

**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 5ª, ordinaria, celebrada el día lunes 1 de agosto de 2016.

Se abrió a las 10:35 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 y como Abogada Ayudante, la señora África Sanhueza Jéldrez.

II. ASISTENCIA.

Asistieron los/as diputados/as integrantes de la Comisión, señoras Karol Cariola, Marcela Hernando y Karla Rubilar y los señores Sergio Espejo, Gustavo Hasbún, Javier Macaya, Jorge Rathgeb y Víctor Torres.

III. INVITADOS.

Asistieron como invitados, el Director de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, don Sergio Granados; el Superintendente de Salud, don Sebastián Pavlovic; el Exsuperintendente de Salud, don Manuel Inostroza y la doctora Ximena Aguilera.

IV. CUENTA.

- Se dio cuenta de lo siguiente:

1. Confirmación de la asistencia de la doctora Ximena Aguilera.

2. Carta del señor Luis Romero por la cual excusa su asistencia e informa que el cargo de Superintendente lo ejerció entre julio de 2010 y diciembre de 2012, período que no coincide con la dictación de los decretos GES.

V. ACUERDOS.

- Modificar el horario de la sesión del próximo lunes 8 de 10:30 horas a 13:30 horas. A esa sesión, invitar nuevamente al Superintendente de Salud, señor Pavlovic; a la doctora Ximena Aguilera, al Presidente del Colegio Médico y a representantes de la Corporación de Artritis Juvenil, a la Presidenta del Instituto de Administración de Salud de la Facultad de Economía de la Universidad de Chile y a representantes de la consultora Bitrán & Asociados Ltda. para que expongan sobre los estudios de costo del AUGÉ.

- Celebrar una sesión especial el martes 9 de agosto de 15:00 a 17:00 horas, la que corresponderá a la última sesión previo a la aprobación de las conclusiones. A esa sesión, invitar a la Ministra de Salud y al doctor Manuel Inostroza.

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 12:10 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 5ª, celebrada en lunes 1 de agosto de 2016,
de 10.35 a 12.20 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA LITERAL

Preside la diputada señora Marcela Hernando.

Asisten las diputadas señoras Karol Cariola y Karla Rubilar, y los diputados señores Sergio Espejo, Gustavo Hasbún, Javier Macaya Jorge Rathgeb y Víctor Torres.

Se encuentran invitados el Director de Presupuesto del Ministerio de Hacienda, señor Sergio Granados; el Superintendente de Salud, señor Sebastián Pablovic Jeldres y el doctor Manuel Inostroza Palma y la doctora, señora Ximena Aguilera Sanhueza.

TEXTO DEL DEBATE

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

El acta de la sesión 3ª se declara aprobada.

El acta de la sesión 4ª queda a disposición de las señoras y de los señores diputados.

La señora Secretaria va a dar lectura a la Cuenta.

*-La señora **CALDERÓN**, doña María Teresa (Secretaria) da lectura a la Cuenta.*

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Quiero informar a los señores diputados que hemos recibido una llamada para comunicarnos el lamentable fallecimiento del padre del ministro de Hacienda, don Rodrigo Valdés. Por esta razón, el señor Valdés no se encuentra hoy con nosotros.

Hoy están invitados el director de Presupuesto del Ministerio de Hacienda, Sergio Granados; el

superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic; el doctor Manuel Inostroza Palma y la doctora señora Ximena Aguilera Sanhueza.

En ese orden otorgaré el uso de la palabra.

Tiene la palabra el señor Sergio Granados.

El señor **GRANADOS**.- Señora Presidenta, en primer lugar quiero reiterar las excusas del ministro, por lo que usted acaba de informar y también le solicito a la Mesa, por su intermedio, que me excusen una vez que dé cuenta de mi exposición, para asistir al sepelio del padre del ministro.

Voy a proceder a leer una minuta.

El rol del Ministerio de Hacienda en este proceso está claramente definido en la ley N° 19.966, que regula el régimen general de garantías en Salud. La participación que dispone la ley al ministerio es la fijación del marco de recursos para el financiamiento de las GES en el Fonasa y en la prima universal.

En relación a este punto, la misma ley, en sus disposiciones transitorias, determinó la prima universal para los tres primeros períodos de establecimiento de garantías, es decir, asociados a los problemas de salud garantizados en los años respectivos. Así es como en 2005 la prima fue de 1,02 UF para 25 problemas de salud; de 2,04, en 2006, para 40 problemas de salud, y de 3,06, en 2007, para 56 problemas de salud.

La ley establece, además, un mecanismo a partir del cual se debe calcular el reajuste de esa prima en lo sucesivo, de no mediar modificaciones legales asociadas al valor de dicha prima. Como no ha habido modificaciones legales, lo que ha sucedido es que se ha ido reajustando de acuerdo a lo que mandata el artículo 18 de la ley, que es 90 días antes del término de la vigencia y con un año retrospectivo, contado desde los 90 días. De este modo, se establecieron las siguientes primas para los años respectivos. Para 2010, 3,47 UF, para 69 problemas de

salud; para 2013, 3,77 UF, para 80 problemas de salud, y para 2016, 3,87 UF, para 80 problemas de salud.

Cabe recordar que la determinación del marco de recursos disponibles se enmarca en la discusión de la ley de Presupuestos, en la que anualmente se destinan los recursos en función de los cambios en la población y probables mejoras en los tratamientos de los problemas de salud.

El proceso se completa con la suscripción conjunta con el Ministerio de Salud del decreto que establece las garantías explícitas. En el caso del último proceso, con fecha 3 de marzo de 2016, se publicó en el Diario Oficial el decreto N° 3, de 27 de enero de 2016, suscrito por los Ministerios de Salud y de Hacienda, que estableció garantías explícitas para 80 problemas, el que entraría en vigencia a contar del 1 de julio del mismo año. Este decreto consideró mejoras a más de 30 intervenciones sanitarias, asociadas a 16 problemas de salud vigentes en el decreto de 2013.

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

Posteriormente a eso, fue modificado el decreto N° 3 con el decreto N° 21, de junio de 2016.

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

Esa es la presentación del Ministerio de Hacienda, señora Presidenta.

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

El señor **ESPEJO**.- Señora Presidenta, por su intermedio quiero decir al señor Granados que lo que ha resultado evidente en todas las sesiones de la comisión es que el AUGE está subfinanciado, que el marco legal que establece un techo para financiarlo, desde probablemente el segundo decreto, a más tardar el tercero, el aporte presupuestario no ha contenido los recursos necesarios para financiar cada una de estas patologías. Aun más, lo que ha venido ocurriendo es que se han incorporado cada vez más patologías sin que los recursos necesarios para cumplir con lo de cada una de estas demandas hayan estado presentes.

Lo anterior ha sido planteado prácticamente por todos quienes han asistido a esta sesión. Entonces, quiero saber, en detalle, de qué manera el Ministerio de Hacienda calcula y negocia los recursos con el Ministerio de Salud, que después van a la ley de Presupuestos, porque si no, da la impresión -cuando el Ministerio de Hacienda dice que esto está en la ley de presupuesto- de que somos los parlamentarios los que, por nosotros y ante nosotros, resolvemos cuánta plata va a ir para el AUGE, en circunstancias de que esa es una discusión que realiza el Ministerio de Hacienda con el Ministerio de Salud. Esto lo hizo el gobierno de la Concertación, lo hizo el gobierno del Presidente Piñera, lo hacen en el gobierno de la Nueva Mayoría y nosotros recibimos un proyecto en el que no tenemos capacidad de modificar al alza.

Entonces, quiero el detalle de la forma en que se llega a los montos que se entregan y su evaluación sobre si estos son suficientes o no.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Señor Granados, me gustaría conocer qué unidad o profesional es la responsable técnica de fijar este marco presupuestario en el marco de recursos disponibles para los decretos, tanto en 2013 como en 2016.

Por otra parte, quiero saber cuáles son las razones por las cuales en 2009 el estudio previo que se hizo, de

todos los estudios que contrata el ministerio, estableció que, de acuerdo a eso, la prima iba a subir hasta 2013, para llegar prácticamente hasta casi las 4 UF, vale decir, 3,80 y tantos o 3,90 y tantos, había varias estimaciones. En todo caso, se dijo que iba a subir bastante. Sin embargo, los estudios de 2012 lo bajan a 3,77, que no es lo que se estaba esperando. Eso, en circunstancias de que se aumentaron las patologías y que de las 69 que estaban vigentes, muchas de ellas sufrieron modificaciones. ¿Cómo se explica que con los mismos recursos se pudiera hacer eso otro? ¿Cuál es el impacto financiero sufrido por Fonasa con el decreto de 2013 y con el de 2016? Lo consulto porque entiendo que en la minuta solo se refiere al impacto, que no habría habido, pero solo de uno de los decretos.

Finalmente, ¿cuál es la opinión que tiene la Dirección de Presupuesto respecto del cambio que se produjo en 2012 y 2013, en términos de traspasar fondos de las prestaciones institucionales a prestaciones valoradas sin un estudio de costos que avalara aquello? ¿Tiene usted alguna estimación de si los hospitales habrían sufrido algún impacto por los menores ingresos? Si eso ocurrió, ¿a qué se debería y a cuánto ascendería?

