

**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 4°, ordinaria, celebrada el lunes 18 de julio de 2016,**

Se abrió a las 10:34 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 Sanhueza Jéldrez; y como secretaria administrativa, la señora Luz Barrientos Rivadeneira.

**II.- ASISTENCIA.**

Asistieron los/as diputados/as integrantes de la Comisión, señoras Marcela Hernando y Karla Rubilar; y los señores Sergio Espejo, Gustavo Hasbún, Javier Macaya, Nicolás Monckeberg y Víctor Torres.

**III.- INVITADOS.**

Asistieron como invitados, el señor Subsecretario de Salud Pública, don Jaime Burrows; la señora Presidenta del Consejo Asesor AUGE, doña Cecilia Sepúlveda; la señora Encargada de la Secretaría Técnica del Auge, doña Andrea Guerrero; y el señor Pedro Crocco Ábalos.

**IV.- CUENTA.**

- Se dio cuenta de lo siguiente:

**1.-** Oficio N° 12.674, del señor Secretario General de la Corporación, por el cual comunica que la Sala accedió a la solicitud de prórroga del plazo vigente de la Comisión.

**2.-** Confirmación para asistir a la sesión de hoy de las señoras Andrea Guerrero y Cecilia Sepúlveda, y del señor Pedro Crocco.

3.- Excusa de la señora Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud (FONASA), doña Jeanette Vega, por no poder concurrir a la sesión de hoy.

4.- Excusa del señor Emilio Santelices, por haber contraído compromisos con anterioridad.

5.- Excusa del señor Jaime Mañalich, por deber atender asuntos personales y familiares.

#### **V.- ACUERDOS.**

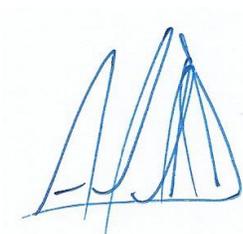
- Se acordó invitar, para que asistan a la próxima sesión ordinaria de fecha 01 de agosto de 2016, a las siguientes personas: el señor Ministro de Hacienda, don Rodrigo Valdés; el señor Director de Presupuesto del Ministerio de Hacienda, don Sergio Granados; el señor Superintendente de Salud, don Sebastián Pablovic; la señora Ximena Aguilera Sanhueza; el señor Manuel Inostroza Palma; y el señor Luis Romero.

\*\*\*\*\*

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 12:12 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 3<sup>a</sup>, celebrada en lunes 18 de julio de 2016,  
de 10.34 a 12.12 horas.

**VERSIÓN TAQUIGRÁFICA LITERAL**

Preside la diputada señora Marcela Hernando.

Asisten la diputada señora Karla Rubilar y los diputados señores Sergio Espejo, Gustavo Hasbún, Javier Macaya, Nicolás Monckeberg y Víctor Torres.

Concurren como invitados el subsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows; el señor Pedro Crocco Ábalos, académico de la División de Políticas y Gestión de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile; la presidenta del Consejo Asesor AUGE, señora Cecilia Sepúlveda, y la encargada de Secretaría Técnica del AUGE, 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 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.

Informo a los diputados que llegaron los dos estudios que habían sido solicitados. No sé si los tienen en la carpeta, así que vamos a pedir que sean enviados por correo electrónico a todos los diputados de la comisión.

Uno es de de la Escuela de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Es el informe final del estudio de verificación de costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantía explícita. Es del año 2015 y es uno de los estudios que se usó como base para la elaboración de los decretos.

El señor **HALABI** (Secretario).- No nos ha llegado oficialmente a la Secretaría.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Y el otro es un estudio de verificación del costo esperado... Es lo mismo, pero del decreto anterior, del año 2012.

Estos dos son de la subsecretaría y los pedimos la semana pasada, cuando solicitamos los estudios que habían servido para la elaboración de los dos decretos.

Diputados, en el intertanto, se los vamos a enviar digitalizados, para que ustedes puedan disponer de ellos.

Para comenzar nuestra sesión de hoy, les informo que hay tres personas con las que contábamos que no están presentes. Sin embargo, vamos a aprovechar al máximo la visita del doctor Crocco, del subsecretario de Salud y de las doctoras Guerrero y Sepúlveda.

Quedaron pendientes muchas preguntas. A pesar de ello, entiendo que cada uno de ustedes hará una pequeña introducción, para después dar espacio a las preguntas.

Tiene la palabra el doctor Pedro Crocco.

El señor **CROCCO**.- Señora Presidenta, en primer lugar quiero destacar que fui jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades, entre el 11 de marzo de 2014 y el 31 de mayo de este año.

Al momento de firmarse el decreto, que entraba en vigencia este año, me desempeñaba como subsecretario subrogante. En el fondo, firmé el decreto como subsecretario subrogante.

Sin duda que a lo largo de esos casi dos años tuve relación con el sistema GES. La División de Prevención y Control de Enfermedades tiene diez departamentos, uno de los cuales es el Departamento GES, que no solo ve las garantías explícitas en salud, sino que también busca la evidencia.

Hay que tener presente que en el Ministerio de Salud hay distintas entidades que tienen relación con el GES y que tienen un rol importante en la toma de decisiones, especialmente, respecto de cualquier decreto GES. Quiero destacar es que existen el consultivo, que también tiene relación con el decreto, y el directorio GES, en el que participan todas las autoridades, y que es dirigido por el ministro de Salud respectivo. Este órgano es el que toma las

decisiones relevantes, como cuántos problemas ingresan, cuál es el presupuesto que se otorga y qué cosas se incorporan. Asimismo, existe una comisión, que se crea por resolución, y que es la encargada de elaborar el decreto.

Esas tres instancias son importantes en relación con ese decreto y con cualquier otro. En el directorio GES participan la subsecretaría, Fonasa, la Superintendencia de Salud y la Cenabast. Y en el equipo que redacta el decreto -el que está por resolución-, también participan la Superintendencia de Salud, Fonasa y la Subsecretaría de Salud Pública.

Hay que tener presente dos cosas respecto del GES, que probablemente tengan mucha relación con lo que pasó. En primer lugar, si uno interpreta la ley, probablemente a Fonasa no le corresponda ningún rol en el decreto. Lo planteo así, porque, de alguna forma, en la ley estaría implícita la separación de funciones. Desde el punto de vista práctico, en ese marco se definen las dos subsecretarías, la de Salud Pública y la de Redes Asistenciales, y los seguros, entendiendo como seguros a Fonasa y a las isapres. Y esto, probablemente, se manifieste en el decreto.

Quiero señalar que en las prácticas habituales que ha tenido el ministerio a través de los años, sí han participado las distintas entidades en todo lo que tiene relación con el decreto. Indudablemente, Fonasa participa en el directorio GES en la formulación del decreto. Lo destaco como un hecho relevante, porque ahí se produce esa discordancia, desde el punto de vista práctico, toda vez que, aunque participa, no tiene responsabilidad administrativa, porque, desde el punto de vista formal, no fue un decreto. Y esa es la relación.

Ahora, ¿qué pasó con este decreto, en particular? En este decreto, mirándolo *ex post*, hubo un cambio de metodología respecto del decreto anterior en cuanto a la forma de cálculo de las protecciones financieras. Eso no se sabía al momento en que se tomó la decisión de firma. O sea, no se había explicitado que existía un cambio en la metodología que, desde el punto de vista práctico, llevaba a cambios importantes en los montos de copago.

De alguna forma, asumo la responsabilidad, ya que se hicieron actos de fe respecto de que la información contenida

en el decreto es correcta. Ahora, ¿por qué este acto de fe? En primer lugar, porque tengo plena consciencia de que los equipos de Fonasa y del ministerio son buenos y han hecho bien su trabajo. En segundo lugar, porque la persona a cargo del departamento GES había trabajado en cuatro decretos, o sea, llevaba muchos años en el servicio. La verdad, es que no hizo nada distinto de lo que se había hecho siempre. En tercer lugar, cuando se estaba a punto de firmar el decreto - y aquí viene la falla-, no se compararon las protecciones financieras que se iban a firmar con las del decreto anterior. Sin duda, eso es lo único que podría haber hecho, como cualquier persona que hubiese firmado antes que yo, dado que, en ese momento, desconocíamos que hubiese existido un cambio en la modalidad de cálculo de la protección financiera en el decreto de 2013. Eso es, un poco, el relato en relación con la temática que nos convoca.

