

## Ley Corta de Isapres. Ideas fuerza.

- **Todos tuvimos que ceder en la tramitación de la ley corta de isapres.**

Fue necesario hacer prevalecer la responsabilidad de legislar siendo conscientes que no estamos totalmente de acuerdo, pero que era necesario legislar para evitar consecuencias en las personas, en los pacientes y en los tratamientos que actualmente. Si las isapres quebraban por no legislar no había forma de perseguir la deuda a los afiliados.
- **La Corte Suprema se extralimitó.**

En un fallo cuyo mérito y análisis tendremos que estudiar con el tiempo, la Corte Suprema dispuso extender los efectos de su fallo sobre la aplicación de la Tabla Única de Factores no solo a aquellos afiliados que recurrieron a la justicia, sino que a todos los afiliados al sistema privado de salud, poniéndose en riesgo el equilibrios del sistema que ya se encontraba en una situación poco aventajada.
- **Hablar de perdonazo es una caricatura.**

Decir que la ley es un perdonazo o salvataje es una caricatura que no tiene relación con la realidad. Resguardar el equilibrio del sistema no es solo asegurarle la atención de salud a 3 millones de personas de manera directa, sino que también mantener las prestaciones de salud de los 6 millones de afiliados a Fonasa, que se hubiesen visto afectado por un eventual colapso. No estamos defendiendo intereses económicos de algunos, estamos defendiendo la salud de las personas. El proyecto de ley permite mantener el equilibrio del sistema y que se cumpla a cabalidad el fallo.
- **Hay una izquierda radical que insiste en quebrar el sistema.** Lamentablemente, y a pesar de todo lo que ya se ha discutido, vemos que hay sectores políticos que por meros intereses ideológicos, insisten en que lo mejor es hacer colapsar el sistema, a pesar de las consecuencias que eso podría significar, y a pesar que les hemos dicho en todos los tonos que:
  - 300.000 pacientes crónicos que se atienden en Isapre no tendrían cobertura en otra isapre debido a las preexistencias, que también hemos dicho que se requiere modificar a través de una reforma.
  - Habrían aumentando las listas de espera en donde solo en 2022 murieron 44 mil personas esperando una atención de salud.
  - La red privada de salud que se encuentra en una crisis producto de la lentitud en el pago de Fonasa y las Isapres, simplemente habrían colapsado si uno de sus deudores se declara en insolvencia.
- **Queda aún temas pendientes que procuraremos resolver en el corto plazo como el plan garantizado universal, el fin de las preexistencias y el seguro catastrófico.**

Nuestra voluntad está en avanzar hacia un modelo de seguro privado bajo la lógica de seguridad social en salud. De ahí nace el proyecto de ley de seguro catastrófico, plan garantizado de salud universal que comprendía el término de preexistencias y la libre modalidad de los afiliados.

La ley recién aprobada establece un plazo hasta octubre para empezar a legislar la ley "larga" de salud, sin embargo, es necesario empezar a crear las instancias desde ya para poder avanzar de manera concreta en la legislación. En tal sentido, la Comisión de Salud del Senado está dispuesta a dar esta discusión, más aún teniendo presente que hay trabajo avanzado con el proyecto de ley que Crea el Plan Garantizado Universal.

