

REPÚBLICA DE CHILE



CÁMARA DE DIPUTADOS

LEGISLATURA 356^a

Sesión 84^a, en jueves 2 de octubre de 2008
(Ordinaria, de 10.39 a 13.44 horas)

Presidencia del señor Encina Moriamez, don Francisco.
Presidencia accidental del señor Ortiz Novoa, don José Miguel.

Secretario, el señor Loyola Opazo, don Carlos.
Prosecretario, el señor Álvarez Álvarez, don Adrián.

REDACCIÓN DE SESIONES
PUBLICACIÓN OFICIAL

ÍNDICE

- I.- ASISTENCIA
- II.- APERTURA DE LA SESIÓN
- III.- ACTAS
- IV.- CUENTA
- V.- ORDEN DEL DÍA
- VI.- PROYECTOS DE ACUERDO
- VII.- INCIDENTES
- VIII.- DOCUMENTOS DE LA CUENTA
- IX.- OTROS DOCUMENTOS DE LA CUENTA

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
I. Asistencia	8
II. Apertura de la sesión	11
III. Actas	11
IV. Cuenta	11
- Juramento o promesa de estilo de la señora Lily Pérez San Martín.....	11
V. Orden del Día.	
- Régimen de descanso en días festivos para trabajadoras y trabajadores de casa particular. Modificación del Código del Trabajo. Primer trámite constitucional.....	12
- Protocolo de convención sobre prohibición o restricción del empleo de armas convencionales excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados. Primer trámite constitucional	29
VI. Proyectos de acuerdo.	
- Prórroga de vigencia de cédulas de identidad para sufragar en elecciones del 2008. (Preferencia).....	34
- Aumento de beneficiarios de aguinaldos y bonos.....	35
VII. Incidentes.	
- Retiro de minas antipersonales de terreno del ejército ubicado en Malloco. Oficios	37
- Recursos para erradicar la polilla de la vid en Coquimbo. Oficios.....	38
- Información sobre ejecución de obras de infraestructura en salud pública en el distrito N° 7. Oficios	38
- Preocupación por problemas de administración en hospital de San Antonio. Oficio	39
- Demora en construcción de muros de contención en Iquique. Oficio	40
- Subvención a microbuseros de Iquique y Alto Hospicio. Oficio.....	40
- Información sobre funcionamiento de programa de protección del patrimonio familiar en la Región del Biobío. Oficios	42
- Preocupación por polilla de la uva en Regiones de Coquimbo y de Atacama. Oficios	45
- Demora en entrega de recursos para proyectos de recuperación de suelos degradados en regiones del sur. Oficio	46

	Pág.
- Defensa de derechos de propiedad de ciudadanos de la comuna de Temuco. Oficios	47
- Obras viales en comunas que forman parte de corredor bioceánico en Región de La Araucanía. Oficio	48
 VIII. Documentos de la Cuenta.	
1. Oficio de S. E. la Presidenta de la República por el cual retira y hace presente la urgencia “suma”, para el despacho del proyecto que “modifica la regulación de la cuota mortuoria del seguro escolar y de la asignación por muerte de beneficiarios de pensión básica solidaria de invalidez carentes de recursos”. (boletín N° 6123-13)	50
2. Oficio de S. E. la Presidenta de la República por el cual retira y hace presente la urgencia “simple”, para el despacho del proyecto que “crea el Ministerio de Energía, estableciendo modificaciones al Decreto Ley N° 2.224, de 1978, y a otros cuerpos legales”. (boletín N° 5766-08)	50
3. Oficio de S. E. la Presidenta de la República por el cual comunica que retira la urgencia que hiciera presente para el despacho del proyecto que “faculta al Fisco para comprar y vender propiedades particulares afectadas por situaciones de catástrofe”. (boletín N° 6010-12)	51
4. Oficio del H. Senado por el cual comunica que ha aprobado las modificaciones introducidas por la Cámara de Diputados al proyecto que “modifica la ley N° 19.067 y establece normas para la participación de tropas chilenas en operaciones de paz”. (boletín N° 5068-10)	51
5. Informe de la Comisión de Salud constituida como “Investigadora de la Crisis Hospitalaria de la Salud en Chile”	51
6. Moción del diputado señor Chahuán que, “autoriza la erección de un monumento a la escritora y poetisa María Luisa Bombal, en la ciudad de Viña del Mar”. (boletín N° 6121-24)	219
7. Moción de los diputados señores Mulet, Araya, Díaz, don Eduardo; Escobar, Olivares, Valenzuela, y de la diputada señora Sepúlveda, doña Alejandra, que “modifica normas del Ministerio del Interior con el objeto de cambiar la denominación de “provincia de Huasco”, por la de “provincia del Huasco”. (boletín N° 6125-06)	221
8. Moción de los diputados señores Urrutia, Correa, Hernández, Masferrer, Melero, Moreira, Norambuena, Salaberry, y de las diputadas señoras Cubillos, doña Marcela e Isasi, doña Marta, que “agrega nuevo inciso final al artículo 21 bis de la ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Salud Previsional, regulando el funcionamiento de atención de público de las Isapres”. (boletín N° 6126-11)	222

	Pág.
9. Moción de los diputados señores Arenas, Forni, Hernández, Melero, Moreira, Norambuena, Salaberry, Uriarte; Ward, y de la diputada señora Cubillos, doña Marcela, que “modifica el artículo 32 de la ley N° 19.496, incorporando un nuevo inciso segundo que exige la información nutricional y rotulación de los productos alimenticios que se venden por Internet”. (boletín N° 6127-03).....	223
10. Moción de los diputados señores Von Mühlenbrock, Bobadilla, Kast, Melero, Moreira, Recondo, Uriarte, Ward, y de las diputadas señoras Cubillos, doña Marcela e Isasi, doña Marta, que “busca accesibilidad de Internet para las personas con discapacidad”. (boletín N° 6128-19).....	224
11. Moción de los diputados señores Leal, Aguiló, Díaz, don Marcelo; Ortiz; Robles, y de las diputadas señoras Goic, doña Carolina; Muñoz, doña Adriana; Valcarce, doña Ximena, y Vidal, doña Ximena, que “modifica el Código del Trabajo con el objeto de evitar la vulneración de la prohibición de exigir antecedentes económicos para la contratación de trabajadores”. (boletín N° 6129-13).....	224
12. Moción de los diputados señores Enríquez-Ominami, Escobar, Aguiló y Valenzuela, que “establece disminución del reembolso del aporte fiscal a campañas políticas en los casos que indica”. (boletín N° 6130-05)	226
- Oficios del Tribunal Constitucional por los cuales pone en conocimiento de la Cámara de Diputados los siguientes requerimientos de acción de inaplicabilidad por inconstitucionalidad:	
13. Inciso primero del artículo 161 del Código Tributario. Rol N° 1205-08-INA. (Oficio N° 2311), y Rol N° 1203-08-INA. (Oficio N° 2306).....	227
14. Artículo 220 y N° 16 de la ley N° 18.175. Rol N° 1212-08-INA. (Oficio N° 2268).....	228
15. Artículo 4° de la ley N° 19.260. Rol N° 1201-08-INA: (Oficio N° 2287)	228
16. Artículo 16 del Código Tributario. Rol N° 1221-08-INA. (Oficio N° 2296) ..	229
17. Artículo 199 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de Salud. Rol N° 1222-08-INA. (Oficio N° 2330).....	229
18. Artículo 104 inciso 4° ley General de Bancos. Rol N° 1217-08-INA. (Oficio N° 2333).....	230
19. Artículo 1891, del Código Civil. Rol N° 1204-08-INA. (Oficio N° 2326)	231
20. Artículo 38 ter de la ley N° 18.933. Rol N° 1218-08-INA. (Oficio N° 2323).	231
21. Inciso primero y segundo del artículo 45 del Código de Comercio. Rol N° 1200-08-INA. (Oficio N° 2336).....	232
22. Rol N° 1.200-08-INA	233

IX. Otros documentos de la Cuenta.

1. Oficios:

- Del Partido Renovación Nacional por el cual comunica que ha designado a la ciudadana señora Lily Pérez San Martín para proveer la vacante dejada por el Honorable diputado señor Pedro Pablo Álvarez- Salamanca Büchi.