El otro tema tiene que ver con las guías clínicas. Hay un punto que marca fuertemente al Ministerio de Salud, y es que la ley se refiere a protocolos y no a guías clínicas. Y aquí hago diferencia, que no es menor. El protocolo tiene carácter de norma en la nomenclatura del ministerio, o sea, el protocolo se cumple; en cambio, la guía clínica siempre se planteó de forma referencial.

Ahora, las prácticas de tantos años nos llevaron a que hiciéramos guías clínicas para GES, en circunstancias que la ley planteaba protocolos. El problema de que las guías clínicas se plantearan como referenciales, es que muchos asumen que por el hecho de estar elaboradas por el ministerio, que es un actor normativo, tienen un carácter distinto. Así sucedió en más de una ocasión con el Poder Judicial, que interpretaba que la droga J, K o L, que aparecían mencionadas en una guía clínica, pero que no estaban garantizadas en el decreto, debían ser entregadas al paciente.

Planteo esto, porque a cualquier entidad le produce una tremenda tensión. Desde el punto de vista práctico, algunos actores, independientemente de que la guía clínica sea referencial, la asumen como obligatoria.

Para resumir el discurso, la guía clínica es referencial,

lo que no está en la guía clínica no se puede garantizar, pero tampoco se puede garantizar lo que en ella está. Además, la guía clínica, no solo en Chile, sino que en distintas partes del mundo, generalmente es poco usada. La importancia de la guía clínica en GES, es que influye en la política pública, porque lo que no está en la guía clínica, no puede estar garantizado. Ese es un tema importante, por la presión que ejercen distintos actores, desde el punto de vista práctico, para actualizar las guías clínicas lo más pronto posible.

Entonces, aparece el primer problema, porque en algún momento se planteó que había que actualizar la guía clínica cada tres años. Sin embargo, no debería ser así, porque la guía clínica puede quedar obsoleta antes de los tres años. Por ejemplo, la guía clínica del VIH Sida no está actualizada. Es cierto que está vigente, porque es de 2013, pero está claro que en el intertanto hubo cambios tecnológicos que hacen necesario que se la actualice. Sin embargo, conociendo las restricciones presupuestarias del sector, uno tiene cautela con esa lógica de actualizar una guía clínica simplemente basado en la mejor evidencia disponible, sin tener en consideración, como lo hace, desde el punto de vista práctico, un protocolo, si tiene la capacidad presupuestaria o de oferta para asumirlo.

Dicho eso, diría que en los últimos años se hizo un esfuerzo importante en mejorar la calidad de las guías clínicas. Si se fijan, en la página web del Ministerio de Salud, en 2014 se publicó una nueva metodología, la metodología Grade para guías clínicas. Es un paso adelante para mejorar la calidad de las guías clínicas, aunque, si se hace un análisis crítico de las guías clínicas existentes, son muy diversas en cuanto a su calidad, ninguna es mala, pero influye. En el fondo, no son todas iguales. Me refiero a aquellas de 2005 en adelante.

El gran esfuerzo que se ha hecho en estos últimos años es llevar las guías clínicas al estado del arte, lo que implica la metodología Grade, que es la forma como se hacen las guías clínicas en este momento.

Desde el punto de vista práctico, se inició un proceso de

actualización de guías clínicas. Hay una decisión previa -que es lógica- que no producirá más problemas por el decreto GES vigente, ya que, desde el punto de vista práctico, no había más marco presupuestario para hacer mejoras sustanciales en todo lo que tiene que ver con el GES.

Por otra parte, hay un tema estructural, que tiene relación con la prima máxima autorizada en la ley GES. Aquí hay dos temas: aunque uno tuviera la plata, aunque tuviera el presupuesto, al tratar de mejorar el GES se toparía con un tema que supera las disponibilidades presupuestarias de los ministerios de Hacienda y de Salud.

La ley establece una prima máxima autorizada, que originalmente era 3,06 y que se fue reajustando de acuerdo con la modalidad establecida en la ley, que tiene que ver con el índice de salarios. Lo que pretendía, si se mira la lógica, era mantener el poder adquisitivo para seguir dando lo mismo, y aunque se pasó de los 56 problemas a los 80 actuales, en la práctica se ha seguido trabajando con la misma prima, olvidando que fueron aumentando los problemas.

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

Por otra parte, si miran el estudio de verificación de costos de este año, se pueden dar cuenta de que pasó lo que pudo haber pasado siempre, que lo que hace es cambiar la forma de estimar los costos. En todos los estudios de verificación de costos previos, obligados por ley, la prima máxima autorizada reajustada era inferior a la estimada por el Ministerio de Hacienda.

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

En el estudio de costos actual, el estimado por beneficiario es de 4,2; la prima máxima autorizada es 3,86. En su momento, el gran problema para el Ministerio de Salud era la duda de si iban a tener decreto o no y qué era significativamente diferente.

En este caso, lo que se le pidió a la Universidad de Chile fue que sensibilizara, usando los vectores de precios previos, y la sensibilización, con los vectores precios, que se había usado siempre daba como 3,6, lo que permitía tener decreto.

¿Cuál era el problema principal de ese decreto GES?

El problema principal que estaba en mi mente -voy a ser bien franco- no era la protección financiera, porque era un dato que se consideraba seguro, que estaba, que era válido, el teme era fundamentalmente con la interpretación que se podía dar al estudio de verificación de costos y si eso permitía que hubiera decreto. La interpretación que se le dio, que para mí es válida, es que estaba dentro de la varianza de un estudio, porque lo que se hace en ese estudio es que se sensibiliza con los otros vectores de precios que se habían utilizado antes, y dado ese vector que se había usado en todos los estudios previos, permitía que se aprobara el decreto.

Señalo lo anterior porque es un tema relevante mirar el GES antes y los cambios que se pudieron haber hecho y los que se hicieron.

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

El señor **MACAYA**.- Señora Presidenta, agradezco al doctor Pedro Crocco que haya venido a la comisión, más aún si fue desvinculado del Ministerio de Salud. Por eso, valoro doblemente su asistencia a dar la cara sobre un tema tan relevante, que ameritó una comisión investigadora.

En la totalidad de las sesiones realizadas por la comisión ha expuesto el Ministerio de Salud a través de la directora de Fonasa, con un énfasis en el sentido de que no hay responsabilidad legal de Fonasa en la construcción del decreto AUGE y la generación de los contenidos.

Me ha llamado mucho la atención de que haya sido ella la que haya estado poniendo la cara en prácticamente todas las sesiones de la comisión.

Entonces, me gustaría que nuestro invitado profundizara en el rol que le cabe a Fonasa en las etapas previas a la firma del decreto. Vi algunas declaraciones suyas en las que

reconocía un actuar negligente y que el hilo se habría cortado por lo más delgado en esta materia, cosa que no puede causarme más empatía, porque muchas veces si hay descalabros o irregularidades en un ministerio como el de Salud, nos hemos acostumbrado a que el hilo se corte por lo más delgado.

Conocí el trabajo del doctor Pedro Crocco en la comisión, nos acompañó en distintas materias y me pareció dar muestras absolutas de seriedad y de contenidos correctos en lo que nos transmitía.

Quiero leer parte de lo que el doctor Crocco dijo en una entrevista, y me gustaría que lo ratificara.

Dice: "Acá se hizo un acto de fe de que todo iba ok porque ellos lo habían hecho siempre. Nunca hubo una diferencia porque te mandan el decreto, las cajitas y tú las pegas y eso se hizo, pero ahí quedó el problema, porque hubo errores en que básicamente Fonasa se había equivocado y en vez de colocar valores mensuales colocó valores anuales, no para todos sino para algunas líneas. Aquí se equivocó la persona que manejó el excel, sin ninguna duda y ahí empieza el tema."  
(Sic)

Entonces, quisiera que profundizara respecto del rol de Fonasa, y es una pregunta extensiva para el subsecretario -ya que no nos acompaña la ministra de Salud-, además, por qué se ha puesto a la directora de Fonasa a dar explicaciones sobre un tema en el que supuestamente no existe responsabilidad legal de la directora.

Asimismo, me gustaría que profundizara en el rol de la doctora Tohá que tampoco ha quedado muy expuesto en la comisión.

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

El señor **ESPEJO**.- Señora Presidenta, también quiero agradecer la presencia del doctor Pedro Crocco y la franqueza con que me parece expone tanto las dificultades que se pueden haber producido como su participación en ellas.

