

**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 7ª, ordinaria, celebrada el día martes 9 de agosto de 2016.

Se abrió a las 15:05 horas.

I.- PRESIDENCIA.

Presidió la sesión, la diputada señora Marcela Hernando.

Actuó como Abogada Secretaria Accidental de la Comisión, la señora María Teresa Calderón Rojas, como Abogada Ayudante, la señora Margarita Risopatrón Lemaitre, y como Secretaria Administrativa, la señora Luz Barrientos Rivadeneira.

II.- ASISTENCIA.

Asistieron los/as diputados/as integrantes de la Comisión, señoras Karol Cariola y Marcela Hernando; y los señores Miguel Ángel Alvarado, Juan Luis Castro, Gustavo Hasbún, Jorge Rathgeb, Javier Macaya y Víctor Torres.

III.-INVITADOS.

Asistieron como invitados, la Ministra de Salud, doña Carmen Castillo, la Secretaria Técnica del GES del Ministerio de Salud, doña Andrea Guerrero y el doctor Inostroza.

IV.- CUENTA.

- Se dio cuenta de lo siguiente:

1.- 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.

2.- 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.

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”.

4.- Informe de la Biblioteca del Congreso Nacional sobre los reajustes de Aranceles Referenciales para protección financiera GES 2010-2018 que resume el comparado de protección financiera AUGE-GES.

V.- ACUERDOS.

Los documentos proporcionados por el Subsecretario de Salud Pública en el oficio N° 2578 que sean de gran extensión quedarán a disposición de los señores diputados en la Secretaría de la Comisión.

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 16:32 horas.

MARCELA HERNANDO PÉREZ
Presidenta de la Comisión

MARÍA TERESA CALDERÓN ROJAS
Abogada Secretaria (A) de la Comisión

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA SOBRE EVENTUALES
ERRORES**

DE CÁLCULO EN LA DICTACIÓN DE DECRETOS AUGE

Sesión 7ª, celebrada en martes 9 de agosto de 2016,
de 15.07 a 16.31 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA LITERAL

Preside la diputada señora Marcela Hernando.

Asisten las diputadas Karol Cariola y los diputados señores Miguel Ángel Alvarado, Juan Luis Castro, Gustavo Hasbún, Javier Macaya, Jorge Rathgeb y Víctor Torres.

Concurren como invitados la ministra de Salud, señora Carmen Castillo; la doctora señora Andrea Guerrero, y el señor Manuel Inostroza.

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 5ª queda a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

La señora Secretaria va a dar lectura a la Cuenta.

*-La señora **RISOPATRÓN**, doña Margarita (Secretaria Ayudante) da lectura a la Cuenta.*

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- ¿Habría alguna consulta sobre la Cuenta?

Quisiera pedir que quedara a disposición el primer documento que se entrega para las actas. ¿Qué extensión tiene?

La señora **CALDERON**, doña María Teresa (Secretaria).- Eso no lo hemos revisado, señora Presidenta, pero tiene como cuarenta hojas.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Pero, ¿serán subidos a la Cuenta?

La señora **CALDERÓN**, doña María Teresa (Secretaria).- Sí, absolutamente.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Entonces, a partir de hoy, todos los documentos que han sido dichos en la Cuenta, van a quedar disponibles para todos los diputados.

La señora **CALDERÓN**, doña María Teresa (Secretaria).- Señora Presidenta, hay problemas con los documentos que envió el subsecretario de Salud ya que son 21 y algunos son verdaderos libros. Vamos a demorarnos un poco en subirlos al sistema porque primero hay que escanearlos.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Propongo que los documentos que son libros o informes demasiado extensos queden en Secretaría para consulta o se pida copia para no hacer un gasto excesivo de papel. ¿Habría acuerdo?

Acordado.

Nuestra comisión hoy sesiona por última vez. Como invitados tenemos al doctor Manuel Inostroza y a la ministra de Salud, que hará la exposición final.

El doctor Inostroza estuvo hace dos sesiones, ya hizo su presentación y correspondería la ronda de preguntas. Para ayudar a los diputados que no estuvieron presentes, le pedimos que haga una síntesis de los aspectos, conclusiones y recomendaciones más relevantes.

Tiene la palabra el doctor Manuel Inostroza.

El señor **INOSTROZA**.- Señora Presidenta, los errores que se detectaron en la elaboración del último decreto -a mi juicio- eran 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. Independiente de cómo se corrija a futuro ese tema en particular como procedimiento para que no vuelva a ocurrir algo así, planteé en primer lugar que era bueno revisar otros problemas que en la implementación del AUGE sí son más problemáticos.

Señalaba la temporalidad con que trabajamos el decreto. Si trabajamos como hemos hecho con los últimos tres decretos con agendas tan atrasadas que hacen que el consejo consultivo y todos los técnicos no tengan tiempo para revisar con la debida anticipación la elaboración del decreto, vamos a seguir repitiendo problemas como el que tuvimos.

El segundo tema era revisar la prima del AUGE con la que estamos legalmente financiando hoy las 80 patologías. Expliqué en la comisión que la ley estableció para cada uno de los tres primeros decretos del AUGE, hasta llegar a 56 patologías, que había una prima legal, prima techo, que está protegiendo al Ministerio de Hacienda para no generar un financiamiento que no corresponda con financiamiento sustentable a largo plazo.

El problema es que esa prima techo se definió para 56 y hoy financiamos 80 patologías. La prima techo era 3.06 UF que ha sido reajustada por el índice de remuneraciones del sector privado del INE. Según información del Ministerio de Hacienda esa prima techo es 3.8 UF con este índice de remuneraciones. Si ocupara el ciento por ciento de esa prima techo sería para solo 56 patologías y sus respectivas canastas de prestaciones. Cuando hicimos el primer decreto AUGE diseñamos esas primas techo con el ideal, de ese entonces, que debía ser incluido en las canastas: tratamiento de biológicos para la artritis reumatoidea que no está en la canasta, la angioplastia y el tratamiento de baipás coronario que no están en la canasta del infarto. Era la prima techo si se pudiera hacer todo lo ideal que en la medicina, en su momento, era necesario para tratar esas patologías.

Como hoy tenemos 56 patologías como prima techo, pero 80 patologías en la realidad, para meter estas patologías y sus respectivas canastas, hemos debido bajar canastas de prestaciones de otras patologías. Por ejemplo, una patología que solo tiene tratamiento, pero no tiene el diagnóstico. La lista de espera se traslada a la

confirmación diagnóstica porque solo permitimos que la canasta ingrese solo cuando hay tratamiento. Otro ejemplo, las patologías que no tienen todas las prestaciones que hoy son demandadas por los médicos y los propios pacientes. Para poder meter 80 patologías donde técnicamente debían caber solo 56, hemos debido bajar la frecuencia de las prestaciones que otorgamos y dejar algunas fuera.

Esa es la explicación para las listas de espera en no AUGE y problemas de deuda hospitalaria. ¿Por qué? Porque esos pacientes cuando tienen cierta patología AUGE, igual demandan la angioplastia o el baipás coronario cuando corresponde. Pero esas prestaciones no están financiadas por la prima AUGE, y se financian patologías no AUGE o por financiarse o hacerse y las patologías no AUGE, al perder el financiamiento, caen en las listas de espera.

Desde hace bastante tiempo, he publicado en revistas - como Cirugía de Chile- y he planteado en el consejo consultivo, que debiéramos revisar la prima de hecho que nos permita recalcular cuál es el tope de financiamiento. Eso significa que el Ministerio de Hacienda tendría que dar un techo más alto al sistema público de salud para financiar las canastas de las 80 patologías y nos permitiría, probablemente, incluir prestaciones que hoy no están. Haciendo un cálculo referencial, si tomo la prima aprobada por el Ministerio de Hacienda que es 3.87 UF versus la prima promedio que da el estudio de verificación de costos de 4,21; la diferencia multiplicada por los trece millones y medio de beneficiarios de Fonasa no da un déficit aproximado de 127.000 millones de pesos que equivalen a cerca de 200 millones de dólares.