### Ideas fuerza Proyecto de infraestructura crítica.

- Es importante partir por destacar lo positivo. Estamos legislando, aunque sea tarde, una materia que insistentemente solicitamos como oposición desde que se aprobó la reforma constitucional que establece la facultad del Presidente de la República de resguardar infraestructura crítica por las Fuerzas Armadas sin necesidad de acudir al estado de excepción.
- Hay que destacar el trabajo de las Fuerzas Armadas y la disposición a realizar labores que no necesariamente son su misión, particularmente en lo referente al resguardo del orden público durante los estados de excepción en la macrozona sur.
- Para nadie es un misterio que Chile atraviesa por una crisis de seguridad y que en el pasado el Estado ha sido sobrepasado por no contar con las herramientas necesarias para perseguir y repeler el crimen.
- Proyectos de ley que hemos tramitado en este periodo, muchas veces con la oposición del Gobierno y del oficialismo, como la ley Nain – Retamal, la ley de Usurpaciones, el Ministerio de Seguridad y el proyecto de infraestructura crítica sin duda constituyen herramientas para que el Estado responda a los desafíos que implica la persecución del delito en la actualidad.
- La agenda de seguridad en la cual se enmarca el proyecto de infraestructura crítica constituye un hito que es necesario replicar de manera constante. Ni el Gobierno ni el Congreso por si solos son capaces de solucionar los problemas. Se requiere colaboración.
- Existían falencias en un principio que no vamos a desconocer producto de la falta de trabajo prelegislativo al interior del propio Ejecutivo que imposibilitó la fluidez del trabajo de la Comisión de defensa, sin embargo, se destaca posteriormente el trabajo que se ha hecho entre los asesores y que buscan consensuar el contenido del proyecto de ley.
- Nos ponemos a disposición de ahora en adelante para trabajar con urgencia en la Comisión de Defensa para que lo antes posible el proyecto pueda avanzar a la Cámara de Diputados y se transforme en ley lo antes posible. La seguridad de los chilenos no puede esperar y las herramientas que necesitamos en la materia aún son muchas.



## Ideas fuerza Listas de espera.

Las listas de espera son un flagelo y dolor constante en el sistema de salud y un problema aún sin solución.

Las cifras claves al respecto son:

- Las listas de espera no GES ascienden a 2,7 millones, de las cuales, un 10% corresponde a cirugías y el 90% restante a nueva especialidad.
- Las patologías GES, las garantías retrasadas a diciembre de 2023 son cerca de 4,5 millones consultas de nueva especialidad
- En cuanto a los tiempos de espera, las intervenciones quirúrgicas que no son parte del GES llega a los quince meses, en las consultas de especialidad bordea el año y en las enfermedades que son parte del GES -cuya oportunidad se supone está garantizada por ley- supera los cuatro meses.
- Respecto a las personas fallecidas estando en listas de espera. El año 2023 el número de personas fallecidas que esperaban por atención de enfermedades que no son parte del GES fue de 31.772. Esta cifra representa una reducción respecto a los años previos, pero el número total de muertes en lista de espera durante 2023 aún no se conoce porque falta el reporte de los fallecidos en listas de espera GES



### Situación del Sotero del Rio.

A propósito de reportaje efectuado por Canal 13, se detectó la eliminación de más de 320.000 interconsultas correspondientes a atenciones GES y no GES en el Hospital Sotero del Rio y que afectaría a más de 20.000 pacientes de acuerdo a lo que ha informado Minsal. Cabe hacer presente que son 320.000 interconsultas, no pacientes, ya que un paciente podría tener más de una interconsulta. Minsal informó que serían alrededor de 20.000 pacientes

De acuerdo con la información recabada, se advirtió que tan solo en un día, el 7 de junio de 2023, se eliminaron del sistema 250.000 interconsultas.

El Servicio Metropolitano Sur Oriente realizó una Auditoría, en donde en su informe final sostiene que la eliminación de 250.000 interconsultas en un solo día fue un error humano.

Por otra parte, de un análisis de 200 casos de pacientes, 2 pacientes borrados de la lista habían fallecido.

En paralelo, el Ministerio Público abrió una investigación de oficio por el posible tráfico de influencias que podría haber existido.

### **Capacidad y uso de los pabellones.**

Solo entre 2017 y 2019, se usó la mitad (52%) de las horas de pabellones de cirugía mayor en Chile, cifra que además después de la pandemia se redujo. Dicho de otro modo, si se usara la totalidad de la capacidad instalada, se duplicarían las cirugías, pasando de 500.000 a 1 millón, lo cual cubriría el total de las cirugías en lista de espera que llega a poco menos de 300.000.

En tal sentido, conviene estudiar las causales de dicha capacidad ociosa que existe.