- De la Comisión de Régimen Interno, Administración y Reglamento por el cual comunica la integración de las siguientes misiones oficiales al extranjero, conforme al Acuerdo Marco de Participación en Instancias Internacionales:
- 1. Los diputados señores Palma y Bobadilla concurrirán a las sesiones de las Comisiones de Salud y de Seguridad Ciudadana del Parlatino, a realizarse en la Ciudad de México, los días 22 al 24 de octubre próximo.
- 2. El diputado señor Estay asistirá a la reunión de la Comisión de Asuntos Políticos, Municipales y de la Integración destinada a debatir la alternativa Bolivariana para las Américas, Alba, que se llevará a cabo en La Habana Cuba, los días 15 y 16 de octubre.
- 3. El diputado señor Correa reemplazará al diputado señor García-Huidobro en las sesiones de la Comisión de Energía y Minas del Parlatino a efectuarse los días 16 y 17 de octubre en San José, Costa Rica.
- 4. La delegación que asistirá a la 119ª Asamblea de la Unión Interparlamentaria y Reuniones conexas que tendrá lugar en Ginebra, del 12 al 15 de octubre estará integrada por los diputados señores León (Presidente del Grupo), Rossi, Salaberry y la diputada señora María Antonieta Saa. Asiste además, en su calidad de Secretaria del Grupo la Directora de Asuntos Interparlamentarias.
- 5. Los diputados señores De Urresti y Norambuena integrarán la delegación que participará en la Conferencia de la Organización Regional de Pesca para el Pacífico Sur, que tendrá lugar los días 6 al 10 de octubre en Camberra, Australia.

Ministerio de Educación:

- Diputada Vidal, licitación, adjudicación, fiscalización y nivelación de estudios Chilecalifica.

Ministerio de Obras Públicas:

- Diputada Sepúlveda doña Alejandra, pavimentación de caminos básicos en Región de O'Higgins.
- Diputada Sepúlveda doña Alejandra, obras fluviales en varias comunas afectadas por emergencias de la Sexta Región.
- Diputado Sepúlveda don Roberto, construcción de defensas fluviales en varios sectores de la Sexta Región.
- Diputado García, licitación realizada por el Departamento de Maquinarias de la Dirección de Vialidad de la Región de La Araucanía.
- Diputado Silber, construcción de un colector en la comuna de Quilicura.
- Diputado Jaramillo, situación del camino Chauquén-Playa Monje, Panguipulli, Región de los Ríos.
- Diputado Alvarado, pavimentación camino Máfil - Huillón.
- Diputado Jarpa, situación de rutas El Carmen-Trehuemu y San Ignacio-San Miguel, Región del Biobío.
- Diputado Alvarado, construcción terminales Portuarios en Huicha, comuna Chonchi y Chulchuy, Comuna de Puqueldón.

Ministerio de Bienes Nacionales:

- Diputado Díaz don Marcelo, asignaciones de viviendas fiscales en Coquimbo.
- Diputado García- Huidobro, declaraciones emitidas por Secretario Regional Ministerial de la Región de O'Higgins.

Ministerio de Salud:

- Diputado Chahuán, licencia médica de señor afectado por una artrosis en su rodilla derecha, de Viña del Mar.
- Diputado Jarpa, informe caso Dr. José Manuel Vidal.
- Diputado Martínez, control de Población Canina en Chillán.

Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones:

- Diputado Espinoza don Fidel, apoyo brindado a Fresia, Región de Los Lagos.

Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (Conadi):

- Diputado Urrutia, requisitos Beca Indígena Conadi-Junaeb.

Superintendencia de Pensiones:

- Diputado Delmastro, rebaja de pensión de invalidez a señor que indica por AFP Habitat.

Servicio Nacional del Consumidor:

- Diputado Galilea, reclamos presentados por servicio de suministro eléctrico por Empresa Eléctrica de Aisén, Edelaysén.

Municipalidad de Santiago:

- Diputado Pérez, fachada del ex edificio de El Mercurio.

Municipalidad de Melipilla:

- Diputada Pascal, extracción de áridos río Maipo.

I. ASISTENCIA

-Asistieron los siguientes señores diputados: (94)

NOMBRE	(Partido*	Región	Distrito)
Accorsi Opazo, Enrique	PPD	RM	24
Aguiló Melo, Sergio	PS	VII	37
Allende Bussi, Isabel	PS	RM	29
Pérez San Martín, Lily	RN	VII	38
Álvarez Zenteno, Rodrigo	UDI	XII	60
Araya Guerrero, Pedro	IND	II	4
Ascencio Mansilla, Gabriel	PDC	X	58
Bauer Jouanne, Eugenio	UDI	VI	33
Becker Alvear, Germán	RN	IX	50
Bertolino Rendic, Mario	RN	IV	7
Bobadilla Muñoz, Sergio	UDI	VIII	45
Cardemil Herrera, Alberto	IND	RM	22
Ceroni Fuentes, Guillermo	PPD	VII	40
Correa De la Cerda, Sergio	UDI	VII	36
Cristi Marfil, María Angélica	UDI	RM	24
Chahuán Chahuán, Francisco	RN	V	14
Delmastro Naso, Roberto	RN	X	53
Díaz Del Río, Eduardo	PRI	IX	51
Díaz Díaz, Marcelo	PS	IV	7
Duarte Leiva, Gonzalo	PDC	RM	26
Egaña Respaldiza, Andrés	UDI	VIII	44
Eluchans Urenda, Edmundo	UDI	V	15
Encina Moriamez, Francisco	PS	IV	8
Enríquez-Ominami Gumucio, Marco	PS	V	10
Errázuriz Eguiguren, Maximiano	RN	RM	29
Escobar Rufatt, Álvaro	IND	RM	20
Espinosa Monardes, Marcos	PRSD	II	3
Espinoza Sandoval, Fidel	PS	X	56
Estay Peñaloza, Enrique	UDI	IX	49
Farías Ponce, Ramón	PPD	RM	30
Forni Lobos, Marcelo	UDI	V	11
Fuentealba Vildósola, Renán	PDC	IV	9
García García, René Manuel	RN	IX	52
García-Huidobro Sanfuentes, Alejandro	UDI	VI	32
Girardi Briere, Guido	PPD	RM	18
Godoy Ibáñez, Joaquín	RN	V	13
Goic Boroovic, Carolina	PDC	XII	60
González Torres, Rodrigo	PPD	V	14
Hales Dib, Patricio	PPD	RM	19
Hernández Hernández, Javier	UDI	X	55