Por otro lado, me interesa saber la opinión de nuestro invitado sobre la solicitud en 2013 de presupuesto al Siges, para parametrizar once nuevos problemas de salud incorporados al GES y modificar algunos de los sesenta y nueve problemas de salud vigentes, además de mejorar la gestión de facturación. Finalmente, se dio menos del 30 por ciento de lo solicitado, por lo cual el Siges no sufrió cambios, lo que sería una de las razones por las cuales hay errores de cálculo.

Por último, me gustaría saber cómo explica que en 2013 se hayan aumentado las patologías sin el incremento del presupuesto en la proporción PPV + 30 por ciento, sino solo el 9 por ciento.

Tiene la palabra el diputado Gustavo Hasbún.

El señor **HASBÚN**.- Señora Presidenta, las patologías están subvaloradas y el presupuesto está muy bajo el costo real.

Al respecto, me gustaría saber si existen estudios para determinar el déficit real o el desfinanciamiento entre los costos versus el presupuesto.

Esta diferencia -que no es menor-, como dijo el propio diputado Espejo, demuestra que las patologías están subvaloradas, por lo que es necesario saber cuál es el monto real, cuál es el déficit y, si los tienen, los cálculos reales en cuanto a cada una de las patologías que se han incorporado en el último tiempo.

He dicho.

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

El señor **GRANADOS**.- Señora Presidenta, en primer lugar, respecto de lo que señaló el diputado Espejo, no estuvimos en las sesiones donde se señalaron los problemas que mencionó, no tenemos información.

Pero no tenemos evidencia de que los recursos no sean los necesarios. Por lo que expliqué en mi exposición: la ley establece claramente cómo se determinan los recursos para las patologías AUGE, que es de acuerdo al marco presupuestario y a la actualización de la prima. Como dije, está estipulado en la ley.

Ahora bien, respecto de cómo se calculan en detalle, dado los valores en la prima establecida inicialmente y los recursos que anualmente se fijan en función de los múltiples propósitos del financiamiento fiscal, se corrige -como dije- por población y, por aumento, mejoran los posibles tratamientos de los problemas de salud.

No tenemos una presentación explícita del Ministerio de Salud que diga que el AUGE está desfinanciado, no hay información. Alguien puede haber hecho una afirmación al respecto, hemos tenido discusiones sobre la prima, pero, claramente, la prima y los tratamientos se ajustan a las

necesidades del marco de recursos que establece la ley de presupuestos.

Pues bien, el marco de recursos está determinado en función de todas las prioridades y ajustes que se llevan a cabo para financiar la política fiscal.

Tenemos una regla del balance estructural y las prioridades que establece el Ejecutivo, cualquiera sea el gobierno, se enmarcan dentro de esa línea de balance estructural; hay aspectos que tienen prioridades de financiamiento sobre otras.

Entonces, específicamente sobre los recursos determinados para un año, a través de un decreto específico, se ajustan para el año siguiente corrigiendo la población y los costos de las probables mejoras de tratamiento.

El señor **ESPEJO**.- Hay un informe del Ministerio de Salud.

El señor **GRANADOS**.- El Ministerio de Salud propone, se encarga un estudio a un experto externo, se hacen las estimaciones de demandas y las posibles mejoras valoradas a los precios que el fisco paga a Fonasa y con eso se determinan los aranceles.

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

Independientemente del desfinanciamiento que pueda existir en el área de salud, no tenemos un detalle específico de que el AUGÉ esté desfinanciado.

En cuanto a la unidad técnica responsable de fijar los recursos, es la Dirección de Presupuestos; no hay una unidad técnica independiente de la Dipres. La entidad responsable de proponer los recursos al ministro de Hacienda, para que se tomen las decisiones en materia de políticas fiscales, es la Dirección de Presupuestos.

Respecto del impacto financiero sobre Fonasa en 2013 y en 2016, en 2013 se suplementaron recursos para el tratamiento de las once patologías adicionales, desde la partida Tesoro Público, por 16.000.000.000 de pesos; para 2014 -que fue el presupuesto con que se encontró este gobierno- había 85.000.000.000 para el AUGE, en que se establecía el impacto de los nuevos problemas de salud, las correcciones por población, las modificaciones por tratamiento y todos los ajustes necesarios, como adición de equipamiento. Cuando asumió este gobierno, en 2014, no constatamos que hubiera un perjuicio para Fonasa, había más de 85.000.000.000 de pesos para financiar el programa AUGE, con las ochenta patologías. Para 2016 y 2017, que tiene efecto año completo, se definió la prima y el monto de recursos, de acuerdo con las correcciones de población y con los tratamientos que nos propuso el Ministerio de Salud.

Sobre los trasposos de PPI a PPV llevados a cabo en 2013, no tengo mayor información en este minuto, pero tanto por PPV o por PPI se pagan, también, los aranceles por AUGE. Si lo necesitan, podemos investigar y hacer llegar una minuta a la Secretaría de la comisión, relacionada con el cambio de fuente de financiamiento que hubo ese año.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Para complementar este punto, tiene la palabra el diputado Gustavo Hasbún.

El señor **HASBÚN**.- Señora Presidenta, me gustaría que se nos aclare una contradicción, ya que primero se habla que se encargó un estudio que hizo los cálculos...

El señor **GRANADOS**.- Perdón, diputado. Cada vez que se emite un decreto que renueva la vigencia de de problemas de salud, hay un estudio previo con cargo al Ministerio de Salud.

El señor **HASBÚN**.- De acuerdo.

Pero, por otro lado, tenemos un problema presupuestario, pues los recursos disponibles no alcanzan para cubrir el ciento por ciento de las patologías.

El señor **GRANADOS**.- Creo que ahí hay un error: el tratamiento de las patologías se deben adecuar a los recursos disponibles, no puede no alcanzar.

El señor **HASBÚN**.- Por eso.

El señor **GRANADOS**.- No, pero, entonces, ¿qué falta?

Si se establece un programa para atender patologías AUGE, de acuerdo a los recursos disponibles, se debe centrar en esos recursos, no son independientes los tratamientos de los recursos disponibles.

El señor **HASBÚN**.- De acuerdo, en el fondo está bien, hay que adecuarse al marco.

Pero lo que estamos hablando es que efectivamente hay un déficit y una cosa es que se deben adecuar al presupuesto existente y otra es la existencia de una carencia para cubrir las patologías del AUGE. Son cosas diferentes.

Entonces, ¿existe un estudio que realmente pueda cuantificar el marco presupuestario para cubrir el ciento por ciento de las patologías?

Aquí es donde se produce la confusión, ya que nuestro invitado ha planteado que la priorización del gasto se adecua al marco presupuestario.

La pregunta es al revés, ¿existe algún estudio que determine el déficit para cubrir el ciento por ciento de las patologías?

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

El señor **GRANADOS**.- Señora Presidenta, creo que la pregunta no está correctamente formulada, porque puede que exista un déficit general para cubrir los tratamientos de salud, pero los recursos que se determinan para atender las enfermedades del decreto AUGE se deben adecuar a estos tratamientos; por ello, no puede existir un déficit para solventar tratamientos del AUGE.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- En relación con el AUGE, considero que es un tema fundamental. No obstante, las declaraciones que hemos escuchado de las autoridades que han concurrido a la comisión coinciden con lo que el señor Sergio Granados plantea: el Ministerio de Hacienda fija un monto -la cantidad disponible- y los estudios son para investigar la demanda, variar frecuencias de prestaciones, observar los precios y, de esa manera, decidir.

Tiene la palabra el diputado Gustavo Hasbún.

El señor **HASBÚN**.- Señora Presidenta, solo quiero abordar un punto.

Estamos de acuerdo en que todo ministerio o servicio se debe adecuar al marco presupuestario que se le otorga anualmente y, sobre esa base, elaborar una planificación; sin embargo, la pregunta es al revés: ¿existe algún estudio que determine cuál es el déficit real que no permite cubrir el ciento por ciento de las patologías? Todos sabemos que existe desfinanciamiento, por tanto, la pregunta es si se conoce el monto del déficit.

No queremos discutir respecto de quién tiene o no la razón, solo queremos conocer la cifra correspondiente al déficit real, porque se trata de un tema que, en su minuto, deberemos abordar en nuestras propuestas.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- ¿El Ministerio de Hacienda sabe a cuánto asciende el déficit o la pregunta se debe formular a otra autoridad?

El señor **GRANADOS**.- Señora Presidenta, no voy a decir que no existe déficit. El Ministerio de Salud tiene toda una trayectoria de gastos; existen gastos que se financian a través de aportes especiales durante el año, mediante reasignaciones de dineros destinados a programas que ejecuta el mismo ministerio, por ejemplo, el programa de inversiones, u otros ajustes que se realizan en la ejecución del gasto fiscal. Pero dicho sobregasto abarca todas las actividades que hace el Ministerio de Salud.

Lo que estamos discutiendo es si el AUGÉ tiene déficit; además, no tenemos un estudio sobre el particular, tampoco existe un estudio sobre cuál es el déficit del Ministerio del Salud, porque dicho déficit se origina en la operación diaria de los hospitales, pues existe una demanda que probablemente no alcanza a ser atendida con los recursos disponibles. Ahora, ¿a cuánto corresponde ese déficit por problemas de operación y a cuánto llega el déficit por problemas estructurales? No existe un estudio que lo determine.