Creo que podría significar un importante cambio que podría mejorar las prestaciones que entregamos. 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 porque estaría mejor financiado de lo que está hoy el plan garantizado de patologías AUGE.

Cierro mi intervención con las recomendaciones. En la presentación final terminaba con 8 recomendaciones. La primera, encargar que el Ministerio de Salud, con financiamiento del Ministerio de Hacienda, haga el estudio ideal de canastas para las 80 patologías y permita recalcular la prima techo. Este estudio puede perfectamente realizar el Ministerio de Salud con sus equipos técnicos. Como consejo consultivo se lo hemos pedido a la ministra y el equipo técnico está evaluando la solicitud de recursos para eventualmente ejecutarse en 2017.

En segundo lugar, si tenemos este estudio técnico hay que volver a evaluar las canastas y volver a hacer las canastas del nuevo decreto, pero pensando en el próximo, porque el actual lo tenemos; es decir, esto corregiría las del período 2019-2022. Así podríamos corregir muchas de las demandas que, probablemente, escucharon ustedes el día de ayer, de pacientes que se quejan porque algunas prestaciones no están incluidas en las canastas del GES.

En tercer lugar, tendríamos que cambiar la ley, porque la actual tiene el guarismo de 3.06 UF como tope para el financiamiento; por lo tanto, legalmente, si no se hace un cambio en la ley, Hacienda no puede disponer de un tope de financiamiento mayor que 3.06 UF, más el reajuste que indique al año que se calcule la prima. Tendríamos que recalcular ese valor y el nuevo debiera ser un valor tope de prima, definido por ley.

Yo expliqué que ese proyecto de ley fue hecho en 2010, pero lamentablemente, por una decisión final del gobierno de turno, de índole político, no se envió al Parlamento, buscando esa modificación.

En cuarto lugar, habría que ajustar los protocolos y hacer una actualización de las guías clínicas asociadas a esto. También habría que mejorar los temas de reclamos y

garantías. Mostré unas cifras que me resultaron muy elocuentes. Si analizamos la cantidad de reclamos que ha habido a la fecha, durante los once años del AUGE, los reclamos GES y del Fonasa no suman más de 2.339, por garantía de oportunidad. En el último informe de fiscalización, el de julio, había 11.456 garantías rechazadas o incumplidas. Claramente, si en once años hay solo 1.200 reclamos, quiere decir que la gente con garantías retrasadas no está reclamando.

El peso de la prueba que nosotros establecimos en el marco legal, desde hace once años, decía que para que una garantía fuera declarada incumplida, legalmente, primero tenía que ser reclamada por el afiliado; recién en ese momento se considera incumplida. Entonces, hay que invertir el peso de esa prueba y, por lo tanto, hay que señalar que en conocimiento de la autoridad Fonasa, Superintendencia de Salud, Subsecretaría de Salud Pública o de Redes, se activa automáticamente la gestión del segundo prestador y, eventualmente, la del tercer prestador, que está contemplada en la ley, que es la que aplica la superintendencia, sin demora, sin tener que esperar el reclamo del afiliado, porque claramente la gente no está reclamando. Eso podría salvar vidas, porque hay gente que no reclama y que no tiene conciencia de su patología, de su enfermedad, que en muchos casos se trata de cánceres, respecto de las cuales está siendo retrasado su incumpliendo.

No recuerdo las ocho exactamente, pero están en el informe. Por lo tanto, esa es la síntesis que puedo hacer, para que retomemos la conversación.

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

El señor **TORRES**.- Señora Presidenta, por su intermedio, quiero saludar a la ministra de Salud y agradecer la exposición que nos entregó y el resumen que nos hizo el doctor Inostroza.

Hay varios elementos que quiero colocar sobre la mesa. Primero, no necesariamente soy un asiduo acompañante de las políticas focalizadas en materia de salud, como pudiera ser considerado el AUGE o el GES; sin embargo, entiendo claramente que en un país como el nuestro, que no tiene condiciones económicas para garantizar de manera más global el acceso a la salud, se requiere de políticas focalizadas y en ese contexto, obviamente, hay que reconocer que el GES ha tenido éxito en muchos de los objetivos que se propuso, a partir de su creación. Sin embargo, hay una serie de elementos que ha planteado, tanto el doctor Inostroza como otros invitados, que me parecen interesantes y que creo que esta comisión debe considerar. Independiente de que nuestra convocatoria es para investigar solo dos decretos, termina siendo una oportunidad de hacer algunos planteamientos para ir mejorando el actual sistema vigente. No sé si en el mismo informe podrá ser incluido, porque el reglamento es claro respecto de que si estamos convocados a investigar una materia, debemos pronunciarnos solo sobre ella; aunque de todas maneras estamos disponibles para acoger muchas de las inquietudes que aquí se han planteado.

También es bueno saber la posición del Ejecutivo en torno a los planteamientos o sugerencias que se hagan. Primero hay que hacer una revisión de la prima, pues es indudable que puede haber un problema que no nace necesariamente de un asunto de salud. Podría ser Hacienda la que se oponga si es que la modificación de la prima termina con un mayor gasto que, tal vez, excede las posibilidades que tiene un gobierno de absorber. Sería bueno sincerar aquello, para ver de qué manera se resuelve y, además, para tener conciencia respecto de los requerimientos que nosotros mismos, como parlamentarios, realizamos para sumar mayor cantidad de patologías al AUGE. Todos hemos firmado proyectos de resolución, requiriendo o solicitando que tal o cual patología ingrese al GES, sin tener conciencia real de que eso

tiene un impacto importante desde el punto de vista financiero y si no hacemos modificaciones, ni siquiera damos cuenta de los requerimientos para dar buenas salidas o soluciones a las ochenta que llevamos.

Entonces, ¿qué pasa con estas modificaciones al guarismo, que ha planteado el doctor Inostroza? ¿Por qué año a año pagamos deuda hospitalaria? Mucha de ella se asienta en las prestaciones que entrega el sistema público en el GES y no es parte de una planificación ex ante. Si Hacienda va a contar con una cantidad de recursos determinados para absorber deuda hospitalaria, por qué razón no hay planificación y se empieza a financiar previamente ese tipo de prestaciones no absorbiendo una mayor deuda año a año. Obviamente, quiero saber qué voluntad existe de hacer modificaciones en torno a algo que se planteó ayer por parte de los representantes de institutos de administración en salud de la Universidad de Chile, y que el Colegio Médico también planteó, la incorporación de representantes de los usuarios al consejo consultivo de las mismos prestadores, incluso; de qué manera somos capaces de ir absorbiendo algunos requerimientos que nacen de estos mismos grupos y de qué manera la actualización de las guías clínicas van conteniendo tratamientos o exámenes que, de una manera u otra, contengan aquellas cuestiones que la ciencia ha ido entregando como solución para ambas cosas. Todos los días discutimos si debemos incluir la bomba de insulina al AUGE, en el caso de los diabéticos tipo 1, cuyo tratamiento está garantizado en el AUGE, pero que no tienen acceso a este tipo de terapias más novedosas que podrían tener un impacto favorable en su estilo de vida, por ejemplo.

Hay una serie de elementos que creo que son importantes de resolver, a propósito de lo que hemos discutido aquí, toda vez que entendemos que lo inicial, para lo que fuimos convocados, que son los decretos GES, se ha ido

clarificando lo ocurrido tanto en 2013 como en la corrección que se logró hacer en 2016.

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

El señor **MACAYA**.- Señora Presidenta, quiero agradecer la presencia de la ministra y la presentación del doctor Inostroza, además, por haber contado con su presencia en Santiago y luego en Valparaíso, lo que es un doble esfuerzo.

