia Sepúlveda.

**2.-** Oficio N° 186-2016, de la Comisión de Salud, por el cual solicita se reciba en audiencia a la Presidenta de la Corporación de Niños con Artritis.

**V.- ACUERDOS.**

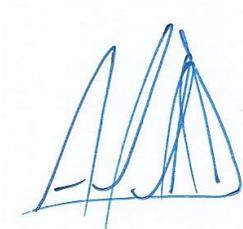
- Se acordó invitar para la siguiente sesión ordinaria, a la señora Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud (FONASA), doña Jeanette Vega Morales; al señor Subsecretario de Salud Pública, don Jaime Burrows; a la señora Presidenta del Consejo Asesor AUGE, doña Cecilia Sepúlveda Carvajal; a la señora encargada de la Secretaría Técnica del AUGE, doctora Andrea Guerrero; al doctor Jaime Mañalich Muxi; al doctor Pedro Rocco; y al señor Emilio Santelices; con el objeto de que expongan al tenor del mandato que dio origen a la Comisión y respecto a cualquier otro antecedente sobre la materia investigada.

\*\*\*\*\*

El detalle de lo obrado en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del Reglamento.

Se adjunta a esta acta, la versión taquigráfica elaborada por la Redacción de Sesiones de esta Corporación, la que se declara formar parte integrante de ella.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 12:14 horas.



**ÁLVARO HALABI DIUANA**  
Secretario de la Comisión.

**MARCELA HERNANDO PÉREZ**  
Presidenta de la Comisión.

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA SOBRE EVENTUALES ERRORES  
DE CÁLCULO EN LA DICTACIÓN DE DECRETOS AUGE**

Sesión 2<sup>a</sup>, celebrada en lunes 11 de julio de 2016,  
de 10.30 a 12.14 horas.

**VERSIÓN TAQUIGRÁFICA**

Preside la diputada señora Marcela Hernando.

Asisten las diputadas Karol Cariola y Karla Rubilar, y los diputados señores Miguel Ángel Alvarado, Juan Luis Castro, Sergio Espejo, Javier Macaya y Jorge Rathgeb.

Concurren como invitados la directora nacional del Fondo Nacional de Salud, Fonasa, señora Jeanette Vega; la presidenta del Consejo Asesor AUGE, señora Cecilia Sepúlveda; el exministro de Salud, señor Jaime Mañalich; el señor Emilio Santelices y la señora Andrea Guerrero.

**TEXTO DEL DEBATE**

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

El acta de la sesión 1<sup>a</sup> se declara aprobada.

El señor Secretario va a dar lectura a la Cuenta.

*-El señor **HALABI** (Secretario) da lectura a la Cuenta.*

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Sobre la Cuenta, ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

En nombre de la comisión, les doy la bienvenida a nuestros invitados.

En primer lugar, daré la palabra al doctor señor Jaime Mañalich, quien hará una introducción del tema.

Tiene la palabra, señor Mañalich.

El señor **MAÑALICH**.- Señora Presidenta, en primer lugar, agradezco la invitación.

En atención al propósito de la comisión, quiero enfatizar una política de Estado instalada durante el período 2004-2005, es decir, de una gran reforma a la salud que, además de ser envidiada por muchos países, se ha traducido cada vez más

en un reconocimiento evidente logrado a través de distintos esfuerzos serios de medición y científicos, lo que ha producido un impacto tremendo no solo en el caso de enfermedades, sino también en el tratamiento de ellas y, por supuesto, en la equidad a su acceso.

El AUGE representa un punto de inflexión en cuanto a la mejoría de esa dificultad, a la injusticia, siempre presentes en nuestro sistema sanitario.

A pesar de la influencia de la filosofía utilitarista en el AUGE, al determinar la carga de enfermedades y las patologías que deberían estar privilegiadas -o sea, lo de mayor bien para el mayor número-, progresivamente, los gobiernos han asumido el desafío de ir generalizando o aumentando estos beneficios para un porcentaje mayor de la población, llegando hoy a 80 patologías y haciéndose cargo, prácticamente, del 75 por ciento de la carga de enfermedades, es decir, en lo que afecta más frecuentemente a los ciudadanos de nuestro país.

Desde sus inicios, tuve la oportunidad -perdónenme que personalice- de ser un testigo privilegiado en este proceso cuando la entonces ministra de Salud, doctora señora Michelle Bachelet, me convocó al Consejo Consultivo del AUGE -que se reunía todos los martes en la mañana-, mientras el gobierno del presidente Lagos elaboraba una propuesta muy radical de esta ley. Asimismo, fui convocado por el doctor Hernán Sandoval, quien de alguna manera fue el motor de esta reforma, con el objeto de trabajar con él en los consejos consultivos que dieron origen a esta gran reforma.

En ese contexto, cuando empezamos a trabajar en la primera candidatura del entonces candidato presidencial Sebastián Piñera, a través del llamado Grupo Tantauco, vimos con enorme preocupación -estoy hablando del período 2005- que había un problema de voluntad política, de dificultad tanto en recursos humanos como en los distintos hospitales. Por lo tanto, desde ese momento, comenzamos a trabajar en la preparación definitiva de lo que sería -cuando en marzo de 2010 asumiera el presidente Piñera- una reformulación, un reimpulso a esta gran reforma, como declaré cuando fui citado como ministro de Salud a la Cámara de Diputados, de que en este tema el gobierno del presidente Piñera era absolutamente

Laguista.

Los esfuerzos que hicimos durante el gobierno del presidente Piñera -voy a ser más claro, durante el primer gobierno del presidente Piñera- se concentraron básicamente en atender los principales desafíos como, por ejemplo, que el decreto AUGE había sido suspendido por un decreto de la ya entonces Presidenta de la República, doctora Michelle Bachelet, quien, por la situación del terremoto del 27 de febrero, pensaba que no se podían cumplir estas garantías y que, por lo tanto, debían ser suspendidas.

Una vez asumido el nuevo gobierno, inmediatamente se suspendió dicho decreto y prácticamente después de un mes de haber asumido -tema que conversamos largamente con el diputado señor Juan Luis Castro, quien no se encuentra presente en este momento- lo impulsamos nuevamente para que se corrigiera y saliera adelante.

La segunda área de trabajo la concentramos en las listas de espera, que ha sido tema de otras comisiones investigadoras. Sin embargo, según declaraciones de la propia ministra de Salud, doctora Soledad Barría, ante la comisión investigadora, en la que algunos de los diputados presentes participaron en 2008, había 300 mil personas en listas de espera y que, en su ingreso, el actual gobierno reconozca que son solo 6 mil, refleja el tremendo trabajo que hicieron los trabajadores de la salud y las autoridades de la época. Es cierto que también se contó con el financiamiento adecuado, a través de la ley de Presupuestos, para avanzar en este trabajo.

En tercer lugar, y que es relevante para lo que nos convoca hoy, es el decreto supremo N° 1, del Ministerio de Salud, de 2013, que aumentó las enfermedades cubiertas de 69 a 80. Como sabemos, fue un trabajo extremadamente difícil; el propio consejo consultivo del AUGE, desde el comienzo del mandato del presidente Piñera, se reunió, desde abril o mayo de 2010, todos los meses con excepción del mes de febrero. Incluso, están las actas públicas como prueba de todo lo que se discutió en aquella oportunidad.

Respecto de las falencias del Plan AUGE -tema completamente compartido-, identificamos dos que son muy severas. La

primera dice 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 iba a significar esta cobertura, ahora garantizada por ley. La segunda, en cambio, tenía que ver con el déficit de infraestructura pública.

Ahora bien, con ocasión del terremoto y maremoto de 2010, hicimos un levantamiento completo de la red asistencial, no solo de las regiones más dañadas. Efectivamente, se trata de un informe público, con conclusiones bastante desastrosas, además del gigantesco daño que sufrió la infraestructura hospitalaria, por ejemplo, en la Región del Maule, en la Región del Biobío o en el norte y sur de La Araucanía. Es sabido que, en su inmensa mayoría, estaba obsoleta para atender muchas de las patologías complejas, por lo tanto, había que hacer un plan enorme de reinversión.

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

En nuestras negociaciones, con el Ministerio de Hacienda y con el Presidente de la República, siempre se dio un importante apoyo para el avance en materia de salud. Por ejemplo, en 2009, el porcentaje del gasto fiscal en salud era de 14,2 por ciento; en 2014, subió a 16,2 por ciento, con merma en el gasto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Hubo un incremento de la participación de Salud en el gasto fiscal que coincidió con un aumento vigoroso de la economía del país por el superciclo del cobre y de otras razones, el cual permitió que, en 2007, el presupuesto público en Salud fuera de 2.800 billones de pesos o millones de millones de pesos; en 2014, se elevara a 5.250 billones de pesos, lo que equivalía al tope del gasto fiscal en Salud que se haya alcanzado en Chile, sacado de la ley de Presupuestos de 2013, de 10,5 billones o 10.500 millones, en lenguaje nuestro. Al año siguiente, en 2015, fundamentalmente por razones macroeconómicas, este presupuesto debió reducirse a 9.500 millones y más o menos el mismo presupuesto para 2016.