Insunza Gregorio De Las Heras, Jorge	PPD	RM	28
Isasi Barbieri, Marta	PAR	I	2
Jaramillo Becker, Enrique	PPD	X	54
Jarpa Wevar, Carlos Abel	PRSD	VIII	41
Jiménez Fuentes, Tucapel	IND	RM	27
Kast Rist, José Antonio	UDI	RM	30
Leal Labrín, Antonio	PPD	III	5
León Ramírez, Roberto	PDC	VII	36
Lobos Krause, Juan	UDI	VIII	47
Lorenzini Basso, Pablo	PDC	VII	38
Martínez Labbé, Rosauro	RN	VIII	41
Masferrer Pellizzari, Juan	UDI	VI	34
Melero Abaroa, Patricio	UDI	RM	16
Meza Moncada, Fernando	PRSD	IX	52
Monckeberg Bruner, Cristián	RN	RM	23
Monckeberg Díaz, Nicolás	RN	VIII	42
Monsalve Benavides, Manuel	PS	VIII	46
Montes Cisternas, Carlos	PS	RM	26
Muñoz D'Albora, Adriana	PPD	IV	9
Nogueira Fernández, Claudia	UDI	RM	19
Norambuena Farías, Iván	UDI	VIII	46
Núñez Lozano, Marco Antonio	PPD	V	11
Ojeda Uribe, Sergio	PDC	X	55
Olivares Zepeda, Carlos	PRI	RM	18
Ortiz Novoa, José Miguel	PDC	VIII	44
Pacheco Rivas, Clemira	PS	VIII	45
Palma Flores, Osvaldo	RN	VII	39
Pascal Allende, Denise	PS	RM	31
Paya Mira, Darío	UDI	RM	28
Pérez Arriagada, José	PRSD	VIII	47
Quintana Leal, Jaime	PPD	IX	49
Robles Pantoja, Alberto	PRSD	III	6
Rossi Ciocca, Fulvio	PS	I	2
Rubilar Barahona, Karla	RN	RM	17
Saa Díaz, María Antonieta	PPD	RM	17
Salaberry Soto, Felipe	UDI	RM	25
Sepúlveda Hermsilla, Roberto	RN	RM	20
Silber Romo, Gabriel	PDC	RM	16
Sule Fernández, Alejandro	PRSD	VI	33
Súnico Galdames, Raúl	PS	VIII	43
Tohá Morales, Carolina	PPD	RM	22
Tuma Zedan, Eugenio	PPD	IX	51
Turres Figueroa, Marisol	UDI	X	57
Uriarte Herrera, Gonzalo	UDI	RM	31
Urrutia Bonilla, Ignacio	UDI	VII	40
Valcarce Becerra, Ximena	RN	I	1

Valenzuela Van Treek, Esteban	CHI	VI	32
Vargas Lyng, Alfonso	RN	V	10
Venegas Cárdenas, Mario	PDC	IX	48
Venegas Rubio, Samuel	PRSD	V	15
Verdugo Soto, Germán	RN	VII	37
Von Mühlenbrock Zamora, Gastón	UDI	X	54
Walker Prieto, Patricio	PDC	IV	8
Ward Edwards, Felipe	UDI	II	3

-Asistieron, además, los ministros de Obras Públicas, don Sergio Bitar, y de la Secretaría General de la Presidencia, don José Antonio Viera-Gallo.

-Con permiso constitucional estuvo ausente la diputada señora Ximena Vidal.

* *PDC: Partido Demócrata Cristiano; PPD: Partido por la Democracia; UDI: Unión Demócrata Independiente; RN: Renovación Nacional; PS: Partido Socialista; PAR: Partido de Acción Regionalista; PRSD: Partido Radical Social Demócrata, e IND: Independiente. PRI: Partido Regionalista de los Independientes. CHI: ChilePrimero.*

II. APERTURA DE LA SESIÓN

-Se abrió la sesión a las 10.39 horas.

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

La señora **ALLENDE** (doña Isabel).- Señor Presidente, pido la palabra para una cuestión de Reglamento.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra su señoría.

III. ACTAS

El señor **ENCINA** (Presidente).- El acta de la sesión 79ª se declara aprobada.

El acta de la sesión 80ª queda a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

La señora **ALLENDE** (doña Isabel).- Señor Presidente, deseo saber si la Mesa o la Comisión de Régimen Interno definieron el funcionamiento de las Comisiones los días lunes en Santiago. Lo pregunto, porque muchas están alcanzadas de tiempo y la falta de una definición al respecto dificulta tremendamente cumplir con nuestras obligaciones.

Por eso, pido que, con urgencia, la Sala se defina y consagre que las comisiones podrán sesionar los lunes en Santiago.

IV. CUENTA

El señor **ENCINA** (Presidente).- El señor Prosecretario va a dar lectura a la Cuenta.

*-El señor **ÁLVAREZ** (Prosecretario) da lectura a la Cuenta.*

El señor **PAYA**.- Señor Presidente, pido la palabra para una cuestión de Reglamento.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Señora diputada, la Mesa entregó una propuesta en tal sentido a todos los jefes de bancada, e imagino que ellos la habrán comentado con sus diputados, a fin de resolver la materia durante la próxima semana.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra su señoría.

JURAMENTO O PROMESA DE ESTILO DE LA SEÑORA LILY PÉREZ SAN MARTÍN.

El señor **PAYA**.- Señor Presidente, llama la atención que todavía no se constituya la Comisión Especial Investigadora sobre la tramitación del préstamo BID al Transantiago. No sé si la Mesa ha previsto alguna fecha para ejercer la facultad de nombrar a los miembros de la Comisión, ya que las bancadas de los partidos políticos respectivos no se han pronunciado al respecto.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Señores diputados, de acuerdo con lo preceptuado en los artículos 51, inciso tercero, de la Constitución Política de la República, y 32 del Reglamento de la Corporación, y en consideración a la notificación efectuada por el presidente del Partido Renovación Nacional, señor Carlos Larraín, mediante la cual comunica a esta Corporación el nombre de la ciudadana que proveerá la vacante dejada por el señor Pedro Pablo Álvarez-Salamanca Büchi, recientemente fallecido, procederé a tomar el juramento o promesa de estilo a la señora Lily Pérez San Martín.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Señor diputado, si la próxima semana las bancadas no han entregado su propuesta, la Mesa los nombrará.

Ruego al señor Secretario que haga ingresar a la señora Pérez a la Sala de la Cámara de Diputados.

(Hace ingreso a la Sala la señora Lily Pérez)

(Aplausos)

Ruego a las señoras diputadas, a los señores diputados, funcionarios y asistentes en las tribunas ponerse de pie.

Señora Lily Pérez San Martín, ¿juráis o prometéis guardar la Constitución Política, desempeñar fiel y legalmente el cargo que os ha confiado la Nación, consultar en el ejercicio de vuestras funciones sus verdaderos intereses y guardar sigilo acerca de lo que se trate en sesiones secretas?

La señora **PÉREZ** (doña Lily).- Sí, juro.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Quedáis incorporada a la Cámara de Diputados.

-Aplausos.

V. ORDEN DEL DÍA

RÉGIMEN DE DESCANSO EN DÍAS FESTIVOS PARA TRABAJADORAS Y TRABAJADORES DE CASA PARTICULAR. Modificación del Código del Trabajo. Primer trámite constitucional.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Corresponde ocuparse del proyecto de ley, en primer trámite constitucional, iniciado en moción, que modifica el artículo 150 del Código del Trabajo, relativo al descanso semanal de las trabajadoras de casa particular.

Diputada informante de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social es la señora Carolina Goic.

Antecedentes:

-Moción, boletín N° 5310-13, sesión 73ª, en 5 de septiembre de 2007. Documentos de la Cuenta N° 8.

-Primer informe de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, sesión 69ª, en 2 de septiembre de 2008. Documentos de la Cuenta N° 24.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada informante.

La señora **GOIC** (doña Carolina).- Señor Presidente, en nombre de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, paso a informar, sobre el proyecto de ley, en primer trámite constitucional y primero reglamentario, iniciado en moción de las diputadas Pacheco, doña Clemira; Pascal, doña Denise; Vidal, doña Ximena, y de quien habla, y de los diputados señores Aguiló, Jiménez, Sepúlveda y Sule, que modifica el artículo 150 del Código del Trabajo en lo relativo al descanso semanal de las trabajadoras de casa particular.

Como señala el texto de la moción en estudio, las trabajadoras y los trabajadores de casa particular cuentan con un tratamiento y regulación particular en el Código del Trabajo, contenido en los artículos 146 y siguientes, los que, en materia de descanso semanal distinguen entre quienes viven en la casa del empleador y quienes laboran puertas afuera, garantizando para estos últimos el estatuto general aplicable a todos los trabajadores. Para quienes viven en la casa del empleador, se establece que tendrán derecho a un día completo de descanso a la semana, el cual podrá fraccionar en dos medios.