Al escuchar las intervenciones de sesiones anteriores y ahora la de nuestro invitado, me queda la sensación de que tenemos un problema estructural con el financiamiento del AUGE que data a lo menos de 2007. Es efectivo que la ley

estableció techos, pero la información que tengo es que el Ministerio de Hacienda nunca asignó el techo tal como estaba planteado, entre otras cosas porque el Ministerio de Salud tiene problemas importantes de registros de las prestaciones que realiza, de las patologías que se atienden, etcétera. Por lo tanto, no se asigna la cantidad necesaria basados, entre otras cosas, en que es difícil proyectar cuánto es lo que efectivamente se va a producir.

Luego, en 2013, con el cambio de metodología da la impresión que se hace un esfuerzo por continuar aumentando el número de patologías cubiertas buscando un mecanismo actuarial, contable, para seguir uniendo patologías sin necesariamente cubrir su costo, lo que me parece que hasta la fecha no ha variado, porque los montos definidos para financiar patologías, tengo la impresión de que no son suficientes.

En segundo lugar, tampoco existiría claridad, hasta estos momentos, de lo que exactamente debemos financiar.

Tercero, desde 2013 a la fecha, aparentemente tampoco se están fiscalizando las garantías de la manera en que se hacía. Hace un par de meses la superintendencia de Salud efectuó una fiscalización sobre garantías de oportunidad, pero entiendo que desde 2013 no se fiscaliza desde el diagnóstico o de la incorporación a la ficha clínica de una enfermedad sino que a partir de la incorporación en el Sigges. Eso significa que el Ministerio de Salud nos dice a través del Ministerio de Hacienda que tenemos hasta abril o mayo, no estoy muy seguro, 15.000 prestaciones que no han sido cubiertas oportunamente; la superintendencia dice que son 19.000, pero dado que se controlan desde su incorporación en el Sigges, probablemente la garantía de oportunidad está excedida en un número muy superior, en términos de incumplimiento de los que están señalados. Ese es un primer ámbito de inquietud que le pido elaborar.

El segundo, detallar más la aproximación sobre los protocolos versus guías clínicas, indicando, en su opinión, cuál deberíamos utilizar -me da la impresión que protocolo-, en cuál forma debiéramos estar y con qué periodicidad debiera actualizarse, a fin de que el GES esté efectivamente en

condiciones de operar.

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

El señor **MACAYA**.- Señora Presidenta, para complementar la pregunta del diputado Espejo, quiero agregar lo siguiente. Según la prensa, el Ministerio de Salud ordena atender este mes a más de 15.000 pacientes del AUGE para cerrar las listas de espera. Es una bonita declaración, pero le pregunto cómo lo ve usted, teniendo en cuenta los mismos datos que ha planteado el diputado Espejo, en cuanto a las posibilidades financieras de llegar a cumplir eso.

Por otro lado, si eso se llega a cumplir, le pido su opinión sobre las razones por las cuales no se cumplió antes. No sé si vio la noticia que dice relación con que un tercio de los pacientes debe esperar más de tres meses y la mitad más de un año, es decir, es un tema bastante delicado, que está expuesto con números. En lo posible, le pido abordarlo con el mismo énfasis financiero y decirnos si piensa que eso es posible de cumplir, de acuerdo a su experiencia en el tema.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- A propósito del tema de la famosa planilla Excel, que se ha mencionado varias veces en esta comisión, no entiendo por qué se habla de ella. Me cuesta entender que las frecuencias, las periodicidades y todo eso no esté parametrizado en un sistema informático bastante más complejo que una planilla Excel. En consecuencia, le pido que se explaye respecto de cómo alguien -quienquiera que sea- podría hacerse responsable de cambiar frecuencias o estos protocolos, ya sea en una planilla Excel o en un sistema informático más complejo.

Tiene la palabra señor Crocco.

El señor **CROCCO**.- Señora Presidenta, en cuanto a la primera pregunta, creo que se trata de dos temas: cuál es el rol de Fonasa y si esta institución tiene responsabilidad administrativa. Sin duda, Fonasa no firma el decreto, eso es evidente; por lo tanto, no hay responsabilidad administrativa, aun cuando participa en el proceso.

El señor **MACAYA**.- Señora Presidenta, que eso quede en cuaderno aparte, por favor.

El señor **CROCCO**.- Como decía, Fonasa participa en el proceso porque también lo hace en el directorio GES, donde se toman las decisiones; asimismo, participa en la comisión que ayuda en la redacción y revisión del decreto, donde también participan las superintendencias de Salud Pública y de Redes Asistenciales. En esa comisión se les solicita que aporten la información para hacer las protecciones financieras; esa es la participación que tiene Fonasa. Claramente no tiene responsabilidad administrativa, pero participa en el proceso.

Se hizo una pregunta que es válida, referente a si debería participar, pero eso me supera. En una mirada muy neoliberal, que no comparto, constituye un seguro más. En el otro extremo, cabe preguntarse por qué no participan las isapres. Lo dejo planteado, no es mi mirada, pero podría ser la de otra persona.

Ahora bien, la razón de que Fonasa firme o no el decreto, tiene que ver más bien con las prácticas, con la forma en que eso se ha hecho a través del tiempo y con la concepción que a través de los años se ha ido construyendo. Tiene que ver también con la experticia que tiene Fonasa en esa materia, porque claramente es el ente técnico con las capacidades para hacer eso; tiene todas las bases de datos que se requieren para hacer ese trabajo.

La doctora Tohá tiene mucha experiencia en esto y ha participado en la redacción de los últimos decretos. Fue jefa de departamento y simplemente hizo lo que había hecho siempre; ese es el acto de fe.

En cuanto al tema de la planilla, que probablemente es un mal decir de mi parte, desde el punto de vista práctico, existen dos tipos de errores. El primero corresponde a los errores-errores, que son los 12 primeros; ahí hubo una equivocación-equivocación. No tienen que ver con 12 problemas de salud ni con el cambio de metodología, sino más bien con que les pusieron valores anuales en vez de mensuales. Son los 12 primeros errores para 12 problemas.

Después vienen los otros errores, que sí tienen que ver con cambios de metodología, que claramente hizo el equipo de Mañalich, por llamarlo de alguna manera. En su momento, el ministerio hizo dos cambios desde el punto de vista práctico

y metodológico. El primero tiene que ver fundamentalmente con el cambio en la forma de cálculo de la protección financiera, que ya no se hace usando el valor de transferencia por 1,3 cuando corresponda, sino de otra manera.

Lo otro que hizo fue un cambio en las periodicidades para algunos seguimientos. Alguien puede decir que todo lo que hizo el equipo Mañalich está mal, pero son solo 12 errores, no 40. Si una persona dice eso, que una parte de lo que hizo el equipo está mal, y las periodicidades están mal pero el resto está bien, entonces, son 40. Eso tiene que ver con la concepción de qué consideramos error. Si todo lo que hizo el equipo Mañalich está mal, quiere decir que son aproximadamente 12 errores y no 40. Ahora, si no son 40 errores y, en el fondo, todo lo que hizo Mañalich estaba bien, entonces, son 80 errores. El tema no es ese; probablemente, es la oportunidad en que esto se sabe. Ese es el tema que marca la diferencia.

En relación con los temas más estructurales, sin duda, es un tema que tiene el sector público desde que superó los 56 problemas, es decir, desde el primer decreto que superó los 56 problemas se enfrenta a una realidad que es complicada, que sigue agregando problemas de salud, sin que en lo sustancial se mejore el marco de recursos que la ley de alguna forma obliga.

Tampoco es un tema de ahora, ni siquiera del decreto anterior; el tema es cuando uno supera el 56. Es un tema que aún está pendiente y que lleva probablemente a que los problemas no se traten con la integralidad que se requiere, porque uno tiene dos posibilidades: tratarlos en profundidad, me explico: aumentar las coberturas por edad en algunos problemas de salud o simplemente limitarlas a un grupo etario específico, y esa fue la decisión que se tomó en algún momento, aumentar el número de problemas.

Creo que en el decreto actual se actuó de manera muy cautelosa, en el sentido de que no se aumentaron los problemas de salud y no hubo grandes cambios en el decreto actual. Lo planteo así porque no había recursos, dado el marco presupuestario que se tenía a la vista, ni tampoco un marco de prima máxima autorizada que lo permitiese. Diría que

son las dos cosas que claramente influyen sobre el quehacer del decreto actual.

Sobre lo otro, me declaro incompetente para opinar. No quiero emitir juicios que no correspondan en relación con las otras preguntas del diputado Espejo, porque desconozco esos temas, incluso la última información que mencionaba que apareció en el diario.

