

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DESTINADA A
ESTABLECER LAS CAUSAS QUE HAN MOTIVADO LOS
INCUMPLIMIENTOS EN LAS GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD Y
ACCESO AL PLAN AUGE.
52° PERIODO LEGISLATIVO.
355ª LEGISLATURA
SESIÓN 11ª., ORDINARIA, CELEBRADA EN MIÉRCOLES 5 DE
DICIEMBRE DE 2007, DE 10:50 A 12:50 HORAS.**

SUMA.

- Se recibió en audiencia a los Directores de los Servicios de Salud Antofagasta, Metropolitano Occidente y Valdivia; al Director del Complejo Hospitalario San José y al Director del Hospital San Martín de Quillota, a fin de recabar antecedentes para el cumplimiento del cometido de la Comisión.

- Se inició la sesión a las 10:50 horas.

ASISTENCIA.

Presidió el Diputado señor Saffirio Suárez, don Eduardo.

Asistieron los siguientes señores Diputados integrantes de la Comisión: Accorsi Opazo, don Enrique; Forni Lobos, don Marcelo; Lobos Krause, don Juan; Núñez Lozano, don Marco Antonio; Ortiz Novoa, don José Miguel, y Rossi Ciocca, don Fulvio.

Concurrió, además, el Diputado señor De Urresti Longton, don Alfonso.

Asistieron, asimismo, el Director del Servicio de Salud Valdivia, don Joel Arriagada González; la Jefa de la Unidad GES de dicho Servicio, doña Nélide Colín Molina; el Director del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, don Enrique Ayarza Ramírez; la Jefa del Departamento GES del referido Servicio, doña Lei Bahamondes Avilés; el Director del Servicio de Salud Antofagasta, señor Francisco Grisóla Cirera; el Director del Hospital San Martín de Quillota, señor Andrés San Martín Tapia; la Encargada de la Unidad GES de dicho centro hospitalario, doña Kerla Rodríguez Fierro; el Director del Complejo Hospitalario San José, señor Carlos Böttner Arenas, y el asesor del Ministerio de Salud, don Alan Mrugalski Meiser.

Actuó de Secretaria la titular de la Comisión, abogada señora Ana María Skoknic Defilippis, y de abogada ayudante, la señora Ximena Inostroza Dragicevic.

ACTAS.

Las actas de las sesiones 6ª., en comité, y 7ª. y 8ª., ordinarias, se declararon aprobadas por no haber sido objeto de observaciones.

CUENTA.

No hubo.

ORDEN DEL DÍA.

Durante el curso de esta sesión, se recibió en audiencia a los Directores de los Servicios de Salud Antofagasta, Metropolitano Occidente y Valdivia; al Director del Complejo Hospitalario San José y al Director del Hospital San Martín de Quillota, a fin de recabar antecedentes para el cumplimiento del cometido de la Comisión.

Las intervenciones de los señores Diputados y de los invitados a esta sesión constan en un registro de audio, en conformidad con lo dispuesto en el inciso primero del artículo 249 del Reglamento de la Corporación, y en la versión taquigráfica preparada por la Redacción de Sesiones, que ha sido anexado al acta como parte integrante de la misma, en virtud del asentimiento unánime de los miembros de la Comisión.

- Se levantó la sesión a las 12:50 horas.

EDUARDO SAFFIRIO SUÁREZ,
Presidente de la Comisión.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS,
Abogada Secretaria de la Comisión.

**COMISIÓN INVESTIGADORA ENCARGADA DE ESTABLECER LOS
INCUMPLIMIENTOS EN EL ACCESO AL PLAN AUGE**

Sesión 11ª, en miércoles 5 de diciembre de 2007,
de 10.54 a 12.50 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside el diputado señor Eduardo Saffirio.

Asisten los diputados señores Enrique Accorsi, Marcelo Forni, Juan Lobos, Marco Antonio Núñez, José Miguel Ortiz, Fulvio Rossi y Alfonso De Urresti.

Concurren los señores Andrés San Martín Tapia, director del hospital San Martín de Quillota; Carlos Böttner Arenas, director del hospital San José; Joel Arriagada González, director del Servicio de Salud Valdivia; Enrique Ayarza Ramírez, director del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, y Francisco Grisolia Cirera, director del Servicio de Salud Antofagasta.

TEXTO DEL DEBATE

El señor SAFFIRIO (Presidente).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

Las actas de las sesiones 6ª, 7ª y 8ª se dan por aprobadas por no haber sido objeto de observaciones.

Corresponde recibir a los señores directores de los Servicios de Salud Valdivia, Metropolitana Occidente y Antofagasta y a los directores de los hospitales San José y San Martín de Quillota.

Señores diputados, vamos a ofrecer la palabra a cada uno de nuestros invitados y al término de las exposiciones podrán hacer uso de la palabra los diputados para realizar las preguntas, comentarios o aclaraciones que estimen pertinentes.

¿Les parece funcionar en la forma señalada?

Acordado.

Por favor, que ingresen los invitados.

-Los invitados ingresan a la sala de la Comisión.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- En nombre de la Comisión, les doy una cordial bienvenida y les agradezco su presencia.

En primer lugar, les ofreceré la palabra para que se refieran al tema vinculado a la investigación, que es lo que nos interesa, y que se relaciona con el funcionamiento de las garantías de oportunidad y acceso al plan Auge.

Queremos saber qué visión tienen acerca de la marcha del plan y de eventuales problemas que hayan detectado en sus respectivos servicios.

Al término de la última exposición, ofreceré la palabra a los señores diputados para que formulen sus preguntas o pidan alguna aclaración.

Tiene la palabra el señor Joel Arriagada.

El señor ARRIAGADA.- Gracias, señor Presidente.

Saludo a los señores diputados de la Comisión Investigadora de Garantías Explícitas en Salud.

Para nosotros, como servicio, es una muy buena oportunidad para presentar el avance y marcha de la reforma de salud en el área específicamente de las Garantías Explícitas en Salud o GES.

Nuestra institución -el Servicio de Salud Valdivia- corresponde a la nueva Región de Los Ríos.

Tenemos 17 centros de salud, 8 hospitales, tipo 4, de los cuales hay dos en convenio, que son hospitales DFL 36 y administrados por congregaciones religiosas y a los cuales, obviamente, queremos darles un carácter similar a los hospitales administrados por el Estado, ya que atienden a la población beneficiaria pobre en las mismas condiciones.

Tenemos tres bases SAMU, de las cuales la tercera está en instalación, 59 postas –porque se abarca una enorme extensión rural- y un hospital base de alto nivel, centro de referencia regional y suprarregional. En algunas áreas, el hospital regional de Valdivia atiende a 2 millones de personas, correspondientes a la población que va desde la Novena a la Duodécima Regiones en áreas específicas, como trasplantes, cáncer infantil y radioterapias.

La población beneficiaria -en rojo- asciende a 301.648 habitantes mientras que la de la Región de Los Ríos corresponde a 356 mil 396, la cual está dividida en las dos nuevas provincias: Valdivia y Ranco.

Las inversiones que hemos tenido producto del Auge corresponden a 1.033 millones en equipamiento. Hay algunas fotos donde aparece el equipamiento en hospitales de menor complejidad al igual que en hospitales de mayor complejidad. Además, hemos tenido inversiones en estaciones médico-rurales o en postas. La

foto proyectada corresponde a la inauguración de un sillón dental, producto de los recursos GES, para una posta en la comuna de Corral.

Si agregamos las inversiones directas que corresponden a las reformas hay que incluir 2.300 millones en la remodelación y equipamiento de radioterapia. Hay cinco centros de radioterapia en el país y nosotros somos el centro sur austral.

Los equipos priorizados son escáner y mamógrafos, los cuales se están utilizando de una muy buena forma. Tenemos máquinas de anestesia y equipos para cirugías de retina, citoscopio, etcétera. Cada centro de salud de atención primaria cuenta con un ecógrafo de buena resolución o nuevo; el año pasado compramos doce. Tenemos espirómetros y detectores de latidos fetales, porque nos interesa que en cada una de las rondas rurales las matronas cuenten con este detector de latidos fetales para que la calidad de ese control de embarazo sea de buen nivel. Por otra parte, tenemos equipamientos más básicos, que fue necesario renovar en las 59 postas. Todas ellas recibieron inversión el año pasado.

A raíz de la reforma, nuestro servicio ha tenido un aumento importante en sus recursos humanos. Por ejemplo, por la ley N° 18.834, hubo un incremento de 113 cargos, lo que equivale a un 6 por ciento de aumento. En cambio, en la ley médica N° 19.664 hubo un incremento de 41 cargos que, para la base que teníamos de 175, equivale a un aumento de 23 por ciento. Con la ley N° 15.076 de médicos de turno no ha habido aumento.

Ahora, lo interesante es mirar el valor final que corresponde a 66.400 casos ingresados AUGE. El mayor número hasta el 2005 corresponde al ingreso de los pacientes AUGE desde la atención primaria. Si miran el resumen de los años 2002, 2003 y 2004, verán que en este último año hay 2.200 casos ingresados; en cambio, el 2005, hay 41 mil casos que corresponden al ingreso de todos los pacientes hipertensos y diabéticos y es ahí cuando realmente la reforma o el AUGE pasa a ser masiva, poblacional. Ahora, cada uno de estos pacientes

tendrá un seguimiento en base a los datos que nos aporta el sistema informático.

La evolución específica de dos enfermedades claves, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitas, indica que pasaron de alrededor de 26 mil casos a 32 mil en 2007.

Al contrario de lo que se pensaba, al ponerse en práctica el Auge en la atención primaria, los pacientes que antes se perdían porque tenían un control de hipertensión o presión elevada, ahora se van a buscar. El mismo modelo podemos hacer en paralelo con las pacientes sometidas a control por cáncer cérvico uterino, donde la matrona las iba a buscar porque tenían cáncer. Hoy lo mismo está sucediendo con nuestros pacientes que tienen una presión arterial elevada. Por eso ha habido un aumento en el número de casos durante la marcha de la reforma.

El segundo ejemplo de lo que ha significado el Auge en la reforma es el tratamiento dado a los pacientes con infarto agudo al miocardio.

Antes de la reforma había distintos modos de tratar, pero después de ella se instalaron elementos para hacer telediagnóstico. Incluso, fueron instalados en los hospitales en convenio, como en San José de Panguipulli. En consecuencia, a partir de la reforma, el paciente con dolor clásico es evaluado a distancia para ver si corresponde hacerle tratamiento.