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

El señor **MACAYA**.- Señora Presidenta, entiendo la lógica de la Dirección de Presupuestos. En los seis años que me he desempeñado como parlamentario me ha correspondido tramitar, con el presente gobierno y con el anterior, la Ley de Presupuestos. Por ello, comprendo que existe un marco presupuestario al que hay que adecuarse y se consigna todos los años en el papel, en la teoría, cuáles son los recursos que puede ejecutar cada ministerio.

Sin embargo, existe una lista de espera de 12.000 personas, que es cuantificable, y si se pretende buscar una solución a aquello en un plazo de dos meses, mediante la inyección de recursos, claramente, es un indicador de que los recursos puestos a disposición de la problemática de las garantías explícitas en salud no han dado abasto.

Por ello, entiendo la lógica de la pregunta del diputado Gustavo Hasbún, porque una cosa es el marco presupuestario y otra cómo, en la práctica, dicho marco ha sido capaz de solucionar la razón de su creación, es decir, solucionar el problema que es la razón para la creación del AUGÉ.

A mi juicio, un estudio básico podría establecer que la lista de espera es de más de 12.000 personas y para solucionar dicho problema se requieren equis cantidad de recursos. Pero claramente hay un déficit, porque imagino

que con el presupuesto anual no alcanza. Esa es un poco la lógica de la pregunta del diputado Gustavo Hasbún.

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

El señor **ESPEJO**.- Señora Presidenta, como el diputado Javier Macaya, entiendo la complejidad del trabajo que realiza el Ministerio de Hacienda.

Mi preocupación -podemos estar fuera del mandato que se nos otorgó como comisión, pero es algo que vamos a tener que abordar- es que lo que leo detrás es un problema de información y daré un solo ejemplo, que no es su responsabilidad directa.

En la Región del Libertador Bernardo O'Higgins, que represento, en abril, según datos de la superintendencia -costó hacerlos públicos-, deben haber habido unas 400 mujeres con cáncer cérvico uterino y de mama que no fueron atendidas en los plazos que el AUGE establece para dichas patologías. El primer informe que entregó la superintendencia -es bueno que este tipo de situaciones se hagan públicas, de lo contrario, son imposibles de controlar- señalaba que 15.000 personas estaban en listas de espera, de las cuales el 37 por ciento sufría enfermedades críticas que conllevan el riesgo de muerte o de sufrir discapacidades definitivas.

Por lo tanto, si leemos la reacción del Ministerio de Salud en la materia, concluiremos que es ir, probablemente, al Ministerio de Hacienda o, quizá, al revés, y decir: "En un plazo determinado tienen que reducirse estas listas de espera.". Ahora bien, en el primer mensaje del ministerio da exactamente lo mismo cuál es la patología, porque hay que reducir el bulto. Entonces, como es lógico, usted nos dice que hay un marco financiero que se define en la Ley de Presupuestos. Sin embargo, quiero expresar, a efectos de lo que tengamos que plantear en las conclusiones o sugerencias, que es muy difícil que un plan de la importancia del AUGE tenga éxito si el sistema de registro, la medición concreta de

dónde están los problemas, la capacidad de caracterizar, como recién se está empezando a hacer por la gravedad de las patologías, no está a disposición del propio Ministerio de Hacienda cuando hay que negociar el presupuesto que se presentará en el Congreso Nacional. En ese caso, lo que estamos haciendo es plantear un conjunto de datos o números generales que no dan cuenta de la realidad.

Un último detalle para que usted lo tenga anotado -probablemente lo tiene- al momento de discutir el presupuesto con salud. En el caso del AUGÉ, se nos informa sobre las listas de espera desde el momento en que son incorporadas en el Siges -son muy buenos para las siglas en este sector- y la incorporación de un tratamiento en el Siges puede ocurrir una hora, seis horas, una semana, un mes, dos meses o tres meses después del diagnóstico clínico. En otras palabras, en este gobierno, en el cual hemos tratado de que el tema de la mujer sea crucial, en el cual nuestra Presidenta es mujer, solo sabemos que los plazos para la atención comienzan a correr para una mujer pobre con cáncer cérvico uterino o con cáncer de mama, que debe atenderse por el AUGÉ, desde que la enfermedad se incorpora en el Siges y no desde el momento del diagnóstico. Aquello no es su responsabilidad, pero esperaría que en la próximas negociaciones entre los ministerios de Hacienda y de Salud la claridad de estos datos sea fundamental para discutir si los dineros alcanzan o no, en un marco de escasez.

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

EL señor **HASBÚN**.- Señora Presidenta, si se dice que no existen estudios, ¿cómo se explica que en 2015 se inyectaron más de 196 millones de dólares por el déficit que existía en salud?

Dichas contradicciones son inentendibles, es decir, no hay estudios, pero el Ministerio de Salud solicita una

inyección de 196 millones de dólares en 2015 por la deuda hospitalaria, el Ministerio de Hacienda entrega los recursos y cuando uno formula las preguntas respectivas se nos dice que no existe ningún estudio que avale o justifique el ingreso de dichos recursos. Por lo tanto, esas contradicciones me preocupan, porque se entregaron alrededor de 100.000 millones de pesos.

Además, me preocupa que el Ministerio de Hacienda insista en lo mismo. No queremos pillar absolutamente a nadie, la presente no es una comisión de carácter político, sino que, básicamente, apunta a buscar la manera de resolver un problema ciudadano que está afectando a muchas personas.

Entonces, no entiendo que, por un lado, se hable de que no existen estudios en relación con supuestos déficits, ustedes inyectan más de 100.000 millones de pesos -196 millones de dólares- y, por otro, no seamos capaces de entender, dentro del marco presupuestario, cuál es el déficit real para cubrir el ciento por ciento de las patologías. Si hay listas de espera es porque hay un déficit. Por consiguiente, las preguntas son: cuánto es el déficit, cómo se puede cuantificar y qué soluciones vamos a entregar.

Lo que la gente espera de esta comisión no es buscar responsabilidades políticas ni crucificar a nadie, sino que resolver, de una vez todas, la cobertura de ese tipo de patologías y que exista el ciento por ciento de financiamiento.

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

El señor **GRANADOS**.- Señora Presidenta, es una conversación muy interesante sobre gestión del Ministerio de Salud, que además tiene que ver con varios factores. Las listas de espera no solo se generan por falta de recursos, puede ser también por falta de especialistas, en lo que, de alguna manera, incide la falta de recursos porque no se quieren contratar por los precios que ofrece

el ministerio. Por lo tanto, puede haber múltiples factores, lo cual da para una discusión muy entretenida en relación con la forma en que se administra un sector.

Respecto del déficit de 2015, y cómo se hizo, tiene que ver con la forma en que sostienen las operaciones de los servicios de salud y de los hospitales.

Los servicios de salud, en lo que se denomina atención secundaria, gastan tres billones al año y tratamos que sean gastados en la forma más eficiente posible.

¿Por qué se hacen aportes al déficit en que incurren los servicios?

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

¿Por qué nos vemos obligados a hacer aportes para financiar el déficit? Porque en un momento determinado los proveedores de medicamentos les suspenden el pago y ha habido varias crisis anuales, históricas en nuestro país, respecto de los proveedores. Distinto es un déficit de la operación a que tengamos diferencias de costos por prestaciones. No hay estudios de costos por prestaciones que nos digan que el costo de un tratamiento tiene que ser A o B. Algunos, como el de la Universidad Católica para una organización como Fonasa, que, si no me equivoco, comparó precios MAI con costos que ellos calcularon, no está muy claro si están bien calculados o no. Aún no hemos hecho el análisis.

Volviendo al tema, para el costo de producir una prestación relacionada con AUGE, no tenemos evidencia que diga que hay un déficit en la provisión de problemas de salud AUGE.

Sin embargo, estamos disponibles para discutir lo que planteaba, por ejemplo, el diputado Sergio Espejo, en orden a cómo es la gestión de un servicio de Salud. Desde

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

Esa es una discusión mayor que esperamos poder hacerla en la ley de Presupuestos, tener los informes para esa oportunidad y debatirla en el marco de las prioridades que el Ejecutivo establezca para los distintos sectores.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- En nombre de la comisión, le agradezco su concurrencia y colaboración. Lo dejamos liberado para que se retire y pueda asistir a su ceremonia.

A los otros tres invitados que nos resta por escuchar, les propongo que cada uno disponga de diez minutos para que realice una breve introducción a los aspectos que les parezcan más relevantes para la investigación que realiza la comisión.

En primer lugar, vamos a escuchar al señor Sebastián Pavlovic, superintendente de Salud; luego, al doctor Manuel Inostroza y, por último, a la doctora Ximena Aguilera que participó en uno de los estudios que dio origen al decreto de 2013.

Tiene la palabra el señor Pavlovic.

El señor **PAVLOVIC**.- Señora Presidenta, asumo que lo más importante tiene que ver eventualmente con las preguntas, por lo tanto, nos hemos limitado a tratar de hacer un pequeño recorrido sobre el marco regulatorio para determinar cuáles son las facultades que tiene la superintendencia y el rol que cumple.

Como ustedes saben, las garantías implícitas en salud son parte integrante del régimen general de garantías y se relacionan con el régimen de prestaciones de salud regulado en la ley. Además, están vinculadas a garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad. Son constitutivas de derecho para los beneficiarios y quienes están obligados a su cumplimiento son el Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsional, Isapres.

