



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

PANEL REFORMA DE SALUD. “MÁS CHILENOS Y MEJOR SALUD” (... y más viejos)

SEBASTIAN PAVLOVIC JELDRES
Superintendente de Salud
23 de octubre 2015

- ¿Donde estamos?
- ¿Por qué una reforma al sistema privado de ISAPRE?
- ¿Cuanto hemos Avanzado?
- Principios compartidos
- ¿Qué buscamos?
- ¿Cómo queremos encontrarlo?

Chile en una mirada

17.5	Millones población total (2013, INE)
21,590	Renta Nacional Bruta Per Capita (2012, WB)
14.4%	Pobreza (2011, CASEN)
87%	Población urbana (2013, INE)
79	Expectativa de vida al nacer (2012, WB)
8	Mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos (2011, WB)
0,5%	Desnutrición Infantil (2011, WB)
96%	Acceso agua potable
99%	Alfabetización población de 15+ (2009, WB)
0.54	GINI (2011, CASEN)
9.7%	Población mayor o igual 65 a(INE, 2013)

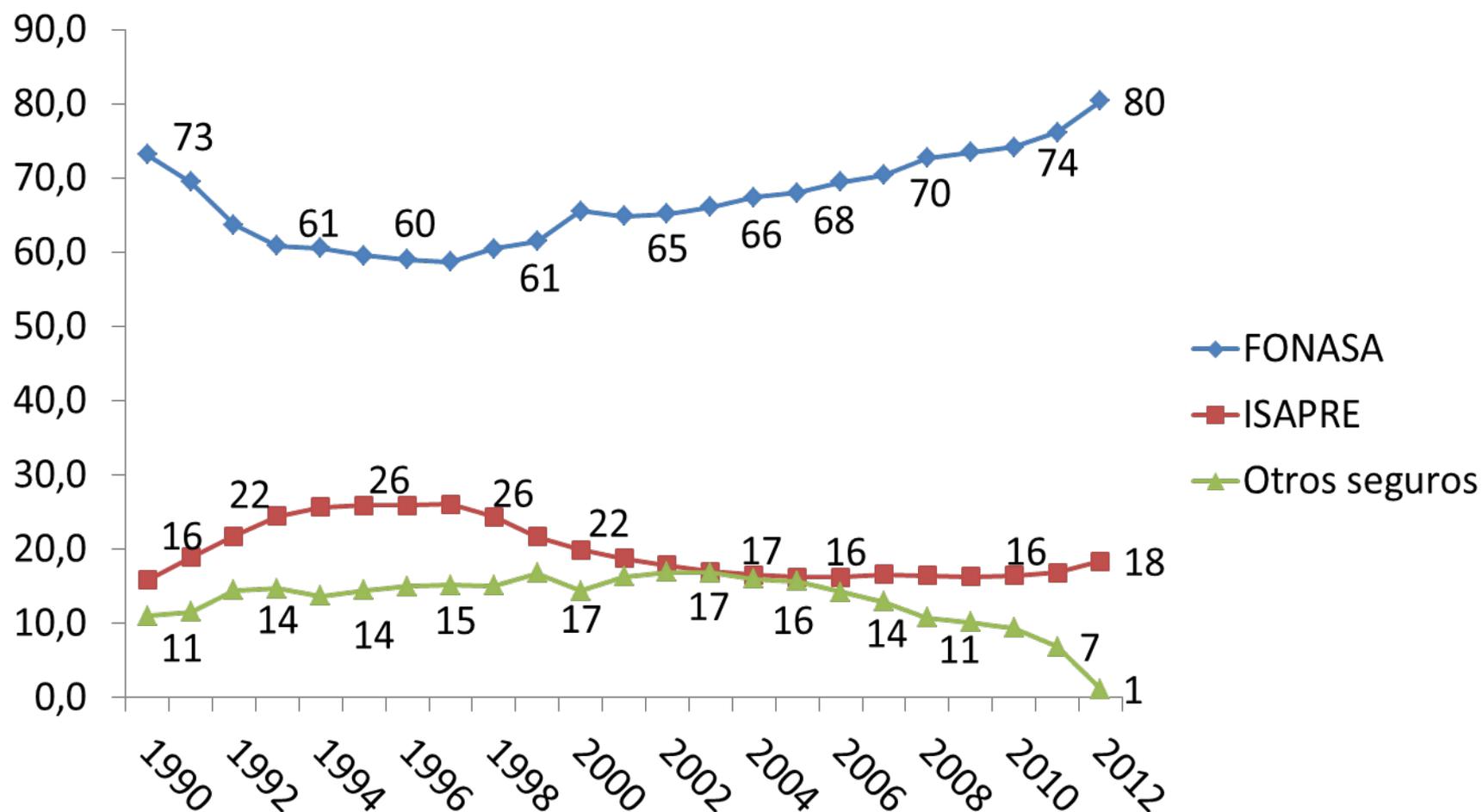
76,5% población FONASA

7,6%	Gasto en salud % PIB (2012, OECD)
1711,7	Gasto en salud US\$, Per Capita (2012, OECD)
762,4	Gasto público en salud US\$, Per Capita (2012, OECD) (45% of THE)
655,3	Gasto de bolsillo, PPP US\$, Per Capita (2012, OECD) (38,2% of THE)

Fuente: WB World Development Indicators 2011; OECD Statistics 2011.

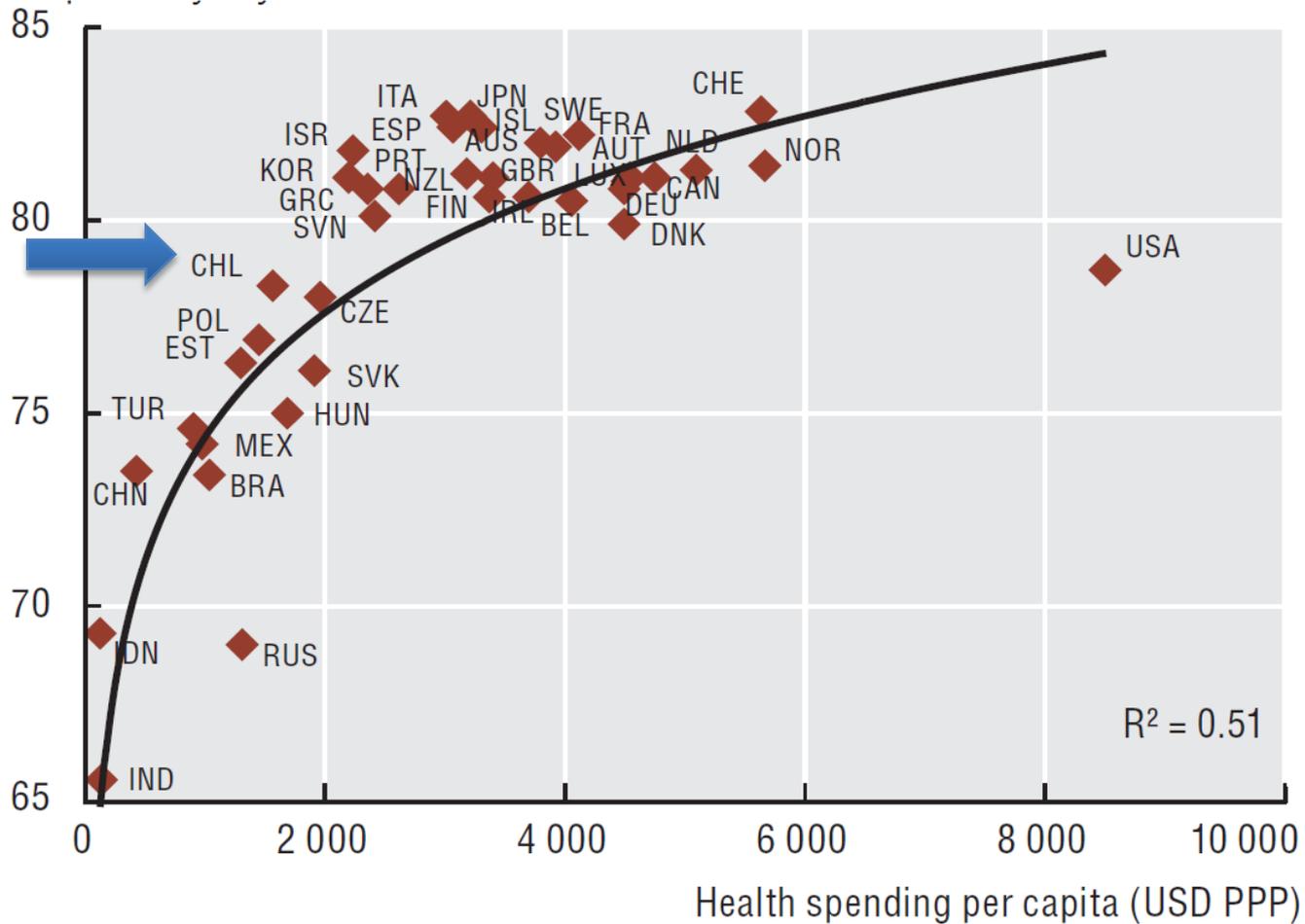
Población cubierta por seguro de salud, 1990-2012

(en porcentaje de la población total)



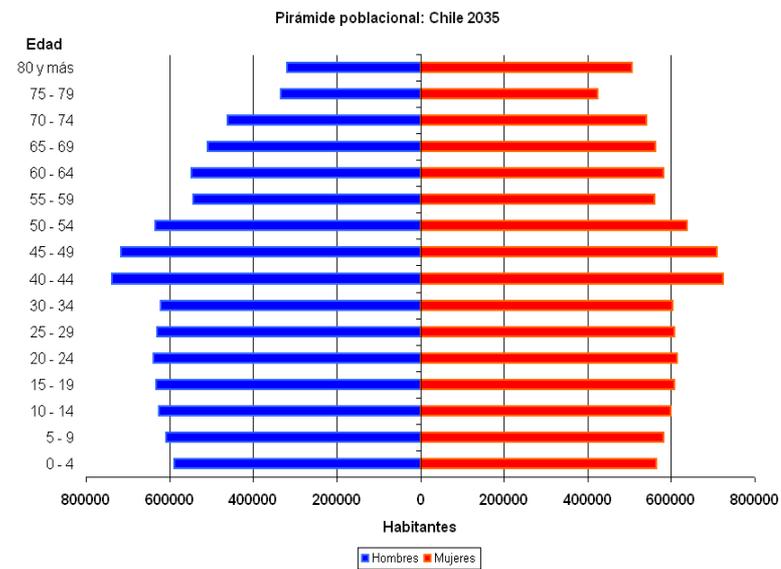
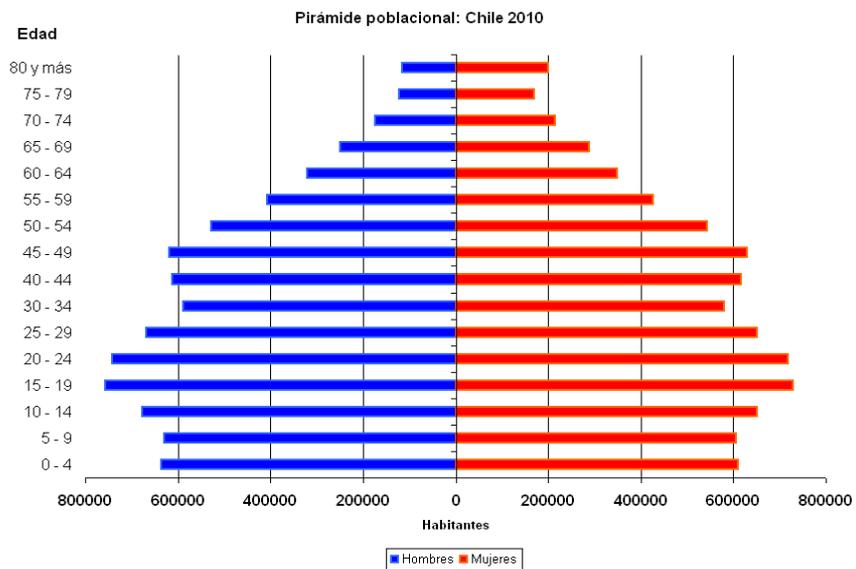
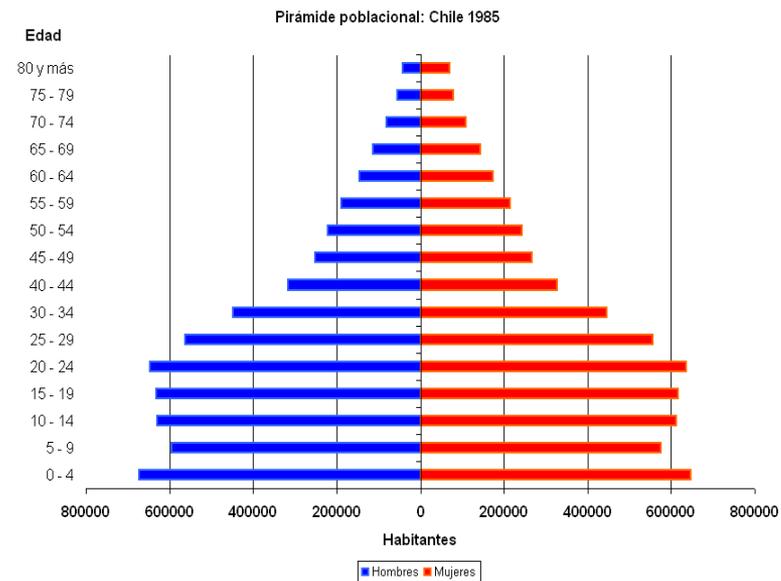
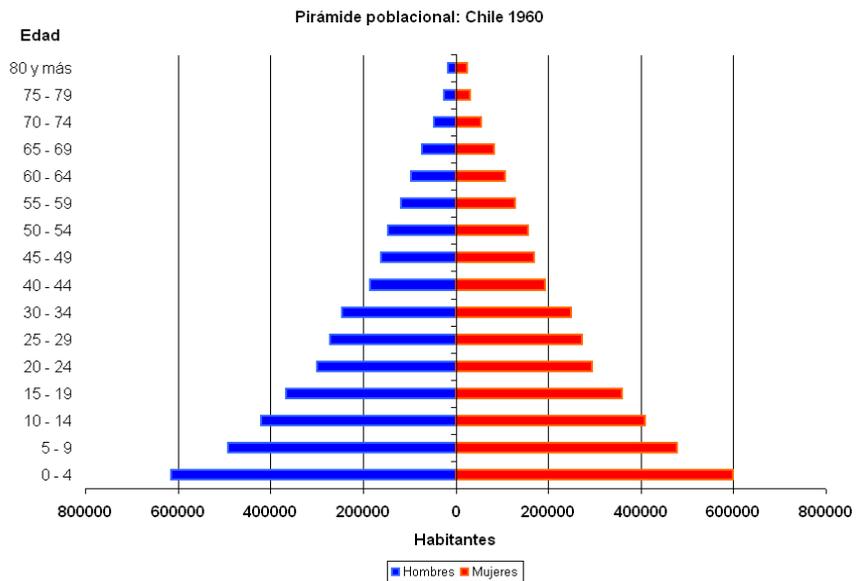
Fuente: División de Financiamiento para el Desarrollo, CEPAL, sobre la base del Boletín Estadístico de FONASA.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y GASTO EN SALUD PER CÁPITA, 2011



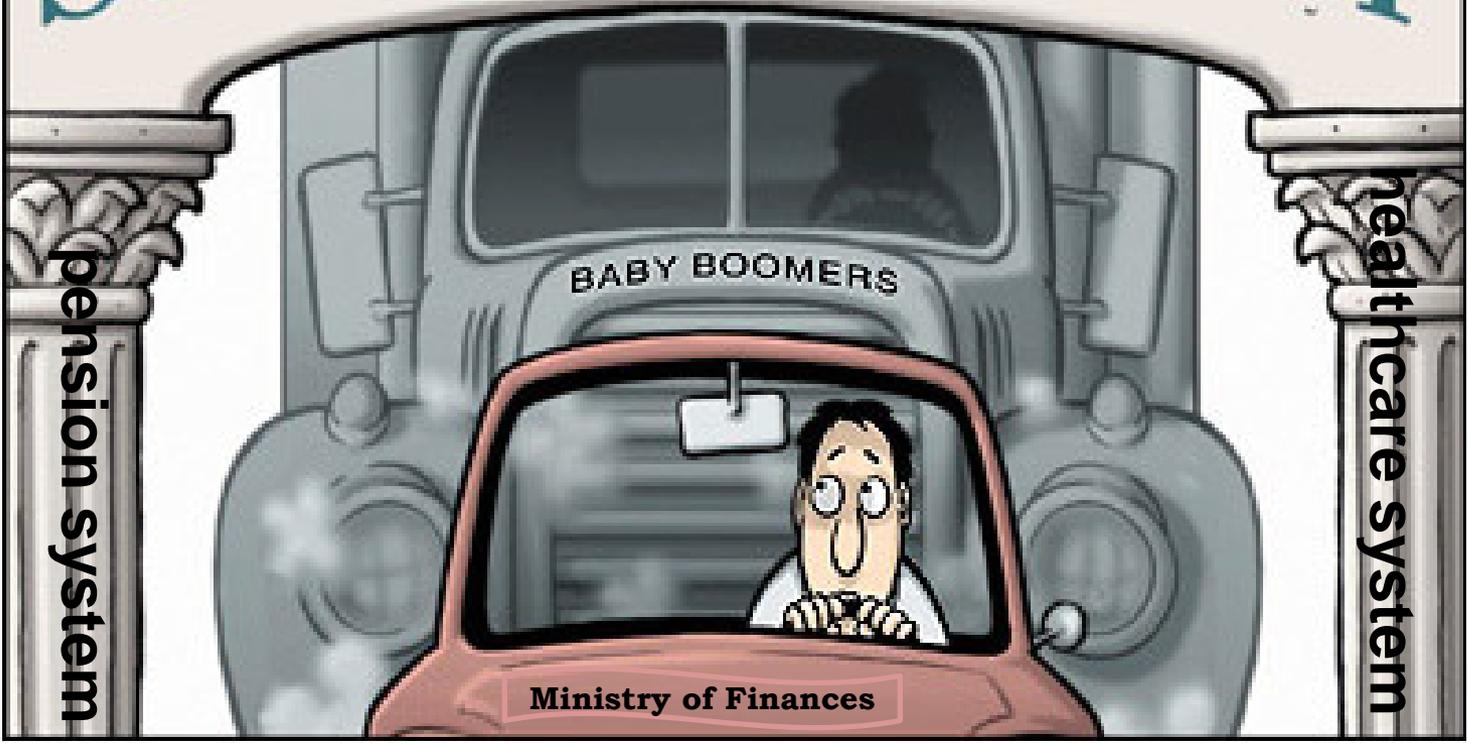
Fuente: OECD Health Statistics at a Glance 2013; y Datos del Banco Mundial para países NO-OECD

Transición demográfica



Fuente: Elaboración propia en base a "Chile: proyecciones y estimaciones. Total país. 1950 - 2050. INE".