Han consultado 5 mil pacientes, de los cuales 152 corresponden a infartos; de éstos, a 58 se les hizo trombolisis en distintos lugares de la provincia, lo cual es un avance. Puedo revisar los datos uno a uno de cada uno de los pacientes ingresados. Los 58 pacientes tratados aparecen con incumplimiento o con retraso. Probablemente ello responda a la marcha del sistema, el cual aún está adecuándose. Pero todos fueron tratados y recibieron oportunamente las indicaciones para su tratamiento.

En cuanto a los reclamos, en el 2005 hay cuatro reclamos GES; en el 2006, hubo 9, y por el sistema Oirs, 14; el 2007 hubo 29 reclamos en total. Hay 8.500 retrasos en las garantías. Al hacer una primera revisión, los retrasos disminuyeron de 7,28 por ciento a 5,28 por ciento. Las causas de esta discordancia están dadas por cambios en algunos decretos. Originalmente teníamos que en casos como el de cáncer testicular, se consideraba quimioterapia o radioterapia, dependiendo de lo que aconsejara el médico, y si no se hacía ninguno de los dos, aparecía como incumplido.

Hemos revisado la lista de todos los casos de cáncer testicular, y los cuatro o cinco que estudiamos en detalle tenían cumplidas las acciones médicas, pero ellas no estaban refrendadas de igual manera en el sistema informático. O sea, éste sería un retraso virtual, por cuanto el paciente sí había sido tratado y, en algunos casos, dado de alta; sin embargo, no estaba la información.

Como es un sistema que está en marcha, cuando hay cien operadores trabajando –ayer, a las 10 de la noche, no había más de cien-, nos llega la información. Pero al haber 1.500 a nivel nacional, obviamente se satura el sistema. Ésa es la razón por la cual aparecen, por ejemplo en Panguipulli, pacientes que fueron diagnosticados con un infarto y con atenciones, pero cuya atención de telemedicina no aparece ligada con el diagnóstico original de infarto.

Hay casos que simplemente desaparecen del sistema.

Otras dificultades corresponden directamente a los servicios de salud.

Indudablemente, en los retrasos, el aumento de la demanda ha significado adecuar nuestros sistemas públicos.

Como servicio de salud Valdivia o Región de los Ríos, hemos aumentado las horas de pabellón, hemos aumentado horas

anestesiastas, pero aún es insuficiente. Además, debemos competir con el sistema privado.

Lo estamos haciendo bien. Hemos conseguido aumentar recursos del sistema privado hacia el público, como en radiología. Pero a pesar de ello, aún falta velocidad. En especialidades como oftalmología también es una causa de retraso en el cumplimiento de las garantías.

También tenemos dificultades en el área administrativa, donde hay problemas para cerrar los IPD, cerrar los casos; nuestros médicos todavía no están totalmente adecuados a este nuevo modelo informático.

Prestamos apoyo técnico en terreno. Nuestra estrategia es descentralizar los registros para que en distintos puntos se puedan ingresar estos datos.

También entregamos talleres de capacitación y monitoreo permanente. Tenemos un equipo de enfermeras y otros profesionales que revisan las listas regularmente y avisan a cada una de las personas cuya garantía está en riesgo.

En cuanto a los fármacos, hemos creado un stock de seguridad, de tal manera que si un establecimiento tiene dificultades se le pueda prestar, para que superen la emergencia.

Además, se han producido mejoras en las coordinaciones de red, adaptación de los flujogramas locales y revisión permanente en lo referente a cada una de las patologías.

Respecto de otras acciones, como servicio tenemos la posibilidad de ir a terreno para hacer, por ejemplo, reducción de listas de espera. El sábado pasado, el doctor Javier León, gastroenterólogo y director del hospital, iba por novena o décima vez a la comuna de Panguipulli a realizar endoscopías en terreno, a fin de que los pacientes no tuvieran que viajar hacia el centro de mayor complejidad. Del mismo

modo, tenemos radiólogos que van a atención primaria para hacer ecografías o a hospitales del área a realizar diagnósticos. Indudablemente, eso nos permite disminuir el tránsito de pacientes.

Asimismo, tenemos convenios con el hospital Padre Hurtado, mediante apoyo del Fonasa, para resolver cardiocirugías y así tener una segunda vía, como asimismo convenios o proyectos con la Universidad Austral. A través de nuestro sistema, hoy tenemos instaladas la urgencia traumatológica y la psiquiátrica en dicho hospital regional, las cuales permiten resolver problemas de la comunidad.

Además, este año hemos comprado más de 53 millones en prestaciones a distintos prestadores. Están en ejecución compras de colecistectomía; fístula, algunas de las cuales no son directamente GES; vicios de refracción, para acortar las listas de espera; consultas de electros, y litotripsias, que se han ido ejecutando con distintos prestadores públicos y algunos privados. Por ejemplo, con la Clínica Alemana, de Valdivia.

Nuestra evaluación es que el sistema nos ha permitido dar un gran salto. Incluso, hoy puedo saber si un paciente que está en control de hipertensión se encuentra en Lago Ranco o si se traslada a la comuna de Río Bueno. Por supuesto, esperamos que a futuro no solo conozcamos adonde se traslada y el tipo de control, sino también las cifras tensionales del paciente en cada uno de los controles que se realiza.

Para nosotros, la reforma ha sido una tremenda inyección de recursos económicos y humanos y, además, nos ha permitido pensar en garantías. A modo de ejemplo, hace algunos días llegó un paciente, que parecía de bastante edad, quien nos dijo que había estado en control por problemas de su cadera. Nos parecía que era un caso de incumplimiento. Al evaluarlo, pudimos observar que él había estado en control hace dos años y medio. Para nuestra sorpresa, no se le había hecho un seguimiento porque no era paciente Auge. Esa es la diferencia. Era un paciente de menor edad, pero estaba en las listas de

espera que no están en control. En cambio, en ningún caso Auge puede pasar eso. Lo que queremos es que ese paciente también ingrese a este modelo y nos permita resolver la situación.

Finalmente, como servicio, queremos agradecer a los profesionales médicos. No habría sido posible operar a 2.200 personas de cataratas en Valdivia si no hubiese habido un compromiso de los médicos oftalmólogos –les rindo un homenaje desde aquí- de la comunidad valdiviana. Ellos depusieron ganar grandes sumas económicas por pacientes que probablemente nunca habrían llegado a sus consultas médicas y, en cambio, optaron por valores muy bajos para operar a alrededor de mil pacientes en el sistema privado en convenio. Hoy, eso nos permite tener operadas a 2.200 personas y decir, casi con absoluta seguridad, que no hay listas de espera en cataratas en la Región de los Ríos.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Gracias, señor Arriagada.

Tiene la palabra el director del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, doctor Enrique Ayarza.

El señor AYARZA.- Señor Presidente, agradezco la invitación.

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente atiende a 16 comunas de la zona poniente de Santiago, cuenta con 34 consultorios de atención primaria, la mayoría administrados por los municipios correspondientes- hay uno sólo que no es administrado por el municipio-, hay siete centros comunitarios de salud familiar, 16 servicios de atención primaria de urgencia, 21 postas rurales, 7 hospitales -San Juan de Dios, Félix Bulnes, Instituto Traumatológico, San José de Melipilla, Talagante, Peñaflo, Curacaví- y el Centro de Referencia Secundaria Salvador Allende de Pudahuel.

Atendemos a una población de casi 1 millón 200 mil habitantes, la gran mayoría beneficiarios del sistema público de salud,

Fonasa. Somos responsables de que esa población pueda acceder adecuada y oportunamente a las atenciones de salud, dentro de las cuales está la situación de las garantías explícitas en salud.

Tenemos 855 mil beneficiarios -18 por ciento de los beneficiarios de la Región Metropolitana-, por lo que somos el segundo servicio con más población y más beneficiarios a nivel del país. En estos años hemos atendido 307.460 casos de garantías AUGE, que corresponde a 7,5 por ciento del total de los casos del país. Aparecen con retrasos 23.518 casos -ésta es la información que presentó el director del Fonasa hace algunos días-, que representa el 7,65 por ciento del total de garantías en el servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Hemos hecho un análisis de cada uno de esos casos, porque hay muestras, estudios, incluso expuestos esta misma comisión, cuya representatividad no es muy exacta, por decirlo de alguna manera. Reitero: hemos hecho un análisis caso a caso y podemos decir que de los 23.518 casos que se presentaban en la salida del sistema de información del Sigges, al corte del 30 de septiembre, 32 por ciento eran efectivamente retrasos, y 15.992 no lo eran. Por lo tanto, no teníamos 7,65 por ciento del total de garantías con retraso, sino que sólo 2,45 por ciento del total de casos atendidos. Eso lo logramos con un trabajo del equipo de gestión del servicio, revisando caso a caso las fichas clínicas, yendo a terreno, trabajando junto con los hospitales, viendo en detalle la situación para poder decir que en realidad sólo tenemos 2,45 por ciento del total de casos con retraso.

¿Dónde se concentran la mayoría de los casos con retraso? 64 por ciento se concentra en la atención primaria y 36 por ciento a nivel de los hospitales, de la atención secundaria, de las especialidades.

¿Cómo se comportan? ¿Cuáles son problemas de acceso y cuáles son problemas de tratamiento? En la atención primaria

los problemas son de tratamiento: 74 por ciento. Sin embargo, cuando se va a ver qué problemas son de tratamiento, aparecen todos estos casos, por ejemplo, de hipertensión arterial, en que 98 por ciento de los casos –por no decir el ciento por ciento- que aparecen con retraso son por problemas de oportunidad en el registro; no se trata de que el Sigges esté malo. La garantía es que en 24 horas se le tiene que dar tratamiento. Si el digitador del consultorio de atención primaria registra después de 24 horas, el Sigges lo informa como incumplimiento de tratamiento, porque el ingreso debe hacerse dentro del plazo de exigencia de la garantía, esto es, dentro de las 24 horas siguientes. No obstante, ese paciente recibió el tratamiento. Así nos pasa con muchos casos. Por eso es que se produce esta diferencia de información y aparece como no cumplido.

No es así; está cumplido. Pero hay un problema de la oportunidad del registro que hace que aparezcan muchos más incumplimiento de los que realmente hay, al grado de que si uno hace un corte podría decirse que hay un porcentaje importante de casos de garantías que no están registrados. ¿Eso quiere decir que no se están registrando todas las garantías? No. Si uno hace un corte, se encuentra con que algunos de esos casos aparecerán registrados algunos días después.