En su lugar, planteo la siguiente reflexión: cuando se implementa el GES, Chile asume un salto importante, que tiene muchas implicancias, consiste en garantizar en oportunidad la cobertura de una cantidad de problemas, sin tener certeza absoluta de que va a poder hacerlo a futuro, porque los cambios de demanda son muy dinámicos a través del tiempo.

Ahora bien, hay dos temas que marcan el GES y, estando afuera del ministerio, uno puede hacer una reflexión. La primera es que se tiende a suponer que la oferta se mantiene estable; ese es un supuesto fuerte. Lo que uno vio en algunos temas, en particular, que algunos grupos especiales cruzaron la vereda del frente, entonces, la oferta cambió. Sin embargo, no es tan estable, por lo que la oferta que uno dimensiona para calcular si va a alcanzar o no a satisfacer las demandas del GES tiene dos supuestos fuertes: uno, que puede estimar en forma muy precisa la demanda futura y, otro, que permite de alguna forma tantear cuáles van a ser las proyecciones de oferta, sin considerar que en el mismo GES hubiera distorsión, lo que produce cambios en las posibilidades de oferta. Ese escenario ocurre en muy pocos países.

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

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

GES.

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

El señor **HASBÚN**.- Señora Presidenta, quiero consultar al señor Crocco desde cuándo se sabía el problema. Lo consulto porque hay una serie de especulaciones respecto de que en el ministerio no se sabía, que sí se sabía. Incluso, se dijo que esto se supo mucho antes de la firma del decreto, como también se dijo que no se sabía. Por lo tanto, es importante saber, de su propia boca, desde cuándo se sabía el problema.

¿Quién tiene la culpa del mal manejo? Imagino que, a su juicio, debe haber un responsable. Un mal manejo que se debió a la situación puntual en la que actuaron una, dos o más personas. Por eso, es importante saber quiénes tendrían ese grado de responsabilidad.

¿Usted sabe si la ministra estuvo o no en antecedentes? Y si estuvo, quiero saber desde cuándo.

En la misma línea, en relación con el subsecretario, dado que estamos hablando de la etapa del sumario, me gustaría saber en qué etapa está el sumario, quién es el fiscal, cuándo vence el plazo definitivo de la investigación, cuándo se decretó el sumario administrativo y qué plazo tiene de funcionamiento para determinar los grados de responsabilidad.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, quiero decirle al doctor Pedro Crocco que yo fui una de las personas que dijo en algunos medios de prensa que el hilo se había cortado por lo más delgado, cuando me preguntaron por los errores del decreto GES. Posteriormente, usted dijo una frase parecida o muy similar en una entrevista que dio a un portal.

Me gustaría saber si efectivamente usted se siente que se cortó el hilo por lo más delgado, tal como usted dijo en esas declaraciones, y que también es mi apreciación personal. ¿Usted lo siente así? Si el hilo se cortó por lo más delgado, por dónde debió haberse cortado efectivamente para que fuera el hilo más grueso.

Entiendo que ya fue consultado respecto del rol de Fonasa. Sin embargo, en la entrevista usted dice que como legalmente

no firma el decreto, no tiene responsabilidad, pero ahí hay un trabajo que debe hacer Fonasa. Me gustaría que nos explique, con peras y manzanas, cómo funciona este proceso, por ejemplo, si se toma una decisión, quién la toma, dónde la manda, quién la ve, cuánto tiempo, etcétera. Además usted dijo que les llegó dos o tres días antes. Como nosotros hacemos un acto de buena fe, de que esto viene bien revisado, quiero entender bien estos tiempos de proceso de toma de decisión; quién lo ve en la Subsecretaría de Salud Pública, cuál es su rol, si lo manda a Fonasa, cómo conversan, se envían mails, no se envían. Quiero saberlo porque lo quiero entender.

¿Quién hace esta planilla Excel? Lo pregunto, porque la verdad es que esto es un error de planilla. Por eso, quiero saber quién hace esta planilla; quiero saber el detalle, repito, explicado con peras y manzanas, de tal forma de que se nos explique el procedimiento al respecto, en particular, enfocado a su opinión en el rol de Fonasa.

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

El señor **ESPEJO**.- Señora Presidenta, como ya se ha establecido y está medianamente claro que el AUGE está desfinanciado estructuralmente desde hace varios años a la fecha, para calcular un conjunto de variables, incluyendo las prestaciones, porque sabemos que el IPC de la salud es más caro porque se utiliza el índice de remuneraciones al que usted hizo mención para mantener una cierta tendencia a cubrir los costos, cuál puede ser la explicación para que en 2013 el valor de la canasta, para determinar el arancel de referencia, haya sido simplemente la canasta de 2010, más un 9 por ciento de reajuste que, por lo que entiendo, es como patear al AUGE en el suelo.

Si todos sabemos que cuando se presenta la Ley de Presupuestos, el AUGE ya no tiene cobertura para lo que debe cubrir, y si se sigue, a partir de las 56 patologías, el GES nunca ha estado cubierto. ¿Cuál puede ser la explicación para que en el gobierno del ex Presidente Sebastián Piñera, en 2013, no solo no estuvieran cubiertas las patologías conforme a la estructura de desfinanciamiento en que se venía, sino

que además estas se incrementaran, y la forma de calcular las canastas se apretara de la manera en que ha quedado establecido?

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

El señor **MACAYA**.- Señora Presidenta, el diputado Gustavo Hasbún hizo una pregunta que, a mi juicio, es importante complementar desde el punto de vista de saber desde cuándo se sabía esto.

En la misma entrevista señalada por la diputada Karla Rubilar, el doctor Crocco manifiesta que este tema se supo en el ministerio a la semana de haber salido publicado el decreto. Es más, se señala que desde el punto de vista práctico esto se sabía mucho antes de que explotara en la prensa.

Lo que pasó, y se dice literalmente, es que el ministerio toma muy lentamente las decisiones y el tema se pudo haber manejado de otra forma, por no decir de una forma distinta. Quiero saber de qué forma distinta lo pudo haber manejado el ministerio.

Asimismo, en la misma entrevista el doctor Crocco señala que Fonasa -lo reitero- actuó y trabajó en forma negligente. El departamento GES, que le tocaba encabezar, tuvo uno o dos días desde que le llegó la información para revisar.

Ahora bien, valoro que haga una autocrítica, tal como valoro su presencia, en el sentido de que debieron haberse percatado de este error, en uno o dos días. Incluso, señala que el equipo GES no trabajó mal en lo que correspondía y que Fonasa tuvo la ceguera de actuar en forma muy mecánica. Era cosa de ver el decreto y compararlo con el otro para darse cuenta inmediatamente de que la información tenía ese error. ¿Qué se pudo haber hecho distinto? También quiero saber si ratifica la información que proporcionó de que esto se supo antes y que, a su juicio, lo que explotó hizo que finalmente el hilo se cortara por lo más delgado.

Por último, quiero preguntar por la información pública que entregó la doctora Helia Molina, cuando asumió el cargo en abril de 2014 respecto de las listas de espera AUGE. A propósito de la pregunta que hizo el diputado Espejo, debo

señalar que la información que se proporcionó en ese entonces hablaba de cerca de -puedo estar equivocado en el número, pero tengo una información cuantitativa- 6.000 o 7.000 prestaciones AUGE retrasadas. Hoy llegamos a cerca de 12.000. Entonces, ¿qué pudo haber ocurrido para que, más allá de las depuraciones administrativas que se hayan hecho respecto de que pasamos de 380.000, al principio del gobierno de la Presidenta Bachelet, a cerca de 6.500 o 7.000 personas, según información proporcionada por el mismo Ministerio de Salud, hoy hayamos llegado a cerca de 12.000, con el problema presupuestario que indicó el diputado Espejo? O sea, aquí algo ha ocurrido.

Por lo tanto, quiero saber si se puede hacer un manejo más eficiente, es decir, si se puede apretar un botón, como hoy lo está pretendiendo hacer el Ministerio de Salud, y llamar a que se cumplan las patologías incumplidas prácticamente por arte de magia.

Si tenemos que sacar alguna conclusión en esta Comisión Investigadora, esta tiene que estar enfocada en si la gestión puede hacer la diferencia.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, se me había olvidado hacer dos preguntas.

La Corporación Artritis Juvenil, que solicitó audiencia en esta comisión, dice que informaron el error no solo al ministerio, sino también a Fonasa, afirmación que la directora negó en esta comisión.