Ahora bien, a pesar de esta reducción, hemos mejorado

respecto de la OCDE. Cuando ingresamos a este club, éramos uno de los últimos países en gasto per cápita por delante de India y México. En cambio hoy nos acercamos vigorosamente a la media de la OCDE, fruto de que algunos países europeos, por la situación económica, han migrado hacia menos gastos y nosotros hacia más gastos.

Quiero resaltar que, durante el período 2009-2013, el país que más aumentó su gasto o inversión en Salud fue precisamente Chile, con un incremento de 6,4 por ciento anual, una cifra extraordinariamente significativa.

En ese contexto, insisto, pedimos la convocatoria de un consejo consultivo del AUGE para elaborar el decreto de 2013. Quedamos muy tranquilos con el trabajo realizado.

Señora Presidenta, si lo tiene a bien, quiero ceder la palabra al doctor Emilio Santelices, candidato a doctor por la Escuela de Salud Pública y Magíster en Administración, con el objeto de conocer la presentación del trabajo que se hizo para elaborar el decreto AUGE de 2013.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra el señor Emilio Santelices.

El señor **SANTELICES**.- Señor Presidenta, agradezco la oportunidad para presentar el trabajo de cuatro años del consejo consultivo, el cual nos llena de orgullo, por cuanto fue un aporte desinteresado y honesto de quienes participamos en él.

La presentación se enmarca dentro del contexto de la convocatoria de la comisión y en particular en los eventuales perjuicios que se podrían haber generado a partir de nuestra gestión.

El consejo consultivo es una instancia asesora cuyo objetivo es asesorar al ministerio en materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las garantías explícitas. Ese foco lo construimos con la participación de profesores de distintas universidades, a quienes en esta oportunidad aprovecho de entregar mi reconocimiento y agradecimiento por cuanto no tuve la oportunidad de reunirme con ellos al término de mi período presidencial. Específicamente, me refiero al doctor Montero, profesor de la Universidad Católica; al doctor Salinas, de la Universidad de

Chile; al doctor Fernando Lanas; al doctor Bustamante, profesor de la Universidad Austral; a la doctora Gloria López, presidenta de la Sociedad Médica de Chile; y al doctor Cordero, decano de la Facultad de Economía de la Universidad Andrés Bello.

De forma muy sintética, quiero mostrar el trabajo que desplegamos durante este período, poniendo el acento en lo que nos convoca, definir la metodología para la evaluación de nuevas 11 patologías y, tal como señala el mandato, ver de qué manera identificábamos problemas en la implementación y seguimiento del GES.

A continuación, debido a que llevábamos muchos años, aunque no hubiera presupuesto, nos interesó conocer el impacto que estaban teniendo estas políticas de salud. Otra tarea fue buscar de qué manera podíamos 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.

Sobre lo primero señalar el trabajo mancomunado que se hizo. Señora Presidenta, si así lo requiere, quedarán a su disposición todas las actas, más allá de aquellas que son de conocimiento público.

Específicamente, me refiero a las actas que se desarrollaban periódicamente, con una periodicidad no inferior a una vez al mes o cada tres semanas con la secretaría técnica, desde la Subsecretaría de Salud Pública, donde se trataba cada una de las patologías, tanto aquellas que formaban parte de las 69, que antecedían, como, obviamente, el estudio de las 11 siguientes.

Hay un detalle, en forma pormenorizada, de cómo se van haciendo las propuestas técnicas que dan sustento al desarrollo del decreto de 2013. Del mismo modo, un segundo aspecto a desarrollar decía relación con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, es decir, teníamos distintas agendas. La primera era de los contenidos, que la llevaba la Subsecretaría de Salud Pública; la segunda tenía que ver con la operación, a cargo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Los temas que se abordaban eran los de hipertensión, marcapasos, retinopatía diabética. En esa acta,

como en muchas otras, se indica el lugar, la fecha y las personas que asisten.

Los temas se tratan de manera medular, granular. Se evalúa la canasta de hipertensión, donde se había propuesto incorporar TSH; en retinopatía diabética, se incorpora la tomografía; en diabetes tipo 2, se incorpora hemoglobina glicosilada. Es decir, hay un trabajo detallado, minucioso, que trasunta en un conjunto de reuniones con los especialistas y equipos técnicos, a objeto de ir dándole fuerza y contenido a cada una de las canastas AUGÉ, a fin de mejorarlas, a la luz de los resultados del avance del conocimiento y de las capacidades económicas con que se podía contar entonces, para obtener un decreto robusto.

Es así que, un tercer eje, que forma parte de este proceso de desarrollo al interior del ministerio, dice relación con la participación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que era nuestro interlocutor. Hay una minuta, como muchas otras que están disponibles, en donde se trata el problema de salud N° 28: cáncer de próstata en mayores de 15 años. En la columna de observaciones se señalan una serie de comentarios: no debe ser considerado para la lista de prestaciones específicas, por ejemplo, en la canasta de tipificación de cáncer de próstata. En fin, no los voy a cansar con ese detalle -está a su disposición- que ilustra el grado de acuciosidad en donde cada una de estas canastas fue revisada, optimizada y puesta al día, a la luz del conocimiento.

En la misma línea, está el trabajo realizado con el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), para efectos de que ellos pudieran conocer cuáles son las posologías, la frecuencia del uso de ellas. Ahí estaban las contrapropuestas cuando se recibían de vuelta, es decir, este era un trabajo colegiado, en donde se entregaba la información, se recibían las contrapropuestas y, finalmente, se daba curso al decreto.

Por otra parte, a la luz del mandato que teníamos como consejo, revisamos el estudio de verificación de costos y, tal como lo señala la ley, de acuerdo al establecimiento de que no puede superar el índice real de remuneraciones, este se debe ajustar a ello, de tal forma que, claramente, había una directriz financiera que, más allá que desde el punto de

vista sanitario quisiéramos generar mayores coberturas o mayor profundidad en prestaciones, etcétera, había un marco que no podíamos sobrepasar. Es así como se puede constatar que el estudio de garantía realizado por un grupo asesor externo, de acuerdo a lo que señala la ley sobre la base de una licitación, determina un costo GES esperado para la población del Fondo Nacional de Salud (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, constatábamos también, desde la mirada que nos correspondía, que el estudio de verificación de costos, asociado a los estudios que se habían hecho por las tres entidades que ya he señalado, daban cuenta de que estábamos llegando a un punto de conciliación entre las necesidades sanitarias, los objetivos sanitarios, las metas que queríamos alcanzar, incluyendo las 11 nuevas prestaciones para llegar al GES 80, con lo que la ley nos mandataba, en términos de la prima que se podía alcanzar.

Otro tema que nos pareció interesante destacar dice relación con los estudios posteriores, por eso lo pongo en contexto.

Si ustedes se fijan y esto no es materia de gobierno, sino de Estado, porque claramente aquí estamos en una política de salud que, afortunadamente nace con en el gobierno del presidente Lagos y toma mucha fuerza en el gobierno del presidente Piñera, la contribución de 60 por ciento del costo esperado se encuentra en un número muy reducido de prestaciones. Por eso llama la atención que estas prestaciones son enfermedades crónica que a la luz de nuestra intervención, cuando tuvimos estos resultados, nos llevaron a poner el foco en ellas, en términos de buscar cuál era el impacto que estábamos teniendo con el GES, teniendo en consideración este antecedente que concentraba gran cantidad de la morbilidad, asociada al gasto.

Otro tema que nos pareció interesante pedir como parte de este estudio, dado que también había una política determinada por el ministerio, era avanzar en el uso de genéricos. Ustedes recordarán muy bien que se hicieron ingentes esfuerzos con el objeto de que se avanzara realmente en el

uso de genéricos reales.

Respecto del costo esperado por beneficiario, si se usaban bioequivalentes, permitía una reducción sustantiva de 2 por ciento de las canastas GES. Entonces, aquí hay dos hechos interesantes de rescatar, del conocimiento que nos arrojó este estudio de verificación de costos, que fue más allá del objetivo primario, que era validar la prima.

Finalmente, con todo este proceso colegiado llegamos a establecer las 11 patologías, teniendo dos ejes importantes. Uno de ellos dice relación con establecer cuáles eran los años de vida saludables ganados al hacer estas intervenciones y, en segundo lugar, cuál iba a ser el costo-efectividad expresado como pesos por año de vida ganado por cada intervención, dos temas que hoy, en la toma de decisiones y priorización en salud, son fundamentales: cuántos años vamos a ganar para la población o cuántos años vamos a dejar de perder, depende cómo lo queramos mirar, y cuál es el costo de esto a objeto de poder saber de qué manera podemos utilizar mejor los recursos. Es así como concluimos 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.

Tengo que hacer una mención especial acerca del tratamiento de erradicación del helicobacter pylori, y todos los presentes deberían sentirse orgullosos, puesto que como país llegábamos a cubrir el 60 por ciento de años de vida saludable, a partir del GES 80.