En la mañana, leyendo una columna de Rodrigo Castro, un economista, a propósito de la crisis hospitalaria, me llamó la atención ver algunos números que no tenían fundamentos. Me gustaría cotejarlos con lo que estamos haciendo en esta comisión, porque estoy convencido, y lo he planteado a propósito de la tramitación de algunos proyectos, de que Chile necesita gastar más en salud, de que todavía, sobre todo por los indicadores, no precisamente los de mortalidad infantil, sino por la calidad de la atención que reciben nuestros pacientes. Insisto, me llamó mucho la atención de que en esa columna de opinión se indicara que Chile está gastando 8 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) en salud. Yo pensé que el número era más cercano a 6 por ciento. Me imagino, entonces, que se está considerando el gasto público y privado.

De acuerdo a la óptica de esta comisión, me daría mucha lástima que, después de varias sesiones, en las cuales usted ha tenido la capacidad de dirigirlas bien, finalmente, las conclusiones tuvieran el típico sesgo de buscar echarle la culpa a alguien porque se corrió una planilla Excel o se concluya que fue culpa de tal o de cual gobierno. Si algo positivo podemos hacer en esta comisión, y es algo que he conversado en privado con alguno de ustedes, es tratar de mirar las reformas que tenemos que hacer en el sistema, y ver de qué manera, después de diez u once años de funcionamiento, desde la última gran reforma de salud que se hizo en 2005, se

puede tener una mirada adicional y esta comisión pueda proporcionar aunque sea un mínimo insumo para eso y, en esa perspectiva, la pregunta que le hago al doctor Inostroza tiene que ver fundamentalmente con una crítica que se ha hecho patente en las últimas sesiones de esta Comisión respecto de las guías clínicas y las canastas del AUGE.

Ayer, me llamó profundamente la atención -incluso, lo considero aún más grave que lo de las listas de espera- el hecho de que las canastas del AUGE estén contemplando 26 por ciento de lo que deberían ser las guías clínicas. Esto es un estudio que presentó ayer el doctor Pablo Araya, respaldado por la Sociedad Científica y que ha sido procesado por el Colegio médico...

El señor **CASTRO**.- ¿Procesado?

El señor **MACAYA**.- Procesado por el Colegido Médico, o sea, discutido; se hizo un análisis de datos. En el fondo, me refiero a que se ha procesado la información.

Continuando con el tema. Creo que tenemos una crisis más grave que la de las listas de espera en sí mismas, crisis que está escondida, más aún si esa información es real, y digo real porque entiendo que viene bastante avalada por el Colegio Médico. Además, el doctor Araya vino a exponerla en reemplazo del Presidente del Colegio Médico, quien no pudo asistir. En el fondo, quiero entender cuál es la mirada adicional al respecto, porque decir que tenemos que juntarnos con más antelación, que se tiene que cambiar el guarismo de la ley de 3,06 UF... La pregunta es ¿a cuánto?

Quizás, si hay estudios de la universidad en la que usted trabaja o que haya tomado conocimiento al respecto, ¿a qué tenemos que llegar? Por eso que preguntaba respecto de que si hay primero un 8 por ciento del PIB en Salud, fusionando obviamente el gasto privado y el público; como política, el AUGE, y estoy convencido de que la focalización en nuestro país es necesaria y ¡ojo! no tiene tanto que ver con la población en la que se

atiende, porque esta política pública tiene la gracia de atender en similares condiciones tanto a gente de las isapres como del Fonasa, pero con el indicador más importante, cual es la focalización de la prevalencia de las enfermedades.

De los datos que más han llamado la atención y dentro de los que nos han mostrado durante estas últimas semanas en la Comisión, es que hay un montón de enfermedades de baja prevalencia y que tienen que ver, a lo mejor, con contingencias de momentos específicos de algunas personas. Muchos de nosotros, en ocasiones, empujamos a que se acojan e incorporen determinadas enfermedades a las canastas del AUGE. Quizás, es momento de replantearse y de pensar que esta vorágine de tener 80, 90 o el día de mañana 100 enfermedades, a lo mejor, tiene que cambiar. Es producto de lo anterior que quiero tener una opinión en particular del doctor Inostroza y de la ministra, quien, según entiendo, viene con una presentación sobre esta materia.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señora Presidenta, quiero saludar a nuestros invitados y agradecer su concurrencia a nuestra Comisión.

En primer lugar, por su intermedio, quiero consultar al doctor Inostroza sobre el AUGE 2013. No tengo todavía claro -estuve enfermo y me perdí algunas sesiones- la opinión que tiene el doctor Inostroza respecto de las características y el cambio que se hizo en 2013 de la metodología de cálculo que generó -según dijo aquí la directora del Fonasa en su momento- una menor transferencia de los servicios de salud. Entiendo que eso no se conoció por el Consejo Consultivo de la época, según dijo una autoridad de ese entonces al respecto. En definitiva, estamos hablando de una cantidad muy considerable de recursos -están las cifras y son varios miles de millones- de la cual nos enteramos ahora.

Esta Comisión irrumpe cuando se da cuenta del error de 2016, pero a partir de ese hecho se abre el más profundo problema o socavón que venía de 2013. Entonces, sobre este último, quiero conocer la opinión del doctor Inostroza, porque hay muchas lagunas respecto de la forma en que esto se resolvió, pues como es una política pública, tiene leyes, reglamentos y si hay algo que está estandarizado es el AUGE desde hace más de 10 años. Por lo tanto, ¿cuál es su opinión? desde la instancia que él tiene hoy en el Consejo Consultivo, dado que desde hace muchos años ha sido una autoridad en el mundo de la salud -por lo que lo conoce muy bien- y, por lo mismo, puede dar una opinión respecto de cómo o por qué se gestó esto. Además, ¿qué impresión le da y a qué obedece esta situación que aparece como algo muy tecnicista?, pues, como dijo el diputado señor Macaya, se trata de una cosa de planillas, de formas de cálculos, en fin, pero que finalmente tuvo una repercusión política enorme.

En segundo lugar, entiendo que hace algunos meses el actual superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic, colocó un dedo en la llaga respecto de la baja reclamación de la garantía de oportunidades, dado que no ha existido en el sistema público particularmente un mecanismo que permita que la gente sepa desde cuándo inicia su punto de espera, a modo de que pueda ser sujeto activo en la reclamación al conocer sus tiempos máximos de espera, punto que efectivamente él puso en el tapete. Según entiendo, se dijo que se iba a generar un mecanismo para que ello fuera parte del poder del usuario para que pudiera hacer esa reclamación. Entonces, todos entendemos lo que ocurre en esta Comisión, porque hemos recibido a cientos de personas, grupos y organizaciones que se han quejado de garantías vencidas en varias oportunidades y que en la inmensa mayoría de las veces estas son administradas por el establecimiento "bicicleteadas" -digámoslo- y, en algunos casos, va al segundo prestador, pero, en otros, sigue engrosando la lista de espera.

Entonces, ¿cuál es la mirada que tiene sobre este segundo punto? que es la garantía de oportunidades y la forma en que el sistema se implementó con estas dificultades y falencias que hoy recién se están colocando sobre la mesa para que el usuario tenga más poder de reclamación de la subvalorada cuantía y que hoy todos conocemos.

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

El señor **INOSTROZA**.- Señora Presidenta, nuevamente muchas gracias por todas las intervenciones.

Solo compartir en esencia lo que señala el diputado Víctor Torres respecto de lo que creo que fue mi planteamiento la semana pasada. Aquí tenemos la oportunidad de rescatar como política de Estado la política del Plan AUGE. Creo que ese es el efecto que debiera animar esta conversación.