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

La ley establece explícitamente que las garantías son elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad a un procedimiento bastante reglado, que incluye la participación del Ministerio de Hacienda y de un consejo consultivo.

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

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

Asimismo, establece la obligación de que el Fonasa y las isapres informen periódicamente los precios unitarios, frecuencias y prestaciones que se otorgan, y la superintendencia hace un informe. De hecho, el actualizado se encuentra en elaboración, por lo tanto, lo podríamos hacer público dentro de las próximas semanas. Es una de las pocas estadísticas consolidadas del sector público y privado bajo una sola metodología, organizada a través de instrucciones que imparte la propia superintendencia.

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

Adicionalmente, la ley establece que los prestadores de salud deben estar registrados o acreditados. En el caso de los prestadores individuales, ese registro debe ser público. Existen más de 500.000 personas registradas en la Superintendencia de Salud, lo que corresponde a la primera etapa de la garantía de calidad del Plan Auge. La segunda etapa comenzó a regir en julio, con la necesaria acreditación de los establecimientos de mayor complejidad del sistema.

Otra función de la superintendencia, además de recibir reclamos y de fiscalizar, consiste en emitir instructivos

e interpretar la ley para que, por ejemplo, se informe a las personas la existencia de una enfermedad o de una condición de salud y el monto de los pagos que correspondan; en general, información de utilidad para que las personas puedan ejercer sus derechos. Adicionalmente, el decreto determina las metas de cobertura en medicina preventiva. Corresponde a la superintendencia fiscalizar el cumplimiento de dichas metas, en virtud de lo cual emite un informe en forma periódica.

En el aspecto orgánico, el decreto con fuerza de ley N° 1 establece una serie de facultades de la superintendencia que tienen que ver con interpretar administrativamente, fiscalizar, velar por el cumplimiento de leyes, dictar instrucciones, difundir información en forma periódica, requerir información, recibir o absorber reclamos o consultas, dictar resoluciones de carácter obligatorio e imponer las sanciones que correspondan. La superintendencia ejerce sus facultades a través de ámbitos fundamentales, que son fiscalizar, eventualmente resolver controversias e impartir instrucciones a través de la facultad de interpretar la ley. Adicionalmente, puede requerir información y generar datos estadísticos para el sistema.

El decreto N° 3, que aprobó las garantías explícitas en salud para el periodo 2016-2019, se dictó el 27 de enero de este año y fue publicado en el Diario Oficial el 3 de marzo. Incluyó las mismas patologías que estaban en el decreto anterior del 2013, incorporando algunas mejoras, materia a la que se abocó el trabajo del año pasado, a través de una comisión asesora de la ministra, que incorporó a dos funcionarios de la superintendencia en la revisión de las mejoras que el decreto N° 2 incluía respecto del periodo anterior.

Una vez publicado el decreto N° 3, en marzo de este año, se produjo una primera luz de alerta a través de una carta que presentó la Corporación Artritis Juvenil, en la

cual manifestó su preocupación por el aumento en copagos. Todavía no se hablaba de errores, sino fundamentalmente de aumento en copagos.

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

Actualmente, el decreto N° 3 con sus rectificaciones sigue vigente, no se postergó la vigencia del decreto ni tampoco de las rectificaciones o correcciones. En junio las isapres informaron las variaciones de sus primas para el periodo 2016-2019, salvo en la situación de la isapre Óptima, que no informó variaciones. Al parecer, optó por esperar a que se corrigiera el decreto para hacer ese proceso y no se ha informado ni consultado sobre nuevas revisiones de prima GES. La superintendencia ya calculó e informó el nuevo algoritmo para efectos del funcionamiento del fondo de compensación de riesgos, que es parte de las funciones que corresponden a la superintendencia. Junto con dar a conocer las nuevas primas, calcula cómo va a funcionar el fondo de compensación establecido en la ley.

Mis últimos comentarios son los siguientes: los errores detectados fueron subsanados, el decreto N° 3 ha comenzado a regir y no hemos recibido reclamos respecto de su vigencia. Evidentemente hay lecciones que aprender en materia de procesos y de revisiones cruzadas, que permitan que las distintas personas involucradas no carguen individualmente con toda la responsabilidad que corresponde a un proceso que es técnicamente muy

complejo. Sin perjuicio de ello, la superintendencia ejerce sus facultades de acuerdo a los decretos publicados y vigentes, en relación con las obligaciones que corresponden a Isapres o a Fonasa, para la protección de los derechos de los cotizantes y afiliados.

Muchas gracias.

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

El señor **INOSTROZA**.- Señora Presidenta y honorables diputados, muchísimas gracias por la invitación a participar de esta comisión investigadora, en mi calidad de exsuperintendente, miembro del consejo consultivo, nombrado por la Presidenta Bachelet en este último periodo del consejo, y también como experto y académico en estas materias.

Expondré un breve marco conceptual que, de acuerdo a mi sesgo académico actual, creo importante clarificar. Para enmarcar lo que voy a señalar, hablaré derechamente de los errores del decreto, del sexto decreto y de sus implicancias. El principal error adicional, sobre el cual quiero extenderme más, tiene que ver con la implementación del Plan Auge y sus implicancias actuales. Trataré de clarificar didácticamente por qué el Ministerio de Hacienda se ampara en citar solo el presupuesto, en lugar de hablar de la gestión del problema. Finalmente me referiré a la fiscalización, a las listas de espera y a los reclamos que han gatillado situaciones adicionales en el último tiempo. Creo que es bueno hablar de ello en esta comisión investigadora, para entender las recomendaciones que -al menos yo- propongo para corregir este conjunto de errores.

La referencia conceptual es que cualquier gobierno está abocado en esta lógica de separación de funciones, de rectoría y de prestación, de definir el paquete más integral posible de beneficios. Ahí se juega toda la regulación sanitaria; es lo que nos tiene particularmente abocados, porque el Auge es una definición explícita de

plan de beneficios en el cual estamos todos involucrados. Lo que importa es que el Auge y lo que ustedes aprobaron legislativamente hace ya más de 11 años fue establecer explícitamente tales beneficios. Por eso es relevante hacer un seguimiento y una evaluación de la gestión, para que este marco regulatorio funcione bien respecto del costo técnico del seguro, que puede ser privado, pero en este caso es el seguro público Fonasa, que no es ni más ni menos que llevar la cuenta de las frecuencias de prestación del Auge, las que somos capaces de ejecutar año a año, multiplicadas por el precio o valor de transferencia, el costo, sea cual sea el que se defina, para explicar si finalmente el costo técnico proyectado para un año determinado logra cumplirse y, si no, para hacer las rectificaciones correspondientes.

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

Luego de esta breve referencia conceptual, vamos a los errores del decreto GES, que en mi opinión son solo síntomas de una equivocada implementación y que, por el bien de nuestros pacientes, debemos corregir.

El primer antecedente de error fue el retraso con que elaboramos los decretos. Los tres últimos decretos, de 2010, de 2013 y de 2016, los hicimos muy atrasados, presionando a los miembros del consejo consultivo para que se reunieran de manera extraordinaria, sin tener los antecedentes previos a la vista, para tener buenas opiniones y estudios analíticos. Siempre lo hicimos a última hora, lamentablemente, como buenos chilenos.

Solo en los años 2005, 2006 y 2007, en que se emitieron los primeros tres decretos, se hicieron los estudios y análisis con la debida anticipación, que permitieron tener el decreto listo y en el plazo acordado, en diciembre del año anterior al de entrada en vigencia del

decreto, porque siempre nos reservamos enero del año correspondiente para que la Contraloría General de la República tome razón y cumplir así con la ley, que estipula su entrada en vigencia al primer día del sexto mes luego de que ha tomado razón la Contraloría, lo que corresponde al 1 de julio.

Hago mención de esto porque creo que corresponde. No puede ser que vayamos a preparar un cuarto decreto y volvamos a cometer el error de correr "a matacaballo", con todos los problemas que eso origina al no hacerse en los plazos correspondientes.

El segundo error -esto también salió a la luz pública a fines del año pasado- fue evaluar, para efectos del presupuesto 2016, por el impacto del nuevo decreto GES, más problemas de salud de los que finalmente fueron incluidos en el estudio de verificación de costos. Hay que recordar que la ley dice que usted puede incluir en la Ley de Presupuestos y aprobar aumentos de presupuesto siempre y cuando esos problemas de salud o mejoras de canasta han sido estudiados en el estudio respectivo. Sin embargo, aquí ocurrió otra descoordinación, se evaluaron más problemas de los que finalmente fueron al estudio de verificación de costos, ergo, cuando se quisieron incluir presupuestariamente diez problemas de los veinticinco estudiados, como el estudio de verificación de costos no los incluyó, no pudimos incluirlos en la Ley de Presupuestos, porque tampoco estaban incluidos en el decreto.

Eso significó que este año 2016, habiendo 10.000 millones de pesos en el sector público para esos diez problemas adicionales, no se pudieron gastar ni ejecutar por el error en la administración de la elaboración del decreto y los estudios.