Por tanto, no es que no se registren los casos de garantía, sino que se registran con retraso. Ahí tenemos problemas, y serios, debido a las dificultades de oportunidad del registro, situación que se da muy claramente en la atención primaria. Ese 74 por ciento de problemas de tratamiento son, fundamentalmente, de registro.

En los hospitales los retrasos más frecuentes se refieren a casos de diagnóstico. Eso tiene que ver, por una parte, con falta de registro y, por otra, con problemas de oportunidad de acceso a especialistas. Ahí se da de todo. La cantidad de problemas es más cercana en los hospitales que en la atención primaria. En la atención primaria se da más esta situación de problema de registro que en los

hospitales. Sin embargo, ahí también tenemos problemas de oportunidad de acceso a especialistas. Así, por ejemplo, si la atención primaria deriva a un paciente por una sospecha de cataratas que requeriría un operación, tiene que ser visto por un oftalmólogo, y el acceso a ese oftalmólogo, que debe confirmar o descartar el diagnóstico de cataratas para que se pueda hacer uso de la otra garantía, que es la del tratamiento quirúrgico, a veces se demora, con lo cual se producen incumplimientos. Nuestro mayor porcentaje de incumplimientos está radicado ahí. A principios de este año el 70 por ciento de los incumplimientos en hospital se debían a eso.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- ¿Retraso o incumplimiento? Son términos distintos. Quisiera que hubiera precisión en eso, porque, de lo contrario, seguimos confundiendo el debate.

El señor AYARZA.- Ése es un tema central en el debate.

La ley establece que incumplimiento es un retraso reclamado por la población. Cuando uno tiene que brindar la garantía en un determinado plazo de oportunidad y no da la prestación en el tiempo indicado, se produce un retraso. Hay veces en que la prestación de todas maneras se da, pero en un plazo posterior, pues no siempre logramos cumplir dentro de los 30 días, como establece la garantía, sino que después, a los 35 días, por ejemplo. En esos casos hubo retraso, pero se dio la prestación. Ahora, si ese paciente reclama por el retraso, según la ley estamos frente a un caso de incumplimiento. Creo que eso es bien importante, porque demarca el criterio de la definición.

Ahora bien, les decía que hace algunos meses nuestro principal problema era el de las cataratas; hoy es el incumplimiento con retraso. Efectivamente, se trata de retrasos, porque no son sólo problemas de registro en el Sigges. Otros problemas de salud con retraso son: confirmación del diagnóstico de cataratas, el acceso al especialista que confirma o rechaza si se trata de un caso de esa patología; los vicios de refracción, que es un tema muy importante, que requiere mucho de especialistas oftalmólogos, lo que nos genera

problemas; la cirugía de vesícula, que ha ido aumentando en los últimos meses, y la cirugía de cataratas.

Ante esta situación, hemos tomado varias medidas para prevenir los retrasos efectivos, porque nos interesa cumplir con la garantía.

Hemos implementado atención por especialistas mediante médicos consultores de llamadas, para que puedan hacer más consultas, cirugías y procedimientos. Por lo tanto, desde la atención institucional podemos implementar cirugías fuera de horario, de manera de poder cumplir de mejor forma. La ley médica nos otorga herramientas para reforzar la producción y realizar atenciones fuera de horario con los mismos médicos que trabajan en horario institucional, a través de un incentivo de pago acorde con el mercado, pero bajo la condición de que no sólo no disminuya la cantidad de atenciones que se hacen en el horario institucional, sino que, además, de aumentarlas.

Otra medida que hemos adoptado es recurrir al apoyo de otros prestadores públicos, de otras redes, como los hospitales Padre Hurtado, Roberto Del Río y otros hospitales de la red que nos apoyan dentro de la Región Metropolitana. También hemos recurrido a la compra directa de prestaciones a privados también, tales como ecografías, ecocardiografías, endoscopías. Si nosotros necesitamos dar la prestación y no la podemos brindar dentro de nuestros prestadores del sector público, acudimos a comprar la prestación en el ámbito privado y en eso no nos demoramos porque lo que queremos es cumplir con la garantía, esto es con la necesidad de resolver los problemas de salud de la gente.

Ahora, compramos prestaciones a privados mediante licitaciones a través de ChileCompra. Ahí está la confirmación diagnóstica de cataratas que hemos comprado bastante, al igual que cirugías de cataratas, confirmación diagnóstica y vicios de refracción, por montos de casi 60 millones de pesos este año. Uso de convenios marco Fonasa para radioterapia, para accesos vasculares, camas

psiquiátricas, camas psiquiátricas, camas UCI de neonatología, hemodiálisis, por montos de casi 300 millones de pesos este año. El total de compras en servicios en este año es de 339 millones de pesos y si tenemos que comprar más para poder resolver los problemas de la gente, lo vamos hacer.

Hemos reorganizado el servicio poniendo encargados de GES, monitoriando el Sigges en la dirección de servicio de los establecimientos. También hemos establecido jornadas de capacitación para dar garantías a profesionales y administrativos en todos los hospitales y de atención primaria. Hemos capacitado en el uso de esta herramienta de registro, el Sigges, a administrativos y digitadores, y hemos implementado flujogramas de procesos clínicos y administrativos para todos los problemas de salud que están garantizados. Además, hemos realizado auditorías a establecimientos hospitalarios. Estamos gestionando la situación y, en verdad, hemos tenido mejoras muy significativas y sustanciales en forma progresiva. Éste ha sido un aprendizaje de todos y no ha sido para nada fácil. Ha sido una tremenda carga de trabajo, una tremenda dificultad en lograr un estándar de atención y oportunidad que antes no teníamos. Y esto ha significado un tremendo esfuerzo de todos los equipos de salud.

Hemos aumentado las cataratas en el último tiempo. El 2003, en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente hacíamos 429 cirugías de cataratas y hoy ha aumentado en la forma que se aprecia en la imagen proyectada. Y a pesar de haber aumentado más de 500 por ciento, es donde hemos tenido más problemas. Por eso hemos estado comprando servicios afuera, porque había una gran cantidad de gente con cataratas que no había demandado. Había un gran stock rezagado. Estamos resolviendo ese stock y luego vamos a llegar –en Valdivia ya llegaron- a la situación de los casos nuevos que se van dando cada año. En Valdivia ya llegaron resolver problemas que tenían durante muchos en que los abuelitos no consultaban, y no lo hacían porque no esperaban que les resolvieran el problema.

Hemos aumentado las atenciones de vicios de refracción. Hay una gran cantidad de prestaciones, a pesar de que son justamente los temas en que tenemos más problemas. Hemos aumentado las cirugías de colecistectomía y la cantidad de recursos humanos que tenemos para poder resolver esto en 12,2 por ciento de las horas médicas semanales que tenemos. Hemos aumentado los montos de inversión en equipamiento para resolver estos problemas. Se han debido hacer inversiones importantes para resolver las necesidades de la población, en esos números que ustedes pueden apreciar en la proyección. Ha aumentado el presupuesto de GES, de garantías, para resolverla a través de los PPV.

Con respecto a la distribución de reclamos, debo decir que nosotros también tenemos hartos reclamos. Este año se han producido 4.007 reclamos; sin embargo, no todos son Auge. De ellos, sólo 324 corresponden a reclamos GES, que equivale al 8,09 por ciento. Principalmente, se trata de reclamos que surgen de la atención en los hospitales. Algunos apuntan a las garantías de acceso, a la satisfacción usuaria, garantía de oportunidades, garantías financieras, principalmente centrado en garantía de oportunidad, como pueden apreciar. Desde enero a noviembre de 2007 se han recepcionado un total de 4.007 reclamos. Del total de reclamos GES, el 81,5 por ciento ya fue resuelto.

Y el 18,5 –es decir, 60- está en proceso de resolución y de estos 60, 12 son de octubre y 48 de noviembre. O sea, están en proceso de resolución porque son de los últimos días. Si se considera la totalidad de casos GES atendidos por el servicio occidente, es posible evidenciar que por cada 1.000 casos se presenta un reclamo.

Bueno, queremos continuar avanzando con la implementación de la reforma. Tenemos algunos desafíos planteados para el próximo año que recogen algunos de los temas que hemos ido planteando. Primero, continuar fortaleciendo la red asistencial para dar

respuesta, en forma oportuna y adecuada, a las necesidades de nuestra población y avanzar en la disminución de las desigualdades.

Esta reforma está muy enfocada a los problemas reales y profundos de nuestra población: las grandes desigualdades que aún tenemos.

Queremos avanzar en la implementación de procesos que aseguren una mejor calidad técnica clínica y no olvidar que el próximo año el tema central de la reforma va a ser el tema de la calidad. Además, se nos viene encima todo el tema de la acreditación.

Vamos a dar un paso en la implementación progresiva de la reforma, que tiene que ver con temas de calidad, que serán los del próximo año. Vamos a reforzar la política de salud amable, acogedora y orientada a mejorar la satisfacción de los usuarios. Podemos cumplir con la garantía, pero si la gente no se siente bien atendida, bien acogida, no avanzamos mucho. Debemos seguir trabajando para cumplir con la totalidad de la garantía GES.

He demostrado que son muchos menos los incumplimientos, porque tienen reclamos, que los que aparecen en el Sigges y lo que muestra Fonasa. Sin embargo, tenemos problemas, por lo que tenemos que esforzarnos para cumplir con el ciento por ciento de la oportunidad que se nos exige. Ése es un desafío que tenemos y no vamos a claudicar en él.

El enfoque de esta reforma está, desde el punto de vista sanitario, en generar impacto sanitario. Hemos tenido grandes impactos en Chile. Los primeros GES en Chile son de 1952. Seguramente, uno podría decir que el primer GES fue garantizar la atención profesional del parto y el tratamiento para todos de la tuberculosis. Eso generó grandes impactos sanitarios.

Hoy es noticia en el diario si hay un parto que no es atendido por un profesional; además, si es atendido en una comisaría, es bien atendido.

Hay temas en el GES para generar impactos sanitarios que sean noticias en el diario en algunos años más si se nos muere una mujer por cáncer cérvico uterino. En Chile sigue muriendo gente por cáncer cérvico uterino, y por eso, está el Auge: para que no mueran más personas. Y debería ser noticia en el diario en algunos años más si se nos muere alguna. Eso buscamos con esta reforma: garantizar que esa gente que hoy muere por cáncer cérvico uterino, no muera.

¿Qué es lo central de esta reforma?

Esta reforma es de última generación y apunta a algo que, en general, las reformas de las políticas públicas en nuestra sociedad y en las Américas no han apuntado: a una situación de derechos.