- Falta de equipamiento, de personal o de ambas.  
Un estudio de IPSUSS analiza que bajo esta causal se dejan de hacer 150 mil cirugías al año por una pérdida del 14% de la capacidad de pabellón.
- Se programa un uso menor al 100% de las horas que tampoco se cumple.  
Incluso en el caso en que se cumpliera el 100% de las cirugías programadas, cosa que tampoco ocurre, no se ocuparía la totalidad de la capacidad de pabellón porque se programan menos cirugías de la que la capacidad de infraestructura tiene.
- Las suspensiones de cirugías son evitables.  
Se calcula que el 90% de las causales de suspensión de cirugías son evitables.

### **Comentarios.**

1. Parece insostenible dada las cifras, que el Gobierno priorice modificación al reglamento sobre objeción de conciencia para "priorizar" a médicos no objetores que estar preocupados de una gestión que se haga cargo de los aspectos críticos actuales del sistema de salud. La prioridad finalmente es simplemente entorpecer la gestión de un sistema que ya no funciona adecuadamente.
2. La solución mágica no existe pero enfocarse en los aspectos críticos si es relevante. Un primer foco en tal sentido apunta precisamente a desplegar el total de la capacidad de pabellón. Si se lograra usar el 80% de la capacidad de pabellón las listas de espera de cirugía llegarían a 0.
3. La salud, particularmente la salud, responde a una política pública de gestión. Tenemos que hacernos cargo de que más allá de nuestras ideas o pensamientos y las cosas del sistema que a lo mejor no nos gusten (en el caso de la izquierda el sistema de salud privado), tenemos que priorizar lo que es realmente útil para la población y de qué forma los pacientes reciben un mejor servicio de salud por parte del Estado.



## Ideas fuerza Ley de Reglas del Uso de Fuerza.

- Nuestros Carabineros, PDI y Fuerzas Armadas necesitan SEGURIDAD JURÍDICA y una de las grandes razones por las que lamentablemente hemos visto que constantemente se les juzga de manera injusta es por la falta de reglas claras, objetivas y justas en el ejercicio de la fuerza.
- Los Carabineros, PDI y FF.AA no pertenecen a Tribunales y claramente tenemos un problema si constantemente vemos que se les juzga igual que a los delincuentes a quienes están llamados a perseguir.
- El contexto de inseguridad que atraviesa Chile no permite ambigüedades en materia de seguridad. O estamos del lado de quienes nos cuidan o de los delincuentes. Si vamos a legislar sobre las reglas del uso de la fuerza es precisamente para ponernos del lado de nuestras policías, y bajo ese espíritu también vamos a legislar en la Comisión en particular este proyecto de ley.
- Legislar las reglas del uso de la fuerza tiene dos objetivos. Por una parte, garantizar a nuestros Carabineros, PDI y FF.AA que existe un estatuto claro y objetivo para ejercer el monopolio de la fuerza, y por otra parte, evitar el ejercicio arbitrario de la fuerza.
- Es importante destacar que este proyecto de ley es un complemento a la Ley Nain – Retamal que logramos aprobar el año pasado y que protege a nuestras policías en el resguardo del orden público. Tengan claro que siempre vamos a estar del lado de los Carabineros y que si queremos enfrentar la delincuencia y el crimen organizado con decisión, es necesario dotarlos de las atribuciones y la seguridad jurídica necesaria para ejercer sus atribuciones.