SOCIAL SECURITY



TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD 1950 A 2008

número promedio de hijos que tendría una mujer al final de su vida fértil



Let elderly people 'hurry up and die', says Japanese minister

Taro Aso says he would refuse end-of-life care and would 'feel bad' knowing treatment was paid for by government

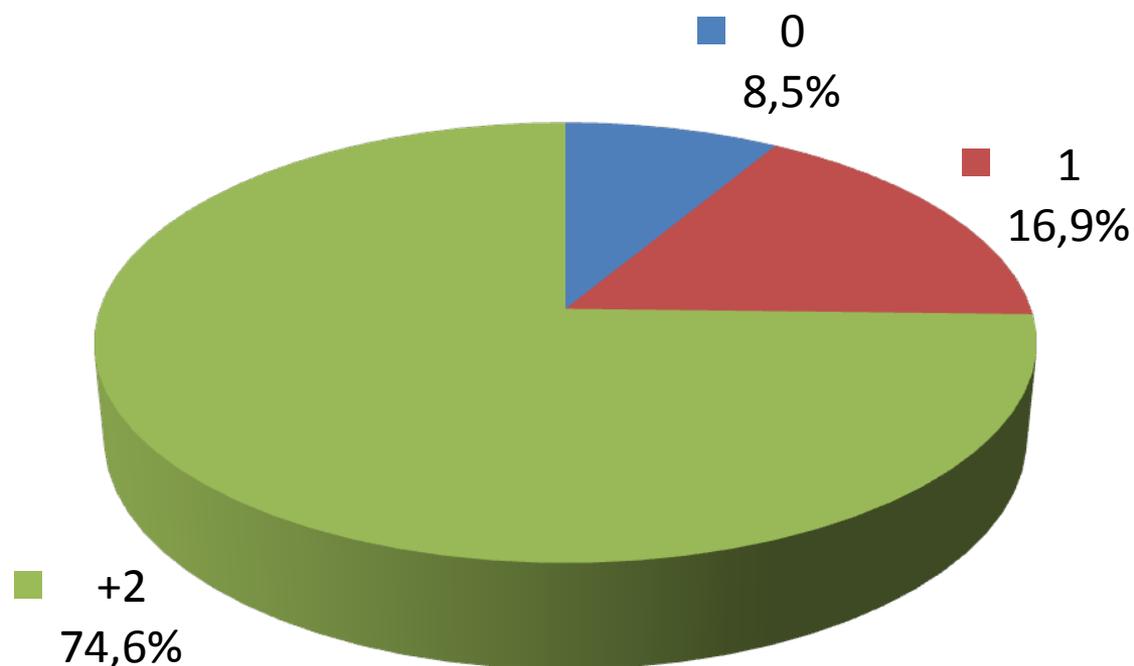
Justin McCurry in Tokyo
theguardian.com, Tuesday 22 January 2013 08.42 GMT



Taro Aso referred to elderly patients who are no longer able to feed themselves as 'tube people'. Photograph: Yoshikazu Tsuno/AFP/Getty Images



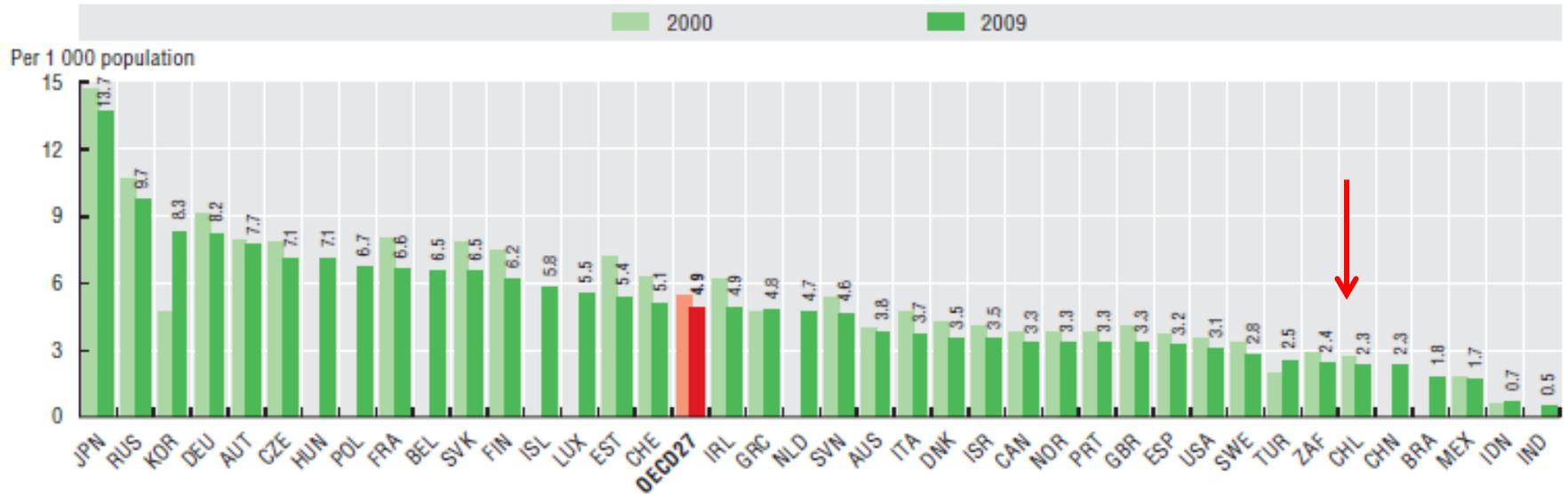
MULTIMORBILIDAD: 74,6% de los adultos tiene 2 o más enfermedades crónicas que requerirían atención médica individual*.



****15 Enf. Crónicas incluidas: Obesidad, Hipertensión, Diabetes, Insuficiencia renal, Depresión, Alto RCV o Enf. CV sintomática, Dislipidemia, Enf. Musculoesquelética no traumática con dolor al menos moderado, Enf. Respiratorias Cr, Bebedor perjudicial o dependiente del alcohol, dependencia al tabaco, disfunción tiroídea, elevación de enzimas hepáticas, enfermedad celíaca o deterioro cognitivo.***

Chile en el Contexto Internacional: OCDE

4.3.1 Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2009 (or nearest year)



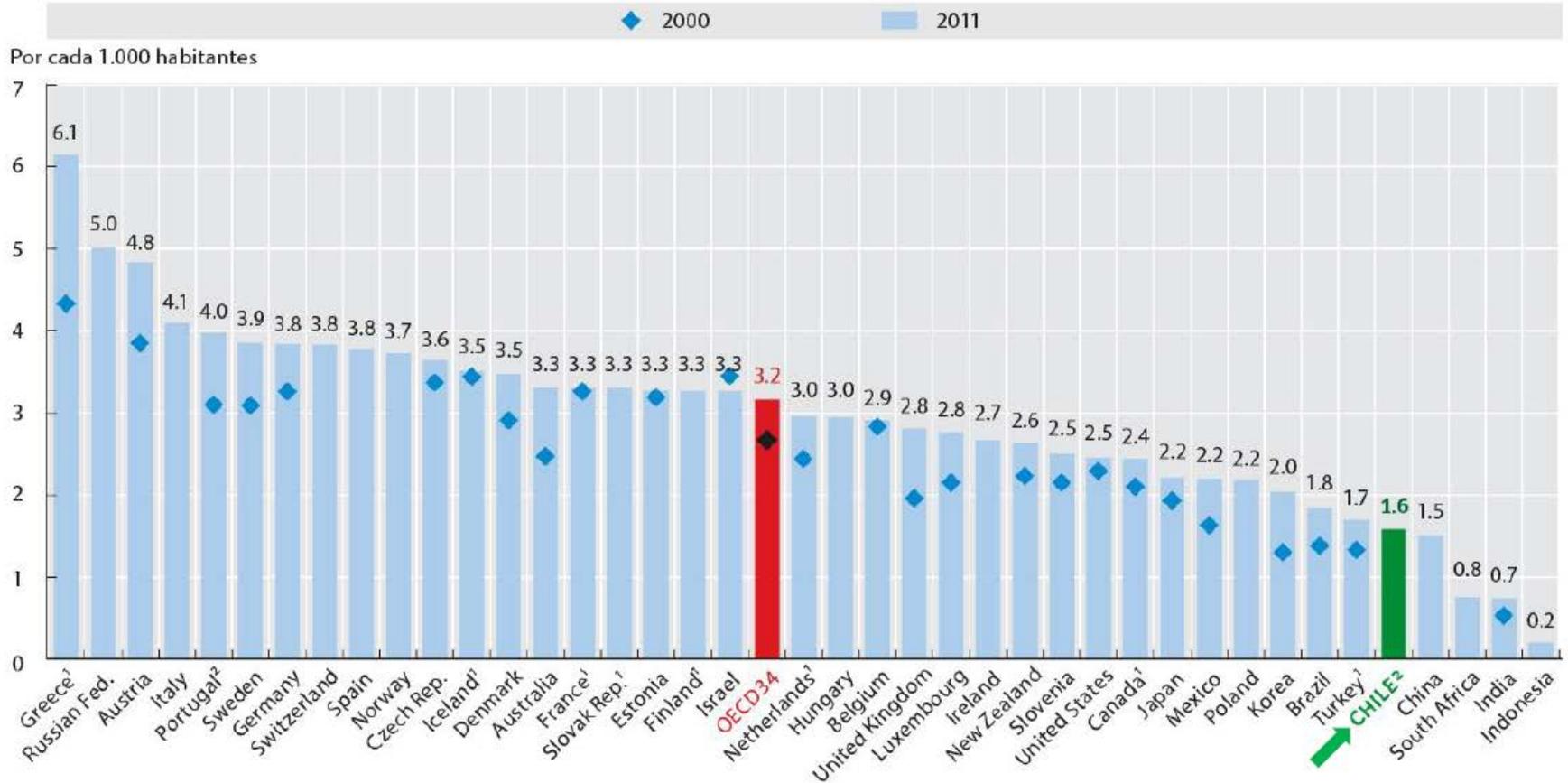
Source: OECD Health Data 2011; national sources for non-OECD countries.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524545>

Chile: 2,1 camas por 1.000 h
(OPS/OMS; 2012)

Fuente: OECD. Health at a glance. 2011

Médicos por cada 1.000 habitantes



1. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).

2. Data refer to all doctors licensed to practice (resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors in Portugal).

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

■ OECD
■ Chile

*Período 2000-2011



Programa de Gobierno Presidenta Michelle Bachelet

La estrategia del Ministerio de Salud para el periodo 2014 – 2018 apunta a mejorar la salud de la población y entregar mayores oportunidades, derrotar inequidades en el acceso y los resultados de salud, y fortalecer la Salud Pública.



10 Objetivos Relevantantes para el periodo 2014-2018

- Mejorar el acceso a la Atención Primaria de Salud.
- Fortalecer de la Gestión de la Red Asistencial Pública.
- Desarrollar un Plan Nacional de Inversiones Públicas.
- Avanzar hacia una Política Nacional de Medicamentos.
- Implementar una Política de Recursos Humanos con énfasis en la formación y retención de médicos de familia y otros especialistas para el Sector Público.
- Avanzar en estrategias comunitarias en el ámbito de prevención de las enfermedades crónicas y la dependencia del adulto mayor.
- Desarrollar un Plan Nacional de Salud Oral.
- Abordar integralmente la discapacidad.
- Avanzar en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década.



Algunas Estrategias

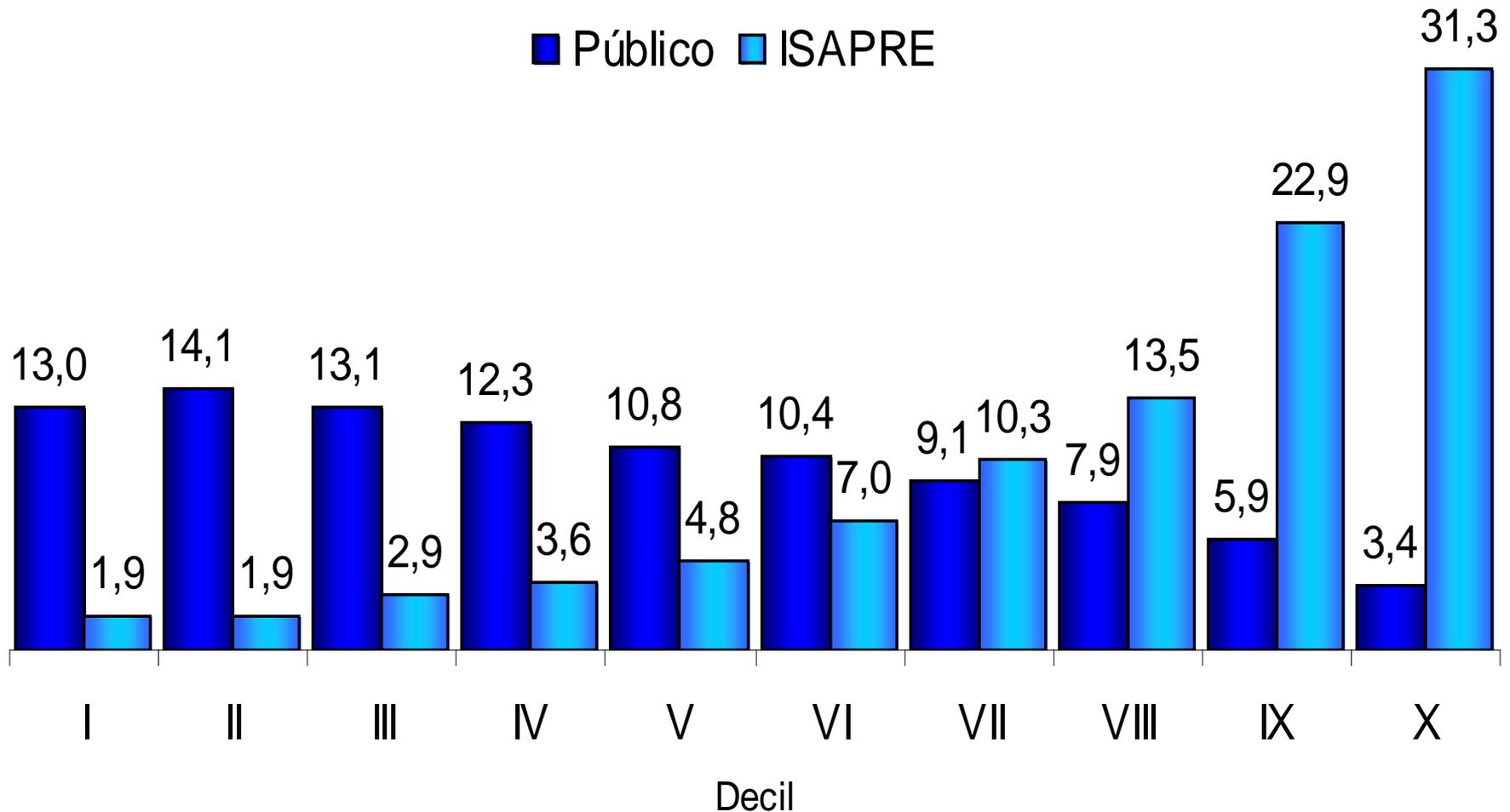
- Mejorar infraestructura de Salud
 - Plan Nacional Inversiones
 - Equipamiento crítico y nuevas camas
 - Red medicina Prehospitalaria (SAMU)
- Integración de la Red Asistencial con foco en APS. RISS
- Política de RRHH para incorporar y retener especialistas en sector público
- Fondo Nacional de Medicamentos
- Fondo Medicamentos Alto Costo