Actualmente, como consejo consultivo hemos tenido que revisar un segundo estudio de costos -la ampliación del realizado en 2015- y se nos ha dicho que si evaluamos este informe, y lo comentamos con la gente del Ministerio

de Salud y si finalmente los recursos siguen disponibles, esto podría entrar en régimen, lo que significaría volver a modificar el decreto que tenemos vigente. Es decir, habría que hacer una segunda modificación al decreto vigente, porque en la primera correspondió corregir el error de los copagos, pero ahora tendríamos que hacer una segunda modificación para incluir las mejoras si estamos todos de acuerdo en que se justifica -en principio el Consejo Consultivo dijo que sí-, para que esos 10.000 millones de pesos, o lo que resulte como presupuesto adicional para el próximo año, se puedan ejecutar.

El tercer problema -y a mi juicio menos relevante- fue que con el cambio en las metodologías de valoración de los precios Fonasa -que fue un error que cometió Fonasa según la información que tengo como consejo consultivo para la definición del Arancel de Referencia del GES- generaron el error y alzas en los montos de copago de los afiliados.

Ahora bien, voy a indicar algunas implicancias para entender cuál es el impacto que se tiene respecto de este error de definición de los copagos en el arancel de referencia.

Lo primero que quiero señalar es que mientras más bajo es el arancel de referencia GES, dada su fórmula de que el 80 por ciento lo cubre el Fonasa o la Isapre y el 20 por ciento es el copago del afiliado, la idea es que menor es el copago ya que queda automáticamente fijado por su valor en peso. Más adelante lo voy a graficar con un ejemplo, pero lo que quiero decir es que en la medida en que fijo el arancel de referencia a precios Clínica Las Condes -que son los más caros del mercado- si digo que el 20 por ciento de ese arancel fuera el copago, ustedes entenderán que será muy alto, porque el valor será muy alto, en cambio, si lo fijo al valor más bajo que pueda definir un estudio o un sistema de análisis, el 20 por ciento de un valor más bajo va a ser más bajo en términos de protección financiera. Lo que se busca en el

arancel de referencia es jamás acercarse al precio de mercado, porque si lo hago para la definición del copago estoy aumentando el copago y disminuyendo la protección financiera, lo contrario que buscaba la reforma, es bajar los gastos de bolsillo. Esa es la primera definición conceptual que quiero clarificar.

Ahora bien, en el caso de los afiliados de Isapres y de un pequeño grupo de afiliados de Fonasa, los Grupos C y D, solo esa población tienen copago del 20 por ciento. El resto, los grupos A y B, todas las prestaciones en Atención Primaria de Salud y las hospitalarias para los mayores de 60 años tienen cobertura del ciento por ciento o copago cero. Es decir, solo una pequeña fracción de los afiliados a Fonasa y todos los de Isapre pagan este 20 por ciento que se estableció en la ley como arancel de referencia, aunque debo agregar que, en la práctica, casi todos tienen copago cero, porque en Fonasa, desde 2005, independiente de los gobiernos que hemos tenido, incluso, pasando por el del Presidente Piñera, ha habido una incapacidad técnica de hacer ese cobro. Por lo tanto, en la práctica, casi el ciento por ciento tiene protección financiera.

Menciono eso, porque como esos porcentajes están en la ley también lo están supuestamente en la Ley de Presupuestos. No sé por qué nadie le ha hincado el diente a lo que significa no recaudar un presupuesto que está considerado, que es recaudar cierto copago que no llega a la Ley de Presupuestos, porque son recursos que se debieran ocupar, por pocos que sean, en la inversión del sistema de salud.

En el caso de Fonasa, por ende, el ciento por ciento como hemos visto para la mayoría de los pacientes o el 80 por ciento para aquellos que tiene copago restante, debiera ser transferido desde Fonasa o desde el Ministerio de Hacienda, pasando por el Fonasa, a un prestador público como precio de transferencia o compra por cada prestación GES (Garantías Explícitas en Salud).

Explico esto es para entender la lógica, es una forma didáctica de cómo opera el arancel de referencia.

En la práctica, al igual que ocurre en el resto de los aranceles de la modalidad de atención institucional del Fonasa -hay que recordar que el AUGE es un tipo de modalidad institucional especial, lo no AUGE para la mayoría de los pacientes sigue siendo la modalidad institucional tradicional-, los costos de las prestaciones, los valores de los aranceles y los montos de transferencia o compra a los prestadores públicos son casi siempre valores distintos, aunque el único que se justifica que sea distinto -por cierto, a la baja- es el arancel de referencia, porque con eso se bajan los copagos y se aumenta la protección financiera de los afiliados.

Otra cosa es analizar en términos de gestión y pedirle al Ministerio de Salud y al Ministerio de Hacienda, para poder evaluar como Cámara de Diputados, como ente fiscalizador de una ley que ya lleva once años de implementación, es cómo va la relación entre el costo de las prestaciones y lo que se transfiere, porque puede que ocurra que transferimos menos de lo que cuesta o, eventualmente, en algunos casos, más. Ese es el balance que se hace si es que las prestaciones GES están siendo financiadas correctamente o no y acá está el análisis conceptual de por qué se debiera hacer esto en términos reales y no como un mero juego contable, como creo que lo estamos haciendo hoy.

En el caso de las isapres -para entender la diferencia- el 80 por ciento restante del Arancel de Referencia resulta insuficiente, ya que los prestadores privados cobran precios por las prestaciones GES que, por lo general, han resultado ser, a lo menos, el doble del Arancel de Referencia. ¿Por qué? Porque los precios de los prestadores privados se mueven con la lógica de mercado no con la del arancel de referencia que, como ya se explicó, tiene la lógica de ser un valor bajo para

aumentar la protección financiera. De hecho, cuando la Superintendencia hizo los primeros estudios bajo mi mandato respecto de la diferencia entre los precios de mercado y los aranceles de referencia del GES, la diferencia fue dos veces. Es decir, las clínicas estaban cobrando en promedio el doble de los aranceles de referencia.

Por lo tanto, en este caso resultan claramente distintos los valores de los costos, de los aranceles y de los precios de compra a los prestadores porque son tres valores distintos. El copago se lo fijamos por ley nosotros, como ente regulador el ministerio para que sea un copago bajo, las clínicas cobran un precio mucho más alto y, claramente, los costos son más bajos, porque si no ganarían plata las clínicas haciendo este diferencial entre sus costos y el precio que le cobran a las isapres.

Es bueno hacer claridad respecto de un tema que he visto en algunas presentaciones como algo erróneo. Así, si el copago es más alto para los afiliados de isapre, disminuye el valor de cobertura a los prestadores y, por ende, más baja es la prima GES que podrían cobrar. ¿Por qué? Porque en la medida que el copago, el gasto de bolsillo, se eleva, hace que el pedacito que debe cubrir la isapre para financiar la prestación sea más bajo, y, por lo tanto, la prima GES final es más baja.

Entonces, acá, al revés de lo que se supone, cuando se establecen criterios de protección financiera de hacer los copagos más bajos, lo que se hace es elevar el costo de la prima que la isapre le podría cobrar y eso está bien en términos de un seguro solidario, porque lo que buscamos es que todos solidariamente financiemos a los que están enfermos de alguna patología GES a cambio de que cuando yo lo esté, esa misma solidaridad me cubra a mí.

Por lo tanto, se distribuye ese mayor gasto por prima y no por gasto de bolsillo que es lo más regresivo que se busca. Para intentar graficar esos elementos que pueden

ser muy complejos de entender en la presentación aparecen algunos ejemplos simulados. Si el arancel de Referencia del GES de un Hemograma fuera de 1.000 pesos, el copago - por arancel de referencia- es el 20 por ciento de ese valor y automáticamente queda amarrado en pesos. Es decir, como en 200 pesos.

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

En cambio, para los que pertenecen a los grupos C y D el copago es de 20 por ciento. Por lo tanto, cada miembro de Fonasa C o D, al que se le cobrara el copago, si es que eso se hiciera, pagaría 200 pesos por ese hemograma, y Fonasa le estaría cubriendo, supuestamente o en teoría, los 800 pesos restantes al prestador.

Ahora, en isapres, con GES, los prestadores privados van a cobrar el doble por hemograma: 2.000 pesos. Por ser GES, el copago no es 20 por ciento de 2.000 pesos, porque la idea es que tenga protección financiera fijada por ley, que serían 400 pesos. Ahora, si entendiéramos mal la lógica, lo que ocurre es que el copago, incluso para el afiliado de isapre, sigue siendo el 20 por ciento del arancel de referencia, es decir, 200 pesos, y la isapre se ve obligada a cubrir no 800 pesos, sino los 1.800 pesos restantes para cubrir la diferencia de lo que cuesta ese hemograma, versus el copago de protección financiera del afiliado.

Señalé que el tema de los copagos, más allá de tener esa implicancia, no es mucho más relevante, pues tal como ya se ha dicho, la situación ha sido subsanada en el corto plazo. Sin embargo, sí ha mostrado ser un síntoma o preocupación de otro tema que quiero exponer.

Estamos implementando el AUGGE solo a partir del decreto N° 4, de 2010, lo cual en mi opinión es un error que se cometió en 2013, con el decreto N° 5. El anterior fue en el primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, y en 2013 en el gobierno del ex-Presidente Sebastián Piñera, lo cual, lamentablemente, en el decreto N° 6 aún no se ha corregido.

Para graficar y explicar esto, la ley nos fijó para cada conjunto de problemas una prima universal techo. Por lo tanto, nosotros distribuimos, en el diseño original de la reforma, los tres grupos de patologías equivalentes a ese mayor gasto o a ese gasto de prima universal, de 1,02 UF por afiliado, al año. El segundo paquete correspondía a 2,04 UF y el tercer paquete correspondía a 3,06 UF. Es decir, cada paquete costaba lo mismo: 1,02 UF.