¿Qué esperamos y cuál es nuestro gran desafío? Que nuestra población se pueda empoderar y asuma un rol mucho más activo en el cumplimiento de sus derechos, que nuestra población pueda exigir el derecho a tener un acceso adecuado, oportuno, de calidad y con la cobertura financiera que le garantiza el Auge. Hemos tenido tremendos avances en esto, pero han sido difíciles, porque es una tremenda exigencia para el equipo de salud poder cumplir con el nivel de garantías que se le está entregando a la población.

Estamos muy orgullosos de implementar esta reforma con las dificultades que tenemos, pero con la esperanza de que podamos seguir en la vía de superarlas, para darle la mejor atención a nuestra población.

Muchas gracias.

El señor ORTIZ (Presidente accidental).- Muchas gracias, doctor Ayarza.

Tiene la palabra, hasta por diez minutos, el señor director del Servicio de Salud de Antofagasta, don Francisco Grisolia.

El señor GRISOLÍA.- Señor Presidente, el Servicio de Salud de Antofagasta corresponde a la II Región, que se caracteriza por ser una zona desértica, con baja densidad poblacional -apenas 3,9 habitantes por kilómetro cuadrado-, baja ruralidad -de 2,4 por ciento, correspondiente básicamente a pueblos originarios de la precordillera de Calama-, y por tener la más baja afiliación a Fonasa, ya que tenemos gran presencia de Isapres y una red privada muy desarrollada.

Nuestra red asistencial está constituida por un hospital tipo I, el Hospital Regional de Antofagasta, referente suprarregional en algunas patologías; un hospital tipo II en la ciudad de Calama; un hospital tipo III en Tocopilla, hoy bastante maltrecho con el terremoto; dos hospitales tipo IV, en Mejillones y Taltal; más de 9 consultorios urbanos, consultorios rurales y una serie de postas y estaciones médico-rurales.

La principal dificultad que tenemos es la gran distancia entre un centro y otro, lo que significa problemas para el desplazamiento y nos obliga a concentrar, en distintos puntos de la red, desarrollos mayores que el esperado para el nivel de complejidad.

En un comienzo desarrollamos una serie de actividades educativas para difundir la reforma a través de distintos servicios públicos: Seremías, INP, Sernac, Sernam, etcétera. También lo hicimos con referentes privados: campamentos mineros y empresas contratistas, con el fin de que amplifiquen a su vez la información.

Tenemos participación activa en distintas plazas ciudadanas de la Región, por lo menos tres veces al año.

Hemos distribuido entre todos los funcionarios de nuestra red los cuadernos Auge con información suficiente. A la población le hemos entregado más de 4.800 trípticos informativos.

Además, ha habido participación de funcionarios en programas de televisión a nivel local, con una cobertura aproximada del 80 por ciento de la población.

Ése ha sido nuestro trabajo relativo a las actividades educativas y de difusión de la reforma de salud.

Respecto de las garantías GES, lo acumulado desde 2005 a 2007 para la Segunda Región corresponde a 93.082 garantías.

En un reporte Sigges al 30 de septiembre -según información que entregó el director de Fonasa-, aparecen 5.782 retrasos, que representan 6,21 por ciento, un poco por debajo de la medida nacional, que es de 7,43.

Posteriormente, al revisar esos retrasos, nos encontramos con que ya estaban resueltos 1.327 casos, pero no registrados.

Además, existían problemas de sistema y registro que representan el 28,6 por ciento, con 1.793 casos. Si descontamos eso nos queda que las garantías retrasadas efectivas ascienden a 2.662.

El 80,54 de la cifra real de garantías retrasadas, vale decir 2.144, corresponde a problemas de salud de oftalmología, principalmente cataratas y vicios de refracción.

Una de las mayores dificultades para dar cumplimiento al problema de las cataratas es la falta de especialistas interesados en trabajar en el sector público, por lo que lo hemos resuelto a través de compras por convenio marco del Fonasa, a través del cual estamos haciendo compras directas a través de publicaciones en ChileCompra. También lo hacemos respecto de otros servicios que no están en el convenio marco, en condiciones ventajosas porque utilizamos nuestra infraestructura; es decir, solicitamos solamente el servicio profesional utilizando la infraestructura del establecimiento en los horarios normales, optimizando los recursos de manera importante.

En estos momentos ya tenemos comprados, por ese mecanismo, 150 servicios de cirugía de cataratas, y 300 más están en proceso de licitación. Esperamos aumentar ese porcentaje el próximo año.

Respecto de los reclamos GES, desde 2005 a la fecha han ingresado 216 reclamos, de los cuales 180 corresponden a problemas GES. Al 30 de septiembre estos problemas se han ido resolviendo en un tiempo promedio de 10,6 días corridos promedio. Si fueran hábiles, sería de 7,3 días, tiempo estimado como bastante adecuado.

El 74,34 por ciento de los reclamos corresponden a problemas de continuidad y mayor frecuencia. Al respecto, tenemos un problema real de retrasos referido a cataratas, tanto en 2006 como en 2007.

Los mecanismos de control establecidos para tratar de evitar los retrasos están referidos a tres aspectos. Un flujo de control, que básicamente consiste que a través de los reportes de garantía, el encargado se los hace llegar al servicio clínico respectivo y, dependiendo del problema de salud, dichos servicios lo resuelven. En caso de no poder hacerlo, intervenimos ya sea a través de la compra de servicios por el directorio de compras de Fonasa o a través de una compra directa del servicio, hecha por el Servicio de Salud o el Hospital Base donde corresponda.

El otro punto es la capacitación continua de los digitadores y el monitoreo de registro a través de los reportes de Sigges, que son usados con el resto de la información disponible para asegurar los registros y la información. Por ejemplo, respecto de salas de pabellón o egresos hospitalarios, hemos desarrollado un sistema en la región que nos ha permitido lidiar con las distancias a través de la plataforma web, que conecta a los consultorios con los establecimientos de mayor complejidad. Esto ha permitido que la gente pueda directamente pedir hora en el hospital regional. Además, ello permite capturar la información de las solicitudes hechas interconsulta entre los diversos niveles. Ahí tenemos un aporte de información muy valiosa que nos permite detectar cuándo tenemos algún problema.

Contrariamente a lo que uno podría pensar, el impacto del Auge no ha dañado las patologías no Auge que no tienen cobertura. Las transferencias financieras relativas a pagos por prestaciones valoradas y asociadas, entre 2005 y 2007, se han triplicado de 970 millones a 3 mil millones. También ha habido un incremento en la modalidad de atención institucional y en los pagos por prestaciones valoradas que no tienen garantía Auge.

También ha habido importantes equipamientos. Entre 2005 y 2007, y solamente asociados al cumplimiento de patologías Auge, los montos de inversión han significado cerca de 900 millones de pesos. La inversión total en servicio y equipamiento asciende a 6.800 millones de pesos en estos 3 años, sin considerar las inversiones hechas en infraestructura y equipamiento de la misma, que también significan un monto importante. Estas grandes e importantes inversiones están dirigidas exclusivamente a asegurar la capacidad del servicio para cumplir con las garantías de Auge.

Desde 2004 a la fecha, hemos tenido un incremento en recursos humanos, tanto en cargos de la ley 18.834 para funcionarios no médicos, como en la cantidad de horas médicas disponibles.

El impacto más importante que hemos tenido se refiere, más que a temas de financiamiento o recursos, al desarrollo de equipos de salud en todo el servicio. Un ejemplo paradigmático es lo que ocurre con el servicio de traumatología del hospital. El mejoramiento en los procesos, en la gestión, en equipamiento, ha permitido desarrollar una capacidad de trabajo que no sólo ha dado respuesta a las prótesis de caderas de mayores de 65 años, sino que, además, una cantidad importante de demanda de menores de 65 años. Hoy no tenemos lista de espera en prótesis de cadera, recambio de prótesis.

El impacto más positivo que podemos observar en satisfacer la demanda de la población está en el desarrollo de equipos de trabajo, con amplia capacidad y un gran compromiso de trabajo.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el director del Complejo Hospitalario San José, señor Carlos Böttner.

El señor BÖTTNER.- Señor Presidente, agradezco la invitación a exponer en esta Comisión.

La población beneficiaria del Complejo Hospitalario San José es de 475 mil adultos. Solamente me voy a remitir a la información del complejo hospitalario San José, dejando de lado el Servicio Metropolitano Norte, el hospital Roberto del Río y el Instituto Nacional del Cáncer.

En 2006, nuestra población beneficiaria adulta era de 475.507 personas; las consultas médicas fueron 193.428 y, entre otros, se atendieron 8.346 partos.

Somos macrored en cardiopatía congénita prenatal para las regiones Primera, Tercera, Cuarta y Sexta, en el sentido de que si detecta una malformación durante la gestación, se envía a la embarazada al hospital San José para que el parto sea asistido en mejores condiciones, dado que es más barato trasladar a una mujer encinta que con el recién nacido. También, somos macrored en escoliosis del adulto en las regiones Tercera, Cuarta, Quinta y Séptima; en retinopatía del prematuro, para la Quinta Región, el SSMO y el SSMC; y en el estudio electrofisiológico, que indica si el paciente va a requerir marcapasos, para las regiones Primera, Segunda, Tercera, Cuarta, Quinta y el SSMC.

Además, somos referente nacional en hemofilia del adulto y en el distress respiratorio del recién nacido, en el tratamiento con óxido nítrico.

En 2005, de 25 patologías que se incorporaron, el Complejo Hospitalario San José se hizo cargo de 20, que equivalen al 80 por ciento; el 2006 de 40 patologías se hizo cargo de 32, correspondiente al 80 por ciento, y en 2007, de 56 patologías se encargó de 43, esto es, el 77 por ciento.

Para lo anterior, se requirió de un importante aporte del recurso humano para llevar a cabo las GES, dado que ha significado una tremenda carga administrativa.

En cuanto a los recursos que han ingresado desde 2005 al 2007 para la compra de equipos, por ejemplo, en 2006, el 80 por ciento de los 316.473.140 pesos correspondió al nuevo escáner del Complejo Hospitalario San José.

Respecto de los casos atendidos, en 2006 fueron 7.356 casos, y en 2007, a la fecha llevamos 9.014 casos atendidos. En promedio, las prestaciones por casos son de 2,6, aunque de acuerdo a las garantías deberían ser 3, pero hay pacientes que pasan directamente a tratamiento o a seguimiento.