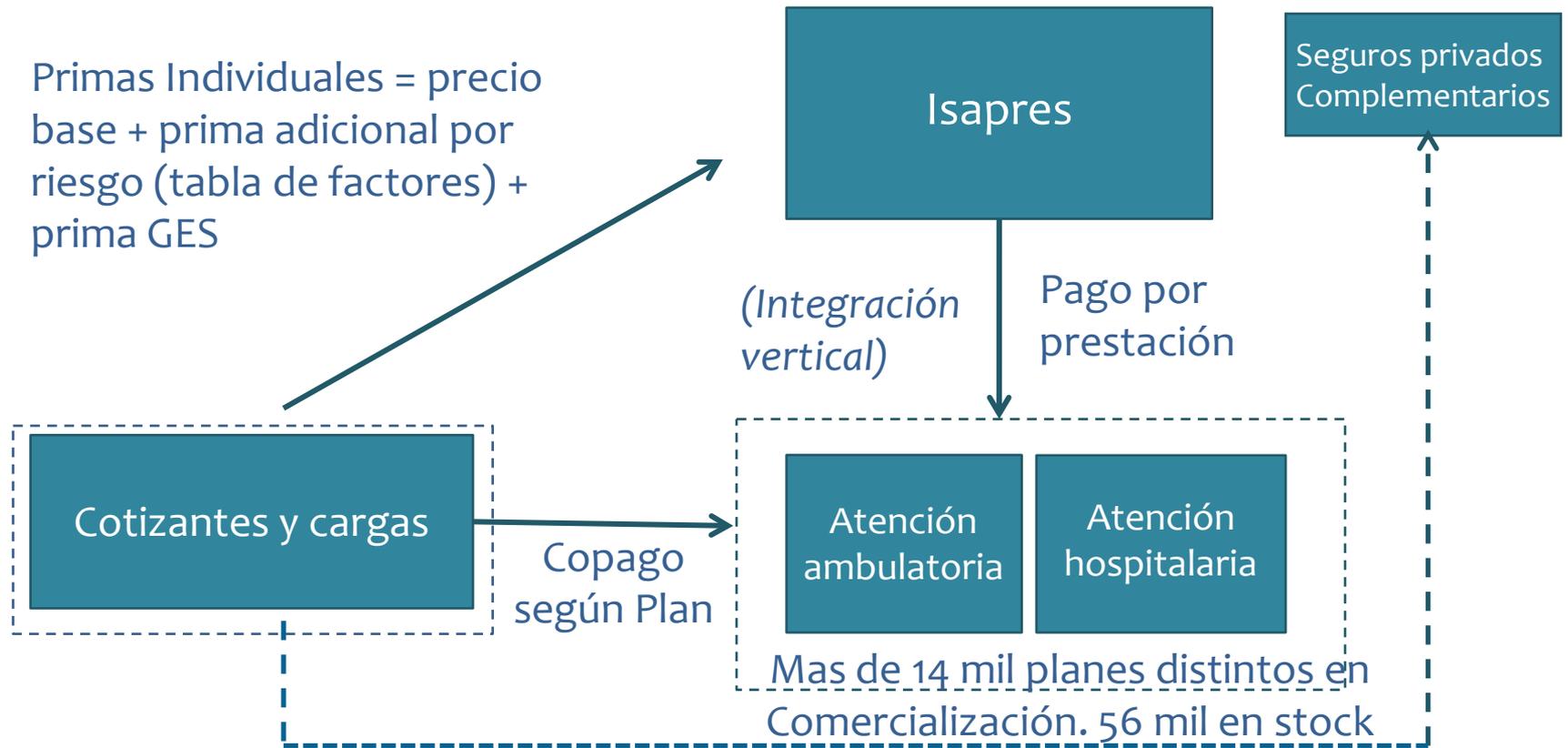
isapres
de Chile

Distribución de cotizantes en Salud por deciles de ingreso.

■ Público ■ ISAPRE



ESQUEMA ACTUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LAS ISAPRE



Principales problemas: Discriminación por riesgo de salud y por nivel de ingreso, pre-existencias-cautividad, alzas injustificadas y unilaterales de precios, altos copagos, ausencia de solidaridad, seguro de corto plazo (expulsa beneficiarios adultos mayores), etc.

Principales problemas

- Discriminación por riesgo de salud y por nivel de ingreso.
- Pre-existencias-cautividad,
- Alzas injustificadas y unilaterales de precios,
- Altos copagos,
- “Sistema Segmentado”, Ausencia de solidaridad
- Descreme
- Judicialización en TC y Cortes

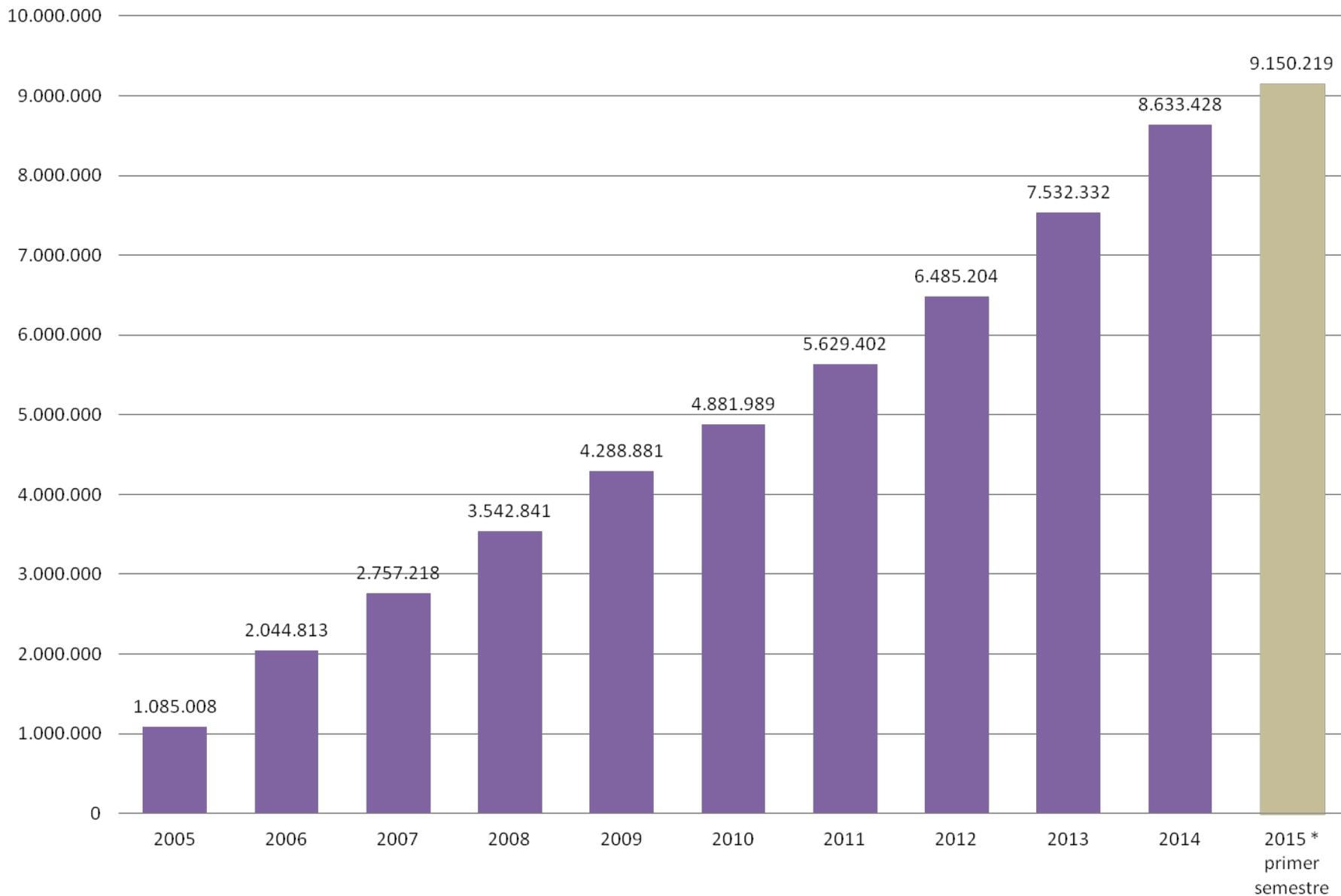


Y A 10 AÑOS DEL AUGE?

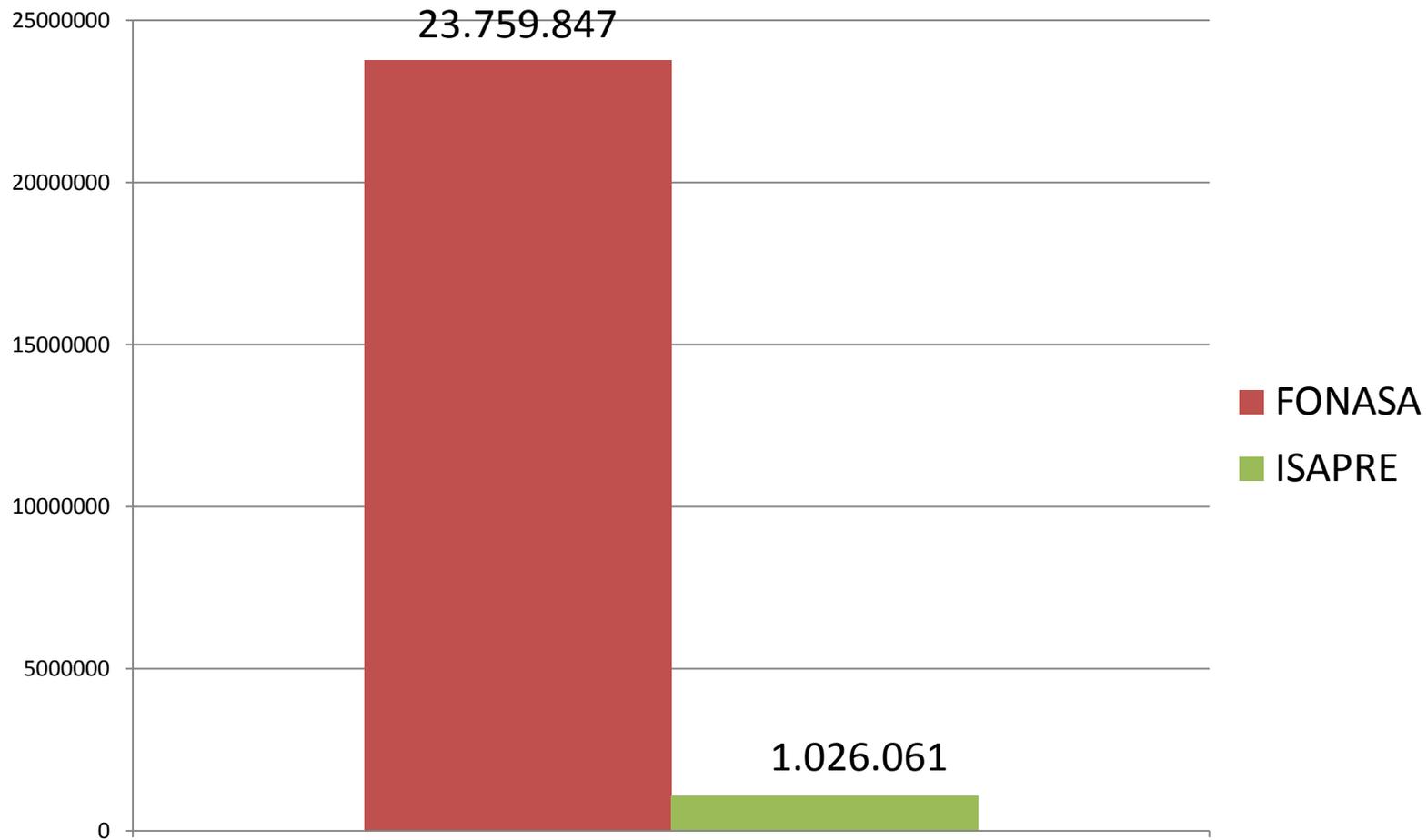
Fortalezas del AUGE

- Avanza en el cambio en el foco de atención, desde la mirada sobre resultados poblacionales a incorporación de resolutiveidad para las personas.
- Avanza en cambio del modelo , énfasis en continuidad de la atención clínica, desde sospecha hasta el seguimiento
- Se focaliza en problemas prioritarios desde una perspectiva sanitaria
- Incentiva a las redes a organizarse y coordinarse
- Guías clínicas para cada problema ha permitido avanzar en uniformar atenciones en base a evidencia
- Inversión en equipamiento y recurso humano especializado desarrollando polos con características de primer nivel en complejidad y calidad (radioterapia; Imagenología compleja, Cardiocirugía, etc...)
- Ha permitido que los usuarios conozcan y exijan sus derechos a través de garantías explícitas y protocolos de atención que incorporan obligatoriedad de entrega de información.

Casos GES Activos cada año



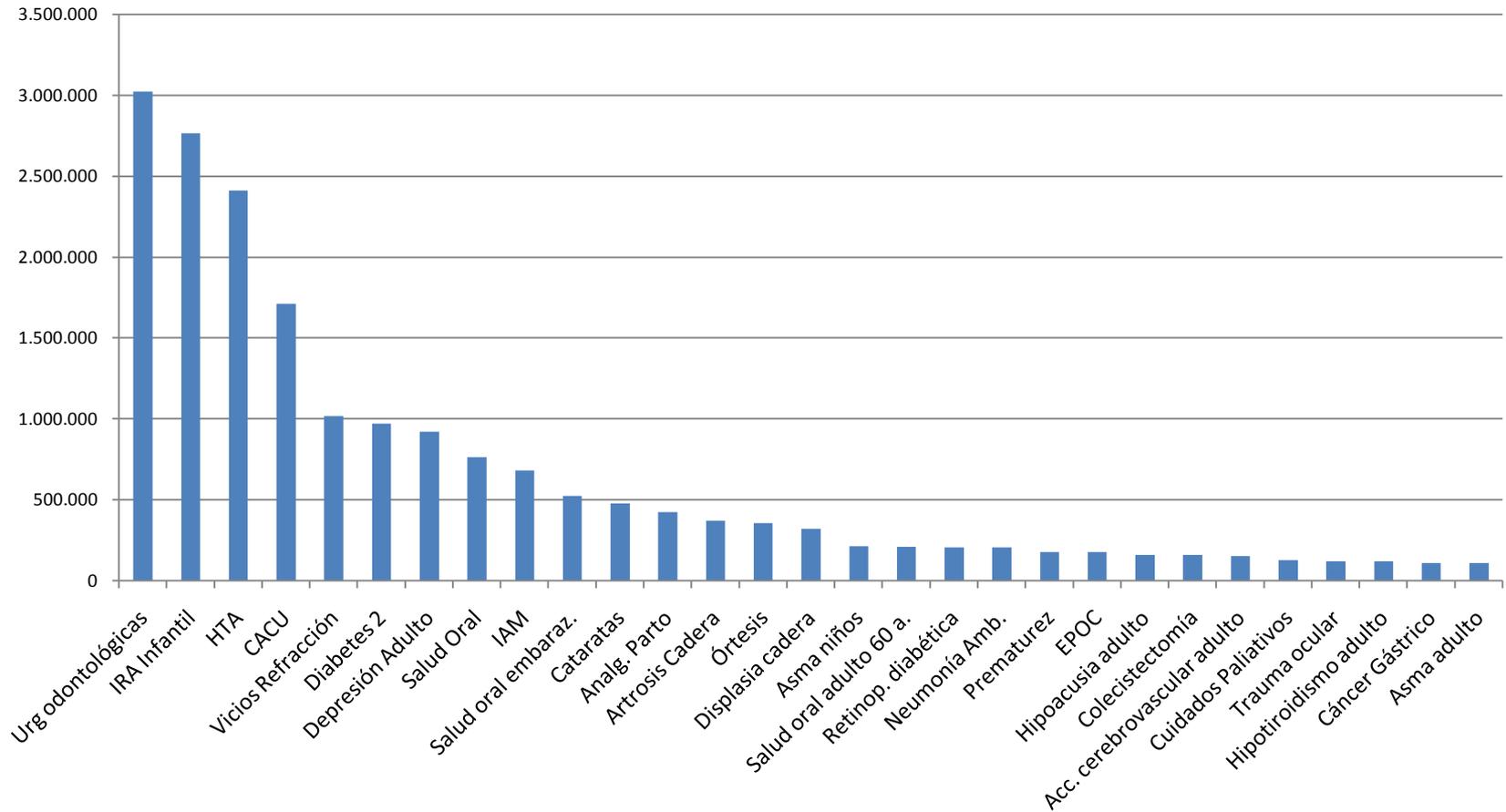
**CASOS GES ACUMULADOS
80 PROBLEMAS DE SALUD
30 de Junio, 2015**