Hay una mención particular respecto de la úlcera péptica, porque en la conciliación del objetivo de tener cobertura, pero también del juicio de realidad sobre las capacidades que tenemos como país, finalmente, tuvimos que quedarnos con la cobertura del tratamiento de helicobacter pylori. Después de sendas reuniones sostenidas con los especialistas, particularmente con un grupo que ha sido pionero en el

seguimiento y tratamiento de la úlcera péptica, como es el grupo que lidera el doctor Alfonso Díaz en el Hospital Sótero del Río, que se reunieron con nosotros, teníamos problemas para poder hacer estudios endoscópicos y nos faltaban capacidades como país. Es un lindo desafío que, más temprano que tarde, debiéramos aspirar. De esa manera, logramos cumplir el objetivo de estas 11 patologías y llegar al GES 80.

En relación con los problemas de implementación, hay un hecho muy interesante. Nos toca enfrentarnos con un crecimiento que no es menor, de 30 por ciento de casos nuevos AUGE, a partir del período previo 2005-2008 hasta 2012. Obviamente, los casos activos del plan AUGE no solo incrementan un 30 por ciento, sino hasta 50 por ciento, lo cual es muy entendible. En todos los textos de economía de la salud se señala que las intervenciones en esta materia se caracterizan por tener inercia, y nosotros respondemos a lo que nos enseña la literatura, es decir, después de 4 o 5 años, cuando la población toma conocimiento, adquiere mayor conciencia y conoce las ventajas, y aparece una demanda casi exponencial.

A pesar de que en el eje temporal nos corresponde hacernos cargo de esa realidad, es interesante ver en los informes trimestrales de implementación, solicitados a Redes -solo traje el informe del segundo trimestre de 2013-, hubo cumplimiento en las atenciones, pues las realizadas en el plazo alcanzan a alrededor de 97 por ciento y fuera del plazo solo 1,81 por ciento.

Es decir, en presencia de un crecimiento esperable de 30 por ciento y de 50 por ciento acumulado, tuvimos la capacidad de dar cuenta de una demanda valorada enormemente por la población, ello gracias a los equipos técnicos del Ministerio de Salud y de otros servicios de salud.

Para nosotros era importante saber qué estaba pasando con los recursos y energías puestas en las Garantías Explícitas en Salud (GES). A veces surgen dificultades porque diseñamos políticas públicas -de hecho aquí ocurrió- y no incorporamos presupuestos para evaluarlas. Pero se nos ocurrió un hecho. Teníamos un estudio longitudinal muy hermoso, la Encuesta

Nacional de Salud (ENS) antes del GES, la implementación del GES y, luego, la Encuesta Nacional de Salud posterior al GES.

Entonces, a quienes estuvieron a cargo del estudio de la Encuesta Nacional de Salud, entre ellos la doctora Paula Margozzini, de la Universidad Católica, les solicitamos hacer un estudio de evaluación de impacto en diabetes mellitus e hipertensión arterial, porque son extremadamente prevalentes y generan muchas consecuencias, por ejemplo, afectan todos los órganos.

Además, tenemos un segundo motivo de felicidad, pues en el caso de diabetes mellitus el estudio de la Universidad Católica muestra que existe una mejoría significativa en la cobertura del tratamiento en el periodo 2003 a 2010, alcanzando hoy un 58 por ciento, con cambio relativo de 25 por ciento.

Una cosa preocupante es que esto se logra fundamentalmente sobre base de hipoglicemiantes orales, porque cada vez se busca de forma más precoz ir a la insulinización de los enfermos, y ahí tenemos una tarea pendiente. La idea de antaño de que la insulina era para el paciente muy grave ha quedado atrás. Claramente, la insulinización es un desafío pendiente con diferentes vertientes de estudio que buscan resolverlo.

La cobertura farmacológica para la hipertensión arterial ha aumentado de 40 por ciento, en 2003, llegando a 56 por ciento en 2010.

Es un hecho extraordinariamente relevante que la cobertura del diagnóstico haya aumentado de 59 por ciento a 65 por ciento. Ha disminuido de forma significativa el número de hipertensos mal controlados, bajando de 85 por ciento, en 2003, a 76 por ciento en el periodo 2009-2010.

Existe un estudio reciente realizado por el Observatorio Europeo sobre la adhesividad a los tratamientos médicos, donde en general en Latinoamérica tenemos un problema mayor, y en Chile no es distinto, pues la adhesividad a los tratamientos médicos no supera el 30 por ciento. Como dato referencial, el Observatorio Europeo ha mostrado que en países de Europa la adhesividad está en alrededor de 60 por ciento.

Esto es importante y, específicamente, en el caso del GES significa que estamos implementando la política pública, y entregando los recursos, pero si la adhesividad se adscribe en términos generales al 30 por ciento quiere decir que hay recursos que se están dilapidando.

Entonces, un desafío de salud Pública que se nos plantea es que de alguna manera debemos hacer llegar la atención de salud a esos pacientes, porque algo está fallando y no basta la relación del médico o la prescripción del medicamento.

Expuesto lo anterior, y entendiéndolo como un desafío, lo importante es que ya reconocimos dos patologías de gran impacto.

Por otra parte, se realizó una Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) y, además, evaluamos un tema muy sensible, como es la hipoacusia neurosensorial del prematuro, porque constatamos 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 quisimos abordar las soluciones para robustecer la toma de decisiones con las nuevas herramientas de evaluación. Para ello constituimos la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, analizamos cómo definir el modelo, y mediante un decreto se constituyó la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Señora Presidenta, el documento que tengo en mis manos, la "Guía metodológica para la evaluación económica de intervenciones en Salud en Chile", es un trabajo extraordinariamente importante, porque como país estamos en un incordio mayor. Resulta que para todas las evaluaciones en Salud las tasas de descuentos utilizadas eran del Ministerio de Desarrollo Social, que son de alrededor de 6 por ciento; sin embargo, si aplicamos las tasas de descuento de 6 por ciento en particular estábamos castigando fuertemente los proyectos de medicina preventiva.

Todos sabemos que el gran eje para los próximos años, y el desafío para abordar las epidemias y enfermedades crónicas, es la medicina preventiva. Entonces, todos los proyectos en esta línea tendrían una alta tasa de descuento y encontrarían

una valla muy alta que no permitiría pasar por el cedazo del Ministerio de Hacienda.

Entonces, la Guía Metodológica, usando evidencia, la literatura comparada, conversando con el profesor Drummond, de la Universidad de York, dedicado a la economía de la Salud y maestro de muchos de los médicos que se dedican a esta disciplina en Chile, llegamos a otra alternativa: los precios sombra de los bonos del Estado. La racionalidad que usamos es preguntarnos 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 por ciento.

Finalmente, me tocó participar en la etapa final para sancionar la minuta con las autoridades, a objeto de ver de qué manera íbamos a evaluar los proyectos, y si iba a impactar el AUGE, y definimos trabajar con un 3 por ciento.

El otro tema importante definido en el documento es el análisis de la priorización del GES y su costo de efectividad. Si poníamos costo de efectividad en valores del Producto Interno Bruto (PIB) personal, como el Reino Unido con 3,5 por ciento, llegaríamos a valores poco reales en términos de la capacidad económica del país y, además, generaríamos muy poca cobertura en enfermedades. Por tanto, haciendo un juicio de realidad, nos pusimos en el lugar de los países con ingresos medianos y definimos fijar el umbral de las intervenciones en Salud en un PIB personal.

Aquí hay una tremenda contribución al desarrollo de políticas que asociadas a las medidas anteriores nos permiten dar cuenta de que el Consejo GES trabajó con mucha madurez los temas que nos convocaron.

En síntesis, el Consejo, a lo menos en el periodo que me tocó presidir, pudo contribuir al desarrollo, perfeccionamiento y evaluación de esta política pública. Entre los logros alcanzados destaco la incorporación de once nuevos problemas de salud, dar cuenta del cumplimiento de prácticamente el ciento por ciento 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.

Creemos que estos resultados se obtuvieron por el apoyo y determinación 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.

En relación con las dificultades que habría tenido el decreto, lo que hice fue revisar las actas, que son públicas, y la información que tenía al respecto, a partir de lo cual llevé a cabo un análisis ecológico de la situación, por decirlo de algún modo, ejercicio que voy a compartir con ustedes puesto que se refiere a la pregunta que busca responder esta Comisión.

Debo decir que toda mi vida he estado muy ligada al GES. De hecho, cuando en un momento fui candidato a presidente del Colegio Médico, una de mis banderas de lucha -época en la que el Presidente Lagos propuso la ley sobre la materia- fue señalar que había que dar tiempo y madurar el cuerpo legal propuesto, porque claramente beneficiaría a todos los chilenos. Otros, en cambio, tuvieron una postura distinta, los que incluso llegaron a caricaturizar al Presidente.