Ahora bien, quiero recalcar que durante el 2007 se han ingresado un total de 35.449 actividades en Sigges, para que vean la carga que significa esto. Habíamos tenido muchos problemas, pero desde julio de 2007 se ha observado una estabilización de la plataforma Sigges.

Sobre las fiscalizaciones, trabajamos con un importante compromiso de los profesionales en lo público. Por tanto, debemos ser cautelosos en estas cosas. En ese sentido, hemos tenido fiscalizaciones de la Superintendencia de Salud y del Fonasa y, desgraciadamente, la Superintendencia fiscalizó 4 casos de IAM, de un total de 2.248; 4 casos de endoprótesis de cadera, de un total de 36; 5 casos de trastornos de conducción de un total de 140, y 4 casos de accidentes vasculares isquémicos de un total de 170. Por lo tanto, me preocupan las conclusiones a que llegaron con esa metodología respecto de lo que significa el total de pacientes atendidos.

En cuanto a los retrasos, que llamamos retrasos virtuales, dado que si bien los pacientes han sido atendidos, no están dentro del sistema, por diferentes razones. Estos casos corresponden a subnotificación de registros en Sigges y/o errores en la digitación.

Actualmente, se está realizando una revisión de 2.800 casos, con el objeto de solucionar esta situación en Sigges. Muchos de estos corresponden a errores en la plantilla IAM hasta julio de 2007. Estamos digitando estos casos que, si bien es cierto fueron atendidos, figuran como incumplidos.

Sin atención, durante 2007, hay 500 casos...

El señor SAFFIRIO (Presidente).– Con el objeto de precisar el debate, lo que usted nos ha dicho, en definitiva, es que esas cifras no son sobre el total de los casos Auge, sino que cifras sobre el total de los casos fiscalizados, porcentajes sobre el total de lo fiscalizado.

¿ Ése es su planteamiento?

El señor BOÖTTNER.– La referencia es el total de casos efectuados en relación con el de fiscalizados. Ésas son las cifras y están los documentos si alguien los necesita.

Como decía, sin atención, hay 500 casos, que corresponden al 5,5 por ciento del total de casos Auge, los que se encuentran en proceso de resolución y se concentran fundamentalmente en patologías oftalmológicas, en especial vicios de refracción.

Respecto de los reclamos, tuvimos 9 mil casos y un total de 89 reclamos. Es decir, más o menos el 1 por ciento, que ha sido resuelto en su totalidad, lo que no implica tener incumplimientos por definición.

Nosotros no decimos: “Señora, estamos preocupados de su caso”. No. Decimos: “La vamos a operar tal día o tiene control tal día”.

Otra estrategia de gestión GES consiste en la elaboración de flujogramas clínicos y administrativos. Hicimos el

flujograma de cada patología y dónde están los nudos críticos para ir interactuando.

Lo otro que hacemos, en conjunto con el Servicio de Salud Metropolitano Norte, es un procedimiento de anticipación al riesgo. Es decir, determinamos cuánta es nuestra capacidad de trabajo, cuánto es lo que podemos pasarle, desde el punto de vista privado, a los médicos después de su horario funcionario y los sábados, en que estamos trabajando en las tardes, a veces hasta las 20.00 ó 22.00 horas, y cuánto es lo que no vamos a poder hacer. Con tiempo, se hacen reuniones semanales, se le avisa al Fonasa que tal cantidad de gente no vamos a poder atender. Y el Fonasa tiene que asumir eso y determinar dónde se tratan esos enfermos.

Otras son las respuestas oportunas a reclamos -lo que ya anticipé-, respecto a calidad y orientadas a la satisfacción del usuario.

Todas las auditorías que se han llevado a cabo, indudablemente, nos han hecho madurar para ir mejorando los sistemas. La auditoría que salió ayer en el diario fue del año pasado.

Indudablemente, esto es evolutivo.

También creamos las auditorías internas. Tomamos las fichas, vemos si tiene el IPB, vemos si está operado, etcétera, ya que también significa plata. No es que sólo nos interese cumplir, sino que el hecho de que un paciente esté ingresado en el Auge significa dinero para el complejo.

Eso se todo lo que quería señalar.

Muchas gracias.

El señor SAFFIRIO (Presidente).— Tiene la palabra el director del hospital San Martín de Quillota, doctor Andrés San Martín.

El señor SAN MARTÍN.— Señor Presidente, mientras la tecnología nos alcanza, voy a tomarles la palabra respecto de la invitación a conversar.

Creo que se han expuesto suficientes cifras.

En primer lugar, quisiera decir que la invitación dice: “El Director del Hospital San Luis de Quillota”. San Luis es una prestigiosa institución de Quillota, pero no es el hospital San Martín de Quillota, que también es otra prestigiosa institución de esa ciudad.

Quiero contarles que estoy como director del hospital desde hace 7 años. Eso me da una visión interesante, ya que he podido ver el proceso desde sus inicios. Por lo tanto, lo primero que señalaría es que efectivamente estamos frente a un proceso de cambio importante del modelo de atención, no sólo en sus aspectos de gestión clínica, sino también en sus modelos de gestión administrativa.

Los sistemas de salud y, en particular, los hospitales han sido descritos en la mayoría de los libros de administración como una de las organizaciones más complejas de administrar que existen, ya que poseen una gama de actividades muy diversa. Además, nuestras instituciones tienen la característica de ser bastante apegadas a una cultura —se habla de la “cultura hospitalaria”—, de tal manera que, en un sentido práctico, en mi experiencia como director, les puedo comentar que una cosa son las cifras, las propuestas o las normativas que nos rigen, y otra muy distinta es la implementación de esto.

Como ustedes ven, el hospital de Quillota es un hospital público de mediana complejidad y está ubicado en la Quinta Región; tiene una alta ruralidad -17,6 por ciento- y atiende a doce comunas. Comparen los datos con el resto de las presentaciones, porque aquí se ha hablado mucho de un elemento: la equidad.

Este hospital cuenta con 206 camas, cinco pabellones quirúrgicos, cinco ambulancias, un móvil de traslado de pacientes, un

móvil multiuso, una superficie construida de 7.680 metros cuadrados y 537 funcionarios para una población de alrededor de 261 mil habitantes, bastante cercana a la población total que atiende el servicio de salud de Valdivia. Ahí se puede hacer una primera comparación en relación con el tema de la equidad.

También quiero contarles que para nosotros la implementación de la reforma y del Auge ha significado aumentar nuestras horas médicas y los cargos funcionarios, como enfermeras, administrativos, técnicos paramédicos, asistentes sociales, matronas, tecnólogos médicos y auxiliares. Esos funcionarios administrativos tienen que ver con un intento práctico de solución de uno de los problemas planteados, que tiene que ver con el tema de la digitación. De los trece administrativos con que hemos reforzado, diez son digitadores.

Ha habido equipamiento diverso para dar respuestas, como lo pueden apreciar en la imagen proyectada.

Por otra parte, quiero mostrarles el flujograma de atención de pacientes en términos prácticos y dónde aparecen los problemas. ¿Por qué les hablo de estos aspectos concretos? Porque uno de los temas que también se ha mencionado es la notificación. ¿Quién la realiza y cómo se realiza la notificación de un caso Auge, cuando se detecta una patología GES? Está establecido que debe hacerla un médico, pero aquí entramos a analizar los problemas prácticos, pues ellos piensan desde un principio, dentro de su cultura y su forma de ver las cosas, que esto no es un problema médico, sino administrativo, razón por la cual se han negado sistemáticamente a hacer dicha notificación. Es más, esta situación ha llegado a ser una bandera de lucha del Colegio Médico, que ha llamado a los médicos a no hacerla.

De manera que en este problema hay elementos que tienen que ver con la cultura del sistema y con la resistencia al cambio, que es natural, pero también con la oposición al cambio, que es otro cuento. En este último caso, entramos a analizar el tema de los

diferentes intereses, pues, al final de cuentas, esto que vemos en términos de cifras, de normativas o de reformas es un tema dinámico. Los actores reaccionan y responden de distinta manera, lo que no es tema menor, en particular, en esta reforma de salud que se inicia con una fuerte oposición, de tal forma que, en la práctica, además de los problemas que pudiera haber de implementación en términos de normativa e infraestructura, hay un problema concreto y dinámico, debido a la fuerte oposición a la implementación.

De la misma forma, el problema de la notificación - que para nosotros existe, pero que hoy, gracias a las medidas tomadas, está bastante resuelto, excepto por algunas cuestiones bien puntuales-, en la actualidad, lo tenemos en las urgencias y en la maternidad. ¿Por qué? Porque el médico tiene que notificar, pero si se trata de un infarto agudo al miocardio, ¿qué es más importante: llenar el papel o atender al paciente? Obviamente, el papeleo queda para después, pero eso genera un retraso.

Sobre la base de la implementación de los diez digitadores, podemos decir que el registro Sigges en el hospital se realiza dentro de las 24 horas posteriores a la prestación. En consecuencia, gracias a éstos digitadores, ese problema de latencia, en nuestro caso, no es tan agudo.

En los servicios de urgencia, el registro se hace, de lunes a viernes, dentro de las 24 horas, y los de sábados y domingos, el lunes siguiente.

Respecto de las garantías por problemas de salud y su retraso, quiero señalar que como éste es un hospital de mediana complejidad, no respondemos a las 56 patologías, sino sólo a 48, en algunas de las cuales tenemos que confirmar diagnóstico y en otras confirmación de diagnóstico y tratamiento, y si no, los derivamos.

En este punto, quiero destacar cifras significativas. Por ejemplo, en desprendimiento de retina hay 48 por ciento de retraso.

Al respecto debo señalar que el hospital solo tiene un oftalmólogo que opera; el otro se dedica exclusivamente a tratar los vicios de refracción.

La sospecha de desprendimiento de retina se diagnostica desde la atención primaria, pero, en la realidad, hay pacientes que provienen de Petorca, y de allí a Quillota hay 70 kilómetros. Contamos con cinco días para cumplir con esa garantía, pero muchas veces los documentos llegan el mismo día que vence el plazo, y a veces después. Además, no los envían todos los días. Esperan juntar documentos de cuatro o cinco días para enviarlos.

En definitiva, este problema se reproduce como un problema de red, en mayor o menor medida, en distintas patologías. En algunas, un poco; en otras, algo más, y en otras, mucho. En el fondo, uno de los problemas es que no manejamos la puerta de entrada cuando se inicia el proceso. Entonces, mal podemos manejar los tiempos.