Respecto de la pregunta puntual del diputado señor Macaya, estos datos comparativos internacionales no se remiten a los informes que está publicando sistemáticamente la OCDE y siempre hay un grado de desfase con respecto a las fechas que ellos ocupan de los datos estadísticos para hacerlos comparativos. La que conozco se publicó en 2015 con datos estadísticos de 2013, entonces, estamos hablando que el gasto *per cápita* nuestro, según la OCDE, está del orden de los 1.770 dólares cuando el promedio de ellos está en el orden de los 3.700, o sea, todavía estamos, tal como dice usted, muy distantes respecto de los países más desarrollados. Por cierto, comparativamente con nuestros pares hacemos un muy buen aporte *per cápita* y en América Latina, entiendo, estamos en primer lugar en términos de este gasto, no obstante, todavía estamos con esa distancia de los países más desarrollados de la OCDE.

El otro parámetro que se ocupa es en términos relativos al PIB. Digo esto, porque, por ejemplo, Cuba gasta del orden del 15 por ciento del producto interno bruto en salud, pero su gasto *per cápita* no debe superar los 200

dólares. En otras palabras, nosotros gastamos 1.700 dólares *per cápita* y estamos hoy, según ese dato, representando un 7,8 por ciento. Ahora, ese porcentaje incluye todo: gasto público, privado y de bolsillo. El problema chileno es que todavía el gasto público, en forma comparativa, es muy bajo. Nosotros estamos recién llegando al 50 por ciento del total de eso en gasto público cuando en todos los demás países es prácticamente dos tercios, sino acercándose al 70 por ciento promedio. Por lo tanto, todavía tenemos un desafío respecto al gasto público como porcentaje total, pues nuestro gasto de bolsillo, según la OCDE, aún es muy alto. Los estándares son del 18 al 20 por ciento y nosotros estamos en el orden de 32 o 34 por ciento, en ese rango nos movemos. Por lo tanto, tenemos mucho desafío todavía que recorrer respecto de ello.

Por eso que la política del AUGE es tan importante, porque esta busca la garantía y una de ellas es protección financiera y no es baladí que lo hayamos puesto así. La idea es que sean copagos mínimos, ojalá, cero.

La vez pasada explique que la mayoría de los afiliados en Fonasa tienen copago cero. De hecho, diría que el 90 por ciento de los afiliados en Fonasa tiene copago cero, por las características de coberturas de nuestra estructura de plan.

Los que tienen copago, bajo ciertas circunstancias, están en los tramos C y D con el 20 por ciento de un arancel de referencia. Por lo tanto, tiene todo el incentivo a estar determinado a la baja, y no a reflejar los costos reales de la prestación. Si los costos reales son muy altos y trato de reflejarlos para el arancel de referencia y fijar el copago, elevo el copago en términos absolutos. Este es un valor que se utiliza como referencia para dejar calzado el 20 por ciento en pesos. Ese es el copago, ojalá, lo más bajo posible para el afiliado.

Ahora, cuando decimos que hay que hacer un nuevo estudio de costos del AUGE, no nos referimos al estudio que se hace todos los años para fijar el decreto.

Nosotros creemos que en el próximo periodo se debieran hacer dos estudios de costo. Uno, para evaluar la prima techo ideal de las 80 patologías que hoy tenemos. Por ejemplo, siguiendo la analogía que usted hizo, si algún diputado de la República quisiera proponer el día de mañana subir a cien patologías, tendría que proponerlo consistentemente con la técnica de gestión del AUGE, es decir, financiar los recursos necesarios para hacer un nuevo estudio al mismo tiempo que permita evaluar la prima techo, ahora de cien patologías.

No bastaría solo la voluntad de meter más patologías si no se hace el cálculo de lo que serían esas canastas ideales de las patologías 20 adicionales, porque estaríamos cayendo en el mismo problema en el que hemos caído ahora: Pedir número de más patologías sin el consiguiente prisma de financiamiento techo del AUGE.

Entonces, el primer estudio que hay que hacer, que, insisto, ya se hizo entre 2003 y 2004 cuando estaba a cargo del equipo de la reforma el doctor Sandoval; el doctor Infante que después fue subsecretario y la doctora Janet Vega que hoy es directora de Fonasa. Podríamos trabajar con los mismos equipos técnicos y todos unidos para calcular ese nuevo valor de prima.

Por lo tanto, el techo ya no es 3,06 más el reajuste sino que es un valor, que si hiciéramos una distribución aritmética promedio de lo que hoy significa el financiamiento de las 56 patologías versus las 80 patologías, aproximado de 5,4 UF. Tendríamos que subir bastante el techo como para tener un nuevo marco de financiamiento.

Con eso no estoy diciendo que el Ministerio de Hacienda nos tenga que dar esas 5,4 UF. Tal como ya expliqué, la lógica es que teniendo ese techo, del Ministerio de Hacienda nos pueden decir, por ejemplo, que el decreto

próximo será 4,9 UF. Esa es la lógica de gestión, porque igual se están ahorrando algo, pero nosotros podríamos mejorar las canastas con ese tope de 4,9 UF; cosa que hoy no podemos mejorar, porque no tenemos ese techo de financiamiento.

Si finalmente se aprueba una canasta más amplia con una prima de mayor financiamiento, para el sector público significará un mayor desembolso de financiamiento de los hospitales públicos de la atención primaria, porque habrá que incluirlo en la Ley de Presupuestos.

Quiero insistir en que el cambio de guarismo es sustancial si queremos ratificar que este sistema siga financiando las 80 patologías, porque o si no estamos perpetuando el desfinanciamiento crónico del AUGE en el sector público.

Esa es una primera reflexión.

Paso a las preguntas del diputado Castro, que entiendo fueron tres.

En primer lugar, mi opinión sobre el decreto, debo decir que en ese momento yo ya estaba fuera de la Superintendencia de Salud, exactamente, el 1 de abril de 2010. Cuando me tocó comentar lo que estaba pasando fue desde afuera, como académico y experto en estos temas, porque no formaba parte del Consejo Consultivo, a lo menos, en esa época.

Me llamó la atención el decreto por dos razones: uno, porque la sociedad chilena de coloproctología aplaudía la incorporación del cáncer colon rectal como de una de las once nuevas patologías para subir de 69 a 80 patologías, y si bien la guía clínica estaba bien hecha y contenía todo de lo que habla la medicina respecto de los coloproctólogos, la canasta garantizada por el Plan AUGE había sido cortada, literalmente, por la mitad.

Fui invitado al Congreso de la Sociedad Chilena de Coloproctología, y en esa oportunidad, detectamos que la canasta solo garantizaba prestaciones de ubicación colónica y que todos los cánceres de ubicación rectal

habían sido cortados por la canasta. Es decir, alguien en el Ministerio de Hacienda cortó la canasta por la mitad cuando se vio en la disyuntiva de este juego contable de la prima.

En estricto rigor no es que en Isapres y en Fonasa si un cáncer de ubicación rectal no está en la canasta *ergo* no atiende; lo tenemos que atender y, finalmente, se financia. 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 rectal no está incluido en la canasta de prestaciones AUGE.

Este ejemplo que demuestra por qué estaba mal calculada la prima, gatilló la publicación en la revista Chilena de Cirugía, pero esos errores fueron corregidos en el decreto de 2016. Es decir, la canasta de prestaciones del Cáncer colorrectal corrige ese problema.

Otro problema que llamó mi atención fue que los psiquiatras me llamaron por el tema del trastorno bipolar, ya que antes estaba incorporado como un diagnóstico propio del tratamiento de depresión.

Explico: las pacientes con trastorno bipolar en su fase *down* tienen depresión; sin embargo, ahora al ser una patología diferenciada -era una de las 80-, la hospitalización en caso de intento suicida había caído de la canasta. Otro error de la canasta que corta la prestación.

Por lo tanto, todos esos errores indicaban una falta de prolijidad, además, de este problema práctico de meter 80 patologías donde solo caben 56.

La única manera fue ajustar el valor de reajuste, entonces, en vez de arancel MAI más 30, la estrategia fue arancel MAI más 9. En otras palabras, 21 por ciento 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, desesperadamente recortó la canasta y bajó algunas prestaciones que son críticas.