Cuando con posterioridad tuve el privilegio de trabajar en esta posición lo primero que me llamó mucho la atención fue que la primera sesión, y la constitución del AUGE, se llevó a cabo en noviembre de 2014, o sea, que se había perdido casi un año.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Disculpe que lo interrumpa. Son las 11.10 horas y la presente sesión está citada hasta las 12 horas. Lo hago presente porque queremos dar más tiempo para las respuestas a las preguntas que deseen formular los señores diputados.

La directora del Fonasa, doctora Jeanette Vega, ya expuso en un par de ocasiones sobre esta materia, razón por la que creo que necesitará menos tiempo para su intervención. Para tal efecto dispondrá de diez minutos.

Por lo tanto, lo único que pido es dejar espacio para la formulación de más preguntas.

Continúa con la palabra el señor Emilio Santelices.

El señor **SANTELICES**.- Termino en tres minutos, señora Presidenta. Si me he extendido es porque me parecía

importante poner en contexto el trabajo del Consejo Consultivo GES.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Es importante que se tome el tiempo necesario para explicarlo.

El señor **SANTELICES**.- Otro hecho que me llamó la atención, en el análisis de tipo ecológico que realicé, fue que en marzo de 2015, de 3.600 millones solo se lograron recaudar 600 millones, lo cual representa una pérdida que se debe hacer presente.

Tengo entendido que hubo un directorio GES, a cuyas actas no tuve acceso, pero ustedes las pueden solicitar, en el que se formuló la necesidad de otorgar cobertura sin copago a los afiliados al Fonasa de los tramos C y D, para lo cual se dieron razones muy atendibles, lo que significaría un costo no inferior a 6.200 millones de pesos.

Respecto de una lámina que ya mostré, sobre lo que significa el costo esperado total y la plata que por ahí se está perdiendo por recaudación, creo que ahí hay un tema si la pregunta que nos estamos haciendo es dónde están los recursos que podríamos recabar para generar mayor potencia al GES. Y aquí identifico uno.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, pido la palabra sobre un punto de Reglamento.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, a mi juicio, su recomendación ha hecho que nuestro invitado esté pasando la información de las láminas demasiado rápido. Había un ejemplo en la lámina anterior que me hubiese gustado que explicara.

Señora Presidenta, a la directora del Fonasa ya la escuchamos, y a la doctora Sepúlveda, si bien no fue en esta Comisión, sí la escuchamos en la Comisión de Salud.

No me parece adecuado que limitemos la expresión de un invitado que concurre por primera vez.

Entonces, pido al invitado que se tome su tiempo, que explique lo que viene a presentar y no se sienta presionado.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Señora diputada, al doctor Santelices no le puse tiempo. Solo le

pedí que tuviera en consideración que queremos tener mucho espacio para las preguntas.

Espero que el señor Santelices no se haya sentido presionado por mi invocación.

El señor **SANTELICES**.- Gracias, señora Presidenta. Valoro sus palabras.

Si tratamos de hacer eficiente el sistema, cuando reviso esta información me asalta la duda de si nos faltan recursos o no, porque a la luz de esto pareciera que no faltarán.

Por otro lado, si tengo que hacer alguna intervención lo que primero tengo que hacer es mandar -no sé a quién corresponda- que recaude 3.600 millones y no solamente 600. Esa es la duda que a mí me queda. Cuando levanté esta información me provocó algo similar a lo que ocurre con el Transantiago, que se constata mes a mes que hay un grupo de chilenos que no cumplen con la ley y eluden el pago y perjudican al resto.

Aquí estaríamos en presencia de algo parecido, porque se recaudan 600 millones y se dejan de recaudar 3.000 millones. Eso es grave, porque probablemente va en contra de los más vulnerables de nuestro país. Eso es lo que quería señalar y que resalta en las láminas.

Ahora, se habló mucho de que se habría cambiado la modalidad de frecuencia. Al respecto, hice un pequeño ejercicio.

En la lámina superior está la evaluación postquirúrgica de la escoliosis. Un tema muy simple. Sin conocer cada uno, pero sabemos que son cuatro consultas al especialista, y tenemos el valor final, que son 108.000 pesos, lo que deja un valor por cada una de estas consultas de 27.000 pesos. Abajo se ve que si ponemos el tema por control, estos 27.000 pesos, al tener un copago de 20 por ciento, van a quedar en 5.400 pesos. Ahora, eso si utilizamos el criterio del decreto 2010, que decía que tenía que hacerse por cada control.

Nuevamente el ejercicio de arriba, la parte del decreto 2016, con 27.000 pesos, pero si usamos el decreto 2013, en donde efectivamente se dice por evaluación completa -es un tema simple matemático-, son los mismos 108.000 pesos señalados arriba, donde el 20 por ciento va a dar 21.000

pesos.

Entonces, no logro entender de qué manera se puede fundamentar que por el hecho de cambiar las frecuencias va a cambiar el costo final, porque en un caso vamos a estar dividiendo 20 por ciento de un 100 por ciento y en el otro caso 25 por ciento, toda vez que son cuatro prestaciones. ¿Me explico?

Finalmente -lo dejé acá, pero no quise que se los copiaran en papel porque me parecía que iba a ser extraordinariamente largo para ustedes-, aquí tengo las planillas Excel que quedaron disponibles, y creo que nada de esto hubiese ocurrido.

Cuanto terminó el gobierno anterior no quise renunciar. Me presenté a mi trabajo, con mis carpetas, y solicité un reunión con la señora ministra de entonces, en primer lugar, para ponerme a su disposición; en segundo lugar, para hacerle entrega de toda la información, y ella no me recibió. Entre la información estaba esto, donde ustedes ven marcadas cada una de las frecuencias que nosotros habíamos cambiado por razones técnicas y de simplificación de la implementación, de tal modo que nada de esto hubiese ocurrido si esta información se hubiese utilizado oportunamente.

Señora Presidenta, aquí hay una lección que como país tenemos que sacar, porque no puede ser que cuando uno ha desempeñado un trabajo se tenga que ir expulsado prácticamente sin tener la oportunidad de hacer una adecuada entrega de la información, porque finalmente pierden los ciudadanos.

En esa oportunidad, recuerdo en forma anecdótica, me recibió una persona de apellido Vielma, y así como la ministra no quiso recibirme para hacerle entrega de la información, tampoco tuve la posibilidad de explicarle a él los detalles pormenorizados de los avances, incluidos estos análisis. Solo recibió las carpetas y ahí quedó el tema.

Estos son todos los antecedentes del trabajo que pudimos hacer. Los entregaré a la Presidenta de la comisión, a quien agradezco la invitación, porque este es el primer espacio que se nos da -en esto siento representar al Consejo Consultivo- para testimoniar el enorme trabajo que se hizo por todos los

actores del sector Salud desde hace mucho tiempo.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Muchas gracias, doctor Santelices.

Tiene la palabra la señora Jeanette Vega, directora del Fondo Nacional de Salud.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Muchas gracias, señora Presidenta. Quiero mostrar algunos datos que tienen que ver con la presentación que hizo recientemente el doctor Santelices.

En primer lugar, quiero establecer nuevamente la responsabilidad del Fondo Nacional de Salud, porque vengo a esta comisión como directora de Fonasa.

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

Como una forma de constatar esto, quiero mostrar el extracto del decreto de 2013, en que aparecen las "moscas" sobre los pies de firma, y están individualizadas cada una de las personas. Como pueden apreciar, no hay ninguna "mosca" que corresponda a alguna persona de Fonasa.

Ahora, les muestro el decreto de 2016, en el cual se aprecia nuevamente quiénes fueron los responsables, y aparecen las personas de Subsecretaría de Salud Pública, redes asistenciales, gabinetes, Gestión y Desarrollo de las Personas, División Jurídica y Secretaría Técnica del AUGE.

Además, quiero decir que la última definición de roles al interior del Minsal es el ordinario N° 125, de 11 de enero de 2012, el cual determina específicamente las responsabilidades de cada uno de los actores al interior del sector.

En ese ordinario se define que la División de Prevención y Control de Enfermedades (Diprece) tiene la responsabilidad de entregar las canastas de los sesenta y nueve 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 la Secretaría Técnica AUGE 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.

Por tanto, se define, por el subsecretario de la época, el Fondo Nacional de Salud, que tendrá tres funciones: designar un profesional que vaya 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.

Además, respecto del proceso, que fue bastante ordenado, tengo un ordinario que envía el señor Mikel Uriarte, exdirector del Fondo Nacional de Salud, el 30 de mayo de 2012, en el cual 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 de la calidad de la información recibida, y que el departamento de Plan de Beneficios ha enviado cuarenta y cinco minutas con observaciones a la Diprece, con el objeto de que sean aclaradas.

Respecto de estas minutas, a la fecha, aún no se tiene respuestas.

En cuanto a los once nuevos problemas de salud, se habían recepcionado solo siete. Los cuatro restantes fueron recepcionados el 22 de mayo del presente año.

Luego, define nuevamente el compromiso de Fonasa de colaborar con la valorización de las canastas. Sin embargo, 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 que Fonasa ha puesto a seis profesionales del subdepartamento del Plan de Beneficios para trabajar y que se están valorizando alrededor de cuatrocientas 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.