Ellos dicen que tienen papeles que acreditan que entregaron la información. Entonces, primero, quiero pedir que puedan venir como invitados a la comisión.

El señor **BURROWS**.- También informaron a la Superintendencia.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Tiene razón, también informaron a la superintendencia.

Por lo tanto, quiero preguntar al doctor Crocco -le pido que detalle con peras y manzanas- cómo se dieron cuenta de que efectivamente había una falla en esta materia.

Por otra parte, el doctor Emilio Santelices en la sesión

pasada dijo que había pedido audiencia con la ministra para informarle los problemas que habían y que se reunió con un señor -no me acuerdo en este minuto del nombre, pero él lo señaló-, porque no le dieron la audiencia, pero entregó todos los antecedentes al ministerio.

¿Le llegó esa información? ¿Sabe con quién se reunió él, como presidente del consejo consultivo? Voy a buscar el nombre del señor para dárselo, pero el señor Santelices dijo que no lo recibió la ministra y que entregó todos los antecedentes. Me gustaría saber si el doctor Crocco tuvo esos papeles a la vista.

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

El señor **CROCCO**.- Señora Presidenta, en relación con la última pregunta sobre el doctor Santelices, no tuve los antecedentes a la vista, tampoco los recibí.

Ahora, ¿cuándo supe que había problemas en relación con el GES? Poco después de publicado el decreto. Lo que pasa es que en ese momento coinciden dos cosas casi simultáneas. Una, Fonasa se comunicó con el departamento GES y dice que hay 12 problemas. En mi caso, una agrupación dedicada al tema de la depresión me dijo que los copagos subieron mucho. Tres o cuatro días después hablé con la doctora Tohá y le pregunté qué pasaba. En el fondo, coinciden los tiempos, pero estamos hablando de que salió esto al poco tiempo de que fuera publicado el decreto. Se hizo público y, por una parte, Fonasa se percató y así lo comunicó a la unidad GES y, por otra, en forma coincidente, una agrupación vinculada al tema de la depresión concurrió y nos dijo que los copagos subieron muchísimo.

También se comunicó relativamente pronto a la autoridad que, en el fondo, había estos problemas. Eso ocurrió mucho antes de que saliera en la prensa.

En relación con la magnitud del problema, en principio, eran 12 errores. Nos percatamos posteriormente del cambio de metodología.

Como dije, había 12 problemas, después eran 40 y, al cabo de bastante tiempo, se tomó consciencia de que había habido un cambio metodológico. No todo fue en forma inmediata.

Ahora, nos dimos cuenta pronto de los primeros problemas.

¿Cuál era la lógica? ¿Qué pasaba? En el equipo que trabajó en la construcción del decreto participaron distintas entidades. Ahí se fue revisando el decreto anterior. Se trabajó sobre la base del decreto 2013, pero las protecciones financieras se dejaron aparte, porque, desde el punto de vista práctico, era un tema que Fonasa posteriormente iba a informar. Por lo tanto, el grupo que trabajó no vio las protecciones financieras.

Por eso, las protecciones financieras llegaron casi al final, casi para hacer el *cut and paste* y colocarlas fundamentalmente en el decreto.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿De dónde llegaron?

El señor **CROCCO**.- De Fonasa.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, pido que esta información quede en el cuaderno aparte.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Efectivamente, quedará en el cuaderno aparte, donde se han incluido varias cosas.

El señor **CROCCO**.- Señora Presidenta, después de responder todas las preguntas, quiero plantear que asumo mi responsabilidad. Yo firmé ese decreto, yo era jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades. Sin duda, independiente de lo que haya pasado, yo tengo responsabilidad. No pretendo negarla y son parte de los gajes que uno asume con el cargo.

Ahora, no soy quién para decir quién más tiene responsabilidad. No me corresponde.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Doctor Crocco, quiero reiterarle nuestro agradecimiento por haber concurrido a esta comisión y, además, manifestarle todo nuestro respeto y admiración por la forma en que ha hecho las declaraciones.

Muchas gracias.

Tiene la palabra el señor Jaime Burrows, subsecretario de Salud.

El señor **BURROWS**.- Señora Presidenta, quiero saludar a todos los diputados y las diputadas que forman parte de esta Comisión Investigadora y partir haciendo un reconocimiento al

doctor Crocco, con quien trabajé estrechamente, pues me subrogaba directamente cuando no estaba.

Como él señaló, le tocó firmar este decreto como subsecretario subrogante. Por lo tanto, quiero agradecerle la hidalguía para reconocer que en estos cargos se deben asumir responsabilidades de cosas en que muchas veces se tiene que hacer acto de fe.

Paso todo el tiempo firmando compras y otras cosas que si bien reviso, siempre tengo la sensación de que si hay algún error o alguna cosa que se pueda pasar, yo voy a pagar las consecuencias como subsecretario, como jefe de servicio de la Subsecretaría de Salud Pública. Por eso, considero que el hecho de que el doctor Crocco haya asumido la responsabilidad no desmerece todas las competencias que mostró en sus funciones y todo el aporte que ha hecho, no solo durante este gobierno, sino también durante otros gobiernos, a la construcción de la salud pública del país.

Esta presentación la voy a hacer lo más resumida posible. Hay cosas que ya se han planteado en otras presentaciones y ustedes ya tienen conocimiento al respecto.

Primero, hay que recordar que el proceso de garantías explícitas está establecido como proceso en la ley que fija el régimen de garantías explícitas en salud. Parte con el Ministerio de Hacienda, fijando dos marcos: primero, un marco duro de presupuesto disponible para el financiamiento en el Fonasa; segundo, un marco que establece la prima universal a la que deben ajustarse las prestaciones garantizadas.

Esto es bien importante, porque hipotéticamente si la prima universal es menor, por ejemplo, que el costo de las prestaciones que se tienen que garantizar, o que están garantizadas en el decreto previo, hipotéticamente, de acuerdo con lo que establece la ley, podría sacar prestaciones o problemas que están garantizados, por ejemplo, si hay un aumento de los costos reales de las prestaciones que están garantizadas.

Luego de tener este marco, el Ministerio de Salud empieza un trabajo de determinación de las prestaciones garantizadas, que va enfocado tanto a los beneficiarios de Fonasa como a los beneficiarios de Isapres. Desarrolla distintos estudios,

entre los cuales hay uno que es obligatorio, que es el estudio de verificación de costos.

El Ministerio de Salud somete la propuesta al Consejo Consultivo para que emita una opinión mediante un informe. Luego, con esa opinión en mano, los ministros de Hacienda y de Salud toman una decisión respecto de cuáles son las garantías que van a estar incluidas en el decreto.

La ley señala explícitamente que los cambios de valor de la prima universal no pueden ser superiores a la variación experimentada por el índice general real de remuneraciones por horas, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, lo cual es un marco que está dado en la ley y que, de alguna manera, nos restringe a la hora de calcular nuevas patologías para ser incorporadas.

Como dijo el doctor Crocco, quien se ha expresado previamente, pero está claramente graficado en este decreto, en la ley se establecen los artículos transitorios, en una secuencia, que son para los decretos de 2005, 2006 y 2007, en que se va aumentando el número de patologías de 25 a 40 y a 56, y se establece la prima de 1,02 UF para el primer decreto; un 2,04 para el segundo decreto, y 3,06, para el tercer decreto. Sin embargo, de ahí para adelante corre lo que establece la ley, que el 3,06 UF solo se puede reajustar de acuerdo con el índice general de remuneraciones, lo cual, en buenas cuentas, se mantiene estable. Simplemente, hay un reflejo de la inflación.

Sin perjuicio de aquello, en 2010 se aumenta el número de patologías garantizadas a 69, y el 2013, a 80.

Por este efecto de mayores costos, respecto de lo que efectivamente se puede garantizar, se decide en el Ministerio de Salud no seguir aumentando el número de patologías, porque las cifras ya llegaron al límite.

Como indicó el doctor Crocco, cada vez que se va a hacer un decreto se constituye un grupo de trabajo. Esto también es parte de la práctica habitual del Ministerio de Salud. En el caso de la elaboración del decreto de este año, el 7 de julio de 2015, queda refrendado en una resolución exenta de la ministra de Salud, que establece el grupo de trabajo que va a hacer el decreto y que va asesorar a la ministra de Salud

para revisar y modificar el decreto N° 4, de 2013.