Esta situación implica que el grupo de trabajadoras que se desempeña en la casa del empleador no tiene derecho al goce de los días festivos, como el resto de los trabajadores, discriminación que esta moción trata de eliminar, al equiparar los derechos de ambos grupos.

A juicio de la comisión, el proyecto no contiene artículos de quórum calificado u orgánico constitucional, ni que requieran ser conocidos por la Comisión de Hacienda.

A las sesiones que la comisión destinó al estudio de la iniciativa legal asistieron el ministro del Trabajo y Previsión Social, don Osvaldo Andrade Lara; la ministra del Servicio Nacional de la Mujer, doña Laura Albornoz Pollmann; la señora Aurora González Becerra, representante de la Asociación Nacional de Empleadas de Casa Particular, y los asesores de la cartera de Trabajo señores Cristián Pumarino Romo y Francisco del Río Correa.

En la discusión general, el proyecto fue aprobado por la comisión en su sesión de 8 de julio de 2008, por 5 votos a favor, de la diputada señora Muñoz, doña Adriana, y de los diputados señores Aguiló, Bertolino, Dittborn y Jiménez, ninguno en contra y ninguna abstención.

En dicha oportunidad, el señor ministro del Trabajo y Previsión Social manifestó que la iniciativa legislativa se encuentra en una línea correcta, que el Gobierno apoya, por cuanto corrige una distorsión interpretativa, para lo cual equipara el beneficio del goce de los días festivos a un grupo de trabajadoras que no cuenta con ese derecho en nuestra legislación. Agregó que no existen argumentos que justifiquen esa discriminación.

Por lo tanto, comprometió el apoyo del Gobierno al proyecto para que ese grupo de trabajadoras pueda gozar de los días festivos y, además, en otros aspectos, como el que tiene que ver con la posibilidad de acumular los días festivos para ser usados dentro de los 90 días siguientes.

Por su parte, la señora ministra del Servicio Nacional de la Mujer manifestó que el trabajo doméstico ha sido históricamente invisibilizado y que sólo en estos últimos dos años se han desarrollado investigaciones para medir su aporte al PIB. Agregó que, según la encuesta Casen 2006, el 14,3 por ciento de las mujeres ocupadas en Chile se dedican al trabajo doméstico remunerado, esto es más de 350 mil mujeres, y el 12,6

por ciento de ellas labora bajo el régimen de puertas adentro.

Argumentó que la subvaloración social del trabajo doméstico se expresa, entre otros aspectos, en una regulación que reconoce menores derechos en relación con la generalidad de los trabajadores y trabajadoras, lo que se traduce en jornadas determinadas en función del descanso mínimo, límites para el ejercicio del feriado y de las indemnizaciones por años de servicio, la imposibilidad de acceder al seguro de cesantía, entre otros.

Por lo tanto, se manifestó plenamente de acuerdo con la idea matriz de la moción, ya que le parece necesario asegurar de forma expresa el derecho a descanso en días festivos para los trabajadores y trabajadoras de casa particular que laboran en régimen de puertas adentro.

Por su parte, las representantes de la Asociación Nacional de Trabajadoras de Casa Particular señalaron que si bien el proyecto representa un avance en contra de la discriminación que sufren a diario, hicieron un llamado para que los diputados se pusieran en la situación de ellas y de quienes representan, ya que tienen derecho a hacer las cosas comunes y corrientes que todos hacemos, como pololear, formar una familia, divertirse, ir al cine, educarse, realizar deportes, ir al médico y hacer sus diligencias, actividades que les resultan difíciles de llevar a cabo, dado que han estado bajo un régimen de semiesclavitud, pues a este grupo no se le reconoce ni siquiera el goce de los días festivos para hacer esas actividades, que para muchos parecen tan rutinarias.

Estimaron que ya es tiempo de pensar en las 500.000 mujeres marginadas del calendario religioso y cultural de nuestro país. Agregaron que tienen la esperanza de que el proyecto sea un paso para mejorar gran parte de la legislación que les afecta.

Respecto de la iniciativa, los diputados y diputadas miembros de la comisión realizaron interesantes aportes para establecer el

período en el cual se podrán utilizar los días festivos. Se acordó que el plazo máximo para ello será de 90 días, porque parece un tiempo prudente, dado que en el calendario figuran aproximadamente doce días festivos, los que, unidos al feriado legal, suman 27, y sería difícil utilizarlos todos al final del año o en el período estival, por la naturaleza de la labor que realizan. Además, ellas se manifestaron a favor de utilizarlos en el tiempo más breve posible, por lo cual parece que la mejor opción es mantener la norma como está planteada en la moción.

Otra propuesta apuntaba a la posibilidad de establecer una compensación económica para reemplazar el goce efectivo del día festivo, ante lo cual hubo mayoría de argumentos en contra, en especial del Ministerio del Trabajo, que sigue el espíritu del Código del Trabajo en la materia, el cual, como regla general, no considera esa posibilidad, salvo excepciones en determinados tipos de jornada que no corresponden a la de las trabajadoras de casa particular.

En la discusión particular, luego de un largo debate, los miembros de la Comisión concordamos en forma unánime el texto de la indicación sustitutiva.

En consecuencia, el proyecto quedó redactado de la siguiente forma:

“Artículo único.- Sustitúyese el inciso segundo del artículo 150 del Código del Trabajo, por el siguiente:

“Tratándose de trabajadores que vivan en la casa del empleador se aplicarán las siguientes normas:

“a) Tendrán derecho a un día completo de descanso a la semana, el cual podrá ser fraccionado en dos medios, a petición del trabajador.

“b) Tendrán derecho a descanso todos los días que la ley declare festivos. No obstante, las partes, con anterioridad a ellos, podrán pactar por escrito que el descanso se efectúe en un día distinto que no podrá fijarse más allá de los noventa días siguientes al respec-

tivo festivo. Este derecho caducará si no se ejerce dentro de dicho plazo y no podrá compensarse en dinero, salvo que el contrato de trabajo termine antes de haberse ejercido el descanso.”

Puesto en votación en particular, fue aprobado por nueve votos a favor. No hubo votos en contra ni abstenciones.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- En discusión el proyecto.

Tiene la palabra la diputada señora María Antonieta Saa.

La señora **SAA** (doña María Antonieta).- Señor Presidente, intervengo para apoyar el proyecto.

Las trabajadoras de casa particular son mujeres que realizan tareas domésticas en hogares ajenos. Culturalmente, existe la percepción de que dichas tareas no son trabajo, por lo que las remuneraciones y los derechos que se les asignan son inferiores a los que se establecen para las demás ocupaciones.

El trabajo doméstico es percibido como una actividad propia de mujeres, y la discriminación hacia ellas hace que sea muy poco valorado en la sociedad. Por eso, todo lo que hagamos para profesionalizar dicha labor e igualarla con la que realiza el resto de los trabajadores es importante.

Se han dado pasos relevantes. Hace algunos años, igualamos a las trabajadoras de casa particular en materia de fuero maternal con el resto de las trabajadoras. Pudimos hacerlo gracias a que el día en que se votó el proyecto, muchos colegas opositores estaban lamentando la prisión de una persona muy cercana a ellos.

El asunto de fondo es el siguiente: si no establecemos una cultura de respeto por esas trabajadoras en el ámbito privado, poco podremos avanzar, dado que es muy difícil fiscalizar ese tipo de trabajo. En ese sector,

muchas veces no se cumplen las normas legales en materia de contratación y pago de imposiciones, sobre todo a extranjeras. Incluso, las remuneraciones que se pagan son, a veces, muy inferiores al salario mínimo. Eso se debe a que es muy difícil fiscalizar el cumplimiento de los deberes de los empleadores respecto de esa enorme cantidad de trabajadoras. Por lo tanto, se debe crear una cultura de respeto hacia ellas, porque gracias a su labor otras mujeres pueden salir a trabajar fuera de sus casas. En consecuencia, es necesario que sus remuneraciones correspondan a su nivel de esfuerzo y que se resguarden sus derechos.