Solicita el envío formal de los sesenta y nueve problemas, más once, completo y validado, para que todos los problemas

de salud estén revisados y se haya respondido a las indicaciones.

Señala que se requiere establecer una estimación de la demanda potencial, que se requiere definir el número de casos asociados a las canastas y, por último, información sobre el examen de medicina preventiva.

En la lámina aparece a quién es enviado, del Ministerio de Salud. No existe respuesta a este oficio en Fonasa.

En segundo lugar, quiero mostrar es el tema de las periodicidades, que también fue discutido por el señor Santelices.

Con esto quiero mostrar, y reiterar, 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.

Revisamos todas las guías clínicas de los problemas que cambiaron periodicidad en 2013.

No encontramos cambios en las recomendaciones basadas en evidencia para cambiar las periodicidades en ninguna de las guías clínicas.

Todas las periodicidades en las guías clínicas revisadas corresponden a la periodicidad establecida en el decreto 2.010, y no han tenido cambios.

En la lámina aparecen las guías del 2015 y las periodicidades establecidas en el decreto 2.010. Cuando uno dice control, lo que está establecido son tres controles, cuatro controles, tres controles, etcétera. Ahí aparecen las periodicidades cambiadas, establecidas en 2013, y al lado derecho están las periodicidades de las guías clínicas. Como ustedes pueden ver, las periodicidades de las guías clínicas no han cambiado, y estas fueron las guías que se revisaron en 2015.

Lo mismo ocurre para 2014; sin embargo, hago la salvedad de que en 2014 no se especifica en las guías clínicas la frecuencia.

En 2013, que es el año del decreto, cuando se revisaron

todas estas guías clínicas, en ninguna de ellas se cambió la periodicidad de acuerdo con la evidencia, sino que en todas se mantuvo la periodicidad que tenían. Es decir, los cambios en las periodicidades, hasta donde nosotros vemos, no están sostenidos por la evidencia que se refleja en las guías clínicas.

Respecto de si estos cambios fueron discutidos con el Consejo Consultivo, la lámina claramente dice que la propuesta será sometida a la consideración del Consejo Consultivo para que emita su opinión a través de un informe.

Hemos revisado todas las sesiones del Consejo Consultivo: las actas N<sup>o</sup>s 35 a la 57; la 41, no está y no sabemos por qué. Se revisaron todas las actas comprendidas entre el periodo marzo de 2011 a marzo de 2014, y en ninguna de ellas se señala que se haya discutido los cambios en la metodología para la determinación del arancel GES ni la periodicidad.

Por lo tanto, inferimos que esa información no fue entregada ni discutida con el Consejo Consultivo.

Con respecto al perjuicio financiero en Fonasa y en beneficiarios, lo primero que tengo que contarles, que ya dije en la sesión anterior, es que no hubo ningún cambio en las reglas Sigges; por tanto, la regla de traspaso a los servicios de salud mantuvo la misma periodicidad.

Al disminuir, tal como dice Emilio, el copago global en el año a un copago menor mensual, ocurre que, al mantenerse la periodicidad en el Sigges, se transfieren menos recursos a los servicios de salud. Por ejemplo, si el copago es de 12.000 y se tenía una periodicidad, hasta el 2010, de 4 veces, de manera que se transfiriere 3.000 por 4, lo que da 12.000 para el año. Si se cambia la periodicidad tengo que transferir 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; por tanto, se transfirió 4.000 en el año, en vez de haberse transferido 12.000 en el año.

Eso significó para los servicios de salud un no traspaso de recursos de 637 millones, aproximadamente, por semestre. Esto es el primer perjuicio económico.

Podemos ver en la presentación el efecto año, que son 1.200 millones. Aquí, están establecidos cada uno de los servicios

de salud por orden y cómo fueron afectados.

Al perjuicio global, cuyo tema conversamos en la sesión pasada, tenía que ver con el cambio de la metodología de cálculo de arancel, porque se cobraron copagos subvalorados y lo mismo por el cambio de periodicidad, se agrega el menor traspaso en los servicios de salud por la cifra que está ahí. Insisto que el cálculo de los copagos está basado en 27 por ciento de recaudación, que es la recaudación histórica que no ha cambiado en el tiempo.

En consecuencia, el monto global de perjuicios es de 7.000 millones por el periodo.

Además, los beneficiarios de Fonasa tienen la facultad que otorga la ley para entregar préstamos médicos y condonar pagos. Y mediante una nota interna, de noviembre de 2010, la Fiscalía de Fonasa de la época estableció que el régimen GES era una forma de atención distinta de modalidad institucional y, por tanto, los copagos no son susceptibles de ser condonados.

Cuando nosotros llegamos eso fue consultado a la Contraloría y fue derogado.

Efectos en la Isapre.

La ley establece que las isapres tienen la facultad de fijar el precio durante los tres años. No explicita la forma ni tampoco el cómo; por eso los precios son discrecionales y no están relacionados con la prima GES, que se define para el decreto. Lo único que establece como obligatoriedad es el monto de los copagos.

Por lo anterior, el arancel referencial no representa los precios ni tampoco los precios con los cuales negocian con sus prestadores, que no tiene nada que ver, pues son precios que se negocian de acuerdo con el mercado.

Creemos que lo que ocurrió -tenemos una diapositiva que no alcanzamos a traer, en que se ve el alza de ganancia que tuvieron las isapres entre los años 2013 y 2014- es que los temas de los menores copagos se incorporaron en un aumento importante de la prima.

También me voy a referir a lo que se dijo respecto de que las garantías GES habían disminuido brutalmente en el periodo anterior.

En 2006, por ley, la manera 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 agrega como criterio de exclusión por indicación médica, por otra causa, por causa desconocida y por otro. El efecto que esto tuvo se muestra en la transparencia.

Cuando se cambia la clasificación, lo que ocurre es que caen las garantías retrasadas y suben, aproximadamente, en el mismo rango las garantías exceptuadas. Cuando nosotros llegamos y nos dimos cuenta de esto tuvimos que reclasificar todo el periodo y lo que ocurrió fue que las garantías exceptuadas bajaron a la mitad, pero además se tuvo que hacer un esfuerzo muy importante para poder mantener las garantías retrasadas, porque esa disminución, entre 157.000 y 74, correspondían efectivamente a garantías que no habrían sido realizadas, y tuvimos que ir a buscar a todos los pacientes para poder cumplir esa garantía cuando aún era susceptible si es que no han fallecido o les había afectado otra cosa.

Respecto del tema de los copagos, solamente quiero recalcar que el efecto del decreto de los copagos de 2016, que ha sido también un argumento que se ha dado aquí, es que la ley establece para Fonasa la posibilidad de gratuidad para los grupos A y B, y mejorar la cobertura financiera.

Fonasa, en uso de sus facultades, ha establecido que los beneficiarios de los grupos C y D copagan 10 y 20 por ciento; que los mayores de 60 años tienen 100 por ciento de cobertura; que la cobertura en atención primaria es del 100 por ciento y que las prestaciones de alto costo, identificadas en el decreto N° 1717, son gratuitas.

Además, hay dos protecciones financieras adicionales, el deducible máximo, que es fijado por ley y de acuerdo con la renta promedio y, por tanto, no es posible excederse.

Eso es lo que les quería mostrar por ahora. Tengo otras diapositivas, donde se menciona qué pasó cuando llegamos con el sistema informático que muestra por qué nos atrasamos en echar a andar la nueva parametrización. Cuando llegamos nos encontramos con un contrato con la empresa Adexus por un monto de 25.800 millones.

El señor **MAÑALICH**.- ¿Esta Caval, también?

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- No, esta no es Caval, solo Adexus Fonasa.

Entre marzo y mayo de 2014 efectuamos el levantamiento para determinar el estado. Se parte con multas, porque detectamos múltiples incumplimientos en marzo. En mayo y junio se exploran alternativas para la mantención y continuidad y desarrollo de los sistemas de tecnología sin depender de Adexus. El 30 de junio se da aviso de término de contrato por incumplimiento grave de obligaciones; el 5 de agosto enviamos copia del sumario administrativo al Consejo de Defensa del Estado; el 10 de octubre la Fiscalía de Fonasa presenta una demanda civil de indemnización de perjuicios en contra de la empresa Adexus; el 13 de octubre se procede a cobro de boleta de garantía por 1.300 millones y se solicita medida precautoria para el retiro de las bases de datos de Fonasa. En paralelo, se efectúan sumarios administrativos al personal involucrado, resultando la destitución de todos los directivos del departamento de tecnología de información de la administración anterior.

En definitiva, ¿qué es lo que hicimos? Básicamente, tomamos el control de todo el sistema Sigges y de todo el cobro de copagos. Al respecto, como expuse en la sesión anterior, se observa que a partir del presente semestre el cobro de copagos es el mayor generado en toda la historia del Fonasa.

Asimismo, terminamos el contrato que nos legaron con Medical Trends, tomamos control interno y pasamos a producción el decreto del 2016, internamente. 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.