Insisto en que cuando llega un paciente con trastorno bipolar, con intento suicida y que requiere de urgente hospitalización le digamos: "No está en la canasta GES, por lo tanto, ándate para la casa, porque no tienes como atenderte". Lo debemos atender igual, pero no está en la prima del AUGE, por lo tanto, no llega como transferencia.

Esos ejemplos de la falta de prolijidad en la elaboración del decreto, ya que, lamentablemente, el gobierno de Sebastián Piñera cometió el mismo error que cometimos nosotros en el primer gobierno de Michelle Bachelet: aumentamos de 56 a 69 patologías, no corregimos el guarismo y metimos a presión 69 patologías. Asimismo, el entonces Presidente Piñera con el ministro Mañalich hizo lo mismo que el gobierno anterior e ingresó 80 patologías donde antes había 69, pero nuevamente con financiamiento solo para 56 patologías, generando este problema de financiamiento al que yo aludo.

Esa es la primera pregunta.

La segunda pregunta, tal como expliqué la vez pasada, hay tres conceptos que es bueno que los diputados entiendan, pues son los fiscalizadores y si no los tienen claros, no tienen cómo fiscalizar.

Me refiero al estudio de costos, al arancel de referencia para el copago y a la transferencia efectiva de financiamiento que hace Fonasa, como seguro público, a los prestadores. Son tres valores que podrían tener que ver, pero en la práctica, no lo tienen.

Hago un estudio de costo y digo: "Esto me cuesta hacer una cirugía para el tratamiento de colelitiasis" "Esto me cuesta un hemograma", en fin. Otra cosa es el arancel de referencia, que no tiene por qué reflejar el costo, ya que si quiero que sea más alta la protección financiera y más bajo el copago, puedo tomar un arancel de referencia

más abajo sin reajustabilidad para que el copago sea más bajo.

Por lo tanto, ese es un segundo valor distinto del estudio de costo.

Tercero, teniendo los costos y el arancel de referencia, cuánto es lo que finalmente traspasa por prestaciones valoradas a los prestadores en cuanto a su financiamiento.

Lo que debemos hacer, como comisión fiscalizadora, es pedir que se informen los estudios de costo y los precios de transferencia que se dan al Fonasa, porque si transfiere menos que el costo, se está desfinanciando al Fonasa; si se transfiere exactamente el costo, se queda ras a ras; 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.

Esos son los tres escenarios posibles.

Probablemente, en base a todo lo que he explicado, lo que ocurre hoy es que se transfiere al sector público menos que el costo real para financiar las prestaciones que entrega.

Porque, legalmente no están amarrados y, además, creo que no sería bueno que lo estuvieran. Lo bueno sería que ustedes reconocieran esas diferencias conceptuales y que en los informes de gestión, al menos respecto del AUGE, se estableciera la comparación entre lo que determinan los costos y el precio de transferencia.

Esto es lo mismo que ocurre en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), que el diputado también ha cuestionado en las innumerables ocasiones en que hemos discutido.

Cada cierto tiempo Fonasa hace estudios de costos de las prestaciones en su modalidad institucional, que no tienen la misma tipología que los del AUGE.

Se debe recordar que el último estudio de costos que hizo el gobierno anterior se lo solicitó a la Universidad

Católica y se ha utilizado como antecedente. Ese estudio entregó un valor, pero agregó la información de que Fonasa por esa prestación transfiere otros recursos distintos. El ejemplo es el caso del costo del día cama. Se calculó el costo del día cama y se comparó con la transferencia nominal en la MAI de Fonasa a los prestadores, con lo que se pudo hacer el juego con las diferencias.

En el caso del AUGE es exactamente lo mismo, solo que como esto está priorizado en la carga de enfermedades más importantes que afectan a los chilenos, se debería determinar esa diferencia y aplicar un control de gestión sobre los costos del AUGE, su frecuencia, como se cumplen y de cuanto es la transferencia efectiva que se hace, porque en este juego Hacienda actúa con el criterio que expuso el director de Presupuestos. El dijo: Para mí, tengo una prima techo, formalmente les doy hasta el máximo de la prima y ustedes ven cómo se las arreglan. Para mí no hay déficit.

¿Por qué no se analiza distinguiendo entre el estudio de los costos y la transferencia efectiva?

Por eso, una de las propuestas es tener el registro clínico de la actividad, no de los resultados. Nuestras estadísticas de morbilidad y mortalidad son muy buenas: sabemos cuántos enfermos tenemos, cuántos fallecen, cuántos se complican, etcétera. Pero lo que no sabemos es, paciente a paciente y Rut por RUT, que es lo que hacemos en cada uno de esos pacientes: cuántos hemogramas, cuántas intervenciones, cuántos procedimientos clínicos, etcétera. Porque eso es lo que tiene un valor, un precio, y ese valor es el que se multiplica por la frecuencia de esas prestaciones.

Entonces, si no se hace ese registro clínico, jamás se podrá contrastar la información con lo que entrega Hacienda, y a Hacienda le conviene que nos mantengamos en esta ignorancia, porque, al final, esa cartera juega con

marcos de presupuestos globales, y Salud verá cómo se las arregla.

Ese es mi segundo comentario respecto de su segunda pregunta.

Mi tercer y último comentario, y con esto termino, tiene que ver con el mecanismo del reclamo.

¿Sabe por qué me convencí de que ya no tiene valor insistir en la idea de que reclamen?

Porque ya se ha consolidado y, por lo que entiendo, la Superintendencia en sus informes de fiscalización está descubriendo el mismo problema.

Cuando el AUGE partió el 2005, y llevaba 2 meses de implementación, me sorprendió, como a todos en esa oportunidad, un reportaje que transmitió Megavisión en su noticiario nocturno, en que el famoso arriero de San Fernando, el que salvó a los uruguayos, sufría artrosis de cadera -en ese momento tenía aproximadamente 70 años de edad- y reclamaba en televisión que, siendo una patología incluida en el decreto de Garantías Explícitas en Salud (GES), estaba completamente fuera del plazo de 180 días.

Fue puesto en primera línea del noticiario como: ahí está el AUGE... está garantizado y todo lo demás.

¿Quién podría ser más emblemático que ese arriero para los uruguayos?

Nos llamaron a la Superintendencia de Salud y a todos lados, preguntando qué había que hacer para atender a esa persona, no recuerdo su nombre...

El señor **ALVARADO**.- Catalán.

El señor **INOSTROZA**.- Señora Presidenta, todo porque no se estaba cumpliendo con la garantía del AUGE.

Y cuando envié el equipo de fiscalización de la Superintendencia, descubrimos que el diagnóstico en ficha clínica en el consultorio y en el hospital coincidían con que el diagnóstico había sido entregado un año y medio antes del momento en que nos encontrábamos, pero -la pillería del chileno-, como desde el comienzo se

incorporó en los compromisos de gestión el tema de disminuir el número de casos de garantías incumplidas y tratar de llevarlas a cero, para evitar aparecer con esta garantía incumplida, el consultorio y el hospital se ponían de acuerdo. Si se determinaba que podían operarlo en 9 meses, no lo ingresaban al Sistema de Gerenciamiento de Garantías Explícitas de Salud (Siges) todavía, porque si lo hubieran ingresado, esos 9 meses de espera aparecerían como un caso de garantía incumplida.

Un mes después, lo llamaron nuevamente para decirle que se había producido una vacancia y podían operarlo dos meses después. Como podían operarlo en dos meses, y ese plazo estaba dentro de la garantía de seis meses máximo, lo ingresaron al Siges en ese momento.

El problema era que quedaba el desfase con la ficha clínica, que como es un documento legal, no se podía modificar porque hacerlo significa cometer un acto ilegal penado. En cambio, sí se puede alterar la fecha de ingreso a un sistema de control, como es el Siges.

Desde ese momento establecí que nunca más volveríamos a controlar el Siges, porque tiene ese incentivo perverso, no en todos los casos, pero si en los casos en que se puede producir, de alterar la fecha de ingreso para no aparecer como garantía incumplida.