Ahora, tal como dijo el director de Presupuestos, en la ley que ustedes aprobaron, para que esa plata no pierda valor, porque a pesar de que está, por inflación, en UF, igual el IPC de la salud es más alto que el IPC de la economía, por lo tanto, en el largo plazo esa plata iba a comprar menos prestaciones que lo que compraba en el 2005, la idea es que se reajustaran por el índice de remuneraciones del sector privado, calculado por el INE y, si esta institución lo calcula bien, vamos siempre a estar por sobre el IPC, al reajustar esta prima.

Lo que ocurre en la práctica es que Hacienda tire una prima que normalmente está bajo el techo, la cual establece, por ejemplo, en 0,9; porque cumple con la ley y no es muy distinto a lo que está en la prima, pero obviamente obliga al Ministerio de Salud a armar las canastas; frecuencia por precio de transferencia, con el objeto que le calce con la prima de 0,9.

Con este proceso se entra a la puja. Es más, recuerdo que ese año determinamos, más menos, una prima de 0,98. Es decir, logramos correr el cerco a Hacienda y construir mejores canastas que las que nos habían autorizado inicialmente, pero manteniéndonos bajo la prima universal

y, por lo tanto, se producía una diferencia de prima no usada, por así decirlo, de 0,04 UF, que es una plata que no está en ninguna parte. Por lo tanto, pudiendo potencialmente haber gastado más, terminamos gastando un poco menos, por la negociación que finalmente fue traducida hacia el presupuesto de 2005, y con posterioridad al presupuesto de 2006.

El problema es que el Ministerio de Salud nunca ha tenido un registro clínico correcto y adecuado, pero no de las tasas de mortalidad ni de incidencia de patologías para el cálculo de demanda, las que en general son bastante buenas, sino para medir la frecuencia de prestaciones asociadas a esos diagnósticos, ojalá ratificados persona a persona, que nos permitan decir, por ejemplo, cuántos hemogramas se deben llevar a cabo por un cáncer, cuántas consultas al médico, cuántas cirugías, etcétera. Entonces, ese registro clínico, hasta el día de hoy, que era clave tenerlo, porque corresponde a frecuencia de prestaciones multiplicado por el precio de transferencia, nunca lo hemos logrado tener.

Por lo tanto, el Ministerio de Hacienda, cuando no hay número, lo que hace es restringir el presupuesto, de allí que al año siguiente se nos dijo: "si ustedes no me traen números para justificar la prima, les voy a dar menos plata".

En consecuencia, la puja fue buena, y recuerdo que se logró, en esa época, cerca de 1,6 UF. Por lo tanto, la prima no gastada empezaba a crecer, y al año siguiente, nuevamente se vivió el mismo conflicto: llegamos a 2,6. Finalmente, la prima no gastada fue 0,46. Pero, ojo, esta prima fue hecha con canastas ideales, es decir, que cada recorte de las primas no usadas significaron no dar tratamientos biológicos a la artritis reumatoidea, que el infarto agudo al miocardio siguiera pegado en trombolisis, y no agregar angioplastia o baipás coronario, porque son todas prestaciones que por su costo no podíamos agregar a la fórmula de frecuencia

multiplicada por precio, porque la prima no nos daba, ya que al haber calculado primas universales de 3,06, como ideales, se terminó por cortar prestaciones en torno a esas canastas ideales.

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

Ahora, ¿cuál es el error, a mi juicio, populista, de dos gobiernos seguidos, que se cometió, con tal de decir que tenían más patologías GES, pero no bien financiadas? Que, en el fondo, como veníamos con el reajuste del índice de remuneraciones, que empezó a correr en paralelo a las 3,06 UF, ya no era 3,06 UF sino que teníamos más prima para esto. Por lo tanto, lo que hizo el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, y esto fue una discusión que tuvimos, en el sentido de que finalmente todos somos responsables. Mi postura, como superintendente de la época, lo que le debe constar a Sebastián Pavlovic, que a la sazón era fiscal del Ministerio de Salud, cuando discutimos este tema, y él redactó el proyecto de ley a sugerencia de la Superintendencia de Salud, pero finalmente, la decisión fue no enviar esa iniciativa, fue que lo que debimos haber hecho en ese entonces era haber recalculado la prima para 69 patologías, porque ahora la prima techo subía, porque ya no eran 56 sino 69 patologías, para así haber tenido un techo más alto y haber podido incluir como corresponde nuevas canastas de prestaciones.

No se hizo; no se quiso asumir el riesgo o el costo político de explicar lo que yo estoy tratando de explicar, de que no se estaba ocupando la prima

universal, y que no había cómo justificar, por falta de registros clínicos, la frecuencia de las prestaciones, de manera que lo que se hizo fue que lo no usado de la prima anterior, más lo que te daba el reajuste, se utilizó para incluir las 13 patologías adicionales, y así llegar a 69 patologías.

En el fondo, se tenía una prima no usada de 0,87, pero ojo, vuelvo al punto, no son platas para 69 patologías, sino son platas que idealmente siempre fueron diseñadas para 56 patologías. Por lo tanto, lo que tenemos es que se agregan 13 nuevas patologías que generan una presión que lo único que hacen es traducirse en deuda hospitalaria o listas de espera de las patologías no GES, porque no está correctamente financiado, un AUGE con 69 patologías.

Luego, el gobierno del Presidente Sebastián Piñera, que podría haber corregido este problema, no lo hizo, sino que dijo: "si la Presidenta Bachelet hizo lo anterior, yo, lamentablemente, hago lo mismo", decisión que sufrieron los pacientes, en circunstancias de que tenía otro poco más de prima no usada, porque vino otro reajuste por el índice de remuneraciones, y terminó ocupando ese pequeño delta, para 56 patologías, para incluir 80 patologías en salud.

Por eso es que el ministro Jaime Mañalich cambió la metodología para el arancel de referencia, para que la prima le alcanzara y le diera cierta holgura, porque cuando él cambia la metodología, de MAI más 30 a MAI más 9, lo que hizo fue disminuir artificialmente los costos de prima, lo que le permite tener un margen de maniobra para incluir 80 patologías, porque en realidad ya se había ocupado parte de la plata en las primeras de las 69 patologías. Eso explica que el artilugio contable realizado por Jaime Mañalich le alcanzara para las 80 patologías. Pero lo único que agrega son nuevos problemas de salud que lo único que generan es déficit adicional al que ya habíamos generado con el AUGE de 69 patologías.

Quiero agregar un dato, porque imaginé que el representante de Hacienda iba a decir esto. Si yo juzgara con los datos, y este es un dato muy simple, que puede hacer cualquier alumno de ingeniería comercial de primer año, sobre la base del estudio de verificación de costos de 2015 -el que tenemos hasta ahora, no el que va a agregar eventualmente diez nuevas mejoras de la canasta- y si tomo el promedio -estoy siendo conservador, porque, en realidad, según el estudio, el costo para Fonasa es más alto y las isapres paradójicamente lo hacen bajar- de 4,21 UF, versus la prima que Hacienda otorgó al financiamiento, que es 3,87 UF, me da una diferencia de 0,34 UF, la cual si la multiplico por los 13.500.000 beneficiarios que hoy tiene Fonasa, da un déficit de 200 millones de dólares, el que no se está financiando respecto del estudio de costo que hoy estamos haciendo. Es decir, el estudio de costo dice que a Fonasa esto le cuesta una cantidad determinada, que también se está dando una prima determinada y que, por lo tanto, el déficit contable -no sé cuánta plata le está transfiriendo supuestamente con cargo a esta prima la ley de Presupuestos, y eso no lo define ni lo establece esa ley, pero sí podría hacerlo un informe de gestión que perfectamente esta Cámara podría solicitar- en plata chilena son 120.000 millones de pesos.

O sea, ello fácilmente podría reflejar la mitad de lo que hoy podría ser la deuda hospitalaria, o prácticamente el 90 por ciento de la deuda hospitalaria que queda a final de año cuando se pagan todas las diferencias. La implicancia de esto es que la evaluación del AUGE por parte de los ciudadanos, que partió siendo muy buena -con nota 6,0 en una escala de 1,0 a 7,0-, ha ido bajando sistemáticamente e, incluso, en los últimos decretos llegó a tener nota 5,4. En 2005, hubo un pequeño repunte, con una nota 5,5, pero la percepción ciudadana de ese AUGE, en relación con los primeros decretos, se ha ido deteriorando.

Tienen a la vista en estos momentos una explicación muy gráfica. Primero, partimos con los pilotos AUGE, metiéndole más plata al Fonasa. Cuando hicimos el cálculo con los primeros dos decretos, que fueron los más cercanos que teníamos a la prima techo, la deuda hospitalaria llegó a su punto más bajo en toda su historia de seguimiento. Es decir, ello se produjo porque estábamos pagando frecuencia que después no fuimos capaces de justificar si se hizo. Probablemente, hubo un sobrepago de prestaciones que no se hicieron.

En los primeros dos años del gobierno de la Presidenta Bachelet, cuando la ministra de Salud era la doctora Barría, la cifra histórica de la deuda hospitalaria de 2006, de la cual algunos se olvidan, fue de 2.250 millones de pesos.