Señora Presidenta, hay muchos más ejemplos, pero eso es cuanto puedo informar por ahora.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Muchas gracias, doctora Vega.

Restan 20 minutos de sesión y no será posible prorrogar lo suficiente para formular todas las preguntas y para que las respondan los invitados.

Por lo tanto, quiero comprometer la concurrencia de los

invitados para el próximo lunes, a fin de que contesten todas las preguntas y, asimismo, dejar hoy planteadas las inquietudes de los diputados.

Tiene la palabra el diputado Macaya.

El diputado **MACAYA**.- Señora Presidenta, desconozco si el próximo lunes los invitados tendrán disponibilidad de tiempo; nosotros la tenemos, pero ellos no tienen la obligación de acompañarnos.

Por eso, y por su intermedio, señora Presidenta, quiero que el doctor Emilio Santelices contraargumente, porque en su presentación llegó tres o cuatro minutos antes de abordar a los puntos más importantes, en especial, a aquellos que dicen relación con el copago y, en particular, con la influencia de los copagos del Fonasa en las isapres, pues existen un montón de situaciones.

Pero, sobre todo, quiero que profundice en cómo entregó la información, destacando los cambios de periodicidad, a lo cual se refirió, pero considero que no quedó lo suficientemente claro. Además, quiero solicitar que esa parte de la presentación quede en cuaderno separado.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Diputado Macaya, pido que esa parte se consigne en cuaderno separado.

Asimismo y, sin perjuicio de sus preguntas, considero que se han planteado varios aspectos bien contradictorios y, por lo tanto, podría ser útil para los invitados escuchar nuestras inquietudes antes de responder.

Tiene la palabra el doctor Jaime Mañalich.

El señor **MAÑALICH**.- Señora Presidenta, independientemente de que hoy no ejerzo ningún cargo administrativo, observo cierta inequidad en el procedimiento propuesto.

Largamente han escuchado a la directora del Fonasa en dos oportunidades y lo mismo ha ocurrido con otras autoridades del área de la salud que han vertido críticas a la formulación del decreto del 2013 y, a pesar de que yo y el doctor Santelices estamos presentes para aclarar dichas críticas, una vez más se le da la oportunidad de contraargumentar a la directora del Fonasa. Por lo tanto, quiero hacer uso del derecho a aclaración respecto de algunos comentarios de la doctora Vega, los cuales son inexactos.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Señores diputados, formularé una propuesta diferente.

Si les parece, y debido a que se sienten mutuamente interpelados, los 20 minutos que restan de sesión los utilizaremos para que se dé una respuesta y una contrarespuesta, y las preguntas de los diputados las dejaremos para la próxima sesión.

¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

*-Hablan varios señores diputados a la vez.*

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra el doctor Jaime Mañalich.

El señor **MAÑALICH**.- Señora Presidenta, quiero hacer algunas aclaraciones.

En primer lugar, quiero manifestar que estoy sorprendido, porque pensé que habíamos sido convocados para evaluar los decretos y hablar del bien público; sin embargo, ahora entiendo que, por lo menos de parte de la directora del Fonasa -lo digo con respeto-, la idea es asegurar que no asuma ninguna responsabilidad administrativa respecto del desastre que ha ocurrido con el decreto del 2016, del cual, entiendo, ella se enteró por la prensa, porque estamos plenamente conscientes de que en este momento el diálogo entre el Fonasa y el Ministerio de Salud es muy pobre.

Insisto, 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 dice la ministra, en la formulación del decreto, que es la madre de todos los errores, pese a que fue entregado y explicitado, como mencionó el doctor Santelices. Más aún, 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 -no por afinidad política- puede llevar adelante dicho proyecto, iniciado en el gobierno anterior. Y pido disculpas por hacer una derivación técnica, una aclaración.

En las subcomisiones mixtas de presupuestos -existen las actas-, nos comprometimos muy seriamente a derivar progresivamente, 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, avanzamos en forma bastante importante, porque sin el cambio descrito en el modo de financiamiento es imposible introducir la metodología GRD, la cual fija un pago histórico, más algunos cambios.

Y nos alegramos mucho 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 para la eficiencia de los usos públicos, el Fonasa la haya hecho suya, 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.

El doctor Pedro Crocco, actual académico de la Universidad de Chile y exdirector del departamento a cargo del AUGE, es muy enfático en las declaraciones que ha dado a los medios. A través de la prensa ha manifestado que la responsabilidad de todo lo ocurrido reside en el Fonasa y creo que, a lo mejor, valdría la pena que lo invitaran para que explicitara sus dichos o, por lo menos, que sus argumentos estén presentes en la discusión, dado el rol que ha ejercido. Él dice que, en definitiva, el hilo se cortó por lo más delgado y él tuvo que salir del ministerio, al igual que la doctora Dolores Tohá, quien, durante nuestro gobierno, el anterior y el actual, actuó en la gestión del Consejo Consultivo del AUGE.

Se hizo referencia a una carta, nota u oficio del exdirector del Fonasa, el señor Mikel Uriarte, que me resulta contradictoria, porque, por una parte, se dice que el Fonasa no tiene nada que ver con lo ocurrido y, por otra, se muestra un director del Fonasa profundamente involucrado. Cabe señalar que nosotros nos reunimos todos los lunes para hablar del nuevo decreto AUGE y oficios como ese, no hay cientos, hay miles que vienen del Fonasa, de la red, de los distintos hospitales y, por supuesto, de la Dirección de Presupuestos, dando cuenta de correcciones, porque, al menos durante el gobierno anterior, el Estado solía comunicarse por escrito y están todos los documentos para demostrarlo.

Respecto del cambio de metodología -esta ficción que se ha

creado-, en primer lugar, no es un cambio de metodología, sino que es un cambio de pago de los controles, como se discutió y está en actas -el doctor Santelices las va a dejar-, a fin de que para los ciudadanos fueran más claros los derechos que podían exigir, por ejemplo, los cuatro controles tras alguna cirugía, como se mencionó.

Es tan burdo el error Excel que a un estudiante de ingeniería, de cualquier tipo y de primer año, lo expulsarían de la carrera si lo cometiera. Además, había señales de alerta, como mostró el doctor Santelices, quien siguió trabajando con la directora del Fonasa durante muchos meses y, por lo tanto, nos extraña enormemente que no se haya tomado en cuenta el error.

Hay dos últimos temas que quiero enfatizar, porque los considero muy delicados.

En primer lugar, se dice que el decreto Auge de 2013..., no sé cuál fue el ajuste que se aplicó al decreto de 2016, pero en el caso del ajuste del decreto Auge, este sumó 32 por ciento, no 9 por ciento. Esto se desglosa, como consta en la Comisión Mixta de Presupuestos, porque se aumentó lo que no se había aumentado nunca, a fines del año 2012, las rentas de las personas que participaban en las soluciones Auge y el 9 por ciento del decreto. Por lo demás, no existe obligación legal alguna para aplicar el máximo ajuste, como de hecho queda demostrado en la actual discusión sobre la reforma educacional, cuando se dice: "los recursos no alcanzan para dar lo que comprometimos", que es la gratuidad universal.

Lo último que quiero señalar, y lo encuentro muy delicado, porque hicimos este decreto de manera tal que el alza, como consta de los precios de las Isapres en el alza del año 2013, fuera la mínima posible, no como ocurrió este año, en que hubo un alza inmensa. Esto ocurrió porque -insisto- gran parte del costo del alza tuvieron que asumirlo las Isapres. En segundo lugar, entre los prestadores privados de Isapres incentivamos un aumento en el uso del Auge -lo que está documentado- en prácticamente 90 por ciento.

Lo que se sostiene aquí, una y otra vez, -quiero ser enfático en esto- es 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.

Quiero ser muy claro, porque existen responsabilidades que deberán ser determinadas en los tribunales. Cuando se tramiten los recursos de protección -en la primera semana de este mes se han presentado 20.000 recursos de protección por alzas derivadas del plan Auge-, se va a citar como argumento legal y jurídico que la directora de Fonasa dijo que el decreto era mucho más caro. Por lo tanto, la van a invitar a dar explicaciones.

Jamás me habría esperado esta contradicción en un gobierno como el que tenemos. Creo que cada cual debe asumir las responsabilidades que ello implica, porque -insisto- no solo significa un aumento del copago para los usuarios atendidos en la red pública, debido al error en la planilla Excel, sino que significa un aumento muy significativo de la prima Auge para los beneficiarios del sistema de salud privado.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- El doctor Mañalich ha utilizado diez minutos en su exposición. Le otorgaremos el mismo tiempo al doctor Santelices. Ahora, solicito el acuerdo para prorrogar en diez minutos la sesión, para que también intervenga durante diez minutos la doctora Jeanette Vega.

¿Habría acuerdo?

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- No, yo no estoy de acuerdo.

El señor **CASTRO**.- Yo sí.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Pero yo no.

El señor **CASTRO**.- ¿Cuál es el problema? ¿Ahora no hay democracia?

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- No, no importa; si se les está citando nuevamente para la próxima semana...