Si el sistema de control ni siquiera permite establecer si se está en garantía de oportunidad, menos podría poner el peso de la prueba en el reclamo.

Creo que, como no se ha producido una explosión de reclamos, el peso de la prueba debería ser asignado a la autoridad de salud. Es decir, si se sabe, por los medios oficiales, legales, ficha clínica, etcétera, que se está en una condición de garantía incumplida, debe activarse en forma automática el segundo o tercer prestador, sin necesidad de que el reclamo opere de por medio.

Porque hoy, insisto, con el decreto GES, establecimos que es garantía incumplida cuando se reclama, y le damos a los afectados 30 días para reclamar. Si está en el día

31 de reclamo, ya no es garantía incumplida. Cuando esto partió dábamos 5 días para reclamar. Se corrigió de 5 a 30 y se puede ver que la tasa de reclamos permanece constante y no muestra un correlato con la situación.

Por lo tanto, esa sería una segunda modificación legal o reglamentaria -no tengo claro cuál sería el mejor mecanismo- necesaria para garantizar que no se deba esperar el reclamo del paciente para que la persona active la exigencia de garantía de oportunidad que está establecida en la ley.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señora Presidenta, quiero preguntar para que se haga una precisión.

En la actualidad, un paciente ¿tiene la posibilidad de, en el momento en que se le informa que su enfermedad está cubierta por la garantía Auge, saber que es el minuto cero para contabilizar el plazo de reclamación?

El señor **INOSTROZA**.- Señora Presidenta, entiendo que Fonasa estableció un procedimiento -creo que se le llama El Cronometro-, que es una aplicación que se puede ver en página web en la que se ingresa el RUT y la patología, pero, nuevamente, en función de lo que está en el Siges.

Ese es el punto, porque todo se basa en el control que tiene Fonasa sobre Siges, y determina cuando va a aparecer como vencido el plazo de reclamo por garantía incumplida. Sé que ese instrumento existe, pero, además, parece que la gente no lo utiliza masivamente y tampoco tiene el conocimiento generalizado que permita que ese instrumento sea utilizado más ampliamente.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Agradezco al doctor Inostroza por su presencia y el aporte que ha hecho al mostrarnos la mirada de oportunidad.

Doy la bienvenida a la ministra de Salud, doctora Carmen Castillo, que viene acompañada por la doctora

Andrea Guerrero quien es la secretaria técnica del GES en el Ministerio de Salud.

Tiene la palabra la ministra Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señora Presidenta, agradezco su recepción, y por su intermedio, deseo saludar a los señores diputados, al doctor Inostroza y a todos los presentes.

Antes de iniciar la presentación, quiero expresar que dos oficios que fueron señalados como pendientes, fueron entregados hoy a la secretaria de la Comisión.

Respecto de mi presentación, voy a hacer solo una parte de ella, del contenido, sobre el sistema GES y el impacto GES, los decretos GES, el N° 3, específicamente, de marzo de 2016, más las medidas adoptadas. Las perspectivas las dará a conocer la doctora Guerrero.

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

Componentes del sistema GES que son importantes, que generó un cambio del modelo de atención en salud, independientemente de muchos de los elementos que se han señalado. Obviamente, siempre se puede mejorar, pero ya impactó, por el hecho de que era exigible por las personas y eso fue muy importante.

La atención se orienta a problemas de salud priorizados en base a magnitud, mortalidad, discapacidad, gravedad, impacto económico y, además, incorpora las preferencias sociales. Todos estos elementos son por los cuales se selecciona un problema de salud, no por presiones, sino que se van analizando todos estos componentes para llegar a elegir cuál problema se incorpora al Auge. Así fueron seleccionados todos los problemas que hoy están vigentes.

Incorpora garantías de acceso exigibles por ley, oportunidad, calidad y protección financiera.

La que estaba pendiente, pero que ahora ya está dando curso en todos sus componentes en la parte asistencial, es el de calidad en la parte hospitalaria. Tenemos que avanzar en la calidad para la atención primaria, que son elementos que se están trabajando.

Ha generado continuidad de la atención para cumplir las garantías explícitas a través de la organización y coordinación de las redes asistenciales. Esto es 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 establecidos por ley.

La existencia y difusión de guías clínicas validadas para cada problema de salud garantizado, ha permitido que se dé uniformidad en las atenciones en base a una evidencia nacional e internacional, 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. Estamos hablando de radioterapia, imagenología compleja y cardiocirugía, entre otros, lo que muchas veces hay que explicar por qué no se pueden duplicar o triplicar en distintos lugares, porque los especialistas hay que concentrarlos para que tengan una buena capacidad de manejo de los problemas de salud, y no con un número insuficiente, para llevar un buen registro y tener la experiencia.

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.

¿Cuántos GES acumulados tenemos acumulados desde 2005 a 2016?

Pueden observar que los casos GES en el sector público fueron 25.314.000, y en el sector de las Isapre 1.442.000 casos. Por lo tanto, hay una pequeña diferencia respecto

a la experiencia y a los casos tratados en cada uno de los sectores.

Respecto de la distribución de casos según modalidad de atención por subsistema, a diciembre de 2015 se puede observar que la mayoría de los casos son ambulatorios: 72 por ciento. En rojo está la parte hospitalaria y mixto que tiene el ambulatorio y hospitalizaciones de un 15 por ciento; un 18 por ciento en las Isapre y 16 por ciento en el sistema en general.

Con respecto a qué problema de salud se ve más frecuentemente en el sector público, podemos observar que son las urgencias odontológicas ambulatorias. Por eso se enfatizó en todos los programas de gobierno para manejar problemas odontológicos.

Le siguen las infecciones respiratorias agudas, el cáncer cérvico-uterino, la hipertensión arterial y los vicios de refracción en el sector público.

Para el sector privado, se puede observar que la barra mayor corresponde a 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, hay una diferencia en el tipo de consulta.

¿Qué se estima acá? Que el impacto en el sector privado es que no tienen promoción y prevención en la cantidad que debería existir. Estimamos que esto se debería resolver con una fórmula de trabajo que intensifique más todos los componentes de promoción, lo cual evita complejidades difíciles de reducir.

Sobre el cumplimiento GES en garantías de oportunidad, aquí se puede observar que siempre ha superado el 90 por ciento. En 2009, es de 93.57, en 2012, de 99.65, y en junio de 2016 asciende a 99.25 por ciento de cumplimiento del millón y medio mensual de casos GES atendidos. En el sector público tenemos un millón y medio de personas GES mensual.

Aquí puede observarse qué evaluación tiene la población respecto del GES, con notas promedio de 6, en los usuarios GES, y 5.2 en quienes no lo han usado.

Pueden ver 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.

En cuanto al impacto del GES, daré algunos ejemplos editados en revistas o en distintos estudios.

Por ejemplo, lo que ha significado el gran quemado. En los últimos diez años se ha observado una tendencia a la disminución de la muerte en estos grupos, especialmente en el grupo crítico, donde hay una disminución de 70 a 31 por ciento, por el manejo que llevan. Y en el grupo de sobrevida excepcional, de 93 a 77 por ciento entre 2000 y 2010. En consecuencia, hay un aumento de la sobrevida de cerca de 50 por ciento en 2005, y sobre el 70 por ciento en 2010.

Otro estudio es el cáncer de mamas, donde se observa que ha disminuido la mortalidad de la tasa ajustada, donde baja de 13.2 por cien mil mujeres, a 12.63 en 2012.

Al analizar la sobrevida se observa que pos implementación del GES las tendencias son al alza. Por cada año que transcurre pos GES, se ha observado un 1 por ciento 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 observa una disminución sostenida de la tasa de mortalidad ajustada, de 10.58 a 7.48 por cien mil habitantes en ambos sexos. Y se observa 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 por ciento en 2015, a 7 por ciento en 2012. En mujeres, de cerca del 8 por ciento a 4.5 por ciento en hombres. En ambos sexos cae de cerca de

10 por ciento a alrededor de 7.5 por ciento. La sobrevida aumenta de 93 a 97 por ciento.