Este grupo de trabajo está integrado por las siguientes personas: el doctor Pedro Crocco, quien encabeza el grupo de trabajo; la doctora María Dolores Tohá, que siendo jefa del Departamento de Secretaría AUGE hace la labor de secretaria técnica; la señora Paola Pérez, del Subdepartamento de Plan de Beneficios del Fondo Nacional de Salud; la señora Verónica Medina, del mismo subdepartamento del Fonasa; la doctora Beatriz Heyermann, de la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes; la señora Sidia Matus, de la División de Gestión de la Red Asistencial; la señora Karina Castillo, de la División de Atención Primaria, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales; el señor David Debrott, ingeniero de la División de Atención Primaria, también de la subsecretaría de Redes; el señor Luis Rodríguez González, de la Superintendencia de Salud, y la señora Nidia Contardo, de la Superintendencia de Salud.

El grupo queda constituido de esa forma y sigue trabajando cada uno desde sus *expertise*. Quien lo preside es el doctor Crocco, pero quien hace toda la labor de coordinación es la doctora Tohá.

Consejo Consultivo GES. Es representativo de distintas facultades y tiene una labor más bien de asesoramiento y no es resolutivo respecto de lo que se va a incluir en el decreto.

Decretos GES. En la lámina se observan las patologías y cómo se han ido incorporando.

Modificaciones al decreto GES. En ocasiones previas a la modificación que corrige estos "errores" del último decreto, antes ya se habían hecho otras modificaciones a los decretos.

Decreto N° 1, de enero de 2010. En el último período del gobierno de la presidenta Bachelet, en abril de 2011, se hace una modificación y se incorpora el derecho a solicitar un segundo prestador.

Respecto del decreto N°4, de febrero 2013, se hacen cuatro modificaciones. Primero, durante el gobierno del presidente Piñera, una modificación a protección financiera de la hipoacusia y de la artritis idiopática juvenil. Desde ese momento esta corporación señala errores que había tenido ese

decreto respecto de las cosas que correspondían en la protección de la artritis idiopática juvenil. Por eso, se hacen las modificaciones en julio de ese año, además habiendo ya entrado en vigencia el decreto.

Segundo, en mayo de 2014 se posterga la garantía de calidad.

Tercero, en octubre de 2014 se hizo una modificación del listado específico de prestaciones de tres problemas: tratamiento de artrosis, artritis reumatoide y asma.

Cuarto, en marzo del 2015 se hace una modificación de la norma técnico médico y administrativa. Se detalla el funcionamiento y los temas que planteaba el doctor Crocco respecto de las diferencias en el uso de protocolo de la que es clínica, etcétera.

Entonces, respecto del decreto GES N° 3, de marzo de 2016, durante el 2015 se realiza el estudio de verificación de costos. El 3 de marzo de 2016 se publica el decreto en el Diario Oficial. No se aumenta el número de patologías, para se hacen algunas mejoras.

Llamaba la atención que en las canastas de los que ya estaban garantizados algunos temas habían quedado fuera del decreto anterior, por distintas razones, como tipo de costos o porque puede no haberse avizorado sus necesidades en ese momento. No vale la pena entrar en detalle respecto de eso. Se separa la canasta de alivio del dolor para los pacientes sin cáncer progresivo; modificaciones al tratamiento de VIH, de cáncer gástrico, de próstata, hipoacusia prematura, cáncer de colon; trastorno bipolar, una cosa que era bastante importante, porque estaba todo garantizado, excepto la hospitalización; la artritis idiopática juvenil; enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artritis reumatoide, asma en el adulto, esclerosis múltiple, cánceres infantiles, tratamiento médico de personas de 55 años y más con artrosis de caderas.

En definitiva, todos esos temas son modificaciones a las canastas, que dejan en un mejor pie a las personas que tienen esos problemas. Para eso se cuenta con los recursos en el marco presupuestario del Fonasa.

Con posterioridad a la publicación, tal como señalaba el doctor Crocco, nos informan por distintas vías. Recuerdo una

conversación con el doctor Crocco que me señala el tema de la depresión. Creo que el mismo día el superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic, me avisa que la Corporación Pro Ayuda al Enfermo Reumático le había llamado la atención por el aumento de los copagos y por errores. Él se entera antes porque la información les llega antes que al ministerio. Días después me llegó la carta formal, como señaló la diputada señora Karla Rubilar, que también enviaron a distintas instituciones, Fonasa, Ministerio de Salud y Superintendencia de Salud.

Después de sucesivas reuniones con el doctor Crocco y del análisis en el ministerio decidimos ampliar la búsqueda de problemas. Comparando los decretos se identificaron las razones de esas diferencias: problemas de periodicidad expresados de forma distinta y en algunos casos había que hacer algunas precisiones. Recién ahí se identifica que hubo un cambio en la metodología del decreto de 2013, lo que produjo un aumento considerable en el valor de los copagos, que es lo que más llama la atención a las agrupaciones de pacientes.

Pongo el ejemplo de la hipertensión arterial pulmonar para ver la diferencia. En el diagnóstico de la canasta de prestaciones se coloca confirmación hipertensión arterial y monitoreo continuo de la presión arterial, y en la parte del tratamiento, tratamiento de la hipertensión arterial en el nivel primario. También aparece la periodicidad con el arancel. Es una planilla Excel que se manda al Fonasa. La información es devuelta por Fonasa y colocada después en el decreto.

Entonces, Fonasa dice que el arancel para la confirmación de hipertensión arterial es de 7.440 pesos, con un copago de 20 por ciento, es decir, 1.490 pesos. Para cada monitoreo de presión arterial el arancel es de 23.670 pesos, con un copago de 20 por ciento, que da 4.730 pesos.

Para el tratamiento, el arancel es 38.090 pesos y el copago 7.620 pesos. Aquí es donde se identifica el error, porque la cifra que informa Fonasa es 38.000 pesos, porque anteriormente el cálculo de este arancel se hacía por anualidad. Entonces, no hay consistencia entre lo que pone

acá de periodicidad mensual y el valor.

Se le dice a Fonasa que está mal calculado porque es el mes multiplicado por doce. En el decreto siguiente se corrige y el arancel que corresponde a la mensualidad es 3.170 pesos y, por lo tanto, el copago es de 630 pesos.

La diferencia se produce en el número del arancel informado y del posterior cálculo del copago.

Otro ejemplo de problema en salud, esa vez en mensualidad versus control. Estos son menos significativos. En linfomas el diagnóstico cuesta 465.120 pesos, el copago es 20 por ciento, y queda en 93.020 pesos.

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

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

Esos son los tipos de "errores" que se identificaron y que se corrigieron.

Además, se corrigieron elementos adicionales, como la modificada en 2013, que no se actualizó en 2016. Es decir, el decreto intermedio que corregía esto no se tuvo a la vista en términos de la protección financiera. En el cáncer de mama se agrega la garantía de oportunidad, etapificación; en el cáncer de próstata se corrige la periodicidad de la hormonoterapia, y en el cáncer gástrico se precisa una intervención sanitaria.

El 29 de junio de 2016 se publica en el Diario Oficial el decreto N° 21, que rectifica el decreto N° 3 y, por lo tanto, entra en vigencia el 1 de julio corregido.

O sea, los errores no alcanzaron nunca a estar vigentes en este decreto. Por lo tanto, no se generó un problema de impacto en término de las rectificaciones ni en los copagos ni perjuicio fiscal para Fonasa, tal como explicó la directora de Fonasa en su presentación.

Nos dimos cuenta de que se utilizaba una metodología que está descrita en minutas de la subsecretaría, que se entregó

a Fonasa, para el cálculo del valor. El valor habitual era el arancel PPV más 30 por ciento, cuando correspondía, calculado en base a 20 por ciento por costo capital y 10 por ciento por utilidades, para poder aplicar esto al sector privado, cosa que se volvió a hacer durante el 2016.

Sin embargo, en 2013 se aplicó una metodología distinta, descubierta o analizada *ex post* en el estudio de este decreto, lo que significó que al valor que estaba en el decreto 2010 se aplicó un reajuste de 9 por ciento lineal, es decir, a todas las canastas.

En 2016 se vuelve a la metodología correcta. Las periodicidades se toman en base a los archivos de canastas enviados por la secretaría técnica de AUGE, que no contenían los cambios en periodicidad de 2013, y esa es la explicación del error en la información que nos entrega Fonasa.

Esto tuvo dos consecuencias: cálculo de la protección financiera en las canastas con errores en periodicidades y aumento importante en el arancel referencial de copago para algunas patologías, en las que el aumento del arancel PPV en los años intermedios que no había sido considerado para cálculo del decreto de 2013.