El señor **CASTRO**.- La sesión es para escucharlos a ellos.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Pero si la directora de Fonasa ha intervenido tres veces.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Por favor, no interrumpen.

El señor **CASTRO**.- Escuchemos a las autoridades.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Pero si la próxima semana...

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tratemos de ser contributivos.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Van a venir, ya lo acordamos.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Todos estamos poniendo de nuestra parte para escuchar a todo el mundo.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Esa es la ley pareja.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Les recuerdo que invitamos al exdirector de Fonasa, Mikel Uriarte, quien se negó a asistir. Por lo tanto, no se trata de que no hayamos querido escucharlo.

Les haré una nueva propuesta para que el debate sea equitativo, porque aquí estamos en una confrontación de ideas: el doctor Mañalich se acaba de referir en términos muy generales a algunos temas que le parecen controvertidos. Supongo que el doctor Santelices los abordará con mayor detalle, a propósito de las afirmaciones que ha hecho la doctora Vega, de modo que sería injusto que no la dejáramos hablar.

El señor **MACAYA**.- Presidenta, ¿puedo agregar algo?

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra, diputado.

El señor **MACAYA**.- En consideración a que hemos contado con la asistencia de la doctora Vega durante...

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Múltiples oportunidades.

El señor **MACAYA**.- ...tres sesiones en este tema,...

El señor **CASTRO**.- Dos.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- También vino a la Comisión de Salud.

El señor **MACAYA**.- Propongo que exponga inmediatamente, pero que termine el doctor Santelices,...

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Por supuesto.

El señor **MACAYA**.- ...porque creo que también hay un tema de confrontación, y no tengo la certeza -tal vez la tendré después de esta sesión- de que nuestros dos invitados puedan acompañarnos en la siguiente sesión.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Que hable la doctora Vega y que dé término a las exposiciones el doctor Santelices.

El señor **MACAYA**.- La doctora Vega puede hacerse cargo del tema y nosotros podemos prorrogar la sesión durante diez minutos para que termine el doctor Santelices. Es exactamente lo mismo; solamente estoy alterando el orden, Presidenta.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Yo no tengo problemas.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Ahí sí.

Varios señores **diputados**.- Ahora sí.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Es decir, se puede prorrogar la sesión por diez minutos para que hable el doctor Santelices, pero no la doctora Vega. No tengo ningún problema, porque la certificación de cada tema está en los documentos y en las leyes.

Entonces, le ofrezco la palabra a la doctora Vega por diez minutos, para que, a continuación, intervenga el doctor Santelices, haciendo uso de una prórroga de diez minutos de esta sesión.

La señora **VEGA** (doña Jeanette).- Señora Presidenta, no tengo mucho que agregar. Tenemos todos los datos y aquí está el archivador con toda la información que hemos presentado. Se lo entrego oficialmente, hay copia de todo lo que hemos dicho. Por lo tanto, no tengo mucho que agregar al respecto. Solamente me referiré al comentario del doctor Mañalich respecto del aumento del PPV.

Efectivamente, el PPV se aumentó en 2012, pero, tal como vimos en la sesión anterior, se hizo a expensas del traspaso de PPI, que son los costos fijos, de alrededor de 20 por ciento del PPI a PPV. En la práctica, eso significó que los costos fijos de los servicios de salud quedaran con menor presupuesto.

Ahora, tal como dije en la sesión anterior -quiero reiterarlo-, en Fonasa nos regimos por la ley, no por opiniones ni por interpretaciones, menos de funcionarios que hayan sido desvinculados por la responsabilidad que tuvieron en la elaboración del decreto.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Doctor Santelices, tiene la palabra.

El señor **SANTELICES**.- Señora Presidenta, citaré a Carl von Clausewitz, un gran estratega, quien decía que al inicio de

una negociación, los intervinientes siempre debían ponerse de acuerdo para entender de la misma manera los conceptos sobre los cuales se iba a discutir, porque la mayor parte de las veces se generaban discusiones debido a que la gente entendía los conceptos de manera distinta y, de tal forma, las discusiones resultaban fútiles.

Traigo a colación a von Clausewitz, porque ¿cuál es el tema que nos convoca?, ¿cuál es la preocupación que debemos tener?

A la luz de esta invitación, y por lo que recojo de las presentaciones, pienso que debemos establecer de qué manera nos hacemos cargo de situaciones respecto de las cuales -lo dijeron la ministra de Salud, Carmen Castillo, y el subsecretario de Salud Pública, Jaime Burrows, según leí en la prensa- ellos sabían que habían incurrido en errores que era necesario corregir. De hecho, el decreto 2015 iba a tener un retraso, en su segunda versión, dado que iban a tener que ocupar ese espacio para corregirlo.

Lo que nos muestra la evidencia es que, a la luz de la información que he entregado, los errores están presentes y los ciudadanos esperan que nos dejen lecciones para seguir mejorando, de manera que la robustez de la fe pública en las instituciones se mantenga.

La primera lección que recojo, y que quiero recomendar, es que a la autoridad, al asesor o al consejero -como fue el caso que me correspondió-, se le entregue el espacio necesario para hacerle entrega adecuada de la documentación a las autoridades entrantes, porque la causa raíz del problema en el que se hayan podido equivocar quienes intervinieron posteriormente en el tema es que ni siquiera tengo certeza de que hayan podido tener acceso a esas planillas Excel, que -las vuelvo a destacar acá- incluso están destacadas con colores, donde se señalan los cambios de periodicidad.

De tal manera, estamos en presencia de una desproporción, toda vez que, por una parte, generamos una mayor resonancia sobre un tema que...

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Doctor, solo como una moción de orden, para entender: ¿estas son planillas que no tienen nada que ver con el Sigges?

El señor **SANTELICES**.- No, estas son las planillas que

manejaba la secretaría técnica del Auge, y que también manejaban las personas.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- ¿Estas planillas incidieron en Sigges, es decir, se corrigieron aquí y luego en el Sigges?

El señor **SANTELICES**.- No, aquí no se corrigió.

Fueron estas las planillas que no se corrigieron en el Ministerio.

Se ocuparon las del 2010, por eso es que pongo tanto énfasis en una simple planilla *Excel*, porque son las planillas que forman parte de la documentación que estaba disponible.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Entonces, ¿en 2010 tampoco impactaron en el Sigges?

El señor **SANTELICES**.- No, lo que pasa es que usaron las planillas de 2010.

El señor **CASTRO**.- Señora Presidenta, ya que el señor Santelices está aludiendo al punto, me gustaría que precisara si se entregaron estas correcciones al subsecretario de Salud Pública, señor Barros.

El señor **SANTELICES**.- Estas correcciones quedaron en la secretaría técnica del GES. De hecho, no las saqué, están ahí junto al dossier completo de actas.

Es más, en el ánimo de lo que nosotros veíamos como filosofía GES, se lo hicimos ver a la ministra en nuestra conversación, máxime que había otros temas que nos interesaban.

Por ejemplo, le hice ver -tema en el que coincidimos- que teníamos que buscar presupuesto siguiente para ver el impacto del GES.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Señor Santelices, quiero referirme al 2010, cuando se cambiaron las prestaciones, es decir, cuando se cambiaron las frecuencias.

El señor **SANTELICES**.- En 2013 se cambiaron las frecuencias, que aquí están señaladas en amarillo.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- ¿Y se cambiaron en el Sigges?

El señor **SANTELICES**.- No sé si eso ocurrió, porque la tarea de la secretaría técnica del GES era especificar la

frecuencia y sus respectivas valorizaciones, que era el tema que se tenía que tomar a continuación.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- ¿A quién le entregaban eso?

El señor **SANTELICES**.- La secretaria técnica continuaba su trabajo para dar sustento al decreto y, por otra parte, 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.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Entonces, ¿a quién le entregaban esto?

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Podemos permitir que termine de exponer?

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Es que no lo entiendo.

El señor **SANTELICES**.- Esto no se lo entregábamos a nadie. Esto forma parte del material de trabajo que las comisiones y unidades correspondientes que nos siguieron debieron haber tomado en cuenta y revisarlo. Ese es el punto, por eso partí apelando a Von Clausewitz, para ver de dónde estamos generando el tema.

El señor **ESPEJO**.- Entonces, no se entregaron por escrito.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Estamos alterando un poco lo que habíamos acordado previamente; por eso, quiero que termine su exposición el doctor Santelices.

El señor **MAÑALICH**.- Señora Presidenta, quisiera precisar ese punto porque es bien delicado.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Finalmente, el responsable final era el ministro.

Tiene la palabra señor Mañalich.

El señor **MAÑALICH**.- Efectivamente, nosotros hicimos la entrega de turno como muy bien nos había enseñado el doctor Erazo, en el tiempo del cambio del ministerio anterior. Tuvimos una serie de reuniones con las autoridades entrantes, en las que les entregamos material, que fue firmado por ellos. Me refiero a todo el material de trabajo del ministerio, desde la vacuna contra el meningococo hasta esto -y tengo copia de todo lo entregado-, además de lo recibido por la nueva ministra de Salud.