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

Ahora va a hablar la doctora Guerrero.

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

La señora **GUERRERO** (doña Andrea).- Señora Presidenta, primero queríamos mencionar que el Ministerio de Salud, en el marco de la ley, como se está hablando de la ley N° 19.966, establece las garantías explícitas, y en el transcurso de los años 2005 a 2016 se han desarrollado seis decretos GES: los seis decretos base que establece la ley.

Estas garantías, que se establecen en cada uno de estos decretos que son los definidos por esta ley, tienen una vigencia de tres años, y debe transcurrir un tiempo de seis meses para la entrada en vigencia a partir de la publicación en el Diario Oficial. Sin embargo, las modificaciones que se hagan a estos decretos pueden cambiarse, lo que puede quedar establecido en los decretos, cuando hay algunas circunstancias calificadas.

En la parte inferior de la lámina aparecen diagramados los seis decretos que mencionamos anteriormente, y como se ha dicho, en los decretos anteriores a los de 2016, hubo aumento de los problemas de salud. Sin embargo, entre 2013 y 2016, con el nuevo decreto de marzo de 2016, se mantiene el número de problemas de salud y los cambios fueron orientados a las mejoras de canastas, a mejorar la integralidad, que es una de las cosas que planteaba el doctor Inostroza y que fueron parte de las sugerencias y de lo que se dijo tanto en el Consejo Consultivo como en los directorios, para elaborar este decreto del GES en el ministerio.

Como mencionábamos antes, aun cuando los decretos tienen vigencia de tres años, la ley establece que se puede modificar en un tiempo menor a esos tres años y a la fecha se han hecho modificaciones a dos de estos decretos.

En un caso, fue en enero de 2010, que es el decreto del 12 de abril de 2011, y las otras modificaciones, cuatro modificaciones, en el decreto N° 4 de febrero de 2013.

Queríamos mostrar que si bien la ley establece que los decretos tienen vigencia de tres años, como definir las garantías son aspectos bastante complejos, que son canastas, y hay muchos detalles, la ley también establece que esto puede ser corregido, puede ser mejorado o puede ser precisado.

En algunos casos, por ejemplo, se establece el derecho a solicitar un segundo prestador; en otros casos, hay temas que tienen que ver con una mejor definición de la glosa o con alguna precisión que es necesario establecer. Así, también, uno podría pensar, por ejemplo, que 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 esos tres años. Por lo tanto, también en eso se basa este artículo de la ley.

¿Qué pasó en el decreto N° 3 de marzo de 2016? Un breve resumen, para ver finalmente cómo se resolvió y cuáles son las medidas que se han tomado -las vamos a ver después-, ya que se ha discutido largamente en esta comisión. No obstante, para establecer que -como todos saben- el 3 de marzo de 2016 se publica el decreto N° 3, que aprueba las garantías explícitas, que mantiene el mismo número de problemas de salud, sin embargo hace mejoras en alrededor de treinta problemas de salud.

Una vez que se detectaron las inconsistencias, se trabajó en el decreto rectificatorio, el cual se publicó en el Diario Oficial el 29 de junio de 2016. Por lo tanto, este decreto N° 3, que se publica en marzo de

2016, entra en vigencia el 1 de julio, de la mano de este decreto del 29 de junio, y, por ende, entra en vigencia ya corregido.

Es importante destacarlo, ya que en ningún momento las inconsistencias que ustedes conocieron de los cambios de periodicidad o de las diferencias de periodicidad entraron en vigencia con el decreto N° 3, o sea, las inconsistencias nunca entraron en vigencia, sino que fueron corregidas y, por ende, rectificadas.

Esto que aparece en la lámina es lo que les mencionaba y como esto se publicó y la entrada en vigencia de ambos decretos fue al mismo tiempo, las inconsistencias fueron corregidas y nunca se generó un impacto en la población a raíz de esta.

De acuerdo con los análisis que ha hecho Fonasa, en el sentido de que esta inconsistencia no entró en vigencia, tampoco hubo un perjuicio fiscal para Fonasa ni para los beneficiarios.

Sin embargo, el aumento en el arancel de copago se da como resultado del cambio de metodología, lo que también se analizó en esta comisión y, por lo tanto, esos aumentos de los copagos que persisten, aun cuando el decreto se corrigió, responden al cambio de metodología que se hizo en 2013, y en el año 2016 se vuelve a la metodología histórica y eso es lo que impacta finalmente en los copagos, aun cuando no se hubiesen presentado inconsistencias en el decreto de marzo de este año.

En ese sentido, la decisión tomada de volver a la metodología anterior, revierte la situación y es más consistente con el aumento y con lo establecido en los decretos anteriores de los que correspondía a los valores de los copagos que siempre se habían estimado en base a una metodología histórica y, por lo tanto, queda consistente con los decretos anteriores al de 2013.

¿Cuáles fueron las medidas adoptadas frente a las inconsistencias y a todo el proceso que hubo de identificarlas y corregirlas? Lo primero que se llevó a

cabo en el ministerio fue instruir una investigación sumaria, la cual todavía se encuentra en desarrollo. Por lo tanto, no podemos dar a conocer los resultados, hasta que estos no se tengan.

Otra decisión que tiene que ver con fortalecer y mejorar la coordinación y de alguna manera dar mayor especialización al grupo que trabaje en la coordinación de la implementación GES, es que el ministerio decidió crear una nueva unidad de coordinación, que es la llamada Secretaría Técnica GES, que depende del gabinete de la señora ministra de Salud. Se obtiene del departamento, que se llamaba Secretaría GES y que desarrollaba otras funciones que no eran exclusivas del GES, y queda dependiente del gabinete de la ministra.

Se evalúa que esto va a mejorar el proceso, porque, por una parte, va a ser un grupo que dedicará exclusivamente al análisis, a coordinar y a planificar todo lo que tenga relación con la definición y con la implementación de las garantías y, además, el que sea dependiente directamente de la ministra de Salud, se tiene la convicción de que va a mejorar la posibilidad de coordinar a todas las entidades, a todos los organismos dependientes de salud que necesitan trabajar juntos para todos los aspectos que tienen que ver con el GES, sean Fonasa, la Superintendencia de Salud, Servicio de Salud, Cenabast y, por supuesto, las dos subsecretarías del Ministerio de Salud.

A pesar de que ya estaban definidas las funciones de la Secretaría Técnica GES, se vuelve a explicitar que estas quedan en esta nueva unidad técnica, dependiente del gabinete de la ministra, que tienen que ver 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 propiamente tal; apoyar también, con la división de planificación, el estudio de verificación del costo esperado, que es requisito por ley 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.

¿Cuáles son las cosas que se plantean, que debiéramos desarrollar y tener una mirada estratégica?

Primero, es continuar con el proceso de actualización de guías de práctica clínica, respecto de la cual se está desarrollando un plan, pero seguiremos generando algún método para acelerarlo y se está pidiendo también financiamiento adicional para trabajar el próximo año en forma más urgente.

En base con lo que se ha planteado, tanto por el Consejo Consultivo GES, como por las Unidades Técnicas del Ministerio de Salud, hay una visión y coincidencia en que se requiere estudiar las posibles modificaciones legales que establece el régimen de Garantías Explícitas en Salud.

También se ha planteado desarrollar una planificación estratégica de largo plazo para el GES, que incorpore un fortalecimiento del sistema hacia la prevención en salud. Actualmente, el grupo de prestaciones de salud, relacionado con la enfermedad renal crónica, concentra el mayor gasto de las garantías explícitas en Salud, siendo que son enfermedades que tienen claras medidas de prevención. Ese es un ejemplo de cómo debiéramos revertir este enorme gasto en fortalecer medidas de prevención e ir modelando hacia donde ponemos los recursos. Obviamente, sin sacar del sistema las garantías que ya están establecidas por ley. Esto requiere de un estudio para avanzar en estos cambios en forma paulatina y manteniendo todas las garantías que ya están establecidas por ley.