## **Ideas fuerza Consejo Consultivo.**

- **Todos tuvimos que ceder en la tramitación de la ley corta de isapres.**  
Fue necesario hacer prevalecer la responsabilidad de legislar siendo conscientes que no estamos totalmente de acuerdo, pero que era necesario legislar para evitar consecuencias en las personas, en los pacientes y en los tratamientos que actualmente. Si las isapres quebraban por no legislar no había forma de perseguir la deuda a los afiliados. Todos necesitábamos garantías y este consejo y sus integrantes cumplen precisamente ese rol.
- **Hablar de perdonazo es una caricatura.**  
Decir que la ley es un perdonazo o salvataje es una caricatura que no tiene relación con la realidad. Resguardar el equilibrio del sistema no es solo asegurarle la atención de salud a 3 millones de personas de manera directa, sino que también mantener las prestaciones de salud de los 6 millones de afiliados a Fonasa, que se hubiesen visto afectado por un eventual colapso. No estamos defendiendo intereses económicos de algunos, estamos defendiendo la salud de las personas. El proyecto de ley permite mantener el equilibrio del sistema y que se cumpla a cabalidad el fallo.
- **Los consejeros son personas serias que dan garantías.**  
Los consejeros nos parecen personas que cumplen de manera cabal el conocimiento técnico para cumplir con el rol que se les encomienda y cuando ya hemos hecho este esfuerzo, tanto desde el Congreso como del Ejecutivo, esperamos tanto de la Superintendencia como del Ministerio de Salud la mayor colaboración para que el consejo cumple su cometido.
- **Queda aún temas pendientes que procuraremos resolver en el corto plazo como el plan garantizado universal, el fin de las preexistencias y el seguro catastrófico.**  
Nuestra voluntad está en avanzar hacia un modelo de seguro privado bajo la lógica de seguridad social en salud. De ahí nace el proyecto de ley de seguro catastrófico, plan garantizado de salud universal que comprendía el término de preexistencias y la libre modalidad de los afiliados.  
La ley recién aprobada establece un plazo hasta octubre para empezar a legislar la ley "larga" de salud, sin embargo, es necesario empezar a crear las instancias desde ya para poder avanzar de manera concreta en la legislación. En tal sentido, la Comisión de Salud del Senado está dispuesta a dar esta discusión, más aún teniendo presente que hay trabajo avanzado con el proyecto de ley que Crea el Plan Garantizado Universal

COMISIÓN	MATERIA
Salud	<b>1.- Mesa asesora por reforma a la salud.</b> <b>2.- Proyecto de verificación de precios</b> <b>3.- Proyecto establecimientos asistenciales – docentes.</b>

**Puntos varios.**

Propuesta de oficio.

Solicitar al Ministerio de Salud las consideraciones sanitarias y jurídicas sobre el nuevo tratamiento de las personas con El Síndrome Hemolítico Urémico atípico (SHU) y Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN) con **Ravulizumab**.

El SHU y el HPN son enfermedades ultra raras, progresivas y eventualmente mortales que han tenido tratamiento a través de la judicialización de los pacientes.

Actualmente estas patologías son tratadas mediante el medicamento **eculizumab**. El mismo laboratorio que trae del tratamiento que financia el Ministerio de Salud a través de la judicialización (AstraZeneca), dispone de un tratamiento que es más efectivo, más barato y con mejor calidad de vida para el paciente que es el **Ravulizumab**.

Por lo tanto, solicitar que se informen las consideraciones sanitarias y jurídicas sobre el cambio de dicho tratamiento.

**1.- Mesa asesora por reforma a la salud.**

Antecedentes.

1.- En el contexto de la tramitación de la ley corta de Isapres se acordó la tramitación de la ley "larga" de Isapres, e incluso se establecieron plazos. Se acordó hasta el 1° de octubre para la presentación de una propuesta por parte del Ejecutivo.

2.- Es necesario aclarar en primer lugar que el plazo **es un plazo máximo**. Nada obsta a que se empiece a discutir previamente. Por lo demás, si tal como se ha dicho la intención del Ejecutivo es contar con una Ley durante este periodo legislativo, entonces los tiempos escasean.

3.- El objetivo de citar como punto de la tabla radica en que la idea es que se converse y que **cada Senador de la Comisión tenga su espacio de injerencia en la materia** y en la forma en cómo quiere que se lleve adelante el trabajo de la mesa.



4.- Siempre se ha sostenido por parte del Ejecutivo la presentación de un proyecto de ley, sin embargo es necesario hacer presente que aún se encuentra en la Comisión de Salud, en Segundo Trámite Constitucional, el **proyecto de ley de Plan Garantizado Universal** que presentó el Gobierno del Presidente Piñera en su primer periodo. Por lo tanto, lo lógico sería que se trabajaran indicaciones sobre ese proyecto y no se presente un nuevo proyecto de ley.

5.- Existen particularmente ciertos **aspectos que se consideran críticos** que deben ser abordados en el más breve plazo, sea a través de una reforma integral o sobre puntos específicos, como lo son:

- Fin de las preexistencias.
- Un plan garantizado universal.
- Seguro catastrófico (en caso que aún no haya sido despachado el proyecto).