Pero creo que en beneficio de la ministra de Salud es importante señalar que el nuevo subsecretario de Salud Pública que asumió, estimó que estas reuniones no eran importantes y, por lo tanto, como él se ausentó, nosotros seguimos entregándole el material solo a la ministra Helia Molina y, entiendo, con la extraordinaria coordinación dentro del ministro, ella debió haberlo entregado como corresponde, al subsecretario de Salud Pública.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Solo para mayor claridad, aquí estamos hablando de una entrega el 2014, pero yo estoy hablando solo del 2013.

El 2013, cuando ustedes fijaron esto, e hicieron estas planillas *Excel*, ¿a quién, dentro de su propio gobierno, entregaron estas planillas? Esa es la pregunta, pura y simple.

El señor **SANTELICES**.- Este era material de trabajo que se manejaba en la secretaría técnica, y nosotros mantuvimos la continuidad con las mismas personas que estaban desde el gobierno anterior, que por unanimidad el consejo GES, que era al que le correspondía ratificar o cambiar, como propuesta personal, continuó trabajando la doctora Dolores Tohá, quien es una extraordinaria profesional que venía del gobierno anterior y que lo había hecho de manera fantástica, por lo que siguió también colaborando con nosotros, de modo que no había que hacerle entrega nadie, sino que había que seguir y darle continuidad al proceso.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, que esta declaración quede en cuaderno separado.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- En forma excepcional, y solo para contribuir al diálogo, porque no tiene otro sentido, la doctora Guerrero está pidiendo la palabra, porque ella es la encargada del tema en este minuto. Ella es la secretaria técnica del Auge.

Tiene la palabra el señor Santelices.

El señor **SANTELICES**.- El otro punto que quiero señalar y que es importante, dice relación con que cuando la doctora Vega hace mención a ese intercambio de documentos entre Fonasa y la Subsecretaría, la verdad es que -y como ilustré en una de ellas- eso era parte del proceso, es decir, había

una discusión muy virtuosa en donde se rechazaba, se apelaba y se aceleraba; es decir, era parte del proceso a objeto de obtener el resultado final. De hecho, yo mostré que esto se aceptó, se denegó, de tal forma que lo que ella señala -y se lo agradezco- viene a ratificar el proceso de interacción que ya mostré.

El tercer aspecto que me parece importante, dado el foco de la Comisión, es que no olvidemos que entre 2012 y 2015, el cambio que se produjo en la recaudación es de aproximadamente 59 por ciento de copago. Este es un tema, porque si efectivamente estamos ocupados de ver de qué manera se hace la labor que a cada uno le corresponde, entonces tenemos una situación ahí que se tiene que tomar en cuenta, porque no es indiferente para el país que un grupo de chilenos abuse de otro grupo de chilenos, y simplemente no pague 3 mil millones que, por ley, debe pagar, en cambio otros se tienen que hacer cargo y pagan los 600 mil millones que la ley les exige que paguen, por lo que este es un hecho que creo que vale la pena destacar.

Por último, en relación con lo que decía la doctora Vega, coincido con ella, porque en ningún momento he descrito una situación de trabajo distinta a lo que ella también mostró, en el sentido de que hay un trabajo mancomunado entre Fonasa y la Subsecretaría, cada uno ocupando su rol, y la evaluación económica de las canastas, tal como ella también los señala y yo también, efectivamente eso se realiza en Fonasa, de tal forma que no encuentro que exista contradicciones en esos temas.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Quiero que la doctora Guerrero intervenga brevemente para hacer referencia a la secretaría AUGE y a este traspaso de información y de planillas Excel.

Luego de eso, me gustaría tomar algunos acuerdos. Ya acordamos invitar nuevamente a quienes hoy nos acompañan; pero tenemos pendientes las invitaciones al superintendente y a otros expertos.

El señor **CASTRO**.- También al exsubsecretario de Salud Pública.

El señor **MAÑALICH**.- Señora Presidenta, como ella tiene

derecho a hablar, entiendo que después tendremos derecho a réplica, por cualquier cosa que se diga.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Señor Mañalich, van a tener derecho a réplica, siempre y cuando no nos extendamos demasiado.

El señor **MAÑALICH**.- Señora Presidenta, pido formalmente que tengamos derecho a réplica respecto de lo que va a decir la doctora.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Por eso, y en mérito del diálogo, hay que ser un poco tolerante con la metodología.

Con todo, me interesa sacar los acuerdos para las próximas sesiones. Además, me interesa extender las sesiones hasta terminar con las réplicas y contrarréplicas.

¿Habría acuerdo para pedir prórroga del plazo de esta comisión investigadora, para poder celebrar un par de sesiones más?

**Acordado.**

La próxima sesión será de preguntas y contrapreguntas con los actuales invitados.

Creo que para alivianar un poco a la doctora Jeanette Vega, vamos a pedir que vengan la doctora Andrea Guerrero y el subsecretario de Salud Pública.

Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, en lugar de que venga el superintendente o cualquier autoridad similar, quienes van a venir hablarnos de sus pocas atribuciones, porque eso lo hemos escuchado en cada una de sus participaciones, prefiero que venga don Pedro Crocco, quien fue que dijo que la responsabilidad era de Fonasa. Recordemos que el señor Crocco fue catalogado por el Ministerio de Salud como el responsable de la falla de este decreto. ¡Por algo se le pidió el cargo! ¡Y usted me dice, señora Presidenta, que estamos viendo la posibilidad de invitar al superintendente! ¡Perdóneme, pero que primero vengan el doctor Crocco y el subsecretario de Salud Pública! Y la ministra debiera estar presente también; y la doctora Tohá, si es que lo tiene a bien.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- En aras de

una investigación seria y documentada, nos vamos a circunscribir a lo que dispone la ley: el superintendente de Salud es quien supervisa y fiscaliza a todos los que están involucrados en esto.

Por lo tanto, me parece que tiene algo que decir.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta ¿cómo va a venir el superintendente antes que el doctor Crocco, a quien sacaron de su cargo?

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Me parece.

La señora **RUBILAR**, (doña Karla).- ¿Tiene que venir el superintendente antes que la persona que sacaron de su cargo por esto? No me parece.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Sergio Espejo.

El señor **ESPEJO**.- Señor Presidenta, pido que no establezcamos cuestiones antes de terminar el objetivo. Un diálogo en tal sentido en nada contribuye.

Con todo, pido que se invite al doctor Manuel Inostroza, a quien me interesa escuchar, dado que puede aportar mucho para entender esto.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Está considerado, señor diputado.

Tiene la palabra el diputado señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señora Presidente, invitemos para la próxima sesión al doctor Pedro Crocco y al subsecretario de Salud Pública, y para una próxima sesión veremos al actual superintendente y al doctor Manuel Inostroza, exsuperintendente.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tendría que ser para la subsiguiente, porque para la próxima sesión tenemos a los mismos invitados de hoy.

El señor **CASTRO**.- Agreguemos, entonces, al doctor Pedro Crocco y al subsecretario de Salud Pública.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Lo vamos a consultar, porque no sabemos si podrían acudir.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- El doctor Pedro Crocco tiene que venir.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- El doctor Crocco no tiene por qué venir; se le va a invitar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Es un caso de responsabilidad administrativa.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Los ex funcionarios son sujetos de responsabilidad administrativa hasta seis meses después de haber cesado en sus cargos. Respecto de las invitaciones, las personas tienen que estar vinculadas a las materias en cuestión.

Tiene la palabra la doctora Andrea Guerrero, y si es necesaria una contrarréplica, daré la palabra al doctor Jaime Mañalich.

La señora **GUERRERO** (doña Andrea).- Señora Presidenta, como acá se dijo que se había entregado la información, nosotros revisamos las actas de entrega de gobierno y no encontramos esa información. Las actas fueron revisadas y no está la información de cambio de metodología.

El señor **ESPEJO**.- Señora Presidenta, ¿podemos solicitar esa información, dado que el exministro Jaime Mañalich nos señala que eso sí fue entregado por escrito y que fue recibido? ¿Podemos solicitar copia a quien corresponda?

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Vamos a pedir todas las actas y la información que se entregó.

Tiene la palabra el señor Emilio Santelices.

El señor **SANTELICES**.- Señora Presidenta, quizás me expresé en forma poco clara. Yo tuve la voluntad de presentarme como presidente del Consejo, y le pedí audiencia a la ministra de Salud, señora Helia Molina. Ella no me recibió, pero me recibieron las carpetas. En ellas quería entregar toda la información y el detalle, de modo que lo que ella señala es algo que ratifiqué en mi presentación.

La señora **RUBILAR** (Doña Karla).- Señora Presidenta, pido cuaderno separado para eso.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Vamos a precisar que para la próxima semana tenemos considerado a los mismos invitados de hoy. Aunque vamos a tener poco tiempo, igual vamos a invitar al subsecretario, al doctor Pedro Crocco y a la doctora, como principal oradora por parte del Auge.

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

*-Se levantó la sesión a las 12.14 horas.*

**ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,**  
Redactor  
Coordinador Taquígrafos Comisiones.