El proyecto significa un avance, pero ¿cómo fiscalizar su cumplimiento?

Ojalá en el futuro no existan trabajadoras de casa particular -a no ser que sean necesarias para cuidar a enfermos y con un contrato nocturno especial-, sino personas que trabajen por horas, con dignidad y buen trato, como ocurre en otros países.

En la actualidad existe un seudopaternalismo hacia las “nanas”, en términos de hacerlas sentir parte de la familia, pero eso provoca injusticias en relación con sus derechos.

El PPD va a apoyar el proyecto porque significa un avance, pero debemos hacer mucho más para que la sociedad chilena respete los derechos de ese amplio contingente de mujeres, al que se han integrado mujeres inmigrantes.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Ignacio Urrutia.

El señor **URRUTIA**.- Señor Presidente, no me cabe duda de que los autores del proyecto tuvieron la mejor intención al presentarlo a tramitación, pero deseo expresar algunos reparos.

Sinceramente, hace mucho tiempo que en el Congreso estamos legislando en desmedro

de los trabajadores. Si analizamos los índices de desempleo, advertiremos que hace un año éste alcanzaba a 500 mil personas y, actualmente, a 600 mil. Por lo tanto, es posible concluir que ha subido en forma muy significativa. Se puede culpar a la crisis, al nivel de crecimiento del país o a lo que se quiera, pero lo que queda claro es que mientras más trabas se incorporan en la legislación laboral, los empleadores más tienden a mecanizar sus tareas. Al respecto, es impresionante ver lo que ocurre en el sector agrícola, lo que va en desmedro de la contratación de mano de obra, no sólo para bajar costos, sino principalmente debido a dichas trabas.

A mí me ha ocurrido un hecho curioso. Contraté a una mujer para que me ayudara en mi oficina parlamentaria, quien, a los dos meses, quedó embarazada. No tengo problemas en eso. Tuvo sus licencias prenatal y posnatal. Sin embargo, por distintos problemas, no quería que siguiera trabajando conmigo, pero tenía fuero. Antes de que éste expirara, nuevamente quedó embarazada. Por lo tanto, una vez más quedó beneficiada por el fuero. Actualmente está haciendo uso de su tercer fuero. Por lo tanto, puedo estar diez años manteniendo una relación contractual con una persona que no me sirve para nada, debido a que tiene fuero. En verdad, estoy frito.

Lo que quiero decir es que cuando se ponen trabas por todos lados a la contratación de mano de obra, ya sea que se trate de empleadas domésticas, trabajadores agrícolas o lo que sea, lo único que se logra es un desmedro para los trabajadores.

En las zonas agrícolas, desde que se obligó a los empleadores a contar con sala cuna en caso de tener más de veinte trabajadoras contratadas, la gran mayoría optó por no contratar mujeres, sino solamente hombres. Y es lógico que lo hagan. ¿Para qué van a instalar salas cunas, si eso supone más costos, porque es necesario contratar parvula-

rias e invertir en infraestructura? Entonces, ahora sólo se contrata a hombres, con el consecuente desmedro para las mujeres.

Siento que con este proyecto, por muy loables y buenas que sean las intenciones que lo inspiran, se apunta precisamente en el sentido contrario del objetivo perseguido, porque pone más trabas a la contratación.

En nuestro país ya casi no hay empleadas domésticas puertas adentro, y seguirán disminuyendo. Ahora casi todas trabajan puertas afuera. Además, la mayoría de las empleadas domésticas son extranjeras, lo que constituye otro problema que habrá que ver cómo resolver, ya que hay muchas inmigrantes que se encuentran contratadas como empleadas domésticas puertas adentro en forma ilegal. Pero ésa es otra materia que, seguramente, habrá que regular a través de la ley de extranjería.

Sinceramente, creo que si aprobamos esta iniciativa, no obstante las buenas intenciones que la puedan inspirar, y la sumamos a otros proyectos chicos que hemos aprobado, estaremos colaborando al aumento del desempleo. Como dije, éste se elevó de 500 mil a 600 mil cesantes, y lo más probable es que esa cifra siga creciendo.

En consecuencia, anuncio derechamente que no estoy de acuerdo con el proyecto y que, independientemente de la forma como vote mi bancada, que según tengo entendido lo hizo a favor en la Comisión, yo lo votaré en contra.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Mario Bertolino.

El señor **BERTOLINO**.- Señor Presidente, valoro la preocupación de las diputadas y diputados autores de esta moción, señoras Carolina Goic, Clemira Pacheco, Denise Pascal y Ximena Vidal, y señores Sergio Aguiló, Tucapel Jiménez, Roberto Sepúlveda y Alejandro Sule, quienes han

demostrado una cualidad, una virtud digna de aplaudir en la Cámara de Diputados, independientemente del sector político al que se pertenezca, que es hacer justicia y buscar la igualdad de derechos entre personas que desarrollan una misma función.

Hasta ahora no se había reparado en el problema que aborda esta iniciativa. Por lo tanto, valoro que un grupo de parlamentarios de distintos sectores lo haya hecho.

No obstante reconocer que los trabajos de asesora del hogar puertas adentro y puertas afuera son difíciles, considero que el primero es bastante más complejo, exigente y sacrificado, entre otras cosas, porque las líneas que delimitan los períodos de descanso de la jornada laboral no siempre están nítidamente marcadas cuando la asesora vive y pernocta habitualmente en el hogar al cual sirve con su trabajo.

En los tiempos que vivimos, la pareja, sea matrimonial o de hecho, cada vez más está constituida por dos personas que trabajan, por lo que resulta fundamental contar en el hogar común con una asesora que colabore en las labores domésticas y en el cuidado de los hijos, porque les permite trabajar libremente y llevar el sustento a su hogar. Eso da tranquilidad a la pareja. Lo mismo ocurre en familias encabezadas por un solo jefe de hogar.

Me parece que la fórmula que propone el proyecto, a fin de que quienes se desempeñan como asesoras del hogar puertas adentro tengan los mismos derechos de descanso, es la mejor a la que podemos aspirar. Si bien es cierto algunos diputados pensábamos que se podría haber establecido un plazo superior a 90 días para hacer uso del descanso correspondiente al respectivo festivo, el fijado parece prudente, porque evita una gran acumulación de días. Además, permite juntar dos o tres feriados que, sumados a un fin de semana, por ejemplo, pueden ser suficientes para que la asesora pueda visitar a su familia, ya que generalmente quienes se desem-

peñan puertas adentro tienen su residencia familiar en un lugar distinto de aquel donde trabajan, y un fin de semana o un feriado suelen no ser suficientes para realizar ese desplazamiento a fin de encontrarse con sus familiares, amigos y demás seres queridos.

Insisto en que valoro el proyecto y anuncio mi voto a favor, al igual que el de la bancada de diputados de Renovación Nacional.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Isabel Allende.

La señora **ALLENDE** (doña Isabel).- Señor Presidente, me sumo a las felicitaciones que se han expresado a los autores de este proyecto, presentado por la diputada Carolina Goic y varios otros diputados y diputadas.

Asimismo, felicito al colega Mario Bertolino, porque no siempre se escuchan intervenciones como la suya de parte de diputados de las bancadas de la Oposición. Comparto lo que él expresó con justicia: que estamos ante un asunto -valga la redundancia- de justicia, ya que esta iniciativa intenta terminar con una discriminación arbitraria que ha afectado desde siempre a las trabajadoras de casa particular, sobre todo a las que se desempeñan puertas adentro, que desarrollan un oficio un poco imperceptible para el resto de la sociedad, no obstante que estamos hablando de alrededor de 350 mil mujeres que lo ejercen.

Ha llegado la hora de hacer justicia y de poner término a esa discriminación, sentido hacia el que apunta la iniciativa. Por lo tanto, anuncio mi apoyo y el de mi bancada.