#### Propuestas de funcionamiento.

1.- Creación de una **secretaría técnica** encargada de las actas, los acuerdos, las citaciones, etc.

2.- Fijar, mediante acuerdo, el **objeto de la comisión asesora** que se encomienda. Muchos problemas que tienen en general las mesas de trabajo radican en que el mandato no está bien definido. Resulta esencial que en la propia Comisión se acuerde (ojalá por unanimidad de los Senadores) el objeto de la Comisión. Es necesario tener presente que el artículo décimo transitorio de la ley corta de Isapres establece al respecto:

“Artículo décimo.- Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1 de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a **eliminar las preexistencias** de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud; así como a **eliminar las discriminaciones por edad y sexo, y los mecanismos que permitan su viabilidad, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud”.**

\*Una propuesta sobre dicho aspecto:

“Propuestas para la reforma a la salud”



3.- Acordar **sesiones periódicas** (se propone una vez al mes), para que los representantes de la mesa informen y comenten a la Comisión los avances y metas de la Mesa.

4.- Acordar solicitar a la Presidencia del Senado **disponer de un espacio físico** para que la Mesa se pueda reunir. (Idealmente el Ex Congreso).

5.- **El funcionamiento** específico de la mesa se entiende encomendada y acordada entre los propios miembros de dicha Mesa, fijándose como únicas reglas que:

- La propia Mesa acuerde por la unanimidad un Presidente.
- El resto de los acuerdos se tome por mayoría (entendiéndose que la mesa es ecuaníme).
- El trabajo final de la Comisión se materializará a través de un informe que se entregue.

**Lograr un acuerdo en una materia tan relevante y a esta altura del periodo es sin duda un desafío ambicioso, sin embargo, parece necesario hacer el esfuerzo teniendo en cuenta lo que estuvo en riesgo durante el mes de mayo con la ley corta de Isapres. Los problemas de la salud no se han solucionado por el acuerdo en dicho proyecto de ley y existen materias aún pendientes. Si una lección debe dejar lo ocurrido a propósito de la ley corta es que no se puede eludir la responsabilidad de legislar en materias que son tan críticas. La salud es una materia que requiere modificaciones hace tiempo no para obtener triunfos ideológicos, sino que para garantizar un servicio básico a las personas.**

## **2.- Proyecto de verificación de precios.**

Proyecto de ley que se encuentra en Segundo Trámite. Fue aprobado por unanimidad en la Cámara de Diputados. Moción del Diputado Lagomarsino

El proyecto de ley cuenta con el apoyo transversal de los miembros de la Comisión, sin embargo, se dejó en suspenso mientras se tramitaba la ley corta de Isapres en caso de que las materias que aborda se incorporaran en dicho proyecto de ley.

En términos generales, el proyecto de ley propone un nuevo procedimiento relativo a las consideraciones que actualmente las Isapres deben informar a la Superintendencia para ajustar sus planes de salud.

Se consideran materias de iniciativa exclusiva del Presidente por tratar materias de seguridad social. El Ejecutivo se encuentra tramitando las indicaciones para patrocinar el contenido de la iniciativa.

### **3.- Proyecto de ley sobre establecimientos asistenciales – docentes.**

Este proyecto de ley se tramitó largamente durante el año pasado y el Gobierno presentó una indicación que se estaba votando hasta enero en la Comisión de Salud.

Desde esa fecha dado el cambio de presidencia y de la contingencia el proyecto de ley no había vuelto a ser visto por la Comisión, por lo que una primera observación que cabría hacer es retomar el estado de avance del proyecto de ley.

Existen reparos de fondo con las indicaciones y el proyecto de ley propiamente tal:

1. Proyecto **rigidiza y centraliza** la relación entre las universidades y los campos clínicos. La retribución y el acuerdo deben quedar a criterio del centro asistencial en forma pública y transparente dentro de un convenio, y según sus necesidades y prioridades específicas.
2. Se pretende crear un **órgano centralizado de asignación de los campos clínicos**, impidiendo una relación directa y fluida entre el campo clínico y la institución de educación superior.
3. El elemento más grave se encuentra en el artículo 8. Se establece un **privilegio en la asignación para el sector público** y otros criterios de prelación, que no se basa en el mejor interés de los pacientes o estudiantes, sino en el interés de las instituciones de educación estatales que esperan verse beneficiados con la nueva legislación.