PROBLEMAS DE SALUD GES MÁS FRECUENTES

Junio de 2005 a marzo de 2014

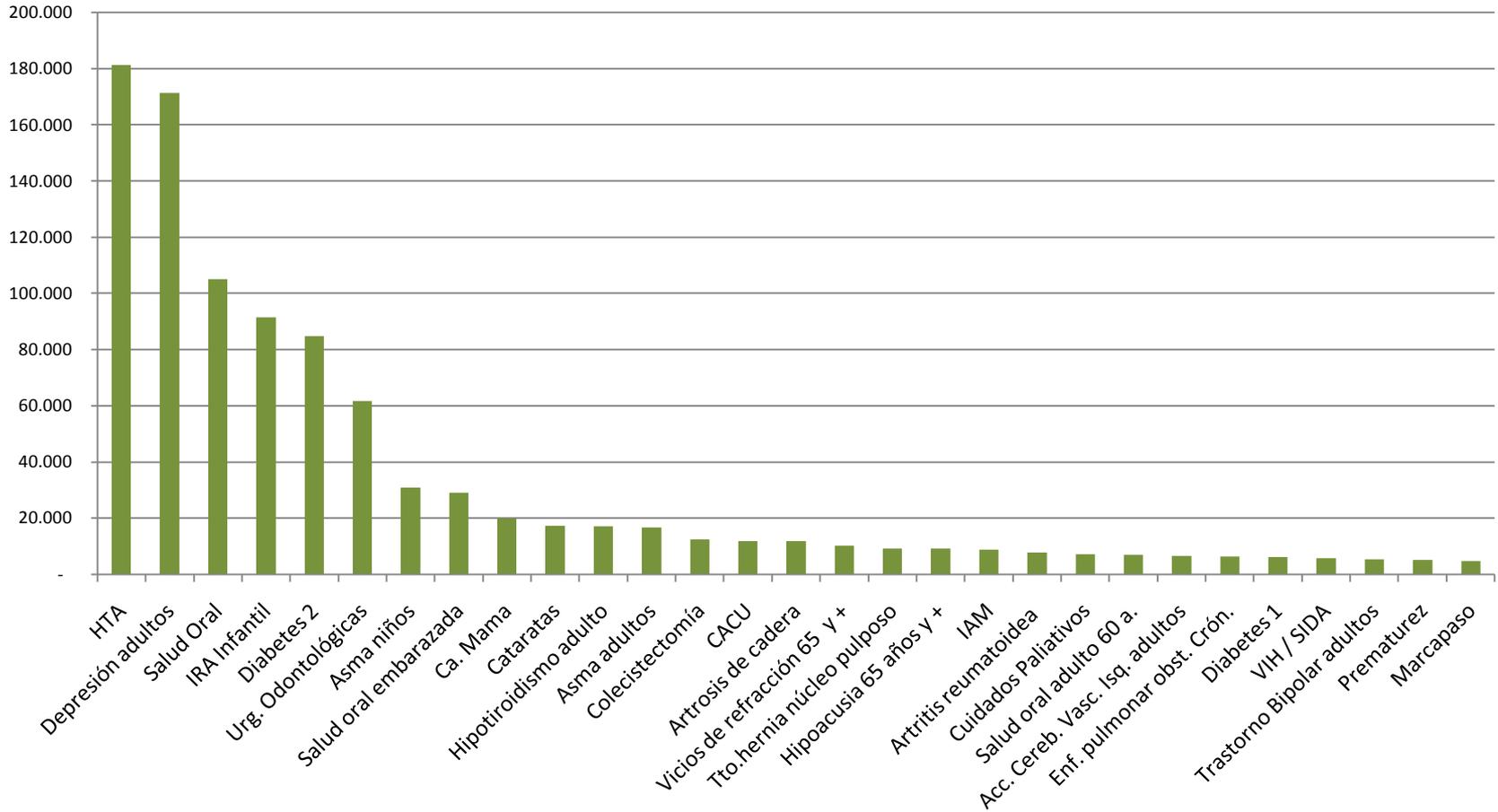
PÚBLICO



PROBLEMAS DE SALUD GES MÁS FRECUENTES

Junio de 2005 a marzo de 2014

PRIVADO

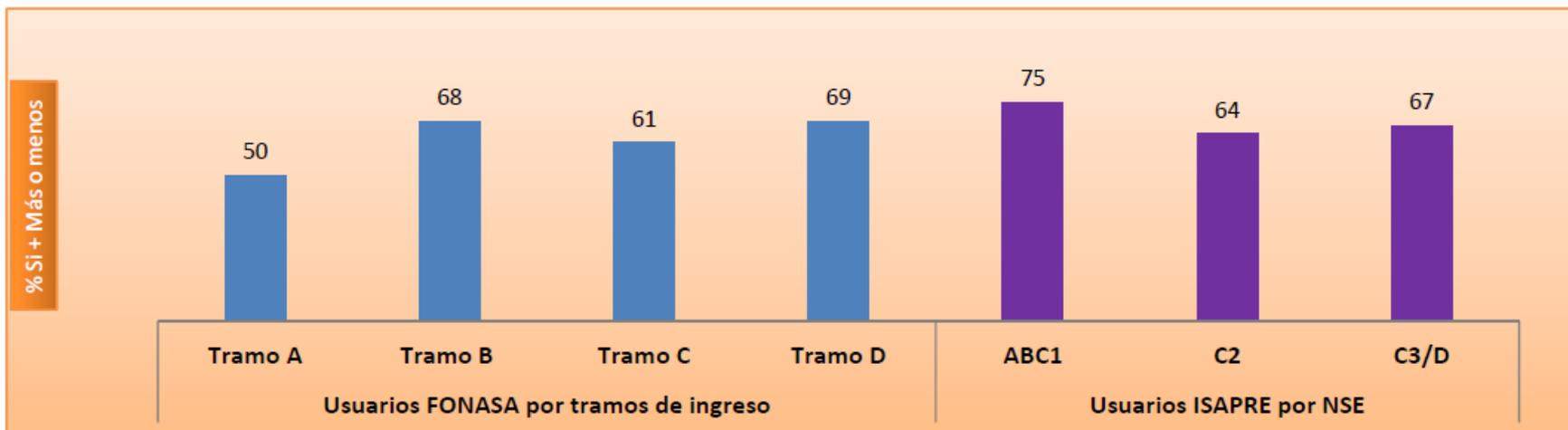
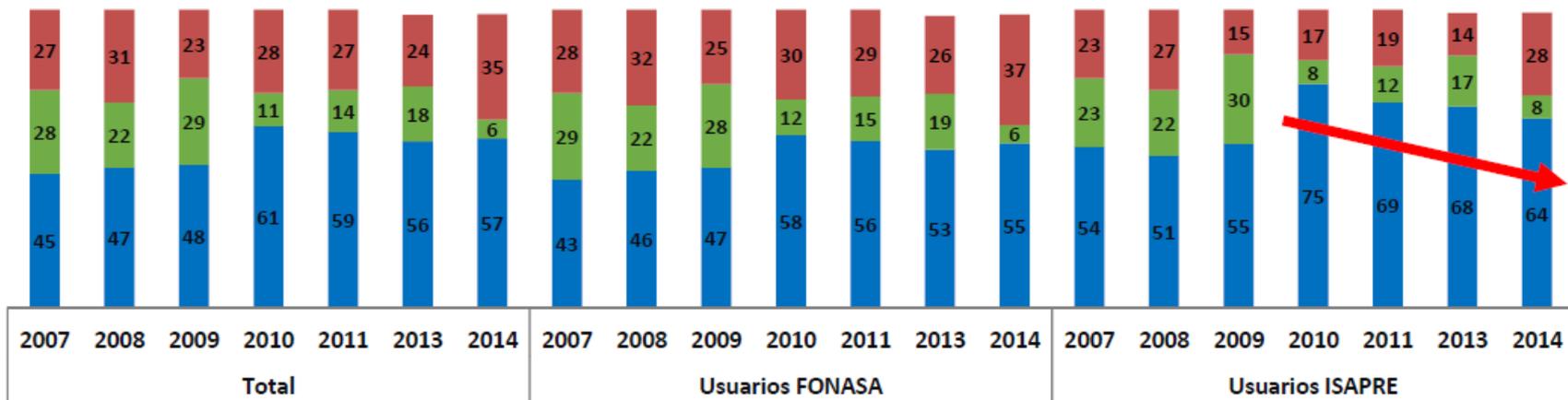


EVOLUTIVO: CONOCIMIENTO DEL PLAN AUGE-GES

En términos generales ¿sabe usted de qué se trata el plan AUGE-GES?

Base: Total Muestra (n=2004)

■ Sí ■ Más o menos ■ No



EVALUACIÓN AUGÉ-GES

Según lo que usted sabe y se imagina, usando una escala de 1 a 7 ¿qué nota le pondría al AUGÉ-GES?

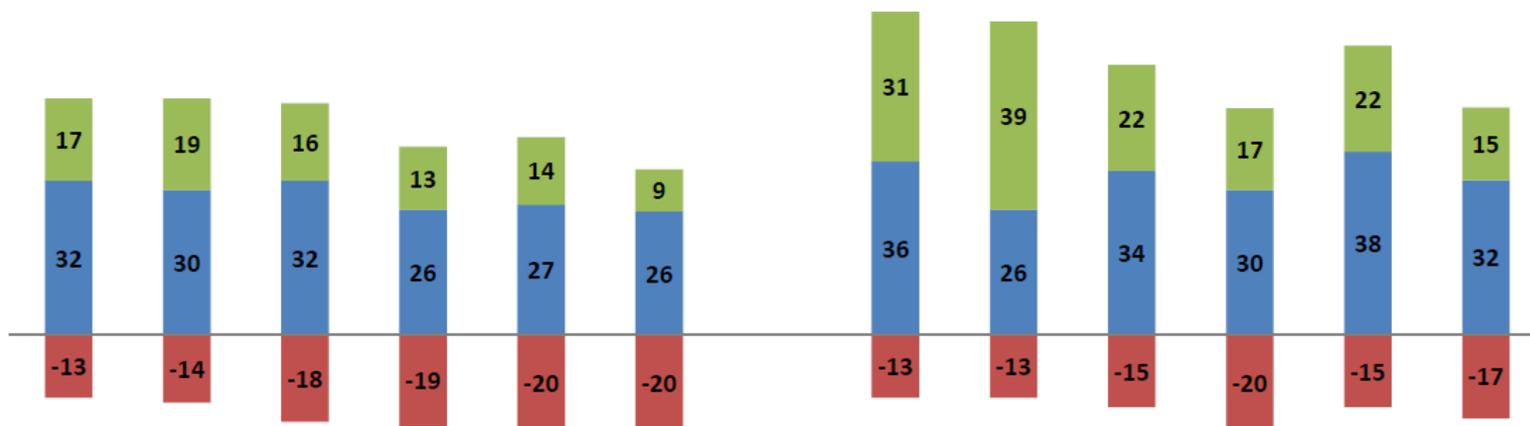
Base: Total Muestra (n=2004)

%

TOTAL

HA USADO AUGÉ (personal o familiar)

■ Nota 6 ■ Nota 7 ■ Notas 1 a 4



	2008	2009	2010	2011	2013	2014	2008	2009	2010	2011	2013	2014
PROM.	5,5	5,5	5,3	5,3	5,3	5,2	5,7	5,8	5,5	5,4	5,6	5,4

Elaborado para:

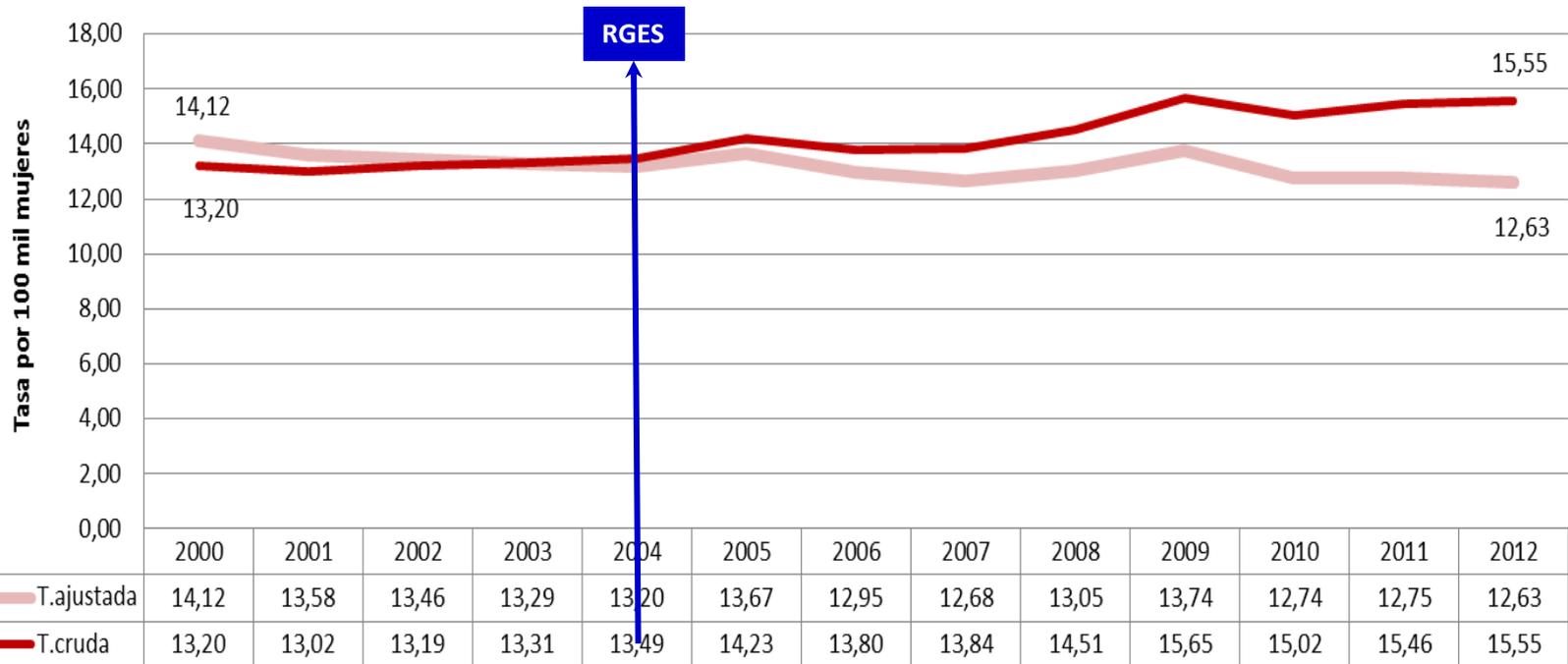


Se omite en el gráfico la categoría la nota 5 y los No sabe/No responde



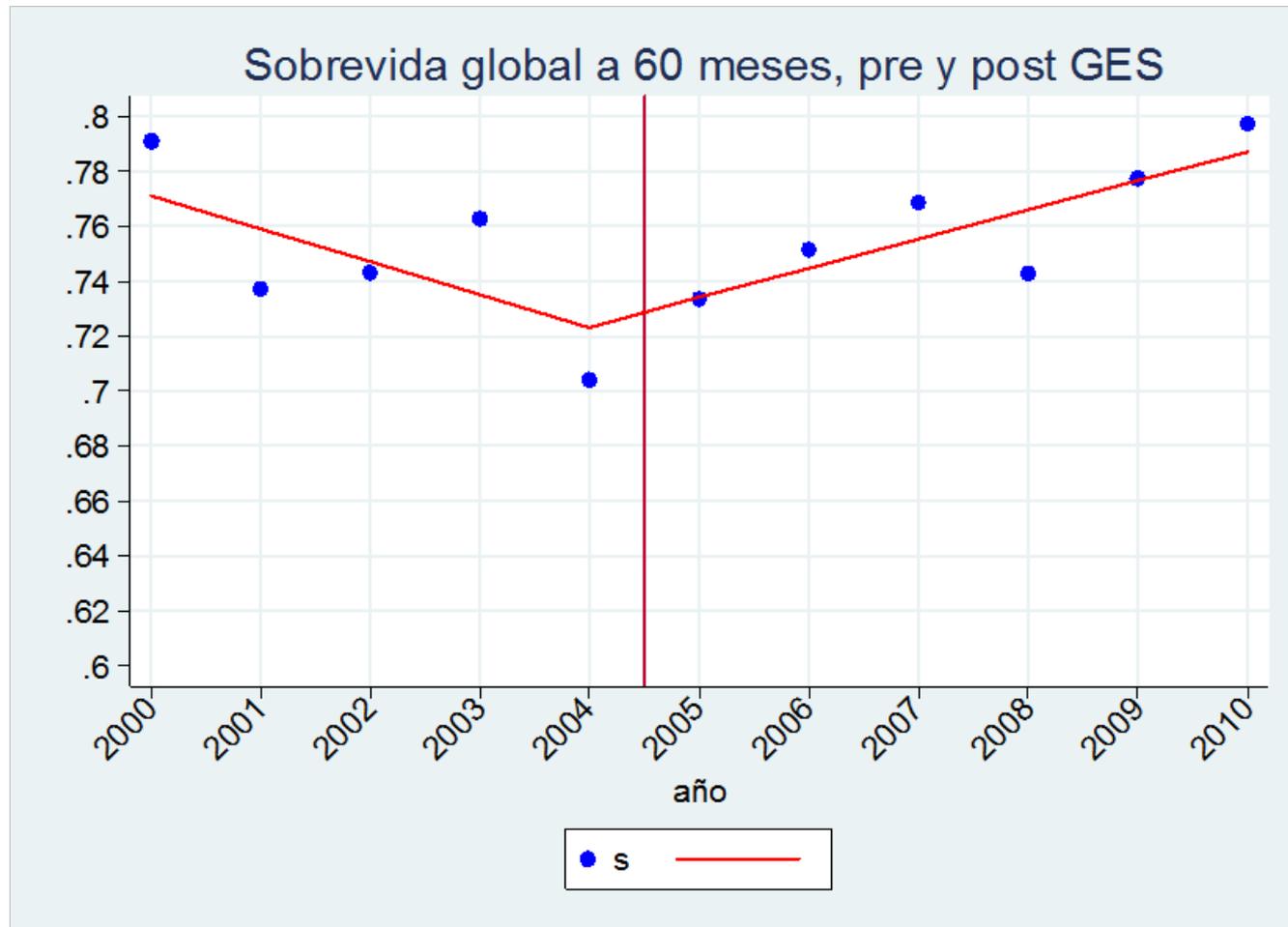
IMPACTO

Tendencia tasa cruda y ajustada Cáncer de mama, Chile 2000-2012



La tasa ajustada se redujo en 10,6% entre los años 2000 y el 2012.