En otro aspecto, hay un 25,3 por ciento de retraso en las colecistopatías y en las intervenciones de vesícula. Aquí, más que problemas de registro, que también existieron en su momento, se genera un problema de capacidad de respuesta del establecimiento, no obstante que se han implementado cirugías después del horario trabajo, que ha sido una medida para tratar de paliar el problema. Con todo, a pesar de que tenemos la disponibilidad de horas médicas para hacer ello, el cuello de botella se produce en la capacidad de pabellón. Por lo tanto, el cuello de botella puede estar instalado en distintas partes: en las horas médicas, en las camas o en el pabellón, porque hay toda una cadena detrás.

En la mirada retrospectiva de estos siete años, cuando me hice cargo del hospital no había mayor ordenamiento respecto de lo que se hacía o no. Sin embargo, hoy, como en todos los hospitales, existe un ordenamiento en función de metas sanitarias, y lo que se hace es un compromiso, con metas a cumplir. Además, hay compromisos de

gestión y de tipo presupuestario. En este sentido, tenemos equilibrio financiero desde hace cuatro años.

El señor ORTIZ.- ¿No hay deudas?

El señor SAN MARTÍN.- En el hospital de Quillota, no.

Esto significa que hoy, los hospitales tienen mecanismos de control que aseguran la probidad, la calidad y oportunidad, que antes no existía. Ahora, a mi juicio, esto presenta dificultades en el orden práctico, por el concepto que mencioné relacionado con cuestiones culturales y dinámicas.

Uno podría decir que hay dificultades de infraestructura. Estamos terminando un estudio de preinversión hospitalaria para presentarlo a nivel regional a los fondos regionales del FNDR, a fin de contar con un nuevo hospital. Incluso, los legisladores de nuestra jurisdicción, en particular los senadores Ominami y Romero y los diputados Vargas y Enríquez-Ominami, han participado en conjunto con nosotros y con la comunidad, como juntas de vecinos y organizaciones de base, a favor de una iniciativa bastante interesante, en pos de hacer un llamado de atención a las autoridades a nivel regional para contar con un nuevo hospital y así brindar mejor atención.

El señor ORTIZ.- ¿Cuántos años tiene el hospital?

El señor SAN MARTÍN.- El hospital fue fundado en 1860. El actual edificio data de 1948.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Señores diputados, ¿habría acuerdo para prorrogar la sesión?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Marco Antonio Núñez.

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, agradezco la presencia en esta Comisión de los directores de servicios y de hospitales.

Sin duda, de acuerdo con lo conversado con el director nacional de Redes Asistenciales, fue acertada la decisión que tomó esta Comisión para tener claridad respecto de las posibles dificultades que enfrentará el Auge y las garantías explícitas en salud, en oportunidad. Deberíamos haber seleccionado directores de hospitales y de servicio del norte, del centro y del sur del país.

En esta oportunidad, se encuentran presentes algunos profesionales amigos, a muchos de los cuales conozco desde hace largo tiempo. Quiero saludarlos y decirles que hacen mucho por la salud de nuestro país. Sin duda, sus exposiciones han sido de mucha utilidad para nosotros.

Por otra parte, quiero hacer una consulta al doctor Enrique Ayarza respecto de las cifras. Aquí hay varios directores de servicios y de hospitales que han reconocido algo central para nosotros, cual es la diferencia entre el incumplimiento de una garantía y el retraso. Probablemente, nosotros ya tenemos una opinión que se ha ido consolidando después de varias semanas de trabajo.

En primer lugar, en Antofagasta se habla de un registro en el Sigges de 6,21 por ciento, pero de un 1,4 por ciento de incumplimiento real. En el Servicio de Salud Norte hay 2.800 casos de retraso que están expresados en el Sigges y sólo 500 casos aparentemente son incumplimientos. Por lo tanto, ¿qué requiere el proceso, el sistema Sigges para que esto no ocurra y tengamos un sistema confiable que, ojalá en línea, nos diga lo que está ocurriendo? Como usted sabe, nosotros aprobamos los presupuestos, por lo cual creemos necesario conocer su opinión al respecto.

En segundo lugar, deseo formular una pregunta al doctor Böttner. Quiero ser bastante franco con usted, dado que tengo mucho cariño por el sector salud.

Usted representa al Servicio de Salud Metropolitano Norte, que ha tenido graves problemas en la implementación de las garantías y donde muchas veces hemos estado trabajando para la campaña de invierno. En dicho servicio hay casi 3 mil casos informados en el Sigges como incumplimiento de garantías y oportunidad.

Por eso, varios parlamentarios vamos a recurrir a la Contraloría General de la República para que nos informe respecto del denominado "Diseño y desarrollo del cuadro de mando de modelo de gestión ambulatoria en el Servicio de Salud Metropolitano Norte", licitado en 2006, orientado a mejorar el acceso a las garantías en salud. Hay varias decenas de millones de pesos involucrados, y entiendo que la empresa Polisoft está a cargo de ello.

En consecuencia, ¿qué relación tiene con la gestión de las garantías? ¿Funciona en el Complejo Hospitalario San José? Quiero saber si el sistema está colaborando con la inversión que se hizo para solucionar los enormes problemas que hay en el servicio norte -desde mi perspectiva, el responsable directo es el director de servicio- o se trata de una situación que la Contraloría deberá tomar en cuenta, porque no está cumpliendo la función por la que fue licitada.

He dicho.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Marcelo Forni.

El señor FORNI.- Señor Presidente, en primer lugar, mis felicitaciones, sin excepción, a los directores de los servicios de Salud. Si hay algo en lo que ha avanzado el Gobierno es en mejorar la calidad de los directores de los servicios de salud, particularmente, desde que se implementó el Auge. Sus presentaciones han sido muy completas y didácticas.

A quienes formamos parte de la Comisión de Salud que aprobó esta reforma siempre nos interesó que funcionara y para ello se debían detectar cuáles eran los puntos donde se producían los problemas.

Creo que han hecho un tremendo esfuerzo por cumplir. A mi juicio, el tema de fondo no es hablar de incumplimiento o de retraso, sino de que las personas deben ser atendidas. Si estamos en presencia de un incumplimiento o un retraso, eso es una cuestión formal que, por lo demás, le hace muy mal al sistema, porque, en la práctica, dependemos de estas cifras. Además, cada autoridad que viene nos da cifras distintas.

Después de escuchar la presentación del director del Servicio de Salud Metropolitano Occidente me queda una duda. Se ha hecho una exposición muy clara en relación al número de incumplimientos, con una revisión caso a caso, y han llegado a una cifra bastante menor de incumplimientos o de retrasos que las cifras que maneja el director del Fonasa.

¿Consideran que la cifra de 8 por ciento entregada públicamente por el director de Fonasa y por la ministra de Salud en la Comisión de Salud está abultada, si se revisa caso a caso en cada servicio de Salud la situación particular de los rechazos y los incumplimientos? Las cifras entregadas por el Ministerio de Salud y por el Fonasa no equivalen a las que manejan los servicios de salud que ustedes representan.

En segundo lugar, de alguna manera, en sus intervenciones todos mencionan como tema central de los problemas del Auge al Sigges, el sistema informático. Puede ser un tema meramente formal -se deslizaban temas como el colegio médico que no tiene incentivos, que ha tratado de oponerse a la incorporación de los datos en el Sigges-, pero el punto está en que, bien o mal, las decisiones pasadas, presentes y futuras en materia de Auge se toman en base a este sistema informático. En consecuencia, es muy

importante que nos digan cuáles son los cambios que, a su juicio, deben hacerse a este sistema informático para que se puedan tomar buenas decisiones en salud.

Por último, ¿creen que la población que atienden está debidamente informada -cuestión que probablemente no les corresponde a ustedes- sobre las garantías en salud y sobre los procedimientos de reclamo? ¿Creen que la gente conoce la diferencia entre un retraso y un incumplimiento, cuando en realidad no lo saben ni los miembros de esta Comisión?

Después del tremendo esfuerzo que han hecho para cumplir con las actuales garantías de oportunidad, tal cual están hoy en materia de infraestructura, de recursos físicos, materiales y humanos, ¿están en condiciones de asegurar la calidad de la atención e incorporar nuevas patologías de manera de llegar al bicentenario con 80 patologías, como lo ha anunciado el Gobierno?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Las preguntas del diputado Forni me ahorran el tener que hacer las consultas que pensaba formular.

Tiene la palabra el diputado Juan Lobos.

El señor LOBOS.- Señor Presidente, el diputado Forni también me ha evitado gran parte del trabajo, por lo que sólo voy a hacer un pequeño alcance.

Se ha dicho que las patologías no Auge, en general, no han sido afectadas, pero si uno hace un análisis respecto de lo que han sido los presupuestos aprobados en salud, largamente crecientes, el aumento en infraestructura, tanto en obras como en mano de obra, se me hace cuesta arriba pensar que no han sido perjudicadas, por cuanto, cuando uno hace el análisis de las cifras -y en todos los hospitales y servicios se da así-, sólo ha aumentado el número de las patologías Auge atendidas y no ha habido una progresión o una correlación con las patologías no Auge. Si aumenta la mano de obra,

aumenta la capacidad instalada, aumentan los pabellones y aumentan muchísimo los recursos, la lógica indica que también deberían aumentar para las patologías no Auge.

Por eso, me gustaría que me dijeran qué está pasando con esas patologías, principalmente con las no Auge del área de la oftalmología, donde hace ya bastante tiempo que, lisa y llanamente, no se atienden algunas patologías que son bastante complicadas para el usuario, como, por ejemplo, las que afectan la vía lagrimal.

También me gustaría que me informaran respecto de lo que se mencionó acerca del hospital de Quillota, que me preocupa, porque si la colecistectomía Auge tienen un 25 por ciento de retraso, ¿qué pasa con el resto de las colecistectomías? No olvidemos que el Auge abarca prácticamente una década de la vida de la paciente, pero, sin embargo, el riesgo de cáncer se expresa en mayor porcentaje por encima de los 50 años, y allí no está el Auge. ¿Qué pasa con esos pacientes? ¿Qué lista de espera hay? ¿Se está generando allí un cuello de botella?

Finalmente, quiero señalarle al doctor San Martín que la equidad que él menciona no es tal, porque la población asignada del hospital de Valdivia puede ser igual, y hay un hospital, pero las camas, 206 versus el hospital de Valdivia, éste sí es mucho más grande y mucho más complejo en todo sentido. Por allí también tenemos que avanzar.

He dicho.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el diputado José Miguel Ortiz.

El señor ORTIZ.- Señor Presidente, seré muy preciso, para cumplir con el tiempo asignado.