COMISIÓN	MATERIA
Salud	1.- Proyecto de ley sobre Enfermedades Raras Poco Frecuentes.

Cabe señalar en primer lugar, que las indicaciones no incorporan mayor presupuesto para la implementación de esta ley, ni tampoco modificaciones a la ley Ricarte Soto. Dicho de otro modo, si este proyecto de ley fuese ley en los términos propuestos, el caso de Tomas estaría exactamente en las mismas condiciones.

En cuanto al contenido propiamente tal, las indicaciones se pueden describir en el siguiente sentido:

- A. Calificación de enfermedad rara poco frecuente. Se define como aquella con prevalencia menor a 1 por cada 2.000 habitantes.
- B. Se precisan los principios de la ley señalándose por ejemplo la protección de datos, la participación de la sociedad civil y la humanización en el trato
- C. Comisión asesora del ministerio de salud. Se crea una comisión asesora sin precisar mayormente su función ni su organización.
- D. Listado de enfermedades raras. Se establece la obligación de dictar cada tres años el listado de enfermedades raras.
- E. Finalmente, se crea un registro de pacientes. Con fines estadísticos y para acompañar y asesorar al paciente en las prestaciones de salud en términos generales. No se establece ninguna prestación extra al paciente.

Resulta cuestionable la necesidad del registro. Lo anterior, teniendo presente que solo se establece con fines estadísticos y de acompañamiento general al paciente, pero sin prestaciones adicionales. No existe ningún incentivo para el paciente de pertenecer a éste.

Las indicaciones parecen ser más la necesidad de cumplir con el compromiso de avanzar en esta iniciativa más que una solución eficaz. Cuesta imaginar en tal sentido si las indicaciones hubiesen sido presentadas de no haber ocurrido la situación del niño Tomas.

Se recomienda que la comisión no despache ni inicie la votación de las indicaciones a fin que se puedan estudiar más en profundidad posibles alternativas

COMISIÓN	MATERIA
Salud	<p><b>1.- Proyectos sobre infertilidad.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proyecto de ley que modifica el Código Sanitario, para incorporar entre los servicios de los profesionales que señala, la adopción de acciones para prevenir la infertilidad.</li> <li>- Proyecto de ley que modifica la ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, para promover la información y educación sobre la infertilidad.</li> </ul> <p>2. Nombramiento del <b>Consejo Consultivo.</b></p> <p>3.- <b>Estudio del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica</b> sobre registro electrónico nacional de prescripción de estupefacientes y psicotrópicos: mirada a posibles ventajas y dificultades de implementación.</p>

### 1.- Proyectos relativos a la infertilidad.

En el contexto del mes de la infertilidad y de dos mociones parlamentarias que patrocinamos como proyectos de ley y que promovió activamente la Senadora Paulina Núñez, se citan estos dos proyectos de ley que proponen lo siguiente:

- Para incorporar dentro de la competencia de la actividad de las matronas la fertilidad e infertilidad. Por otra parte, para incluir dentro del reglamento que permite prescribir medicamentos, aquellos relacionados a la infertilidad y exámenes preventivos de infertilidad.
- Otra moción con el objeto de incorporar dentro de las materias de la ley 20.418, sobre educación de la fertilidad, la infertilidad, prevención de ésta y sus consecuencias.

La infertilidad afecta aproximadamente al 15% de los chilenos. Las causas pueden radicar en el hombre (30%), en la mujer (30%) o en ambos e incluso, en algunos casos, la causa puede llegar a ser inexplicable.

Dentro de las principales causas que afectan a **las mujeres**, se sostiene que n 80% de los casos se debe principalmente a:

- Edad avanzada: a partir de los 35 años el potencial reproductivo disminuye y después de los 40 años, la posibilidad de embarazo es menor del 10%.