No obstante, deseo clarificar lo siguiente: si bien estamos de acuerdo con la modificación al artículo 150 del Código del Trabajo para otorgar a las trabajadoras que se desempeñan puertas adentro un día completo de descanso a la semana y hacerles extensivo el derecho a descanso por concepto de los días

que la ley declara festivos -respecto del cual podrán pactar con sus empleadores que se efectúe en un día distinto-, consideramos que es necesario ir más allá. Por lo tanto, junto con las diputadas Clemira Pacheco y Denise Pascal presentaremos una indicación para agregar una letra c) que diga que las mencionadas trabajadoras tendrán derecho a 21 días hábiles de feriado anual, descanso que podrá fraccionarse, de común acuerdo con el empleador, siempre que se garantice que cada período de descanso tendrá un mínimo de 10 días hábiles consecutivos.

En dos palabras, se trata de lo siguiente: como conocemos el tipo de trabajo que se realiza puertas adentro y por sus peculiares características, especialmente vivir en el mismo lugar donde se trabaja, suele ocurrir que la jornada diaria se extiende por más de las ocho horas establecidas y que, por cierto, no se paguen las horas extraordinarias.

Me parece de legítima justicia dar el debido reconocimiento a este trabajo tan vital y delicado, que muchas veces conlleva hacerse cargo de los hijos de la familia a la cual se sirve, lo cual supone confianza total respecto de lo que ocurre al interior del hogar donde se labora, al punto de que, en algunos casos, estas trabajadoras pasan a ser casi un miembro más de la familia.

Ante tales exigencias, una forma adecuada de compensación de las horas de más que evidentemente trabajan estas asesoras, que no son reconocidas, puede consistir en que se les permita gozar de 21 días hábiles de vacaciones, que en la práctica se transformarían en un mes completo.

Estoy segura de que muchos de nosotros ya hemos implementado esa práctica en nuestros hogares. No obstante, me parece que no debiera ser algo voluntario, que dependa de la sensibilidad del empleador, sino un derecho establecido en la ley, para que efectivamente se garantice ese descanso a quienes realizan este trabajo, que es de los que se pueden considerar pesados, no en el sentido ergonómico,

de fuerza física, sino por el nivel de compromiso y de responsabilidad que implica hacerse cargo de tareas que, a veces, son muy complejas y sensibles, como el cuidado de la salud de los hijos que permanecen en la casa mientras la madre desempeña algún trabajo u otra actividad.

Por lo tanto, primero, la Cámara de Diputados debiera valorar la presentación de una iniciativa de esta naturaleza; segundo, es evidente que existe una discriminación hacia esas trabajadoras, que ahora estamos tratando de corregir, y tercero, es necesario dar un paso más en la medida en que seamos capaces de reconocer que el horario real de trabajo es más extenso que las ocho horas que cumple cualquier otro trabajador, por la particular condición de que habitan en la casa de su empleador.

Ante esa realidad, sería muy conveniente que la Comisión de Trabajo y Seguridad Social acogiera esa indicación y pudiéramos avanzar un poco más en el sentido de compensar y garantizar a esas trabajadoras por ley -no por la buena voluntad de sus empleadores-, 30 días de descanso al año, que podrían fraccionarse con acuerdo de las partes, con la garantía de que en cada período dispondrán de un mínimo de diez días.

Esas trabajadoras ejercen funciones delicadas, muy importantes y muchas veces sustituyen a los dueños de casa, pero su trabajo es muy poco reconocido por la sociedad, lo que implica que sus empleados no respeten sus horarios y no reconozcan las horas extra que laboran e, incluso más, paguen sueldos bajos y, en muchas ocasiones, no enteren sus cotizaciones previsionales en las respectivas administradoras de fondos de pensiones.

Por lo tanto, reitero mi deseo de que la Comisión de Trabajo y Seguridad Social acoja la indicación, de manera de dar un paso más en el sentido señalado.

Finalmente, reitero mi total apoyo al proyecto.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Carolina Goic.

La señora **GOIC** (doña Carolina).- Señor Presidente, en primer lugar, expreso mi reconocimiento a la diputada Denise Pascal por su aporte en la redacción original del proyecto y también por ser una de sus autoras.

En segundo término, anuncio el apoyo de la bancada del Partido Demócrata Cristiano a esta iniciativa.

Parece increíble que exista un grupo de personas, las trabajadoras de casa particular que laboran puertas adentro en tareas domésticas, que no tengan derecho al descanso en días festivos. Y, justamente, esa discriminación es la que busca corregir esta iniciativa.

Aunque esas trabajadoras gozan del derecho a un día de descanso a la semana, no se les reconoce el derecho a descanso en los días festivos, como sí ocurre con todos los demás trabajadores. Esa discriminación no tiene justificación alguna, por lo que la unanimidad de los miembros de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social acogió la modificación que contempla este proyecto. Me interesa destacar ese espíritu y ese ánimo.

Sólo estamos ampliando esos derechos básicos, de los que sí gozan los demás trabajadores, a un grupo de mujeres que permanecían “invisibles”, porque desarrollan un trabajo bastante menos formal en cuanto a las relaciones y al ejercicio de algunos derechos laborales.

Quiero destacar algunas de las modificaciones que efectuamos en la discusión del proyecto en la Comisión. Por ejemplo, la que dice relación con que el acuerdo entre las partes quede registrado por escrito. Naturalmente, tenemos la duda de si, en la práctica, será fácil ejercer este derecho o si, por el contrario, debido a las necesidades del empleador, finalmente no será posible que esas trabajadoras hagan uso de su descanso por concepto de días festivos.

Tengo la convicción de que es necesario avanzar en el reconocimiento de esa función como un trabajo pleno, con ciertos horarios y resguardos. Por lo tanto, el empleador debe entender que una trabajadora de casa particular no es parte de su propiedad, sino una persona que se desempeña en una labor que debe tender a ser formalizada.

Me interesa destacar el esfuerzo que han desplegado estas trabajadoras para organizarse, a través de la Asociación Nacional de Empleados de Casa Particular, Anecap, en las distintas regiones y a nivel nacional, lo cual constituye un paso muy importante, porque les permite informarse de sus derechos y también mejorar su desempeño. Qué gusto da observar que algunas trabajadoras de casa particular buscan cursos de capacitación, porque entienden que de esa forma podrán desarrollar de manera más completa sus funciones en diversas áreas, como primeros auxilios, en cómo cocinar mejor, en el cuidado de los niños y enfermos, etcétera.

Es necesario tender a esos objetivos, porque finalmente dignificarán el trabajo de un grupo importante de mujeres que, actualmente -insisto-, por no tener la fuerza para organizarse, para aparecer en los medios de comunicación o para realizar sus demandas, pareciera no existir.

Este proyecto constituye un avance, tal como lo fue el reajuste del salario mínimo y lograr que, dentro de tres años, el ingreso mínimo para las trabajadoras de casa particular sea equivalente al ciento por ciento del ingreso mínimo mensual. Respecto de ese punto también se producía una discriminación que, al menos, ya hemos subsanado. Sin duda, aún quedan algunos problemas pendientes sobre los cuales podemos ir avanzando.

Espero que el proyecto tenga una rápida tramitación y que el Senado comparta el espíritu que se manifestó en forma transversal en la Comisión de Trabajo y Seguridad Social de la Cámara.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Eugenio Bauer.

El señor **BAUER**.- Señor Presidente, este proyecto pretende precisar una materia no prevista por el Código del Trabajo en lo relativo al descanso en días feriados de las trabajadoras de casa particular que habitan en la casa del empleador.

En efecto, dado que la condición de estas trabajadoras es especialísima, el régimen laboral aplicable a ellas también lo es, lo que ha resultado en que queden excluidas del régimen de descanso semanal aplicable como norma general en nuestro derecho laboral.