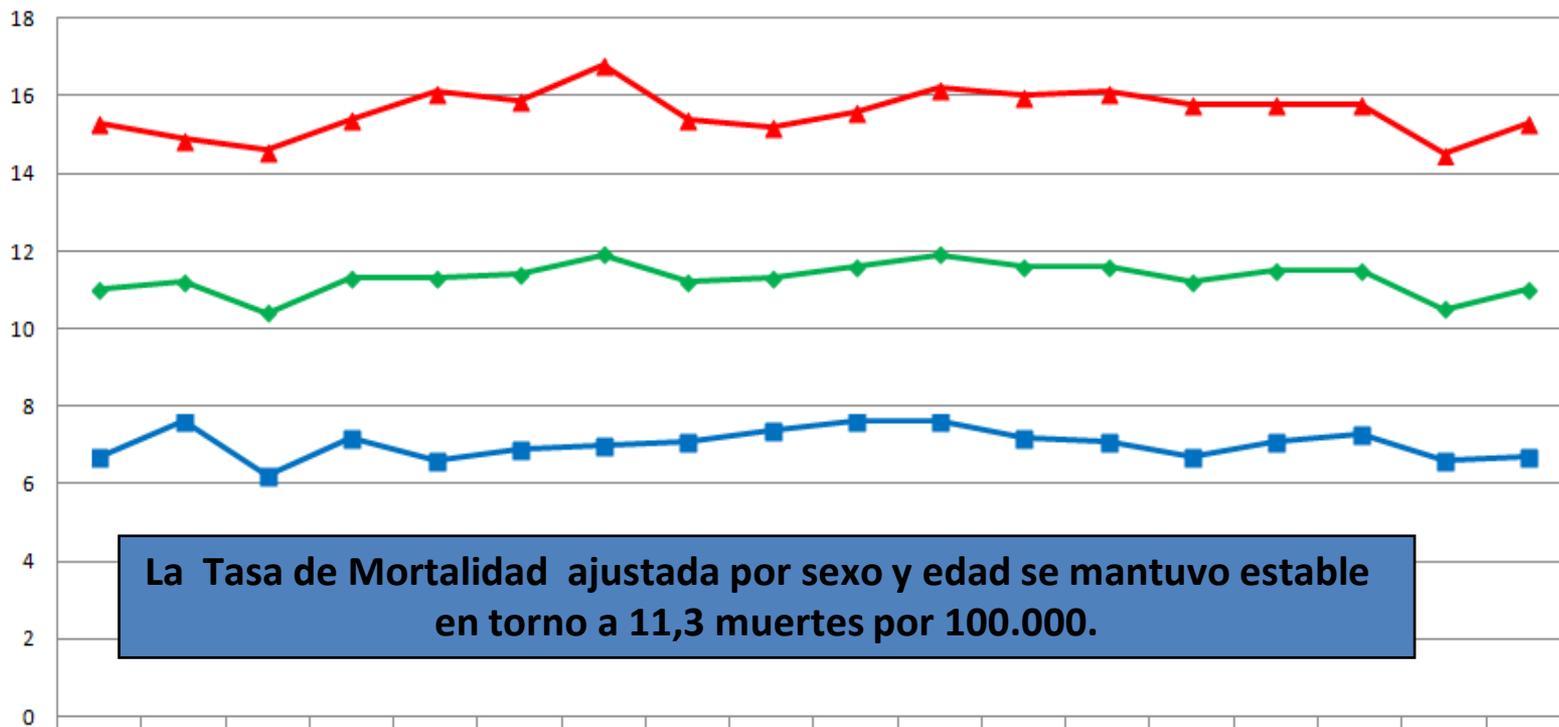
TENDENCIA SOBREVIDA A 60 MESES PRE Y POST AUGE 2000-2010



En post GES la tendencia es al alza. Por cada año que transcurre post GES se ha observado un 1% de aumento en la supervivencia global ($p=0.024$).

Tasa de mortalidad estandarizada cancer de vesícula según sexo.

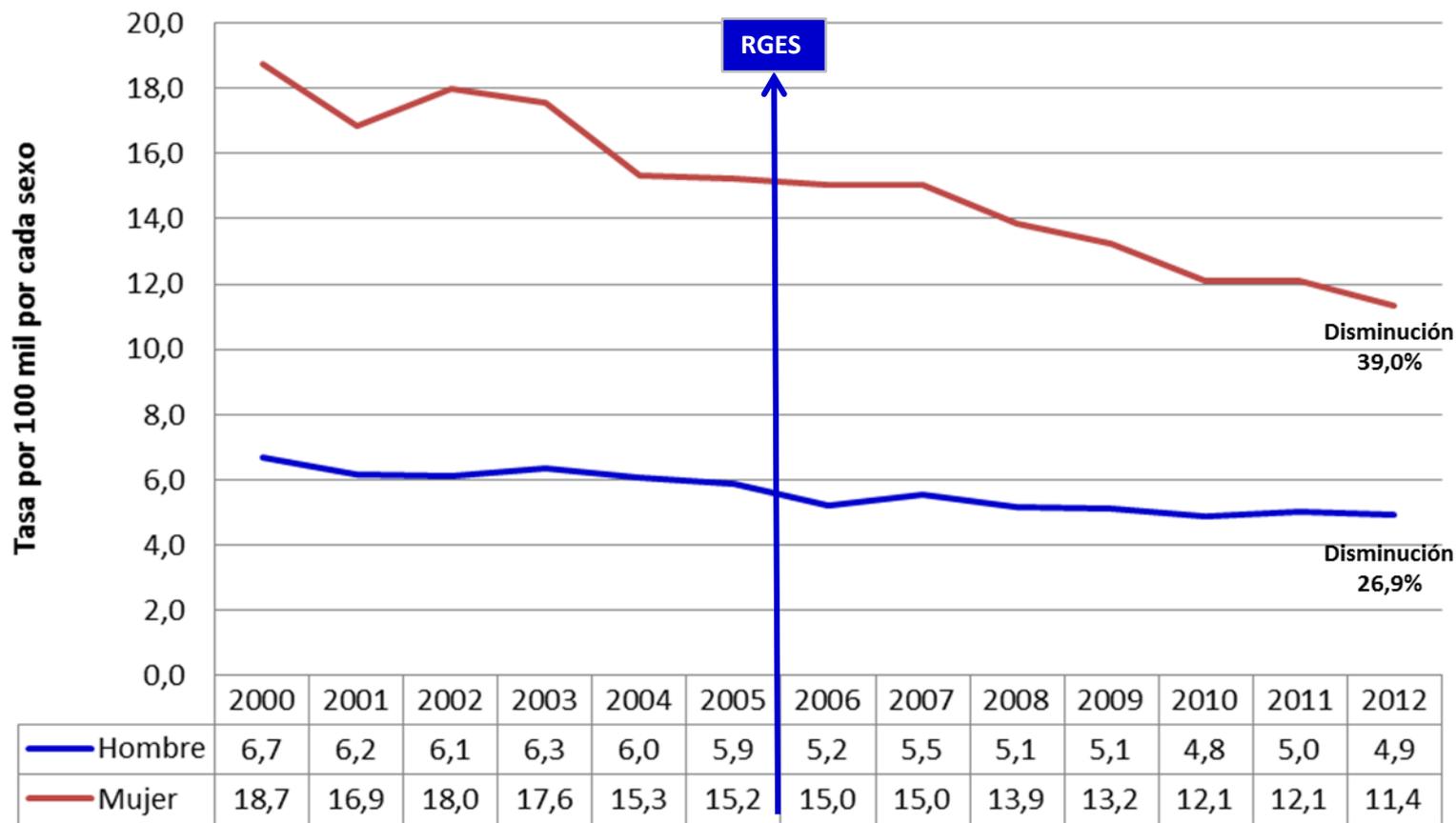
Chile 1985 - 2002



La Tasa de Mortalidad ajustada por sexo y edad se mantuvo estable en torno a 11,3 muertes por 100.000.

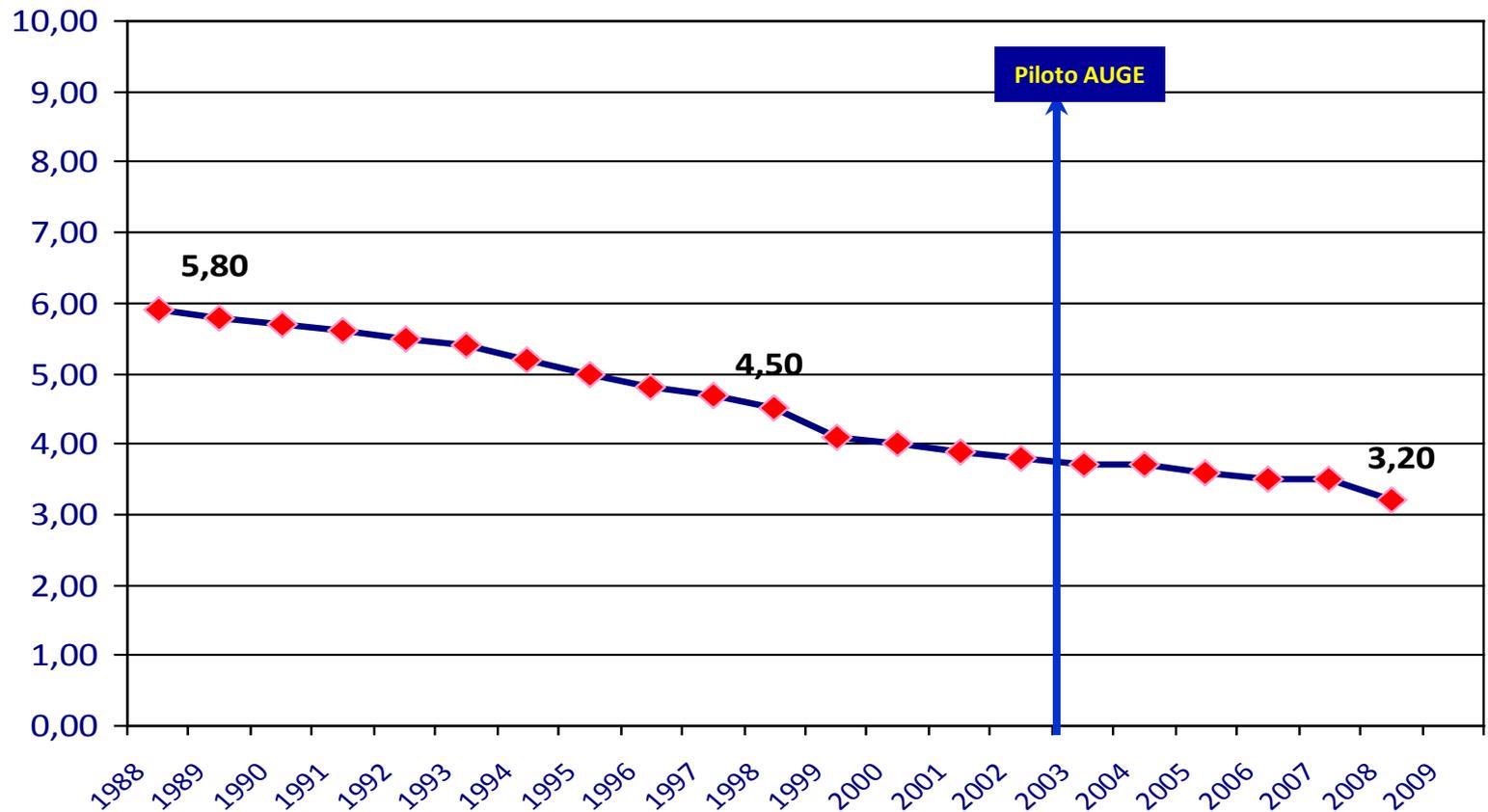
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
◆ Tasa ambos sexos	11	11,2	10,4	11,3	11,3	11,4	11,9	11,2	11,3	11,6	11,9	11,6	11,6	11,2	11,5	11,5	10,5	11
■ Tasa Hombres	6,7	7,6	6,2	7,2	6,6	6,9	7	7,1	7,4	7,6	7,6	7,2	7,1	6,7	7,1	7,3	6,6	6,7
▲ Tasa Mujeres	15,3	14,9	14,6	15,4	16,1	15,9	16,8	15,4	15,2	15,6	16,2	16	16,1	15,8	15,8	15,8	14,5	15,3