O sea, el sector público estaba muy bien pagado en la transferencia de su financiamiento. Por lo tanto, no tuvo deuda, pero a partir de que empezamos a implementar con déficit el tema de los AUGE, la deuda se ha proyectado, y hoy ha llegado a cifras que en algunos meses pueden superar los 300.000 millones de pesos y que todos los años terminan en 150.000 millones. Además, hay que agregar las listas de espera no GES, que pasaron a ser un problema, en términos de la opinión pública.

Por otra parte, como lo señaló el diputado Espejo en su intervención, hay que agregar algunos temas relacionados con la fiscalización de listas de espera y reclamos del propio GES, que también son manifestaciones de algunos de los inconvenientes.

En este punto, lo primero que quiero señalar es que hasta 2011, la fiscalización del GES por parte de la superintendencia se hacía en ficha clínica. ¿Por qué? Porque en 2005 descubrimos varios fraudes de los prestadores, que retrasaban el ingreso de ficha clínica al Siges y, por lo tanto, engañaban a la fiscalización de la superintendencia.

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

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

Por lo tanto, creo que sería bueno que la superintendencia volviera a la fiscalización en ficha clínica, porque los informes que hemos tenido a la vista, que ya son preocupantes, siguen siendo sobre el Siges, el cual tiene el problema de que el prestador tiene todo el incentivo, por sus compromisos de gestión sobre listas de espera GES, para retrasar el ingreso del cuadro clínico de diagnóstico cuando tiene la certeza de que lo va a resolver, con el fin de no aparecer incumpliendo los compromisos de gestión.

En el último informe de fiscalización de la superintendencia, al cual tuve acceso, porque me lo envió el propio superintendente, quiero reparar en que solo en junio de este año, por Siges, aparecen 11.745 personas con garantías retrasadas o incumplidas.

También, quiero reparar en el siguiente dato, que también obtuve de la Superintendencia de Salud, que dice relación con todos los reclamos GES por garantías de oportunidad en los 11 años. Tenemos 11.000 garantías retrasadas e incumplidas fiscalizadas por la superintendencia, pero en el caso de Fonasa, en 2016,

solo han reclamado 49 personas de las 11.000 que estarían en condición de reclamar.

Si sumamos todos los reclamos por garantía de oportunidad en el caso de Fonasa, llegamos a 1.239. Es decir, en toda la historia de reclamos por garantías de oportunidad retrasadas e incumplidas del GES, llegamos a poco más del 12 por ciento. Esto quiere decir claramente que tenemos un problema de incentivo, porque la gente de Fonasa lisa y llanamente no reclama, de manera que si esperamos que el reclamo sea la fórmula para exigir el cumplimiento de esa garantía, vamos a llegar tarde en las patologías que, como señaló el diputado Espejo, afectan la vida de las personas.

Cierro mi intervención con algunas recomendaciones. La primera recomendación es implementar la metodología de evaluación del AUGÉ y de todas sus implicancias, la que fue diseñada en 2009 y promulgada en 2010, por el entonces ministro Mañalich, la cual hasta ahora nadie ha tenido el coraje de aplicar.

Segundo, se debe hacer un estudio de costos para recalcular el valor de la prima universal techo; no para las 56 patologías, sino para las 80.

Tercero, se tiene que aprobar una reforma legal que introduzca, retomando el viejo proyecto redactado por Sebastián Pavlovic cuando era fiscal del ministerio, la nueva prima legal, y que la Dipres y el Ministerio de Hacienda otorguen su mayor financiamiento al sector público, porque la prima legal recalculada nos va a otorgar un nuevo techo de financiamiento.

Cuarto, mejorar a continuación el financiamiento y las canastas de prestaciones de las 80 patologías para el próximo decreto de 2019-2022, sobre la base del estudio de costos y de la reforma legal aprobada.

Quinto, a mi juicio, hay que introducir un nuevo mecanismo, porque el Consejo Consultivo ha probado que, a pesar del esfuerzo que hacen sus miembros, la autonomía de sus recomendaciones técnicas no es valorada, por la

decisión política de dos ministerios de Salud que desoyeron la opinión de expertos del Consejo Consultivo, en el sentido de que fue en la dirección de aumentar patologías, en circunstancias de que la recomendación de los expertos era mejorar las canastas de las 56 patologías.

Sexto, dotar de autonomía a la Superintendencia de Salud para que pueda ejercer su rol fiscalizador público-privado, fiscalizando en terreno ficha clínica. Lamento que haya tenido que ser un ciudadano privilegiado para poder obtener información sobre las garantías GES, porque busqué en la página web los informes de fiscalización que obtuve como ciudadano privilegiado, pero no están al acceso de todos los ciudadanos. Por lo tanto, hay que buscar la manera de que los informes de fiscalización se ejerzan con la debida autonomía, para no generar el problema de que el ministro o el gobierno de turno se sientan dañados o acusados por los informes de fiscalización de la Superintendencia de Salud.

Séptimo, cambiar la ley para que Fonasa y las isapres asuman las garantías de oportunidad sin el reclamo de los afiliados. Por los datos que acabo de señalar, es evidente que la ley y los reglamentos obligan a que el afiliado reclame para que pueda exigir el cumplimiento de las garantías, y eso no está ocurriendo.

Octavo, implementar y exigir, con recursos y evaluación, un sistema de registro clínico que permita gestionar y controlar las garantías GES. De lo contrario, no vamos a ser capaces de volver a controlar la situación que se ha producido.

Por último, como un acápite menor, simplificar la regulación del GES en el sector privado, buscando que se haga una activación automática de los prestadores GES-CAEC. No puede ser que, después de 11 años, tengamos una menor tasa de uso en el sector privado, básicamente, porque la gente siempre tiene que activar -así lo hicimos

al comienzo-, por lo que ahora habría que corregir ese problema.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por diez minutos?

Acordado.

Informo a los miembros de la Comisión que nos queda solo la sesión de 8 de agosto. Por consiguiente, van a quedar pendientes muchas cosas y algunos invitados.

Por esa razón, propongo tener una sesión de doble duración el lunes 8 de agosto o, en su defecto, citar a una sesión especial el martes 9 de agosto, en Valparaíso, antes de la sesión de la Comisión de Salud.

El señor **ESPEJO**.- Señora Presidenta, ¿a qué hora es la sesión de la Comisión de Salud?

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta). A las 15.00 horas del martes podríamos partir, y terminamos antes de la sesión.

Creo que, igualmente, nos vamos a quedar cortos. Por lo tanto, el lunes haría una sesión más larga, hasta las 13.00 horas, acá.

El señor **ESPEJO**.- ¿Y cómo vamos a acceder a los invitados?

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Una vez que nosotros acordemos qué podríamos hacer, ...

El señor **TORRES**.- ¿Quién está invitado para la última sesión? ¿La ministra de Salud?

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Quienes están pendientes todavía son la Agrupación o la Corporación de Artritis Reumatoide y, también, los asesores del Consejo Consultivo.

El señor **TORRES**.- Preguntaba si era el Ejecutivo, porque el Ejecutivo puede perfectamente quedar para un martes en Valparaíso en sesión, y los invitados que quedan, más las preguntas que haya que responder, hacerlas el lunes 8, como está planteando. Y, de esa manera, dividirlo en dos sesiones. Es una sugerencia.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- ¿Les parece que para el lunes citemos a dos sesiones: una, para terminar con nuestros invitados, que se ha visto que tienen bastante que aportar y, una segunda, para las personas que son de acá, que son la Corporación de Artritis Reumatoide. ¿Les parece?

A continuación de esta, y la extenderíamos, desde las 10.30 hasta las 13.00 horas.

Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, solamente quiero recordar que está solicitada la venida del Colegio Médico dentro de los invitados. Por lo tanto, estoy completamente de acuerdo en extenderla como usted determine. Y solo quiero informar que en la extensión del lunes no va a poder contar con mi presencia, al menos, en la del 8, por la Comisión Investigadora Santa Marta. Nosotros cerramos la comisión investigadora ese día.

Pero, entiendo, que estamos con los plazos justos. Pero lo que sí le quiero recordar, es la invitación de la Corporación de Artritis Juvenil, pero también la del Colegio Médico.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Okey, volvamos a nuestros invitados.

No los quise interrumpir, a pesar de que los diez minutos pasaron largamente. Pero entendía que estaba aportando significativamente al análisis de la Comisión.

Nos falta la doctora Ximena Aguilera. Van a quedar muchas preguntas pendientes y respuestas, obviamente.

Les pediría si los puedo comprometer para el próximo lunes, a las 10.30 horas.

El señor **INOSTROZA**.- Señora Presidenta, el lunes voy a estar en Lima, en un Congreso de Salud Pública y temas de calidad, invitado por otra universidad. El martes, podría estar.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Propongo que le dejemos planteadas las preguntas al doctor Inostroza, aunque va a ser difícil que podamos

hacerlas en diez minutos. Lo otro sería que lo invitáramos a Valparaíso.

El señor **INOSTROZA**.- El martes podría, pero el lunes no.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Con Secretaría nos vamos a organizar para ver cómo vamos a hacer las citaciones.

Tiene la palabra la doctora señora Ximena Aguilera, por diez minutos.