- Factor tubo-peritoneal: cuando las trompas de Falopio se encuentran con algún tipo de lesión.
- Endometriosis: cuando el tejido uterino se encuentra fuera del útero.
- Otros factores de riesgo: miomas; enfermedades de transmisión sexual; enfermedades crónicas, como diabetes, cáncer, enfermedad de tiroides, asma o depresión. Toma de medicación como antidepresivos

En cuanto al varón, las principales causas de **infertilidad masculina** son:

- Alteraciones del tracto genital que imposibilita depositar el semen en el fondo de la vagina durante el coito.
- Problemas de erección.
- Alteraciones en la producción del semen (disminución de la calidad y la cantidad del semen).
- Situación anómala del meato urinario, curvaturas muy pronunciadas del pene o una gran disminución del mismo.
- Obesidad extrema

## **2.- Nombramiento consejo consultivo de la ley corta de isapres.**

Objeto del Consejo. Asesorar a la Superintendencia de Salud en el proceso de presentación, evaluación y aprobación de los planes de pago y ajustes de las ISAPRE, por restitución de cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por dichas instituciones distintas a la Tabla Única de Factores de la Superintendencia de Salud. Es de carácter consultivo.

Composición: Cinco miembros de vasta experiencia profesional o académica en materia de salud pública, economía de la salud o derecho sanitario.

Duración: No se establece duración específica, sino que solo mientras dure su cometido de apoyar a la Superintendencia en la aprobación de los planes de pago de las isapres.

Remuneración: 15 UF por cada sesión a la que asistan con un máximo de 60 UF por cada mes, la cual es compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.

Incompatibilidades: En general, toda autoridad electa democráticamente, Ministros, Subsecretarios, funcionarios del Poder Judicial, Ministerio Público, Banco Central, Fuerzas Armadas y de Orden y directivas de partidos políticos.

Inhabilidades: Prestar asesoría a las Instituciones de Salud Previsional. Quienes tengan conflicto de interés. Se entiende por conflicto de interés:

1. Haber prestado servicio los últimos 5 años como directores, gerentes, administradores, ejecutivos principales de una Institución de Salud Previsional o de un Prestador Institucional de Salud
2. Haber prestado servicio los últimos 2 años de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del vínculo a una Institución de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud.

3. Tener interés económico personal, el cónyuge, su conviviente civil, hijos o parientes hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, en la que tenga el 10% o más de la participación.
4. Participar directa o indirectamente en un prestador de institucional de salud.

\*Dichas inhabilidades se mantienen por 6 meses una vez que han cesado en el cargo los consejeros.

### **3.- Estudio del Centro de Políticas Públicas de la UC sobre registro electrónico de fármacos.**

El objetivo del estudio es proponer las bases para el desarrollo de una política nacional de registro y control de estupefacientes y psicotrópicos, para contar con vigilancia farmacológica efectiva, una gobernanza sólida y un enfoque multidimensional para abordar estos problemas. Para ello, se realizaron análisis de documentos, revisión internacional de 7 países que han implementado sistemas de prescripción electrónica y entrevistas semiestructuradas con actores relevantes en la materia.

El estudio identifica desafíos cruciales para implementar un programa de monitoreo continuo de estupefacientes y psicotrópicos, así como un sistema de prescripción electrónica de dichos medicamentos. Estudios han demostrado que estos programas han sido asociados a una reducción en la prescripción, venta y compras médicas de opioides, muertes y hospitalizaciones asociadas al uso de opioides sintéticos, reducción de las visitas a urgencias y disminución de los costos de hospitalizaciones asociadas a opioides.

En el **análisis comparado**, los sistemas electrónicos de prescripción han sido vinculados con mejoras en la calidad del cuidado, la reducción de errores en las prescripciones, la disminución de prescripciones potencialmente inadecuadas y la emisión de recetas más legibles, comprensibles y exhaustivas. Además, hay elementos que sugieren una conexión entre el uso de la prescripción electrónica y la reducción de gastos, debido a una mayor adherencia a los medicamentos, la disminución de efectos adversos, la menor necesidad de consultas en atención primaria y servicios de emergencia, así como la reducción de los costos relacionados con medicamentos de alto valor.



COMISIÓN	MATERIA
Salud	1.- Considerar la situación epidemiológica, las tasas de vacunación de influenza, el impacto que ha tenido la sobre demanda y el quiebre de stock de vacunas.