Tendencia Mortalidad ajustada según género CaV, Chile 2000-2012

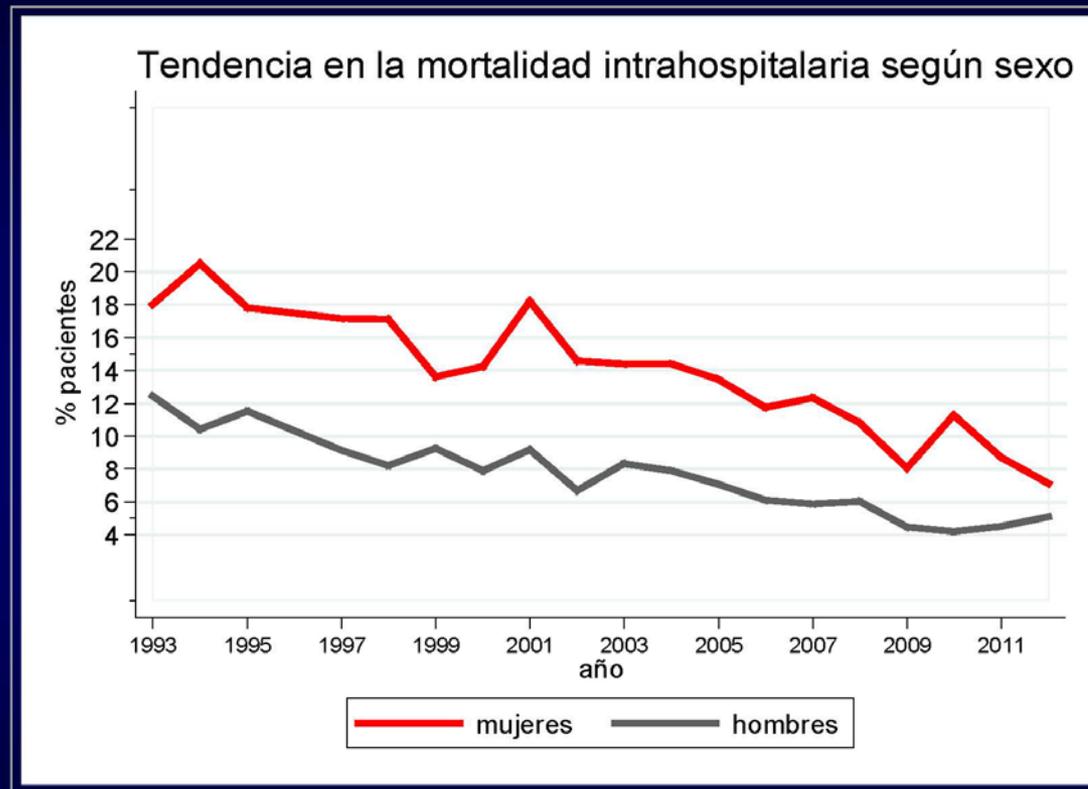


TASA DE MORTALIDAD OBSERVADA POR CÁNCER INFANTIL, PINDA, 1988 al 2008

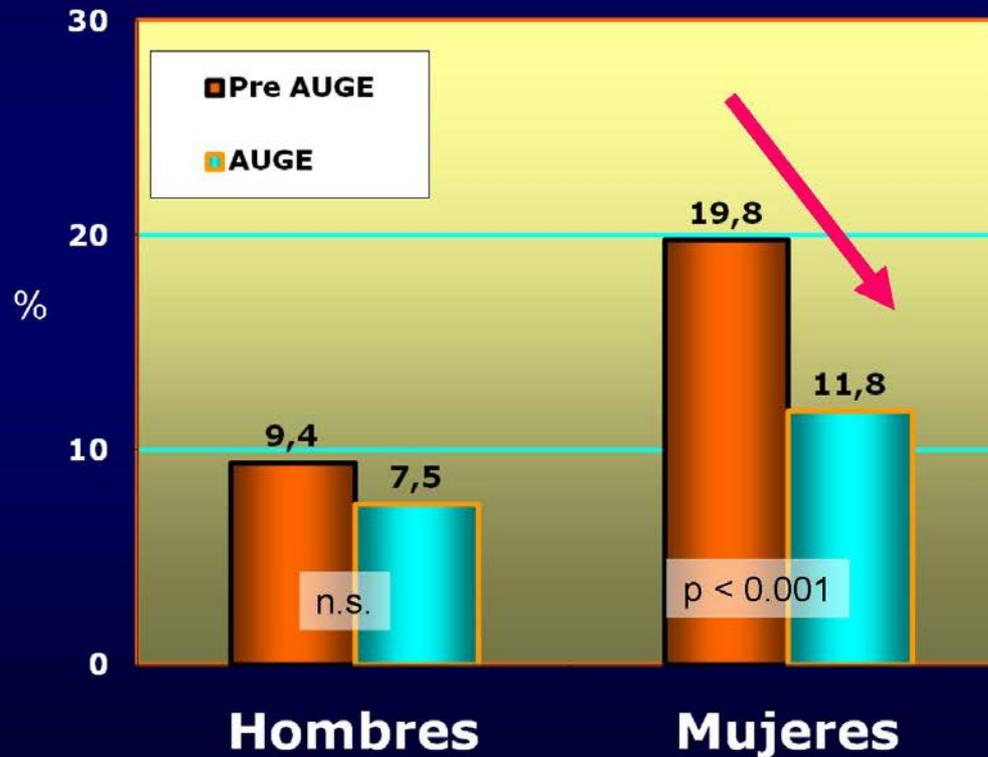
Tasa por 100 mil menores de 15 años



Infarto Agudo al Miocardio

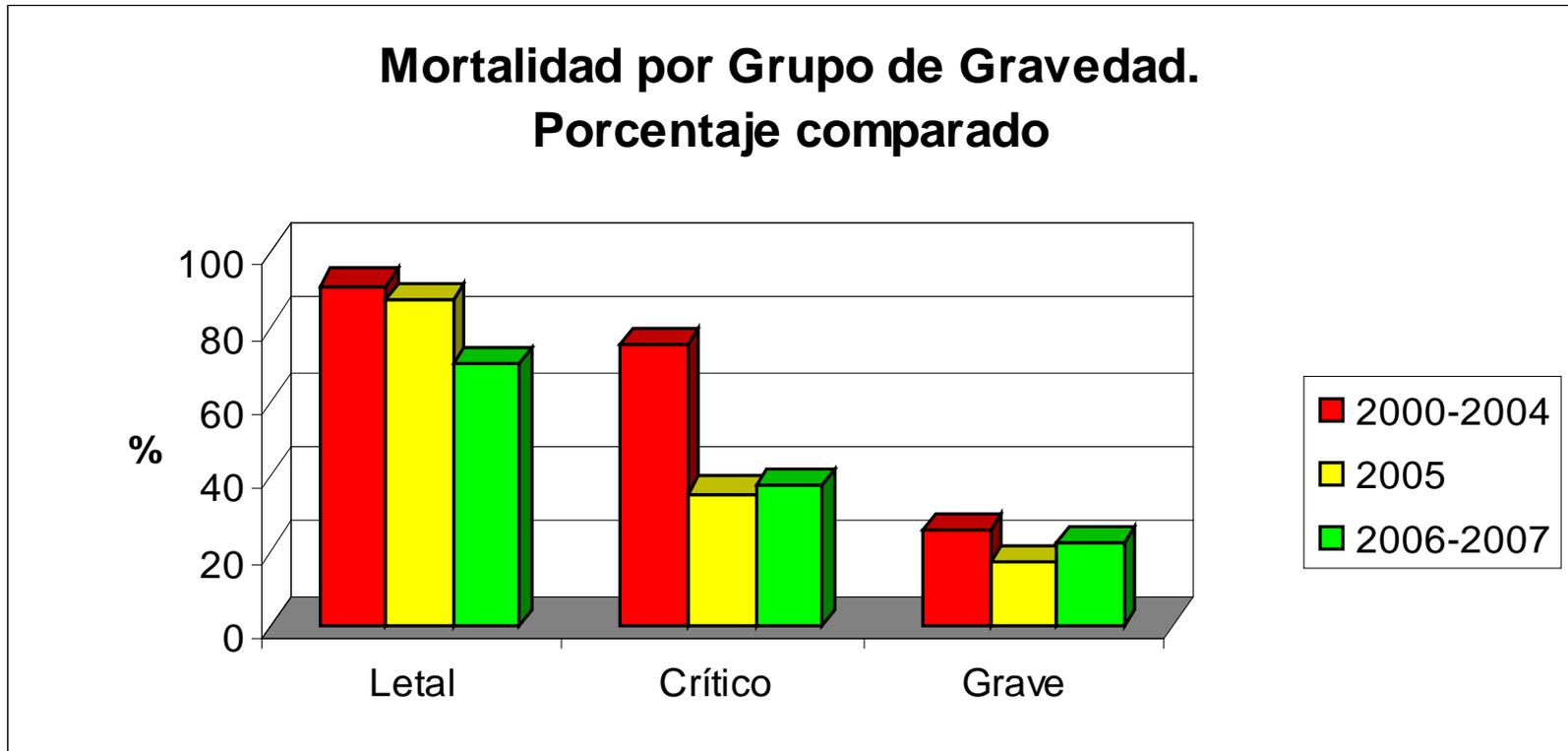


Disminución de la mortalidad por Infarto post AUGE en 10 hospitales públicos chilenos



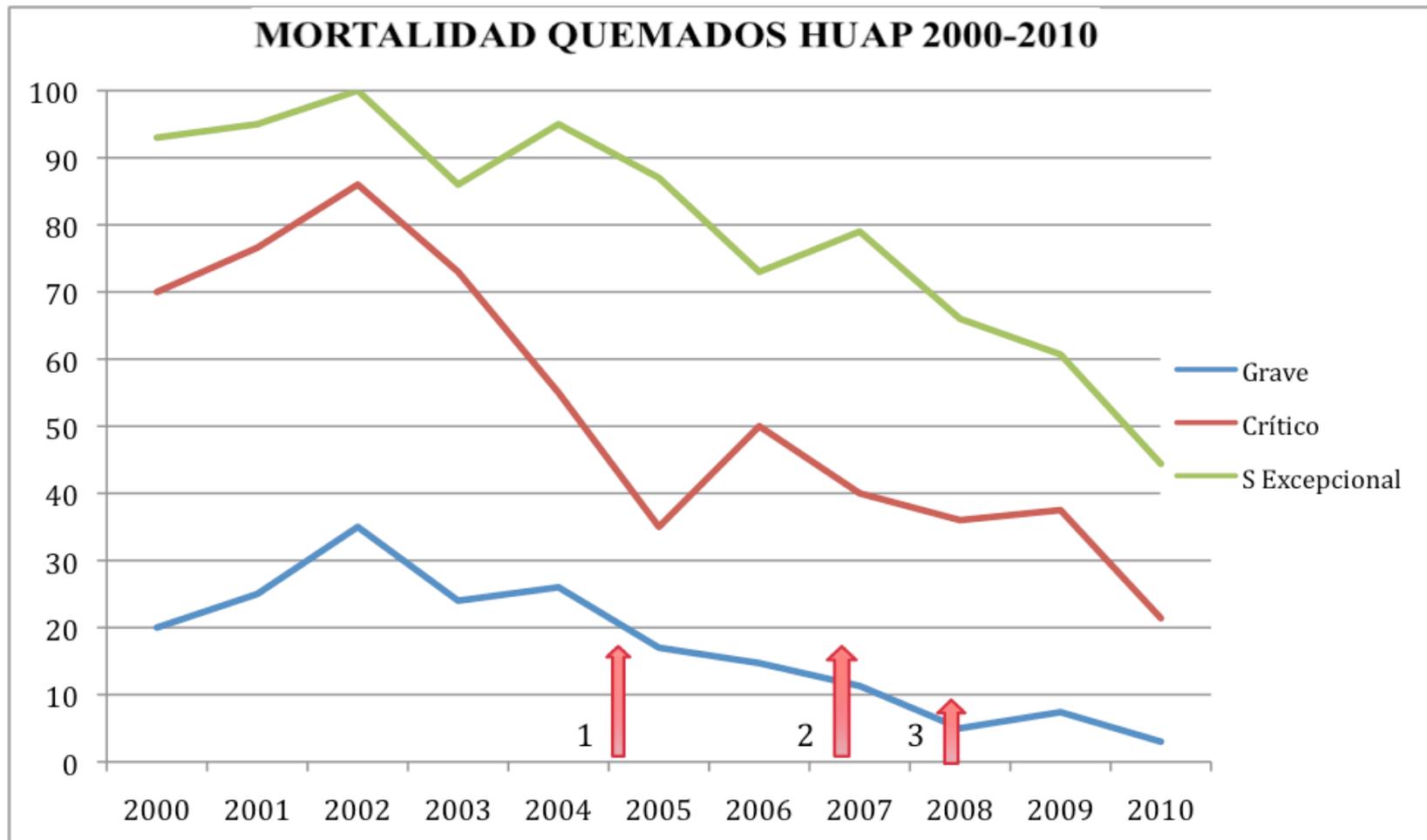


Gran Quemado



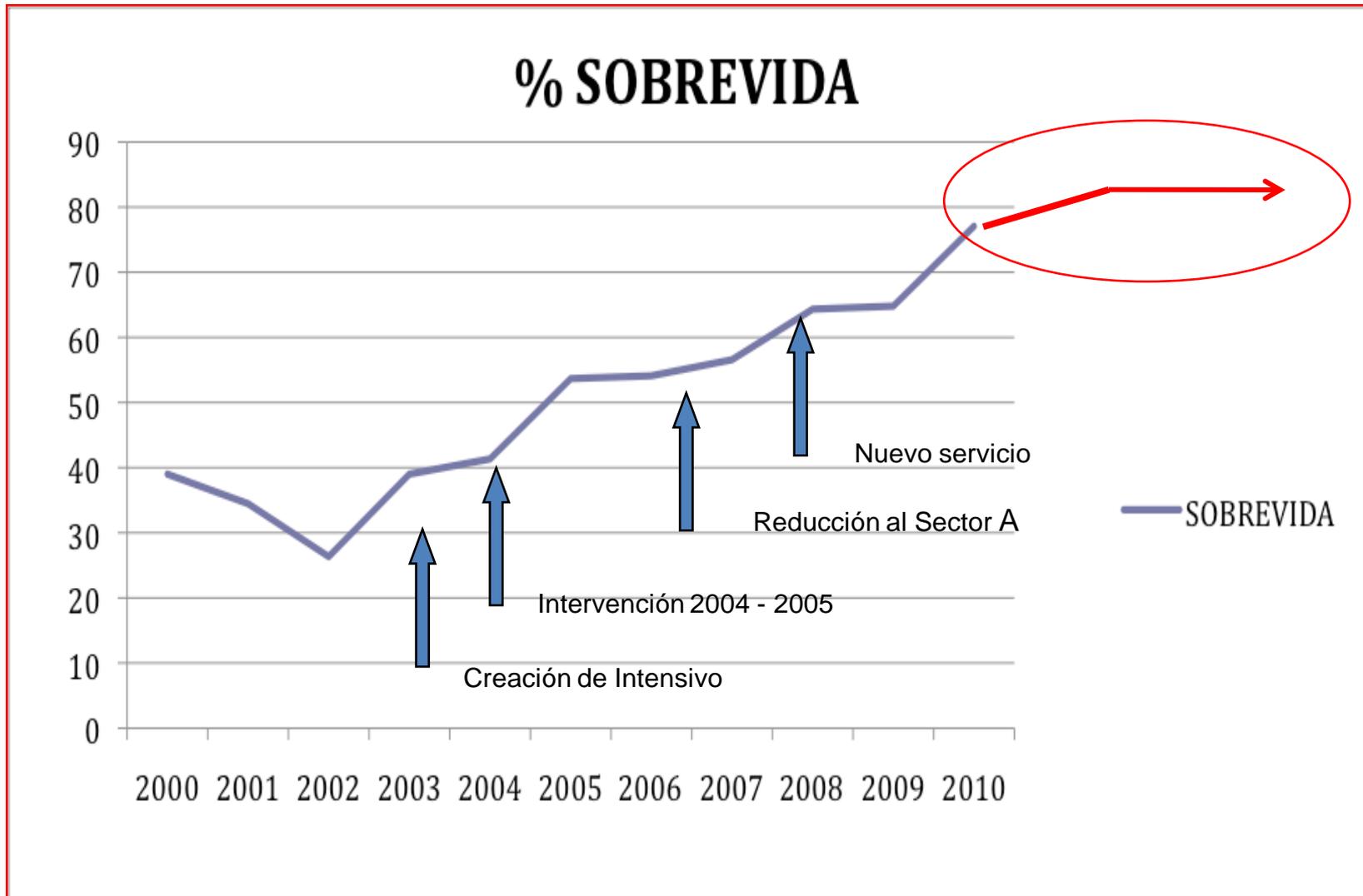
Congreso Chileno de Salud Pública. 2007

Resultados

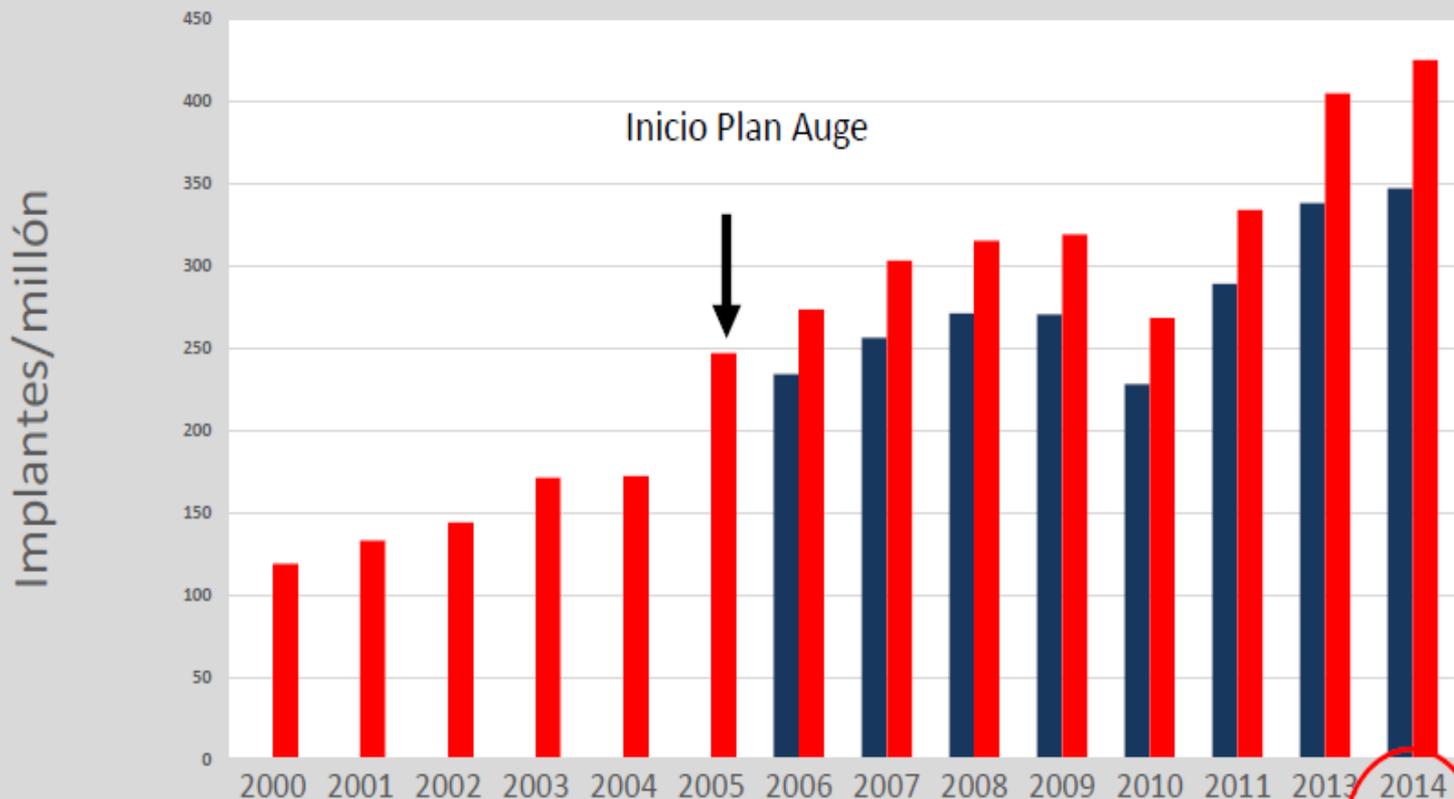


•“Epidemiología del paciente gran quemado adulto en Chile: experiencia del servicio de Quemados del Hospital de la Asistencia Pública de Santiago”. Claudia Albornoz, Jorge Villegas; Verónica Peña, Sandra Whittle. *Rev. Médica de Chile*. 2013, 141: 181/186