A modo de ejemplo, en la lámina se aprecian varias líneas de modificaciones. En el listado de prestaciones, cardiología congénita, con circulación extracorpórea mayor, cada vez, el arancel PPV en 2007 era 3.466.160 pesos, el arancel en el decreto de 2007 era de 4.506.010 pesos, consecuencia de aplicar el PPV de 2007 más un inflactor del 30 por ciento.

En 2010, el arancel era 4.029.470 pesos, en el decreto 2010 aparece 5.238.600 pesos y 5.238.600 pesos es el valor del arancel más el inflactor del 30 por ciento.

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

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

Respecto de la protección financiera del GES, en el caso de las isapres, establece que el copago máximo por intervención

sanitaria corresponde al 20 por ciento del valor de la misma. Sin embargo, en Fonasa la ley establece gratuidad para los beneficiarios de los grupos A y B, por lo tanto, no hay copago. Además, Fonasa está facultada para mejorar los niveles de cobertura financiera para los beneficiarios de grupos C y D.

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

Me referiré a un tema que no está incorporado en la presentación, pero que expuso la directora de Fonasa. A propósito de las preguntas respecto de si teníamos información o no, y luego de la investigación que realizamos, encontramos una minuta preparatoria para una discusión con las autoridades de Salud dirigida al directorio AUGE, con fecha 7 de enero de 2013.

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

Respecto de la propuesta de Garantía de Protección Financiera se explicita la discusión que habíamos señalado, que no fue entregada, pero aparentemente no fue algo casual, sino que hubo una discusión. Esa minuta técnica plantea los aspectos positivos de aplicar la metodología habitual y, señala: El arancel referencial seguirá reflejando el valor de transferencias a las prestaciones o grupos de prestaciones garantizadas. Desde el punto de vista del financiamiento del régimen, los copagos de los asegurados estarán en función del valor real de las transferencias por las prestaciones o grupos. Las consecuencias negativas de seguir la metodología es que implica un fuerte incremento en el valor de los

copagos para los asegurados, considerando que el ajuste de 9,3 por ciento significa los reajustes de los subtítulos 22 de 2011, 2012 y 2013. Se adiciona un reajuste de 25,2 por ciento. El reajuste de 25, 2 por ciento tiene una lógica reparadora para el arancel. El incremento anual en las remuneraciones del sector privado no se ajusta en función del inflador del subtítulo 21, etcétera.

Además, se plantean cuatro escenarios para discutir en el directorio. Escenario uno. Se plantea poner una variación promedio simple del arancel de referencia de 11 por ciento, lo cual implicaría un costo esperado individual de 2,65 Unidades de Fomento. Escenario dos. Aplicando un reajuste de 25 por ciento más el reajuste de 30 por ciento, etcétera. Son los cuatro escenarios que indicó en su power-point la directora de Fonasa.

Al parecer, no había quedado suficientemente claro que hubo una discusión y que se tomó una opción para cambiar la metodología de cálculo de arancel, lo cual no quedó reflejado en actas de directorios ni de las comisiones.

Lo único que hemos logrado pesquisar es esta minuta, que es un mail enviado a una profesional que se ha mantenido durante varios gobiernos en Fonasa.

A propósito de que estábamos tratando de pesquisar información, ella nos dijo que tenía ese documento guardado.

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

El señor **MACAYA**.- Señora Presidenta, por su intermedio, quiero que el subsecretario de Salud especifique de dónde viene y quién firma esa minuta. Ello, para darle un contexto al documento word que nos presenta.

El señor **BURROWS**.- Señora Presidenta, la vamos a entregar formalmente en la carpeta, porque nos solicitaron entregar el expediente de cada decreto. Este documento se incluirá.

Hago presente que en este documento, que es la entrega de 2014, no aparece nada respecto de cambios de metodologías.

Quiero reafirmar que estuve presente en todas las entregas de cambios de gobierno, porque aquí se señaló por parte de una autoridad de gobierno anterior que yo no había asistido, lo cual es falso. Estuve en todas las reuniones de entrega.

De hecho, está mi firma en las entregas. Tuve reuniones con el subsecretario de Salud Pública, señor Jorge Díaz, quien me hizo entrega de los temas no solo en una reunión, sino que en varias, por cada una de las divisiones, y en ninguna de esas reuniones se hizo entrega del tema de cambio de metodología.

El doctor Crocco, que ya había sido nombrado jefe de División de Prevención y Control de Enfermedades, me acompañó a esas reuniones de entrega y puedo dar fe de que en ningún momento se nos entregó.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Señor Secretario, solicito que esta información quede en cuaderno separado, al igual que el acta o minuta de recomendaciones que acaba de hacer referencia el subsecretario.

¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por 10 minutos?

**Acordado.**

Propongo invitar para la próxima sesión al superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic, organismo fiscalizador de este proceso, y a los expertos en la materia, señor Manuel Inostroza y a la doctora Aguilera. Además, al ministro de Hacienda, señor Rodrigo Valdés, y a un representante de la Dirección de Presupuestos (Dipres).

Tiene la palabra el diputado señor Sergio Espejo.

El señor **ESPEJO**.- Señora Presidenta, dado que hablamos de temas estructurales del AUGE, resulta interesante la presencia de los exsuperintendentes de Salud, señores Manuel Inostroza y Luis Romero, para discutir en detalle lo que ocurrió en 2013. Además, el superintendente Sebastián Pablovic.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Entonces, a la lista de invitados que propuse para la próxima sesión se agregará al exsuperintendente de Salud, señor Luis Romero.

¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

Tiene la palabra el diputado señor Javier Macaya.

El señor **MACAYA**.- Señora Presidenta, hay conciencia de que el Plan AUGE tiene problemas estructurales; sin embargo, esta Comisión debe investigar los hechos que originaron el problema en el decreto 2016, no hacer un diagnóstico de los problemas financieros y estructurales del Plan AUGE.

Es muy importante aclarar a cada uno de los invitados sobre qué aspectos deben venir a declarar. Lo hago presente, entre otras cosas, porque el subsecretario acaba de exponer la misma presentación que realizó hace tres meses. De hecho, si uno revisa la página web de la Comisión de Salud se encuentra con la misma presentación, con dos hojas distintas, que obviamente es el nuevo decreto que no existía en ese entonces. Por lo tanto, que no se venga a presentar lo mismo que ya se ha entregado.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Vamos a encargarnos de que en las citaciones respectivas se indique, en forma específica, cuál es el mandato de la Comisión.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, sobre los invitados, no tengo inconvenientes en que vengan en el marco que ya se ha establecido, pero quiero pedir que en algún momento concurren las agrupaciones que denunciaron los problemas. Según entiendo, ahora hay una agrupación de pacientes que padecen depresión, no sé bien cuál es, y el doctor Pedro Crocco nos podrá informar al respecto, pero sé que la agrupación de pacientes que padecen artritis idiopática juvenil notificó que quería venir, de manera que es importante que concurren.

Asimismo, es importante que asistan a la comisión quienes elaboraron los estudios de costo del AUGE. Eso es muy relevante, porque aquí se ha hablado de la obligatoriedad de tener el estudio de costo; que las prestaciones están subvaloradas en el decreto de 2013, pero el estudio de costo deja la prima dentro del rango. Entonces, reitero que es importante que discutamos el estudio de costos.

Además, quiero pedir que se solicite el informe a la persona que recibió los antecedentes por parte del doctor Santelices, lo cual consta en acta. Quiero saber si esa reunión existió, si la carpeta respectiva se entregó, porque el ministerio dice que no la tiene.

Por eso, creo que la persona que se reunió con el doctor Santelices tiene algo que decir al respecto. Y si no puede venir, que mande los antecedentes pertinentes por escrito, pero esa reunión existió, no es una reunión fantasma. Es

importante que dé cuenta respecto de qué hizo con esa información.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Vamos a tratar de recabar la mayor cantidad de antecedentes por escrito, de carácter objetivo, y ojalá que exista algún rastro, a propósito de las observaciones que ha hecho la diputada Rubilar.