El proyecto pretende modificar el artículo 150 del Código del Trabajo, que, al excluir a las trabajadoras de casa particular que habitan en la casa del empleador de la normativa general en materia de descanso semanal, dejó fuera a esas trabajadoras de la posibilidad de gozar de descanso en los días declarados como festivos por ley.

En atención a esa realidad, la iniciativa pretende que a esas trabajadoras les sea aplicable el artículo 35 de ese cuerpo legal, que señala que los días festivos serán de descanso, con la facultad extraordinaria, dadas las especiales características de la labor ejercida, de que el goce y la distribución de los feriados puedan ser pactados para un día distinto e, incluso, ser acumulados dentro de los noventa días siguientes.

La propuesta se considera acertada, toda vez que el hecho de que estas trabajadoras no pueden gozar del descanso en las festividades declaradas por ley no es equitativo respecto de lo que ocurre con sus pares y, además, no se aprecian razones objetivas para la conservación de dicha práctica en nuestro régimen jurídico laboral.

Como se señaló, el proyecto propone que los contratantes puedan pactar una distribución distinta de los feriados y que, incluso, proceda su acumulación.

Los hechos han revelado que, en la práctica, muchas trabajadoras de casa particular que habitan en la casa de sus empleadores tienen su propio hogar en lugares muy distantes, a menudo alejados de los grandes centros urbanos o de la capital, donde se concentra la mayoría de ellas. El proyecto reconoce esa realidad y, por ello, faculta a las partes a pactar que el goce de los días feriados se realice en un día distinto de aquel que señale la ley, procediendo su acumulación con otros días. De no existir una norma de esta naturaleza, muchas veces el feriado puede representar una verdadera carga para el trabajador.

Por supuesto, debe existir una limitación de ese derecho: un período para impetrarlo y disfrutarlo. Actualmente, existen aproximadamente catorce feriados legales en nuestro país, que pueden variar por la aplicación del artículo 35 ter del Código del Trabajo, que agrega un feriado más cuando los días 18 y 19 de septiembre sean martes y miércoles, respectivamente, o miércoles y jueves, respectivamente, en que será feriado el lunes 17 o el viernes 20 de dicho mes, según el caso.

Dado este alto número de días, puede resultar poco deseable que se pacte una acumulación en plazos muy extensos o una total al feriado anual. Por esa razón, el proyecto propone -a mi juicio, acertadamente- un plazo de noventa días para que la trabajadora pueda hacer uso de sus días de descanso.

Además, el proyecto establece que el derecho caducará si no se ejerce dentro de dicho plazo. Esta precisión fue realizada expresamente por la Comisión porque, dado que los derechos en materia laboral prescriben, por regla general, en un plazo de dos años, el no poner esa limitación constituía, en la práctica, una extensión a la facultad de distribuirlos voluntariamente dentro de los siguientes tres meses, y lo ampliaba a un plazo indeseable y excesivo, como sería el de veinticuatro meses. Así se vela tanto por el trabajador como por el empleador y se

impone una norma que cautela la debida seguridad jurídica en las relaciones contractuales de un contrato tan especial como el de las trabajadoras de casa particular.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Nicolás Monckeberg.

El señor **MOCKEBERG** (don Nicolás).- Señor Presidente, tal como lo señaló la diputada Carolina Goic, una de las autoras del proyecto, parece increíble que tengamos una legislación que no reconozca los feriados legalmente declarados a un grupo de trabajadoras, lo que implica que se discrimina respecto de su derecho a descanso. Comparo plenamente ese diagnóstico.

Me gustaría agregar que parece increíble que haya pasado tanto tiempo sin que nos hayamos dado cuenta de esa discriminación y que no hayamos sido oportunos en repararla.

Por eso, felicito a las diputadas señoras Carolina Goic y Denise Pascal -entre otras- por esta iniciativa y por la rapidez con que fue estudiada por la Comisión de Trabajo hasta lograr su aprobación.

El proyecto es positivo porque permite que se haga justicia respecto de una discriminación que se venía produciendo desde hace mucho tiempo en contra de las trabajadoras de casa particular que viven en la casa del empleador, si se compara con quienes trabajan puertas afuera.

Sobre esa base, a través de esta iniciativa se propone establecer un régimen para los trabajadores puertas adentro que importe el legítimo ejercicio del derecho a descanso en días festivos, incorporando la necesaria flexibilidad para los efectos de compatibilizar su ejercicio con la naturaleza de la labor que desarrollan. Ello, porque muchas veces las trabajadoras de casa particular que se desempeñan puertas adentro viven fuera de la ciudad donde ejercen su labor. Por tanto, en virtud de

esta iniciativa se les da la posibilidad de que, si así lo desean, puedan hacer uso de los feriados de una sola vez, de conformidad con lo convenido con su empleador.

Quiero hacer una reflexión final. A veces, llama la atención el rumbo que toma nuestra legislación. Así, existen muchas iniciativas que generan distorsión en el mercado laboral, fomentan el desempleo y dificultan la contratación de personas por parte de las pymes. No obstante, también debemos reconocer que hay cierta legislación que empieza a avanzar y a consolidarse, como ocurre con la que conocemos hoy, que apunta a terminar con la discriminación que se ha producido durante largo tiempo respecto de las trabajadoras de que se trata.

Digo esto porque cuando se contrata para las labores de su casa a una trabajadora de casa particular bajo el régimen de puertas adentro es porque la dueña de casa realiza algún trabajo o actividad y se ve en la necesidad de contar con alguna persona que realice las labores de la casa y cuide de sus hijos. Por tanto, ese empleador sabe mejor que nadie lo importante y dignificante que es tener las horas suficientes de descanso para realizar un buen trabajo. A veces, sorprende que esas personas hayan permanecido en silencio ante esta evidente discriminación que se produce en contra de la trabajadora puertas adentro que realiza las labores en su casa, sin darle la posibilidad de que ella haga uso del feriado legal del que su empleador goza. Con este proyecto de ley se pone fin a esa contradicción.

Finalmente, insisto en felicitar a los patrocinantes de esta iniciativa. Ojala que las indicaciones -me parecen bastante atendibles- se tramiten en el Senado para así agilizar el proceso. No obstante, si la intención es tramitarlas en la Cámara de Diputados, como Presidente de la Comisión sólo puedo comprometer la máxima celeridad en el despacho del proyecto.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado don Enrique Jaramillo.

El señor **JARAMILLO**.- Señor Presidente, esta es una iniciativa de hondo contenido. Alguien dijo que es una traba, pero no la considero así, porque son muy pocas las personas que hoy realizan dicho trabajo bajo el régimen de puertas adentro.

El proyecto es un ajuste a la legislación laboral, ya que intenta igualar la situación de las trabajadoras de casa particular que se desempeñan bajo el régimen de puertas adentro respecto de la que rige para quienes son trabajadoras de casa particular puertas afuera.

Como se sabe, los trabajadores de casa particular que viven en la casa del empleador tienen derecho a un día completo de descanso a la semana, el que se puede fraccionar en dos medios, situación que de por sí es injusta y de otro tiempo en materia de legislación. Pareciera que, aun cuando Chile crece, todavía está ligado al pasado. Las trabajadoras de casa particular bajo el régimen de puertas adentro normalmente cumplen jornadas superiores a diez horas diarias y permanecen el resto del día en la casa patronal sin derecho a gozar de los días festivos, lo que considero abusivo. Por ello, a través de esta iniciativa se les concede el derecho a descansar los feriados, con la alternativa de que éstos se puedan acumular en un plazo de noventa días, lo que viene a restablecer en parte de sus derechos en relación con los que rigen para los demás trabajadores.

Sin embargo, hay un aspecto del proyecto que me merece dudas y cuya implementación será complicada. Me refiero al hecho de que si una trabajadora o trabajador de casa particular que labora bajo el régimen de puertas adentro no hace uso de sus días festivos y los acumula para otra ocasión, dentro de los noventa días que señala el proyecto, tal postergación debe quedar consignada por

escrito. De lo contrario, podría entenderse que hizo uso de sus días festivos y, por ende, perderlos.