Hoy hemos escuchado cinco exposiciones que, en el fondo, son una muestra de nuestro país y nos señalan una realidad que

es muy bienvenida por quienes creemos en el Auge. Impactan algunas cifras, como las de cataratas en Valdivia y las de los adultos mayores, segmento de la población al cual también pertenezco, porque tengo 66 años recién cumplidos y me siento muy bien, gracias a Dios.

Me consta que en mi distrito, formado por las comunas de Concepción, Chiguayante y San Pedro de la Paz, los adultos mayores, en el tema oftalmológico, de las cataratas, ahora se sienten beneficiados y les ha cambiado la vida. Así es que hay un gran reconocimiento por eso.

Aquí hay una cosa muy clara: los distinguidos médicos que están aquí podrían ganar tres o cuatro veces -o por lo menos dos- lo que ganan actualmente si se fueran al sector privado. Es cosa de analizarlo. Al menos es lo que sucede en mi ciudad de Concepción. Se lo digo porque conozco los valores que se pagan. Es respetable y está dentro de las reglas del juego.

Haré dos preguntas concretas.

Aquí se ha tratado de distorsionar algunas cosas ante la opinión pública, creando una comisión investigadora, entre comillas, con mucha farándula política. Pero, lamentablemente, los de la farándula no han venido a preguntar nada. Ésa es la verdad. Yo no soy especialista en estas materias, pero tengo muchos años en Hacienda, y les debo decir que no se imaginan la alegría que sentimos y todas las cosas que hemos hecho para aumentar realmente el presupuesto en salud.

En el muestrario que hicieron y en las explicaciones que nos dieron está la conducción de María Soledad Barría, la ministra de Salud, porque de repente las críticas son terribles. Aquí ha quedado claro lo referente a los retrasos.

Uno de mis colegas que me precedió en el uso de la palabra decía que no sabía lo que era retraso e incumplimiento –al que le venga el sayo que se lo ponga, porque cada uno tiene que asumir su responsabilidad-. ¿Por qué lo digo? Las cifras

tienen que ser diferentes, porque todos ustedes le han hecho un seguimiento a todo lo que significan los reclamos.

Por ejemplo, hay una cifra que se mencionó, en que se chequearon los casos uno por uno, y la verdad es que los atrasos según el Sigges son 23.518, y de esa cifra un 64 por ciento está en la salud primaria. Entre paréntesis, esa base de salud primaria para el próximo año se está subiendo en un 13 por ciento en el Presupuesto.

Entonces, cuando se le va haciendo el seguimiento se ven cosas administrativas, como lo mencionó el doctor. Obviamente, si uno llega con un preinfarto o infarto sería un irresponsable el médico que se preocupa más del papeleo y no a tratarlo a uno. Entonces, no es problema de las cifras, porque ha habido mucha transparencia en esto y se ha hecho con claridad y es bueno que se sepa la opinión pública. Por lo demás, casi 3.800.000 han sido parte del Auge. Empezó con un 1.200.000 y ahora van en 3.800.000.

Estoy muy contento de haberlos escuchado. Con respecto a Antofagasta, usted mencionó el daño que sufrió el hospital a causa del terremoto, y que, obviamente, es un problema que nos preocupa. Por su parte el Hospital San José ha tenido muchas críticas por parte de algunos médicos. Al parecer, son muy duros entre médicos.

Por ejemplo, en una reunión de esta Comisión en esta semana, algunos consideraron que eran para la risa los anuncios que hizo la Presidenta de la República el 21 de mayo respecto de los equipos de última tecnología que se iban a comprar. Al respecto, puedo señalar que esto me consta porque conozco el detalle cuando analizamos la partida presupuestaria en salud, y conozco todo lo que ha significado en infraestructura, porque, además, lo veo en el Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente, que tiene la más alta tecnología.

¿Qué plantearon? Que consideran que no están los especialistas para manejar los equipos, lo que produjo una risa entre algunos colegas parlamentarios.

Entonces, quiero saber qué de verdad hay en eso: ¿tienen la implementación y los especialistas respectivos o no? ¿Cuál es la dificultad? Porque el rol de esta Comisión –y así entiendo la función de un diputado de la República- es ayudar a que haya total claridad al respecto.

En segundo lugar, escuchamos a la asociación gremial de clínicas privadas. Ellos, respetuosa y objetivamente, expresaron que lamentablemente los porcentajes de prestaciones han bajado con relación al comienzo. Quiero saber qué de verdad hay en esa afirmación. ¿Cuál es la relación de ustedes con el sector privado? Porque todas las prestaciones se hacen a través de ChileCompra. ¿Pero hay una instancia en que ustedes normalmente tengan reuniones de trabajo con ellos para evaluar qué les parece algo y qué capacidad tienen?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Me informan que la Sala va a votar a las 12,45 horas. Considerando que no es posible contestar estas preguntas en los minutos que nos quedan, pido la unanimidad para prorrogar la sesión hasta las 12.45 horas.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el señor Carlos Böttner.

El señor BÖTTNER.- Señor Presidente, insisto en que vengo en representación del Complejo Hospitalario San José y no del Servicio Metropolitano Norte; no obstante, debo aclarar que desconozco ese programa.

Respecto de la pregunta sobre el trabajo en el sector privado, el problema fundamental en el sector público –ésta es una opinión a título personal- es que faltan incentivos y tecnología, no a nivel del Sigges, sino de la consulta médica.

En el centro médico en que trabajo, cuando ingreso un diagnóstico Auge, inmediatamente sale impreso. Pongo si se trata de sospecha o de algo confirmado y me sale impreso, lo firmo, se lo entrego al enfermo y lo mando a la Isapre o al Fonasa. En el sector público, eso es un tremendo problema.

He seguido a pacientes de Isapres, quienes han venido dos o tres meses después, y me dicen que todavía no les han dado hora. No sé qué control tienen. Tenemos un tremendo control del Sigges, pero no sé cómo opera en ese sentido y si esos pacientes que ingresé figuran como incumplidos o no.

Respecto de los especialistas –lo digo por lo que hemos hecho en el San José-, los médicos andamos corriendo de un lado a otro. Actualmente, se les descuenta una parte importante, porque existen consorcios, en que se le descuenta de su trabajo.

¿Qué hemos hecho? En radiología, puedo señalar que, hasta hace poco tiempo, me faltaban radiólogos, y ahora me sobran. ¿Por qué? Porque cumplen con su horario funcionario y fijamos qué tienen que hacer en ese horario, porque no es posible que operen dos cataratas -por decir algo- en el horario funcionario, pero el sábado operen diez. Eso no es posible. Llegamos a una concordancia. Estimulo a esos colegas y así no andan corriendo de un centro médico a otro. Estoy hablando a título local.

Por lo menos en Santiago no tenemos problemas en ese sentido, porque estamos incentivando al colega. Es un poco lo que se ha hecho en la Católica y en el J.J. Aguirre para atraer profesionales. Así ganamos todos y tenemos a la gente más comprometida con lo público.

Independientemente del Auge, tenemos que cumplir con la ley. Por lo tanto, tenemos que dar prioridad a los pacientes Auge, sin descuidar las patologías no Auge.

Estuve revisando los 500 incumplimientos, y la mayoría son vicios de refracción. Pero nadie se va a morir por eso. Pero algo diferente es un enfermo con glaucoma, que no es Auge. Tenemos mil consultas en el año, y eso también tenemos que operarlo porque, si no, se trata de pacientes ciegos. Y los profesionales tienen el suficiente equilibrio para mejorar estos incumplimientos virtuales, porque están hechos, pero el papeleo de este sistema no lo ha ingresado.

Es fundamental implementar la tecnología. ¿Por qué lo público, que maneja lo mejor, no puede tener un sistema informático decente dentro de los hospitales?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el doctor Enrique Ayarza.

El señor AYARZA.- Señor Presidente, respecto del Sigges, puedo señalar que se trata de un desarrollo hecho en Chile, que ha tenido dificultades y que nos ha hecho la vida difícil.

Sin embargo, ha tenido mejoras muy significativas, desde un Sigges que tenía problemas de parametrización, de cómo fijar los flujos de anotación, de manera que fuera coherente con lo asistencial, que se han ido superando. En eso ha habido un aprendizaje de todos. Ha habido un aprendizaje del funcionamiento del Sigges, de quién depende centralmente y cómo se maneja eso, y también de los operadores del Sigges a nivel local, tanto en los servicios de salud como en los hospitales o consultorios de atención primaria. El Sigges da lo que puede dar; no se le puede pedir aquello para lo que no está hecho. Por lo tanto, en eso hay un aprendizaje importante.

El Sigges depende mucho del momento de la digitación y de que se haga bien. En eso, ha habido que capacitar mucho. Hemos

perdido mucho tiempo en esa tarea. Sin embargo, también hemos ganado mucho tiempo con el avance obtenido.

Hoy el Siggges funciona mucho mejor que hace un año o dos, y esperamos que siga avanzando. Para eso, seguimos capacitando a la gente para que haga bien los procesos internos de registro. Sin embargo, continuamos teniendo problemas, por ejemplo, al decir si es o no una determinada patología, o si se confirma o no el diagnóstico. Para nosotros ha sido dificultosa esta colaboración por parte de los equipos de salud, fundamentalmente de los colegas médicos, porque no todos los colegas ven que es parte del acto médico el dejar registradas las cosas.

En el Servicio de Salud Metropolitano Occidente hemos dicho que parte del acto médico consiste también en que esto quede bien registrado. Por ese motivo estamos viendo que hace falta dar un salto mayor en ese aspecto.

En 12 de las 16 comunas contamos con registro clínico electrónico en la atención primaria, que funciona bastante bien. Los médicos, las enfermeras y los funcionarios están atendiendo a través de la ficha clínica electrónica.

Hoy estamos licitando, en el portal de ChileCompra, el registro clínico electrónico para una red de siete hospitales del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, para que no se produzca el problema de traspasar la información de la ficha de papel al registro, ya que en algunos casos no se entiende la letra, sino para que funcione automáticamente. En eso ya hemos avanzado. Hoy la especialización digital con que cuenta la gente que trabaja en el sector salud es completamente distinta a la de hace pocos años.

Tenemos participando de la licitación a ocho empresas extranjeras para el registro clínico electrónico. Éste es un programa piloto que fue iniciativa del Servicio de Salud Metropolitano Occidente,

que fue acogido por el Ministerio y está en la línea de desarrollo de lo que es la digitalización del ámbito público.