Resultados



MINSAL: Implante de Marcapasos por Millón Habitantes



Implantes/millón

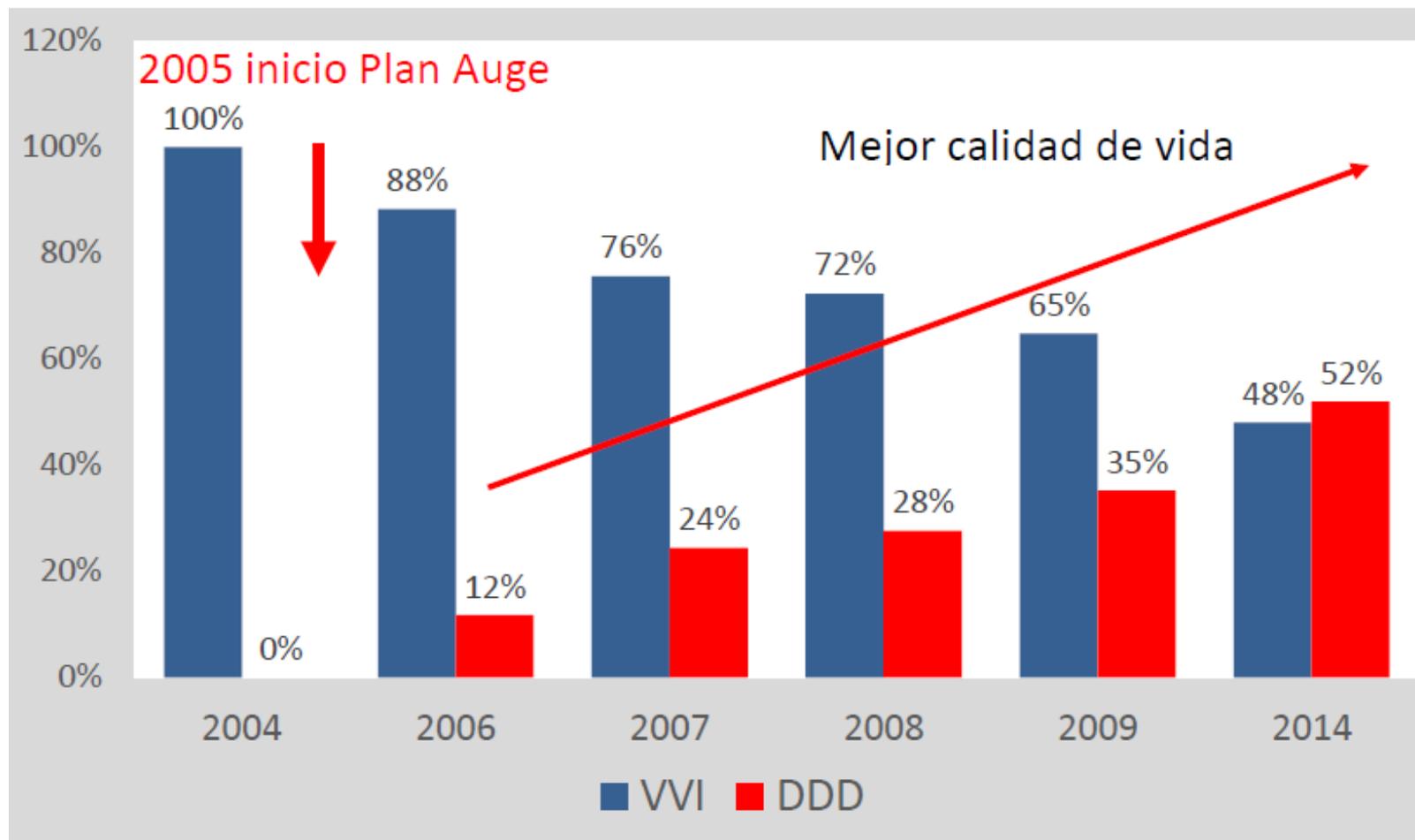
Inicio Plan Auge

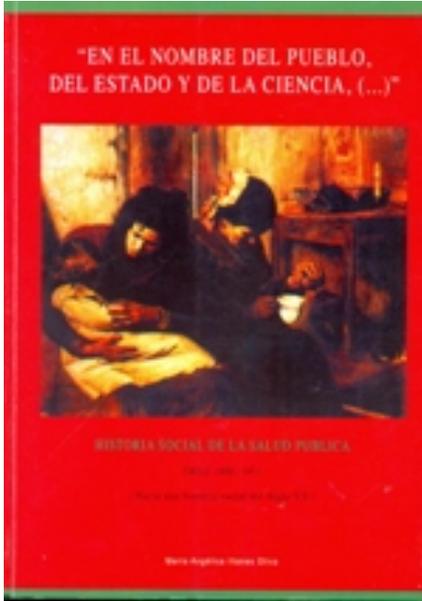
■ Neoimplante

■ Total

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2013	2014
Neoimplante	0	0	0	0	0	0	234	256	271	270	228	289	338	347
Total	119	133	144	171	172	247	273	303	315	319	268	334	405	425

Porcentaje de Marcapasos VVI vrs DDD





LEY N° 18.681

Establece normas complementarias
nanciera, de incidencia presupuestaria
y efectos modifica diversos

(Publicada en el "Diario Oficial" N° 32.958.

La Junta de Gobierno de la República de
al siguiente

ARTICULO 68° Declárase que los beneficios
grama Nacional de Alimentación Complementar
estatal especial financiado con aporte fiscal.

Corresponderá al Ministerio de Salud determi
forman dicho Programa, así como dictar las no

En estas normas y en su aplicación deberá o
a los niños hasta los seis años de edad y a la
puérperas, en riesgo biomédico y de escasos re
de de su situación laboral o previsional o del reg
al cual se encuentran afectos.

LEY N.º 6,547

Autoriza a la "Fundación Consejo de
Defensa del Niño" para emitir has
ta la cantidad de \$ 10.000,000 en
bonos, con el objeto de costear con
su producto la construcción de Cen
tros de Defensa del Niño y demás
establecimientos adecuados para la
ayuda a la infancia desvalida; y dis
pone que anualmente se consultará
en la L...
de \$ 6...
Consejo

(Publicada en el "Diario Oficial" N° 32.958.



Lei núm. 4,054, que declara obligatorio el seguro de enfermedad, invalidez
y accidentes del trabajo

(Esta lei fué promulgada en el Diario Oficial núm. 13,987, de 26 de setiem
bre de 1924)

Lei núm. 4,054.—Por cuanto el Congreso Nacional ha dado su aproba
cion al siguiente

PROYECTO DE LEI:

"Artículo 1.º Declárase obligatorio el seguro de enfermedad, invalidez y
accidentes del trabajo, para toda persona, de cualquiera edad o sexo, que
no tenga otra renta o medio de subsistencia que el sueldo o salario que le
pague su patron, sea éste persona natural o jurídica, y siempre que no ex
ceda de cinco mil pesos anuales, si el asalariado habita en una capital de
provincia, o de tres mil pesos si reside en otra ciudad o lugar. Son tambie
n obligados al seguro los postulantes o aprendices de cualquier trabajo, indus
trial u ocupacion, aunque no tengan sueldo ni salario.



Atrasado \$785.- (IVA incluido)

LEYES, REGLAMENTOS Y DECRETOS DE ORDEN GENERAL

SUMARIO	Tribunal Constitucional	MINISTERIO DE HACIENDA	MINISTERIO DE TRANSPORTES Y TELECOMUNICACIONES
Normas Generales	Proyecto de ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. (Boletín N° 4398-11)..... P.6	Servicio Nacional de Aduanas Dirección Nacional	Subsecretaría de Transportes
PODER LEGISLATIVO			Resolución número 9 exenta.- Modifica resolución N° 2.656 exenta, de 2011, en el sentido que indica..... P.31
MINISTERIO DE SALUD Subsecretaría de Salud Pública	PODER EJECUTIVO	Secretaría Regional Ministerial XV Región de Arica y Parinacota	Resolución número 213 exenta.- Fija frecuencias mínimas y
Lej número 20.584.- Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud P.1	MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Decreto número 141.- Promulga el Convenio entre el Gobierno de la República de Chile y la Orga nización Europea para la Investigación Astronómica en el Hemisferio Austral (ESO) relativo a la instalación del European Extremely Large Telescope P.6		horarios punta urbanos de tránsito de pasajeros en ca.....
			OTRAS E
			Banco Cen
			Tipos de ca de monedas, efectos que se

5 de Noviembre de 187
o el 1 de Marzo de 187





POR TI
NANCY

Disautonomía

CHILE CAMBIA EL ORDEN
FARMACÉUTICOS GRATIS
NO + S

EL ALUGE
ME ABANDONÓ
NO ME DEJA
OPORTUNIDAD DE PAPA
EN TRATAMIENTO
USO DE MEDICAMENTOS
TAMBIÉN GRATIS

EZA:
TUNA

LOS ENFERMOS
TAMBIÉN MARCHAN

FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA EN ELABORACIÓN

- La Comisión Asesora Presidencial recomendó avanzar en la construcción de un sistema de seguridad social de salud para el conjunto de la población, como contexto para el cambio requerido en el sistema privado.
- Los fundamentos de la propuesta son:
 - **Solidaridad** en el financiamiento
 - **Universalidad** del sistema de salud
 - **Integralidad** del sistema con conjuntos amplios y universales de prestaciones, de carácter integral
 - **Libertad de afiliación** y afiliación abierta en la elección de asegurador, no discriminatoria
 - **Seguro de largo plazo** y protección a lo largo del ciclo vital
 - **Evaluación comunitaria** de riesgos, no individual, para la fijación de tarifas y primas
 - **Mecanismos de compra eficientes** entre aseguradores o financiadores y prestadores

PRINCIPALES ELEMENTOS DE LA PROPUESTA EN ELABORACIÓN

- Conjunto estandarizado de Beneficios de Salud (CBS) integral y en lógica de avanzar en Cobertura Universal
- Fondo de Compensación de Riesgos (7%)
- Fin de la cautividad / preexistencias
- Tarifa Plana con Primas Comunitarias
- Fondo Mancomunado Universal (FMU)
- Regulación de la reajustabilidad de precios
- Mayor transparencia en el Sistema
- Incentivos para articulación de Redes y mecanismo de pago más eficientes
- Regulación de los seguros complementarios de salud
- Fortalecimiento de la Superintendencia de Salud en materia de Prestadores

Estructura de Beneficios en ISAPRES

Situación Actual

Seguros de Salud (*)

Beneficios Adicionales
(Cobertura Internacional, Farmacia, Cesantía, etc.)

Plan Complementario de Salud
(Coberturas, prestaciones)

Cobertura Básica MLE Fonasa

GES, Protección Mujer Embarazada-Niño, EMP, SIL, CAE C y Ley Urgencia ()**

Beneficios heterogéneos de acuerdo a capacidad de pago

Plan Básico Actual

Situación Propuesta

Seguros de Salud (*)

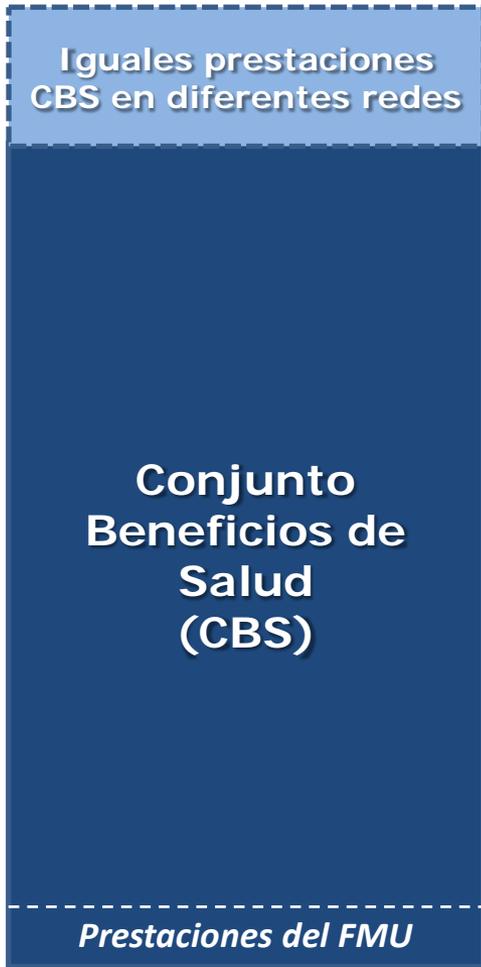
Conjunto Beneficios de Salud (CBS)

Plan Estándar Propuesto

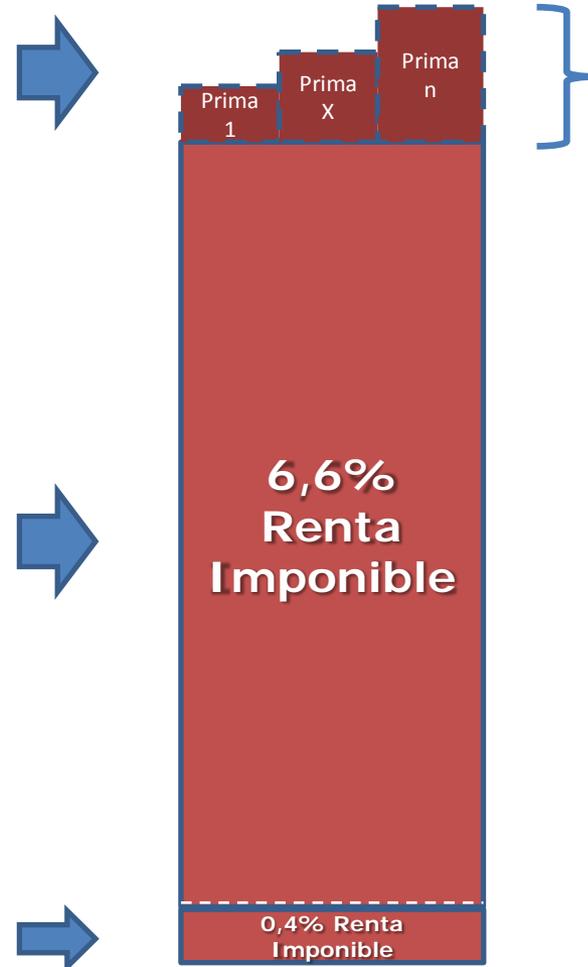
(*) Seguros Extra Isapres (**) Protección financiera