Además, nos hemos planteado desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación sistemático y continuo del GES que incorpore indicadores de proceso y de impacto. Esto nos permitiría no solo monitorear lo que está pasando con las garantías, sino que también tener la evidencia para poder solicitar los recursos necesarios para ir mejorando este sistema.

También queremos incorporar a los presupuestos los estudios necesarios para la priorización de los próximos decretos Ges, ya se está trabajando en esto y dentro de estos estudios, como dijo el doctor Inostroza, como Secretaría Técnica, hemos solicitado financiamiento para un estudio del costo real y del uso efectivo de las garantías, que se están solicitando para el presupuesto del 2017. Pero también lo que se quiere plantear a Hacienda es que estos estudios tengan un marco de continuidad para asegurar que se puedan mantener en el tiempo con el objeto de poder trabajar en forma continua, no solo cuando viene un decreto, sino que poder planificarlos con tiempo y llegar con los plazos como corresponde, con todos los estudios y con toda la evidencia para los nuevos decretos.

Lo último, es fortalecer la institucionalidad de la coordinación entre los organismos del sector salud (Fonasa, Superintendencia de Salud, Cenabast, Subsecretarías y Servicios de Salud). Planteamos que 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.

En esos puntos queremos avanzar y establecer mesas de trabajo estables, que tengan sus planes de trabajo y poder hacer seguimiento.

Muchas gracias.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

El señor **ALVARADO**.- Señora Presidenta, por su intermedio, saludo a la ministra de Salud, a la doctora Andrea Guerrero y los demás invitados.

Sobre la materia tengo una mirada del usuario o del que da la atención médica, del clínico, y la verdad es que respecto del Auge he escuchado hartas loas, pero también hartas críticas desde el punto de vista ético.

He asistido a la mayoría de las sesiones de esta Comisión y todavía no me queda claro cuáles son las fórmulas de ingreso de las patologías. Lo señalo, porque estamos hablando de enfermedades, no de pacientes. Entiendo que hay una comisión de expertos, pero no me queda claro si es la mortalidad de los pacientes, la **movilidad**, las presiones políticas, sociales, etcétera, que no dan cuenta de eso en este tipo de bono de atención. Sé que nos es de ustedes, sino que lleva más de una década, pero creo que es importante hacer ciertas observaciones.

Por ejemplo, hay patologías benignas, que tienen atención y uno sabe que hay muchas patologías malignas que van a ir *in crescendo* y que no aparecen, lisa y llanamente no están o también la distinción de la edad, que pasarse en un mes un paciente con artrosis. Me acaba de llegar un WhatsApp, de una persona que tiene 45 años y no tiene ninguna posibilidad de acceso al sistema público, porque hay más de 1.500 personas esperando y el tratamiento para esta enfermedad en el sistema privado sale más de 5 millones de pesos. Esas son situaciones que a diario viven los chilenos.

Quiero aprovechar la instancia de esta Comisión para que quede claro. O sea, las 80 hacerlas calzar en 56. Tampoco anda de ninguna manera, unos para arriba, otros para abajo, las primas también.

Hacer aseveraciones de mejorías de cifras de mortalidad, creo que habría que ser un poquito más fino, porque si uno analiza estudios internacionales de ciertas patologías como el cáncer de mamas en otros países que no

tienen buenos Auges, nos damos cuenta que también ha bajado la mortalidad. El cáncer es muy frecuente, las líneas terapéuticas actuales así lo indican.

Esas son las observaciones que quería hacer. Es un modelo que tiene reproches éticos en la atención, en la oportunidad, y da cuenta de algo que se habla mucho en medicina, en salud, que es el modelo de prevención y de promoción. Eso no me queda claro y en ninguna de las 80 patologías eso se ve.

Esas son mis observaciones.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- ¿Diputado Rathgeb, quiere hacer alguna consulta?

El señor **RATHGEB**.- No gracias, señora Presidenta.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Si es así, quiero hacer una reflexión, que tiene que ver con el motivo por el cual se originó esta Comisión Investigadora. Como alguien dijo, buscando algún responsable del por qué existieron esos errores, que si hoy uno los mira parecen menores matemáticos. En el fondo tiene que ver con una cuestión de base que ha sido finalmente bastante aclarada. Lo señalo, porque todo el mundo parece consensuar en que lo que pasa es que se calculó una prima para 56 y esa es la prima que se ha venido estirando como chicle para agregarle patologías con un desfinanciamiento de los servicios, que son los que han tenido que jugar con ese estrés de tener que aumentar o de querer aumentar coberturas, patologías, etcétera, disminuyendo aquí, recortando allá, etcétera. En algún momento en las planillas se produjo un error matemático, que develó todo esto, y que permitió develar toda esta situación, que si no hubiese pasado probablemente en tres años más hubiésemos estado con otro decreto, poniéndole más garantía al Auge y seguiríamos con la misma prima.

Por lo tanto, creo que este tema hay que mirarlo como una oportunidad. Pienso que las conclusiones de esta Comisión tienen que ser más propositivas, en vez de

buscar responsabilidad, pese a las atribuciones de los diputados, de la Cámara y de los objetivos que tiene una comisión investigadora, que apunten más bien a buscar responsabilidades políticas.

En ese sentido, creo que para nosotros es una oportunidad que esta Comisión esté concluyendo antes de la negociación del presupuesto de este año. Lo señalo, porque creo que el resultado de la Comisión tiene que dejar algo que signifique una mejora.

Así es que solo tengo que agradecer a los colegas, no sé si la ministra quiere hacer algún comentario final, y decir que en este momento no tenemos *quorum* para tomar algún acuerdo, pero lo que hemos conversado con la Secretaria es que nuestro plazo vence el 31 de este mes, por lo cual durante la próxima semana se va a hacer todo el esfuerzo de enviarles un borrador de conclusiones para que ustedes nos retroalimenten.

Además, quiero agradecer a la Secretaria que haya tenido la voluntad de estar con nosotros en las últimas tres reuniones, porque se nos enfermó el secretario titular.

La señora **CALDERÓN**, doña María Teresa (Secretaria).- Señora Presidenta, la Secretaría no elabora conclusiones.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Señora Secretaria, no se trata de que realicen las conclusiones. Lo que pido es que elaboren un resumen de las actas y, a partir de ese material, la Secretaría recibiría algunas propuestas.

Tiene la palabra la señora ministra.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señora Presidenta, quiero agradecer a su presidencia el que la comisión fue de altura de miras, lo cual permitió miradas diferentes y, al final, llegar a lo que señaló, es decir, a que podamos trabajar como una oportunidad la visión y los análisis que se plantearon y que, incluso, a las distintas autoridades que tenemos alguna opción de

hacer mejoras, nos permitirán efectuar gestiones que posibiliten el avanzar en lo que usted mismo sostuvo.

Señora Presidenta, por su intermedio, solo quiero señalar al diputado Miguel Ángel Alvarado que en la presentación precisamos la manera en que se eligen los problemas de salud. Siempre quedará algún herido, en otras palabras, alguna persona que podría ser incorporada y lo sabemos, pues en muchas ocasiones se han realizado marchas frente al Ministerio para que se agreguen enfermedades, pero aquello se vincula con magnitud, mortalidad, trascendencia y, también, se están agregando las preferencias sociales que tiene que ver en cómo se definen.

Pero efectivamente la mayor transparencia siempre es necesaria, como también lo es saber de qué estamos hablando. Nuestra experiencia ha sido bastante importante respecto de otros sobre cómo incorporar problemas de salud en las definiciones.

Por lo tanto, señora Presidenta, agradezco todo el trabajo que ha realizado la comisión.

Muchas gracias.

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

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

-Se levantó la sesión a las 16.31 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,

Redactor

Jefe Taquígrafos Comisiones.