### Contexto.

A propósito de la muerte de 201 personas, y las dudas que se han generado relativos a la gestión del Gobierno sobre la campaña de invierno, particularmente en lo que se refiere al plan de vacunación 2024, resulta pertinente hacer frente a dos aspectos: en primer lugar, las cifras ciertas de vacunación y efectivamente cuál es la situación actual y por otra parte, las críticas a una posible falta de stock de vacunas.

### Comparación de cifras.

- A la fecha (3 de junio de 2024), de acuerdo a los datos del DEIS, Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, el avance de vacunación alcanza un 72.9%, sin embargo, hace una semana (27 de mayo) era de apenas 64.7%.
- El año 2023 el plan de vacunación alcanzó un 81.4%; el 2022 un 91.4%; el 2021 un 75.9% (año de covid en donde se aplicaron 40 millones de dosis); el 2020 un 98.7%; 2019 un 88.98%; el 2018 un 86.2%; el 2017 un 81.3%. Es decir, el peor porcentaje de los últimos 7 años. Por lo mismo, cuesta entender qué tuvo a la vista la Ministra Vallejo cuando sostuvo que esta era *“una de las mejores vacunaciones”*.
- La campaña partió recién el 13 de marzo, a pesar de que todo indicaba que este año sería crítico. Solo por mencionar un ejemplo, el año 2020 se adelantó al 1 de marzo y se alcanzó una cobertura de 98.7%.
- Preocupan particularmente dos grupos de riesgo. En primer lugar, las mujeres embarazadas alcanzan apenas un 44% de vacunación, mientras que niños de 6 meses a 5 años apenas el 63.86%.
- Por otra parte, el grupo más afectado, los mayores de 60 años, que son el 86% de las personas muertas este año, apenas llegan a un 57.76%.
- Han muerto 201 personas, cifra que ya supera a las 171 personas que murieron en todo 2023 y prácticamente dobla a las 98 personas muertas en 2022. El problema además, radica en que AUN NO COMIENZA EL INVIERNO.

## Stock de vacunas.

- Se compraron 7.7 millones de dosis a pesar que la población objetivo de vacunación alcanza los 9.4 millones.
- Recién el 31 de mayo (el viernes), ante el aumento de casos y la escasez de stock, se autorizó la compra de 1.8 millones de nuevas dosis. RECIEN EL 31 DE MAYO, a pesar de que se había advertido el adelantamiento del virus a principios de abril y que se habían comprado 2 millones de dosis menos de la población objetivo que el propio Gobierno se había propuesto como meta de vacunación.

Resulta importante que el Gobierno explique cuáles son las metas actuales y el plan a seguir, teniendo a la vista que la situación podría empeorar aún más si se considera que el invierno aún no comienza y que el porcentaje de vacunación de la población, particularmente los grupos de riesgo como menores de 5 años, mujeres embarazadas y mayores de 60 años se encuentran en un porcentaje de vacunación deficiente, y que además no se tiene claridad ni garantías sobre el stock de vacunación.

- ¿Se mantiene la meta de tener el 85% de vacunación al 10 de junio?
- ¿Cuándo estarán disponibles las nuevas dosis adquiridas?
- ¿Qué plan de contingencia se tiene para vacunar a la población más atrasada.

Criterio de elegibilidad	Total Población	Vacunados 1° y única dosis	Avance de vacunación
Total	9.468.122	6.902.330	72,90%
Niños/as de 6 a 10 años	1.243.974	1.008.345	81,06%
Niños/as desde los 6 meses a 5 años	1.299.547	830.110	63,88%
Personas de 60 y más años	3.857.662	2.228.292	57,76%
Personas con patologías crónicas entre 11 a 59 años	1.475.044	1.491.591	101,12%
Embarazadas	170.013	74.803	44,00%

**CENABAST**

CANTIDAD (DOSIS)	FECHA DE CERTIFICACIÓN (DISPONIBILIDAD PARA MINSAL)
1.800.000	14-02-2024
2.100.000	21-02-2024
2.100.000	06-03-2024
1.700.000	13-03-2024
<b>Total: 7.700.000</b>	