Las postulaciones se cierran el 7 de enero y esperamos tener eso funcionando durante el próximo año, la implementación demora y hay mucho que aprender. Ése es un paso significativo para actuar con métodos modernos de registro y manejo de los pacientes a través de los sistemas computarizados de información que la tecnología nos ofrece.

El Siggges ha mejorado mucho, pero debe hacerlo más. Eso depende de la operación de la gente, y por eso seguimos capacitando y estamos dando mejor información que antes. Los malos registros están disminuyendo en forma progresiva y esperamos que pasen a ser algo absolutamente marginal durante los próximos meses. Nos hemos demorado más de lo que esperábamos porque es muy difícil, pero es un sistema que responde a lo que se le pide.

Respecto de si el Fonasa en sus datos y registros abulta la cantidad de retrasos o los confunde con incumplimientos, el mismo lo plantea de esa manera en sus fiscalizaciones. También plantea que hay un porcentaje alto, de 44 por ciento, que está abultado. Ésa fue la confusión. ¿Se acuerdan del conflicto médico? En esa ocasión ellos llamaron la atención por la gran cantidad de incumplimientos que había. Resulta que ellos vieron el total que aparecía como incumplido. De eso, en realidad, había variaciones de entre 75 y 25 por ciento de casos verdaderamente incumplidos. Tomaron un universo que no era el real, sino el que informaba el Fonasa, pero se trataba de retrasos.

Si Fonasa, con la información que maneja, y que le aporta el Siggges, aumenta los retrasos, se produce un aumento en los incumplimientos. Al analizar casos a caso –lo hicimos con más de 4 mil-, viendo las fichas y los registros, constatamos que el porcentaje era mucho menos. El 7,5 ó 7,65 por ciento nos apareció con retraso, y la verdad es que sólo teníamos 2,45 por ciento. En todo caso, queremos

seguir bajando ese porcentaje. Pero existe una diferencia que es importante considerar.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- ¿Una diferencia de dos tercios?

El señor AYARZA.- Una diferencia de 68 por ciento en el caso del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

La población está debidamente informada pero no lo suficiente. Incluso, si pregunto a los colegas por las 56 enfermedades del Auge, muchos nos equivocaremos en más de alguna y se dirá que no estamos bien informados. O también al preguntar cuáles son las garantías del Auge. Es difícil responder, porque el nivel de información es complejo de manejar; por lo tanto, las expectativas de conocimiento son relativas porque uno quiere saberlo todo, y eso no se puede.

Ahora, debemos avanzar en lo que les planteaba. Éste es un tema de derecho, de garantía y, por lo tanto, debemos caminar como sociedad, como ciudadanía, en el empoderamiento de esos derechos; que la gente los pueda exigir en forma adecuada y aprender también a hacerlo, porque a veces, como no saben cómo hacerlo, surge la violencia entre funcionarios y usuarios. Debemos aprender como sociedad a asumir nuestros derechos como ciudadanos. Nosotros tenemos que colaborar y estamos comprometidos con ello. Es un tema de aprendizaje como sociedad, en el cual todos somos responsables del nivel de información que se maneja y cómo hacen cumplir sus derechos las personas. En eso debemos seguir avanzando.

Respecto de la relación con privados, la verdad es que ella es intensa. El año pasado pagamos 500 millones por refuerzo de camas críticas en clínicas privadas.

Este año hemos gastado 339 millones de pesos en la compra de servicios a clínicas privadas para la atención de las garantías en forma oportuna. Tenemos una relación bastante adecuada. Ha habido una complementariedad público-privada cada vez

más creciente y apropiada. Lo hemos hecho a través del portal de ChileCompra, porque así está establecido por ley.

El señor ORTIZ.- ¿Alcanzan los dineros entregados? Entendemos que los presupuestos son autónomos en los servicios de salud.

El señor AYARZA.- Los dineros nos alcanzan; sin embargo, siempre son insuficientes para las necesidades como definición básica. No es que no tengamos plata para comprar, sino que ha habido problemas en la gestión para lograr hacerlo en forma oportuna, porque las exigencias de plazos son tan acotadas que a veces no alcanzamos a cumplirlas. A veces no se alcanza a operar en clínicas privadas por un tema de tiempos; por lo tanto, debe quedar claro que nunca el incumplimiento ha sido por problemas de plata.

Ahora bien, nos faltan más recursos porque los requerimientos y las necesidades de la población siguen siendo crecientes y, a medida que damos mejor atención, aumenta la calidad exigida, lo que nos lleva a seguir mejorando nuestra forma de atender. Eso es un continuo y está en directa relación con la calidad del servicio.

Hoy estamos en condiciones de atender con mejor calidad; sin embargo, es una tarea difícil. Toda la implementación de esta reforma ha sido compleja porque las exigencias que implican cumplir con las garantías y las demandas de calidad del próximo año son de una dificultad creciente. Aquí no se pusieron metas que estuvieran ya cumplidas, sino objetivos de un alto nivel de exigencia. Y por eso es difícil cumplirlas. Es bueno que esto sea así, porque así elevamos los niveles de calidad asistencial que otorgamos a una población que se merece la mejor atención. El tener dificultades nos exige superarnos y hacerlo mejor.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el señor Arriagada.

El señor ARRIAGADA.- Quiero referirme específicamente al tema de cómo la potenciación del Auge pudo o no haber mermado la atención en las prestaciones no Auge.

Valdivia es centro de cáncer desde 1958. Ese año se instaló el primer instrumento para hacer radioterapia y desde entonces hemos seguido avanzando.

En 2000-2001 hacíamos alrededor de 650 atenciones de radioterapia al año. Luego se vio la necesidad de reforzar los tratamientos mediante la renovación de la maquinaria. Para ello se realizó un proyecto en el cual se compró un segundo acelerador lineal y se planteó subir de 600 a 1.400 atenciones.

Este año hemos alcanzado las 1.350 sesiones de radioterapia. Sin embargo, de esos pacientes atendidos, no más del 40 por ciento son Auge. El resto son pacientes con cáncer que pagan una prestación valorada; por lo tanto, la atención de los pacientes Auge ha beneficiado a los pacientes no Auge.

Un segundo ejemplo de este tipo, es el que tenemos con cataratas. Nosotros operábamos 100, luego pasamos a 200, y el año pasado alcanzamos a 1.000 atenciones. Y este año esperamos llegar a las 2 mil. Se nos están terminando las listas de espera, pero eso ha significado que parte de esta producción se ha comprado a los mismos especialistas fuera de horario, lo que ha permitido que el espacio de atención oftalmólogo, en horario habitual, se dedique a mejorar las listas de espera de las patologías no Auge.

Por ejemplo, a través de convenios con la Universidad Austral y de apoyo del Fonasa, estamos haciendo intervenciones que no son Auge. ¿Cómo resolver un tema público a pacientes obesos mórbidos? En nuestro hospital ya van siete y vamos a hacer veinte intervenciones de este tipo. Se están haciendo en hospitales públicos. Las operaciones de ginecomastia, el problema del crecimiento excesivo de las mamas en personas jóvenes por problemas patológicos, se están

haciendo en hospitales públicos. El tratamiento de varices, que probablemente el próximo año será una patología AUGE, este año también se está reforzando, a través de convenios. Por lo tanto, ha habido desarrollo en el área AUGE y en la no AUGE.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el doctor San Martín.

El señor SAN MARTÍN.- Señor Presidente, me voy a referir exclusivamente al tema de las operaciones de vesícula que planteó el diputado respecto a AUGE y no AUGE.

Si los recursos son suficientes o insuficientes, no lo sé. Yo me hago cargo de 7 mil millones de pesos, que es el presupuesto anual del hospital, de los cuales el 70 por ciento se va en salarios y, al final, para gastos de operación se destinan 2.100 millones. De esta manera, se refleja el 3,8 por ciento del Producto Geográfico Bruto, que es lo que se destina a salud pública. Si es poco o mucho, habría que compararlo con otros países. A mí me parece que es poco y que el tema es altamente eficiente en relación con esos recursos, independientemente de los problemas que podamos tener de tiempo o de otros.

La plata no se gasta a mi antojo sino en determinados compromisos, metas. El Hospital tiene una meta de 230 operaciones de vesícula al año en AUGE y 120 en no AUGE, lo cual suma 350 al año. Pero, ¿cuál es el problema? En teoría son 30 mensuales, pero no llegan así, en esa cantidad. De repente llegan 50 en un mes, pero tengo una capacidad menor. Por lo tanto, lógicamente, se producirá un retraso.

Por otro lado, hay otras variables en esta dinámica en la práctica. Hay una campaña de invierno, por lo que hay que hacer reconversión de camas y se disminuyen las electivas. Ahora, la realidad del hospital de Quillota es muy similar a la de otros hospitales: entre el 70 y el 75 por ciento de las intervenciones quirúrgicas son urgentes. Por lo tanto, para entrar al AUGE, no AUGE, electiva, va quedando un 30 por

ciento después de los cánceres, que también son prioridad. Entonces, esos son los recursos de los que estamos hablando. ¿Cómo los ocupamos? Antes no se sabía; hoy hay metas y una orientación sanitaria que dice cómo los hospitales tienen que entregar estos recursos.

Muchas gracias.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el doctor Grisolía.

El señor GRISOLÍA.- Señor Presidente, quiero rescatar algunos aspectos positivos del Sigges.

Gracias al Sigges hoy podemos tener información que de otra manera desconoceríamos, información que es comparable. Además, los aspectos cualitativos se mantienen, porque sabemos dónde están los problemas y eso no cambia aunque limpiemos las cifras. Conocemos de manera mucho más clara dónde tenemos que enfocar las soluciones, porque tenemos definidos los problemas.

Respecto de la relación con el sector privado, quiero decir que esa relación es permanente en la región. Tenemos un desarrollo importante en el área privada y estamos todos los días solucionando los problemas mutuamente. Cada vez que tenemos dificultades con un equipo, cada vez que nos falta algo para resolver un problema, recurrimos al sector privado, y ocurre también al revés. A pesar de que son menos las veces, también el hospital regional es capaz de resolver problemas que tienen los privados. Además, tenemos una estructura, que es el Consejo Integrador de la Red Asistencial, donde participan de manera regular representantes de la Clínica Antofagasta, que es la más importante. Por lo tanto, esta relación se da, hay una integración público-privada, tenemos dos programas regulares, de cataratas y de patologías cardiovascular, aparte de otras estas situaciones contingentes.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- En nombre de la Comisión, agradezco la presencia de nuestros invitados, sus exposiciones y sus respuestas.

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

-Se levantó la sesión a las 12.50 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,

Redactor,

Jefe de Taquígrafos de Comisiones.