La señora **AGUILERA** (doña Ximena).- Señora Presidenta, soy médico cirujano, especialista en salud pública, y actualmente dirijo el Centro de Epidemiología y Políticas de Salud de la Universidad de Desarrollo, Facultad de Medicina; además, soy miembro del Consejo Consultivo designada por la Presidenta.

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

Como estipula el párrafo 7º, "Etapas de consulta del Consejo Consultivo" en los artículos 21 y 22 del reglamento, que establece normas para la elaboración y determinación de las garantías explícitas de salud a que se refiere la ley N° 19.966 (decreto N° 121), los Ministerios de Salud y de Hacienda analizarán y considerarán el informe del Consejo Consultivo para la elaboración definitiva del proyecto, que se traduce en un decreto.

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

aprobación. Esto, en relación con lo que planteaba el acta de constitución de la comisión investigadora.

La membresía en el Consejo es por designación o elección de las entidades consideradas en la ley, y es ad-honorem. Es decir, los consejeros no recibimos ningún tipo de retribución por nuestra participación.

Respecto del grado de conocimiento que tenemos sobre la elaboración del decreto GES N° 4, de 2013, puedo informar que mi designación y la de todos los miembros del actual Consejo fueron formalizadas por resolución exenta, de fecha 7 de noviembre de 2014. Es decir, con posterioridad a la promulgación del referido decreto, por lo cual no tengo conocimiento sobre su elaboración.

Respecto de pregunta de la presidenta, sobre la participación en el estudio de verificación de costos que se utilizó para ese decreto, efectivamente colaboré con el señor Bitrán en la revisión de la demanda de aproximadamente 20 problemas de salud, porque él estaba teniendo problemas, toda vez que le rechazaban estudios en la contraparte. Yo no participé en la licitación con el equipo consultor. Él nos pidió, posteriormente, cuando ya estaba en ejecución, que lo apoyáramos en revisar las estimaciones de demanda que tenía su equipo de estimación de demanda y corregimos varias de esas; muchas en realidad. Me mando alrededor de 20 problemas o quizás más, para ver las estimaciones que estaban hechas y si se consideraban los últimos antecedentes que había y la encuesta nacional de salud más reciente, etcétera, pero no me consta que las correcciones que nosotros hicimos se hayan utilizado finalmente en el estudio.

Es decir, participamos en una revisión. Participé en una revisión de demandas bien puntual de algunos de los problemas de salud. Entonces, no participé en el estudio completo, ni era parte del equipo consultor completo del estudio, ni tampoco sé cómo se tradujo eso en el decreto. En realidad, tampoco tengo conocimiento de esa parte.

Respecto del grado de conocimiento sobre la elaboración del decreto de 2016, podemos informar que en la segunda sesión del actual Consejo, que fue en marzo del 2015, en la sesión 61, la doctora Tohá, que a la fecha ejercía como secretaria ejecutiva, nos informó del proceso de elaboración del nuevo decreto que estaba iniciando el Ministerio y que debía ser promulgado en enero de 2016, para lo cual el Ministerio no tenía contemplado incorporar nuevos problemas, ni tampoco había presupuesto para encargar estudios diferentes del estudio de verificación de costos que, según la ley, es obligatorio para cada nuevo decreto.

La propuesta del Ministerio a esa fecha, en esa reunión, consistía en corregir problemas que el Ministerio había detectado en el decreto anterior, referente a inconsistencia entre garantías, como la garantía financiera de la enfermedad bipolar, otorgar garantía de oportunidad a la reconstrucción mamaria, que tampoco existía; incorporar algunas prestaciones de problemas bajo garantías y algunos cambios derivados de las evidencias de los cambios de las guías de práctica clínica.

Sin embargo, en la reunión posterior, el 17 de abril de 2015, que es la sesión 62, se nos informó que dentro del Ministerio de Salud y, posteriormente, en el Ministerio de Hacienda, se había recortado gran parte de la propuesta de expansión solicitada por la Secretaría Técnica del GES en la elaboración del Presupuesto 2016. Por ello, no habría espacio presupuestario para incorporar en la propuesta de garantía lo que originalmente habían planeado e informado en la fecha precedente y tampoco había presupuesto para que nosotros encargáramos nuevos estudios. O sea, no iba a haber un ejercicio propiamente tal de priorización; no había problemas nuevos; no había expansión presupuestaria para lo que ellos pensaban incorporar. Y eso llevó a que se acotara bastante el rol del Consejo.

Respecto de los estudios, para el caso particular del decreto 2016, solo se tuvo a la vista el estudio de verificación de costos para el conjunto priorizado de garantías explícitas de salud, estudio que fue ejecutado por la Facultad de Economía de la Universidad de Chile. Este estudio fue adjudicado por medio de licitación, tal como lo establece la ley, y permite evaluar que la propuesta de garantía elaborada por el Ministerio de Salud no difiera significativamente del marco presupuestario que fija Hacienda, a través de la prima universal.

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

En la fecha en que se conformó este Consejo, el estudio ya estaba licitado y adjudicado.

Según lo que se nos informó, la propuesta de garantías sometida por el Ministerio a la verificación del costo esperado por beneficiario, incluyó los ochenta problemas actualmente cubiertos en el Auge, con correcciones de canastas por ciertas omisiones detectadas en el decreto 2013 en dieciséis problemas de salud, e incluyó el costeo de dos nuevos problemas de salud: depresión en adolescentes de 10 a 14 años, y glaucoma, además del examen de medicina preventiva.

Como mencionó el doctor Inostroza en su intervención, el estudio no incorporó las ideas originales de expansión que ellos habían tenido y que, a posteriori, el Ministerio de Hacienda aprobó, que son esos 10 mil millones que no se están utilizando.

Entonces, las otras propuestas de mejoría que el Ministerio tenía originalmente previsto incorporar, y que no fueron informadas en marzo de 2015, quedaron fuera del estudio.

Los resultados preliminares de los estudios de verificación de costos fueron presentados el 18 de diciembre de 2015, en la sesión 66 del Consejo, previo a la audiencia pública a los aseguradores, a la que está obligada por la ley, y que estaba programada para el 28 de diciembre, Día de los Inocentes.

En esa oportunidad, el subsecretario nos informaba por primera vez que el Ministerio de Hacienda había autorizado estos 6 mil millones para correcciones o mejoras del GES y los 10 mil millones extraordinarios, que iban a ser incorporados como piloto GES.

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

En la sesión N° 67, del 14 de enero, el subsecretario presentó la propuesta de garantías al consejo, que incluyó la mejoría a las canastas de los siguientes problemas, que finalmente se incorporaron en el decreto, y que dan cuenta de los 6.000 millones de pesos que autorizó el Ministerio de Hacienda en: enfermedad renal crónica; cuidados paliativos del dolor; VIH; cáncer gástrico, cáncer de próstata, cáncer de colon y cánceres infantiles; hipoacusia prematura y del menor de 4 años; trastorno bipolar, artritis idiopática juvenil; EPOC; artritis reumatoidea; asma del adulto; artrosis de rodilla o cadera. Esta propuesta de garantías fue aprobada por el Consejo en la sesión N° 68, del 22 de enero, fecha en la que ya existía el informe definitivo del estudio de verificación de costos, que había sido aprobado por las respectivas contrapartes. Cabe mencionar que el estudio tampoco fue aprobado por el Consejo Consultivo, sino que lo fue por el Ministerio y por la contraparte que este convoca, que normalmente incorpora a personas de la Superintendencia de Salud y a personal del

Ministerio de Hacienda, toda vez que el objetivo de ese estudio era garantizar que el Ministerio de Salud "no pasara gato por liebre" al Ministerio de Hacienda y propusiera garantías que excedían el marco presupuestario. Ese fue el objetivo del estudio de verificación de costos. Esa es su importancia y por algo está en la ley.

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

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

En respuesta a nuestra solicitud, recibimos de parte del Ministerio de Salud una minuta explicativa de los errores en el decreto, acompañada de una presentación en *power point*, que es la información oficial que ha recibido el Consejo. Entiendo que es la misma información que a ustedes les hicieron llegar. O sea, no tenemos evidencia de dónde se produjo el error en las canastas, solo sabemos lo mismo que se nos informó en la reunión, que hubo cambios en los métodos de cálculo del arancel y en la periodicidad de las prestaciones, las que no fueron reflejadas en el decreto. Esa es la información oficial que tenemos.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (Presidenta).- Resulta difícil formular preguntas, pero aun cuando la doctora Aguilera ha dejado bien claro en qué tiene y en qué no tiene competencia o respecto de qué temas ha tomado directamente conocimiento, creo que su opinión de experta es valiosa. Por lo tanto, la dejo invitada para la

próxima sesión, que se celebrará el lunes 8 del presente, para que nos dé una visión desde afuera, no como miembro del Consejo Consultivo ni desde el rol que tenía en 2012.

Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidenta, habíamos solicitado que vinieran las personas que realizaron los dos estudios de verificación de costos. Dada la intervención de la doctora Aguilera, creo que resulta más relevante que vengan.

La señora **Hernando**, doña Marcela (Presidenta).- Según la información que recibimos de la Biblioteca, uno de esas personas es de la consultora de Ricardo Bitrán y, la otra, de la Universidad de Chile.

Esas personas serán convocadas a participar de la sesión del martes, en Valparaíso.

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

-Se levantó la sesión a las 12.20 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Jefe Taquígrafos Comisiones.