Como para la próxima semana ya hay suficientes invitados, y luego viene la semana distrital, en la próxima sesión acordaremos las diligencias pendientes, porque de acuerdo con los plazos establecidos, solamente nos quedan dos sesiones de comisión.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, quiero agregar que se invite a los representantes del Colegio Médico.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Vamos a incluir todas esas proposiciones y las definiremos en la próxima sesión.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar para formular consultas.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, quiero señalar al subsecretario de Salud Pública que me llama la atención que la presentación que nos dio a conocer es muy similar a la anterior. Al igual que en la ocasión anterior, el subsecretario ha detallado las modificaciones que ha tenido el decreto fuera de los tres años. Sin embargo, no incluyó la modificación de decreto que se llevó a cabo en julio de 2015, respecto de la esclerosis múltiple, lo que constituyó un retroceso en materia de AUGE, puesto que quitó beneficios adquiridos a los pacientes.

Me llama la atención que no haya puesto eso en su presentación, y solicito que nos dé una explicación, porque si bien el derecho a la salud propiamente tal en la Constitución Política no está garantizado, pero en ella sí se garantiza que los derechos son progresivos, no regresivos, y en ese caso nos fuimos para atrás, definitivamente.

Entonces, me gustaría una explicación formal respecto de por qué. En algún momento, en la Comisión de Salud planteó que el Fonasa había señalado que estaban cubriendo en las

isapres un medicamento más caro, y que no podían cubrirlo, y que a partir de eso había surgido la solicitud de cambiarlo.

Quiero que eso lo diga en esta Comisión, para que podamos dejar claramente establecido que ese decreto regresivo fue a solicitud del Fonasa.

Asimismo, quiero preguntar también al subsecretario qué cambio se hizo en materia de artritis idiopática juvenil en 2013, porque en su presentación señaló que no tuvo a la vista en el nuevo decreto el cambio que se hizo. Entonces, ¿qué cambio se hizo? ¿Ese fue uno de los errores que se cometieron en 2016?

A mi juicio, se ha tratado de hacer una discusión artificial respecto del cambio de la metodología. Concedo al subsecretario el punto de que la metodología fue errada y que ahora sí se está llevando a cabo la metodología que corresponde, pero eso finalmente lo que hace es aumentar el copago, no justificar los errores del decreto 2016.

Entonces, separemos peras de manzanas, porque una discusión dice relación con el famoso cálculo de la prima, en cuanto a cómo se hace, si debe ser PPV más 30 por ciento o sobre la base del aumento del PPV más 9 por ciento, que es una discusión que tiene que ver con el impacto en el copago, pero otra cosa es la que tiene que ver con los errores que el subsecretario mostró en materia de periodicidad, que era anual y no mensual, y que ha señalado cómo se resuelve.

Sin embargo, hay una frase que mencionó el subsecretario en su intervención que anoté en forma textual: Esto pasó en hipertensión arterial, entonces se le dice a Fonasa que cambie esto.

Explíqueme eso de "se le dice a Fonasa". O sea, efectivamente, es como dice el doctor Crocco, la garantía financiera la veían aparte, la veía el Fonasa; era Fonasa el que tenía que entregar las celdas de tal o cual manera, y eran ellos los que tenían que ver si eso se debía hacer en forma mensual, pero no lo hicieron. No fueron capaces de hacer bien un Excel simple. Reitero que el subsecretario señaló, en forma textual, "se le dice a Fonasa". Entonces, cuando hay un error se le informa al Fonasa, y Fonasa lo arregla, lo devuelve y hacen el nuevo decreto. ¿Es eso? Me

gustaría entenderlo.

En el decreto de 2013 hay una parte, la garantía de calidad, cuya entrada en vigencia se va a prorrogar seis meses en todos los hospitales que no hubiesen cumplido y en los que se hubiese decretado en los dos años anteriores alerta sanitaria.

Es decir, en el decreto de 2013 tenemos, entre gallos y medianoche, la prórroga de la entrada en vigencia de la garantía de calidad. Por ejemplo, el Hospital Sótero del Río, que no cumplió la garantía de calidad, tiene seis meses más, porque en algún momento se decretó una alerta sanitaria, ya sea preventiva, real o de otro carácter.

Por lo tanto, solicito al subsecretario que me explique la prórroga de la garantía de calidad donde no se ha cumplido de esa forma, por intermedio de este decreto, y qué hospitales se ven beneficiados con ese pequeño párrafo, que no se ve entremedio de todo el decreto, porque ya nos hemos demorado diez años en implementar la garantía de calidad. No son dos ni tres meses, son diez años. Entonces, me gustaría entender por qué ahora se puede prorrogar seis meses la garantía de calidad con esta figura de la alerta sanitaria en un decreto GES.

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

El señor **MACAYA**.- Quizá el subsecretario nos podría profundizar al respecto, porque veo que tuvo conocimiento de la declaración del doctor Santelices en torno a la reunión. Él mencionó al jefe de gabinete suyo, por eso creo que sería importante...

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- De la ministra.

El señor **MACAYA**.- Vamos a revisar el acta. Incluso, nos presentó la planilla Excel subrayada, con las modificaciones que se hizo entrega. Obviamente, si eso se niega, está en el marco de lo que tiene que quedar constatado en la Comisión.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Señor diputado, creí entender, para que lo revise bien en el acta el señor Secretario, que si bien existía esa planilla Excel, esta se encontraba en manos de la doctora Tohá. Pregunté al

respecto al doctor Santelices, quien me respondió que él no sabía, que el procedimiento siempre lo había manejado la doctora Tohá, de manera que esa planilla la tenía ella.

El señor **MACAYA**.- Vamos a tratar de chequear con quién se generó esa reunión en particular. Hago la consulta porque ha quedado bastante constatado en la comisión que a pesar de no existir responsabilidad administrativa, legal, del Fonasa, sí había participación directa. Lo ha señalado el doctor Crocco.

Hay un grupo de trabajo, que usted mencionó en su presentación, que se constituyó en 7 de julio de 2015, en el que sí participan dos personas del Fonasa, de modo que quiero que nos señale -quiero entender el funcionamiento de ese grupo de trabajo- cómo se complementa con el Consejo Consultivo, si hay actas de reuniones de ese grupo de trabajo, el cual entiendo está integrado por diez profesionales. Quiero entender esto, porque tanto la señora Paola Pérez como la señora Verónica Medina son funcionarias y dependientes del Fonasa, en el subdepartamento del plan de beneficio del Fondo Nacional de Salud. O sea, quiero comprender cómo se condice eso con el no conocimiento, con la no responsabilidad que tiene la directora, particularmente del Fondo Nacional de Salud.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Vamos a tratar de aclarar mi pregunta. Le pido que muestre la lámina correspondiente a la cirugía CEC Mayor, porque me parece muy significativa. El precio que apareció en el decreto de 2007 fue de 4.506.000 pesos. Luego, en 2010 el precio fue de 5.238.000 pesos, y debería haber subido a 8.928.000.

Con eso se produce una diferencia importante, porque en el decreto debió haber estado con el inflador en 11.606.000 pesos. Ahí se produce una diferencia de 5.882.000 pesos por cada cirugía CEC Mayor.

Entonces, a un hospital se le paga por cada cirugía con CEC Mayor 5 millones de pesos menos -casi 6 millones de pesos- de lo que efectivamente cuesta. Porque entiendo que lo que hace Fonasa es costear la canasta, y la canasta, de acuerdo con los reajustes y la metodología, debió haber quedado en 11.605.000 pesos. Sin embargo, al hospital se le paga 5.700.000 pesos. Ahí estoy con un delta negativo y me estoy

quedando con una plata, que si sumo cada cirugía cardíaca - casi 6 millones de pesos- y en cada una de las prestaciones me voy quedando con ese delta, estoy haciendo un pozo.

¿Este es el pozo que me sirve para aumentar las patologías junto con el tema del cambio de las frecuencias?

La otra pregunta es si esta es otra forma de desfinanciar a los servicios de salud, en términos de que lo normal era una cierta proporción de PPI y de PPV, que se cambió. Eso no lo hemos tocado hoy y lo voy a dejar aparte, que está estimado, pues Fonasa hizo un cálculo de cuánto es el menor ingreso por ese concepto.

Pero quiero saber sobre la estimación que ustedes tienen de menor ingreso de los servicios de salud por este delta, en que les pagaron, en algunos casos, hasta la mitad del precio de una cirugía CEC Mayor. Porque esa parte, no me ha quedado clara en las presentaciones anteriores.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Solamente quiero decirle al subsecretario que es un señor apellidado Vielma, para que nos cuenten quién es el señor Vielma, y ojalá pueda venir.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Y pueda explicar la situación.

El señor **BURROWS** (subsecretario de Salud).- Asumió como jefe de gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

*-Se levantó la sesión a las 12.12 horas.*

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,  
Redactor  
Jefe Taquígrafos Comisiones.