Estructura Financiamiento del CBS

Situación Propuesta



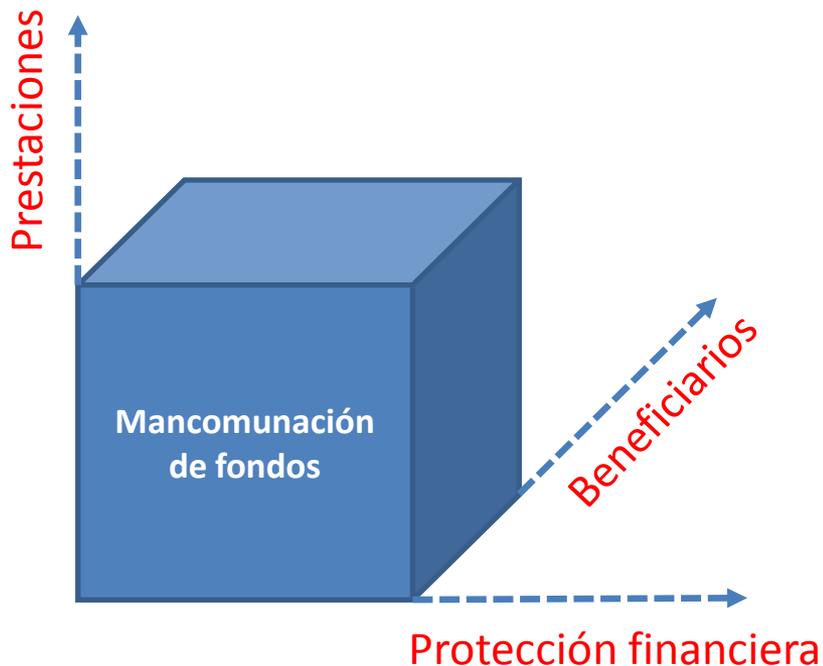
Financiamiento



Redes y libre elección

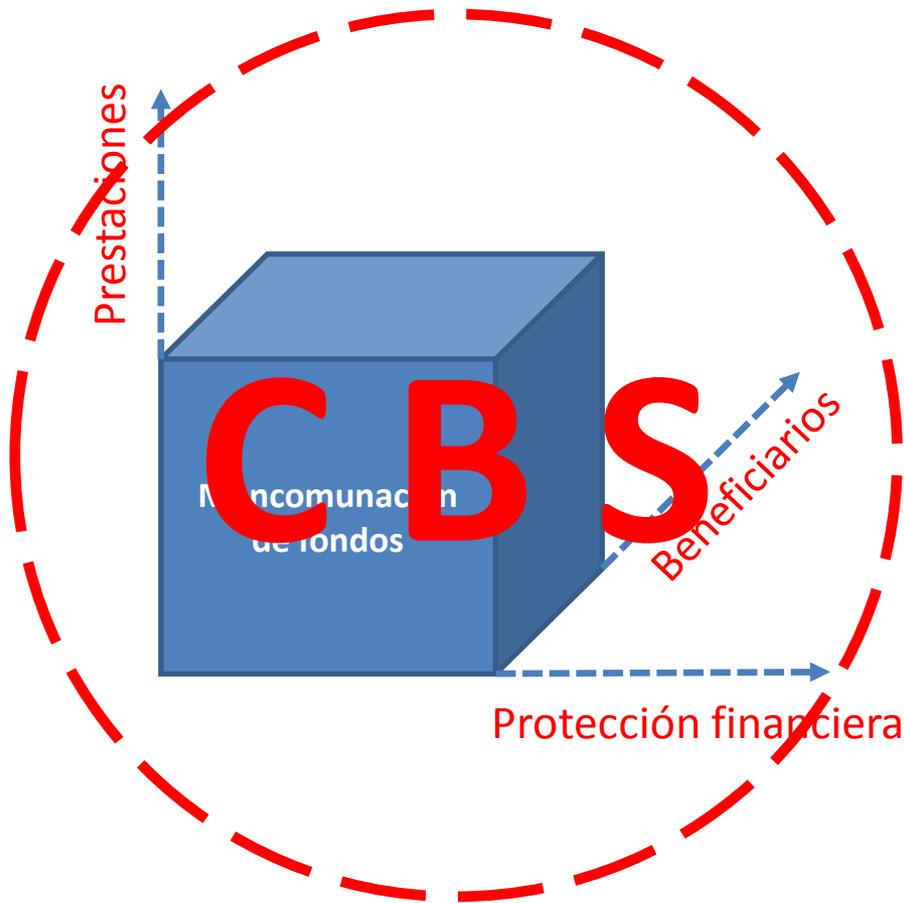
- Prima 1: Igual o superior a cero (0)
- Primas comunitarias (no individuales) por beneficiario
- El pago de una Prima permite elegir una red de prestadores
- Cualquier nivel de Prima asegura la misma estructura de copagos y el mismo tope anual de copagos (stop-loss)
- Todas las redes y Primas permiten acceder a libre elección de prestadores, aunque no será preferente dicha modalidad

Cobertura Universal en Salud (CUS)



- **Chile:** Un sistema de salud dual y segmentado
- Los subsistemas público (FONASA) y privado (ISAPRES) se diferencian en **prestaciones, protección financiera y beneficiarios**
- El camino hacia la cobertura universal en salud requiere avanzar hacia la conformación de un sistema de seguridad social en salud

Implementar un Conjunto de Beneficios en Salud (CBS) es consistente con el avance hacia la Cobertura Universal en Salud (CUS)



- **Prestaciones:** Homogéneas y suficientes de acuerdo a las necesidades de la población
- **Protección financiera:** Copagos estandarizados y mecanismo de tope anual por grupo familiar (stop-loss)
- **Beneficiarios:** Avanzar en la eliminación de la segregación entre diferentes grupos de población por riesgo e ingresos
- **Enfrentar segmentación:** Introducir principios de Seguridad Social en el conjunto del sistema (solidaridad de riesgos e ingresos)

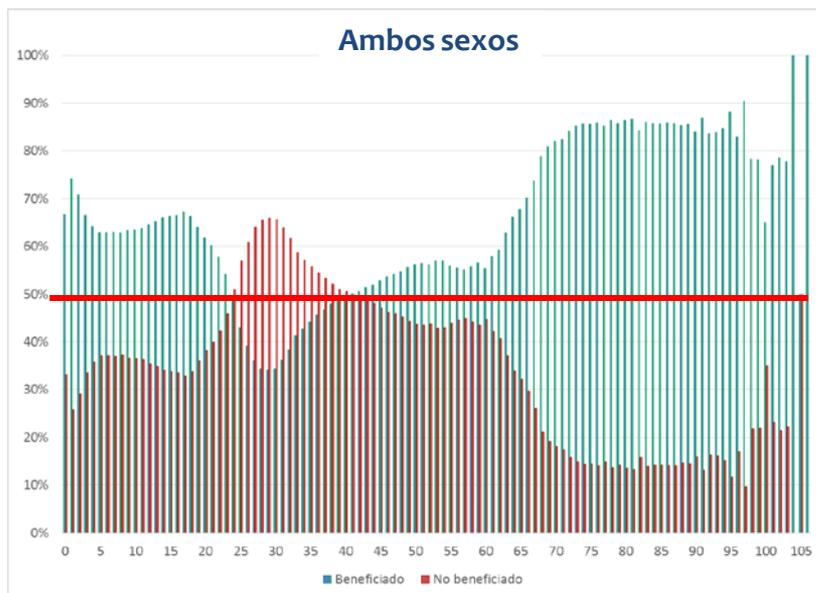
PROPUESTA EN ELABORACIÓN AUMENTA LOS BENEFICIADOS

- La propuesta implica un cambio a la lógica de financiamiento actual del sistema privado de salud
 - Riesgos individuales vs riesgos colectivos (solidaridad y mancomunación)
 - Disociación de la capacidad de pago y la utilización de servicios de salud vs pago de acuerdo a la capacidad de pago y utilización de acuerdo a la necesidad
 - Mantenimiento de un nivel de desembolso asociado a las primas comunitarias y las coberturas financieras homogéneas a lo largo de todo el ciclo de vida
 - Seguridad y certeza a lo largo de la vida, fin a la discriminación
- Se terminan prácticas discriminatorias
 - Fin de la declaración de salud intra ISAPRES y compromiso de eliminarla gradualmente inter-sistemas
 - Término de cautividad
 - Término de alzas unilaterales de precios
 - Término de tabla de factores
- En este contexto:
 - Principales beneficiarios
 - Adultos mayores,
 - Contratos que incluyen niños menores de 2 años,
 - Mujeres en edad fértil,
 - Menores rentas impositivas y mayores cotizaciones adicionales,
 - Personas con mayores riesgos salud

Principales dudas planteadas

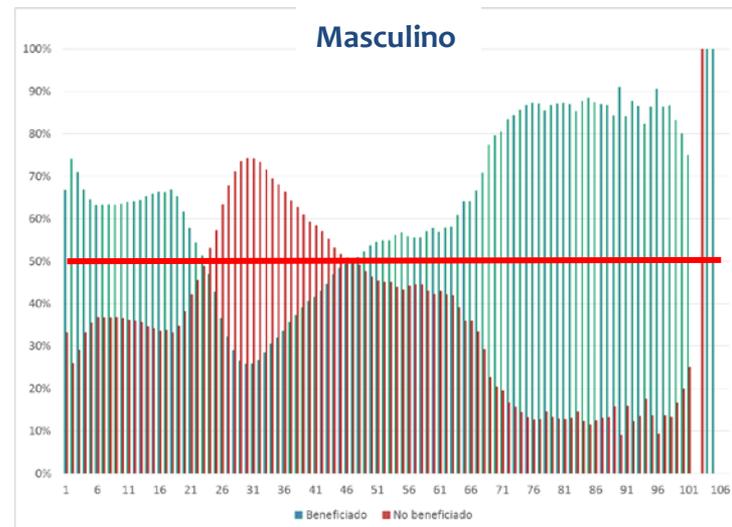
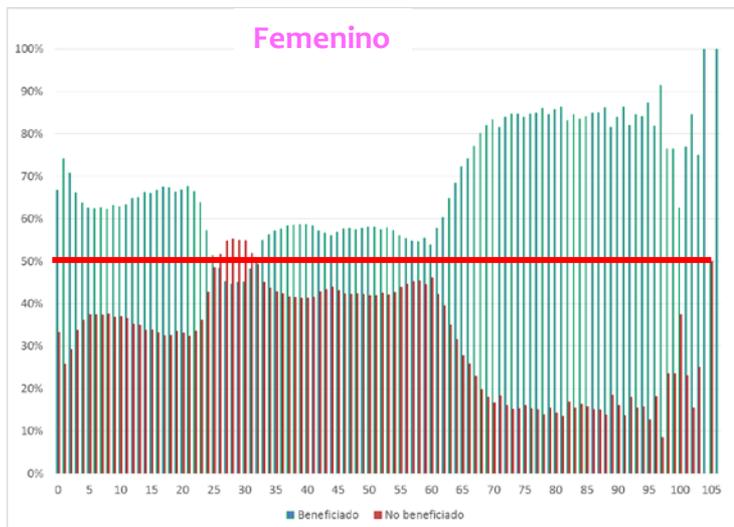
- Declaración de Salud
- Fondo Mancomunado Universal
- Regulación de Alzas y tarifas
- Incentivos para articulación de Redes
- Conformación del CBS
- Selección adversa
- Modernización de FONASA
- Gradualidad

EFFECTOS SIMULADOS EN BENEFICIARIOS DE PROPUESTA EN ELABORACIÓN



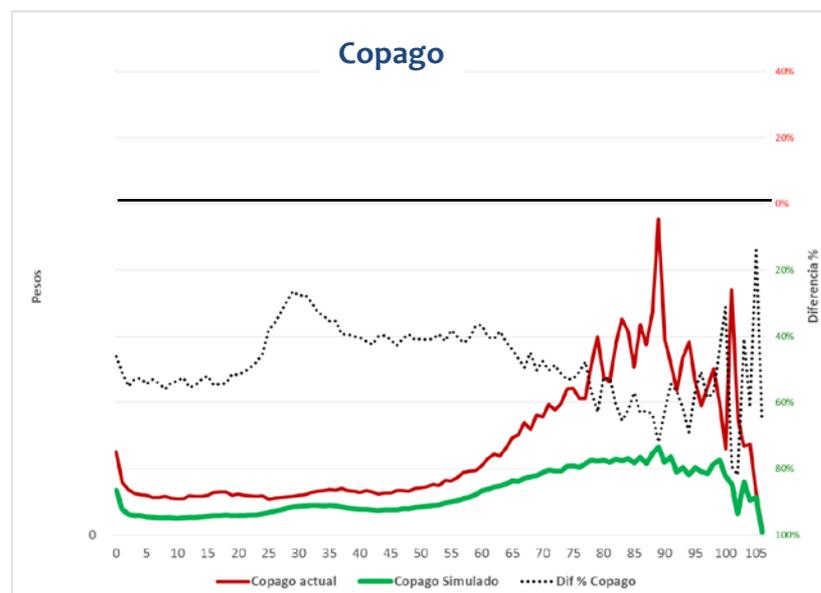
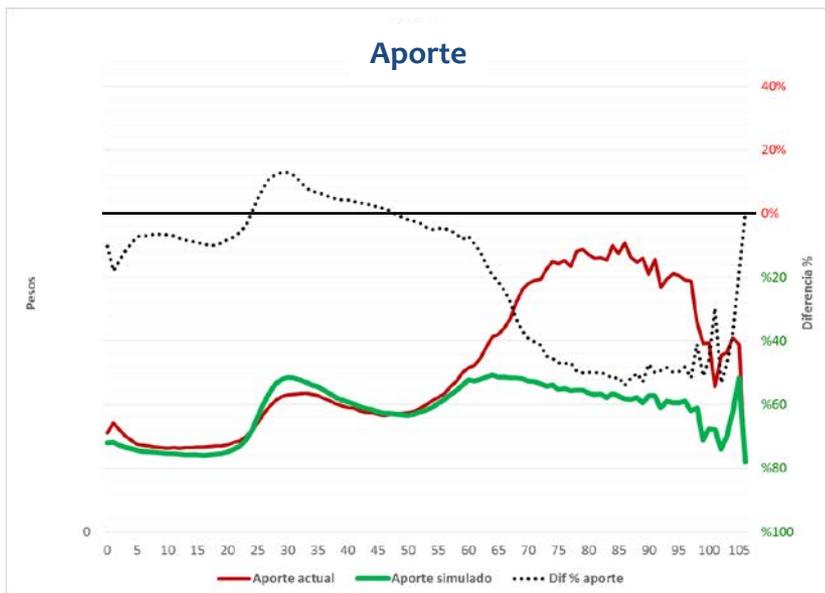
↑ **Verde:** Más de 50% del grupo se beneficia

Rojo: Más del 50% del grupo no se beneficia “instantáneamente”, si en el largo plazo (cuando sean adultos mayores)



Nota: Resultados preliminares.

APORTE – COPAGO – DIFERENCIA (ACTUAL VS. SIMULADO)



Magnitud de la disminución de copagos y aportes (prepagos)



Nota: Cifras mensuales por beneficiario

Nota: Resultados preliminares.







Nuevo presidente de la Asociación de Isapres, Rafael Caviedes, y la reforma a la salud privada:

“Hay que pasar a una lógica más cercana a los principios de la seguridad social”

En su primera entrevista al mando del gremio, propone crear un plan garantizado de salud, cuyo valor sea igual para hombres y mujeres, y un fondo de compensación de riesgo compartido entre isapres y Fonasa.

Síguenos:



Rafael Caviedes: “Hay espacio para llegar a un acuerdo histórico que cambie radicalmente el modelo de salud”

por Iván Weissman

19 agosto 2015



Inicio de las isapres — que debe ser informado a fines de año, por lo que no quiero hacer especulaciones”.

tiene con el trabajo de la comisión asesora. Caviedes dice que la asociación no comparte la visión de largo plazo del grupo de expertos, que proponía que, 10 años después de aprobada la primera reforma, se debería crear un seguro único y estatal.

“Eso significa que a 10 años las isapres no tienen ninguna viabilidad, y por lo tanto no tienen ninguna viabilidad hoy. Eso no tiene ningún sentido y creo que no hay consenso ni en los 3,5 millones de beneficiarios del sistema, ni hay consenso político como para eliminar las isapres y cambiarlas por Fonasa”, dice.

En todo caso, ante cualquier cambio, el nuevo presidente dice que lo primero que se necesita es tener el proyecto de ley en el Congreso, por lo que simplifica al Ejecutivo a enviar pronto

Caviedes dice que isapres deben volver a la asociación

Para concretar los cambios que tendrá el sistema de salud privada, Rafael Caviedes dice que lo más importante es tener una unidad gremial, para lo cual la esencial reincorporación de Masvial y Colmena a la asociación sería primordial.

“En un 99,9% coincidimos con el discurso de Claudio Santander (Masvial) o Gerardo de la Carrera (Colmena). La forma de potenciar eso sería tener un discurso común, en que se genere el diálogo organizacional que cada uno tiene. Lo importante es unir los esfuerzos, de tal forma que se produzcan estos cambios”, dice.



Foto: Agencia

07:56 hrs. Miércoles 30 Septiembre 2015

Sebastián Pavlovic: “Queremos alinear a las Isapres en una lógica de seguridad social”

SEBASTIÁN PAVLOVIC

Buscamos Eliminar Todo lo Que Impide una Adecuada Movilidad de Usuarios de Isapres

Para el Superintendente de Salud, la creciente judicialización de las alzas de precios de los planes de las isapres, es un problema; pero la responsabilidad de este —señala— obedece exclusivamente a cómo las Instituciones de Salud Previsional controlan sus orígenes.



El Superintendente no descarta que el negocio de los seguros complementarios de salud sean a futuro fiscalizados por el organismo que lidera.

de c
dur
tant
año
GE:
mej
reci
estir
los t
-2
ing
pre
ocu

El Superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic, habló con

espera de esas definiciones, porque entre más complejos son los temas, más posibili-

“Necesitamos seguir dialogando y construyendo acuerdos. Podemos centrar más esfuerzos en lo que nos convoca en lugar de sólo mantener disputas respecto de temas donde mantenemos legítimas diferencias.”

Ministro Rodrigo Valdés Pulido
Octubre de 2015





Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

**TODOS
XCHILE!**