A mi juicio, la redacción de la norma debería apuntar en el sentido inverso; es decir, si la trabajadora hacer uso del feriado, debiera quedar consignado por escrito. En cambio, si no hace uso de él, no debiera firmar nada. De esta manera, la obligación de poner por escrito esa situación va a ser más importante para el empleador que para el trabajador.

Difiero en ese aspecto de la iniciativa. Puede ocurrir que el empleador diga a la trabajadora que confíe en él y firme un papel que diga que no usó su feriado, o que simplemente por ignorancia o desconocimiento de sus derechos, ella no exija que se firme el no uso del día festivo en una oportunidad determinada, con la consecuente pérdida del día libre.

Por eso, no obstante reconocer el mérito del proyecto, que tiene mucho de novedoso, en el sentido de hacer justicia ante una situación que se viene produciendo por años, respecto de la cual nadie antes se había pronunciado por su eliminación, voy a presentar una indicación que señale que el peso de la obligación de poner por escrito el uso de los feriados en un tiempo determinado quede en manos del empleador y no del trabajador, como una forma de resguardar de mejor manera el derecho a hacer uso de los días de descanso.

Felicito a las autoras de esta iniciativa, ya que es bueno que hayan reparado en una situación que por todos era sabida, pero que nadie enmendaba. Bien por las mujeres diputadas patrocinantes de esta iniciativa, que vamos a aprobar, sin perjuicio de la indicación que voy a presentar.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado don Sergio Ojeda.

El señor **OJEDA**.- Señor Presidente, voy a apoyar con todas mis fuerzas este proyecto, sin reservas ni condiciones, sólo movido por un afán de justicia y por la necesidad de corregir una omisión incomprensible del Código del Trabajo, que ha significado discriminar a un grupo de trabajadoras. Lo hago, porque la trabajadora de casa particular en régimen de puertas adentro realiza un trabajo muy especial y tiene una relación muy directa con la familia; se vincula tan íntimamente con ella que, a veces, pasa a constituirse en un miembro más. Como digo, esto ocurre por las características del trabajo que realiza, por su cercanía con la familia.

A mi juicio, aparte de la normativa jurídica, que es imperativa, es necesario cambiar también el trato social de que son objeto las trabajadoras de casa particular. Con el tiempo, se ha ido evolucionando en este sentido, y ahora se les da un trato más digno. En realidad, han ido ganando terreno gracias a su capacidad, a su preparación y a lo que significan.

Históricamente, han recibido distintas denominaciones: primero, se les llamó empleadas domésticas, por el trabajo que llevan a cabo en las casas particulares; después, pasaron a llamarse asesoras del hogar, y hoy son calificadas como trabajadores de casa particular. Están organizadas y se rigen por una institucionalidad.

Al igual que otros colegas, me sorprende constatar la omisión existente en el Código del Trabajo, que se traduce en que las trabajadoras de casa particular puertas adentro no tienen consagrado el derecho a descanso durante los días festivos. Estos días deben ser para descansar; es un derecho y, por lo tanto, ningún trabajador debe renunciar a él. Todos los derechos establecidos en el Código del Trabajo son irrenunciables.

Por eso, tenemos la obligación de aprobar este proyecto para que quede consagrado en el Código del Trabajo el derecho a descanso de las trabajadoras de casa particular que

laboran puertas adentro durante los días festivos, de manera que pase a constituirse en un derecho irrenunciable.

Se ha dicho aquí que existen, aproximadamente, 350 mil mujeres que trabajan en casas particulares. La Asociación Nacional de Trabajadoras de Casas Particulares habla de 500 mil mujeres. La encuesta Casen de 2006 revela que el 14,3 por ciento de las mujeres se dedican al trabajo doméstico remunerado, y que el 12,6 por ciento de ellas trabaja en régimen de puertas adentro. En realidad, es un porcentaje muy considerable.

Pero, ¿qué está ocurriendo? Que existe una diferencia en el trato que se les da a las trabajadoras que laboran puertas adentro respecto de las que lo hacen puertas afuera. Lo mismo sucede, por ejemplo, con las remuneraciones que perciben. Afortunadamente, en el futuro próximo tendrán garantizado un ingreso equivalente al ciento por ciento del salario mínimo; pero hoy existe discriminación en esta materia. Las mismas trabajadoras señalan que no existe un trato peor que el que reciben ellas; son las tratadas en peor forma en nuestra legislación, así como también desde el punto de vista cultural.

Las trabajadoras de casa particular son muy esforzadas y sacrificadas: asumen su trabajo y, a veces, también los problemas, al punto de que sufren y gozan junto a la familia. Pero no es suficiente retribuir su trabajo y dedicación sólo con cariño y trato digno; también deben recibir remuneraciones dignas. Además, deben tener los mismos derechos de que gozan todos los trabajadores.

Por eso, no cabe duda alguna de que la Sala debiera pronunciarse, ojalá por unanimidad, a favor de este proyecto de ley que reivindica la labor de las trabajadoras de casa particular en régimen de puertas adentro, al consagrar un derecho fundamental que la legislación no reconoce en la actualidad. No podemos explicarnos que no esté

establecido en el Código del Trabajo, razón por la cual debemos reparar esta omisión otorgando este sagrado e irrenunciable derecho a las trabajadoras de casa particular.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la honorable diputada señora Denise Pascal.

La señora **PASCAL** (doña Denise).- Señor Presidente, debo confesar que presenté este proyecto no sólo por una inquietud mía, sino que también de la Asociación Nacional de Empleadas de Casas Particulares, Ane-cap, que viene trabajando con nosotros desde hace aproximadamente tres años, con el objeto de lograr diferentes reivindicaciones para sus asociadas que se desempeñan puertas adentro, que no están contempladas en el Código del Trabajo.

El Código del Trabajo establece que los días festivos, tales como el 18 y 19 de septiembre, el 25 de diciembre, es decir, Navidad, y el 1º de enero, son de descanso para todos los trabajadores del país, sin embargo, las trabajadoras de casa particular no cuentan con este derecho; sólo disponen de un día completo de descanso semanal, el cual puede ser fraccionado en dos medios: la mitad en un día laboral y la otra, un domingo. Esto lo considero una gran injusticia con personas que entregan gran parte de su vida cuidando nuestros hijos para que nosotras podamos trabajar.

El hecho de que estas trabajadoras vivan en nuestras casas hace que nazca una relación entre ellas y la familia, que se cree un lazo muy fuerte, lo que implica que, muchas veces, se confundan las relaciones laborales con las familiares. Como se ha dicho aquí, muchas trabajan en casas que están muy alejadas de sus hogares, lo que les impide visitar a sus padres e, incluso, a sus hijos.

Siento que más de algún diputado no ha entendido realmente el alcance de este pe-

queño gran proyecto que corrige una injusticia existente en el mundo laboral. Lo que buscamos es que estas trabajadoras y trabajadores -también hay trabajadores de casas particulares- tengan el mismo derecho de todos los ciudadanos, es decir, a descansar durante los días festivos, o bien que puedan acumularlos y así poder compartir con sus familias, que es una aspiración de todos.

Por lo tanto, esta reivindicación tan anhelada por la Anecap es un derecho de las trabajadoras de casa particular y una deuda que tenemos con ellas.

Pero, con estas escasas palabras, no voy a describir todo lo que representa el inciso segundo que propone el proyecto. Aquí se han explicado detalladamente las posibilidades que entrega la iniciativa. Sin embargo, me inquietan las indicaciones que se han presentado porque pueden conducir, tal vez, a que el proyecto vuelva a la Comisión de Trabajo. Es de esperar que no ocurra, porque representa un anhelo muy sentido por la asociación que agrupa a estas trabajadoras.

Es un proyecto muy sencillo que sólo apunta a hacerles justicia, reconociéndoles un derecho que no estaba contemplado en el Código del Trabajo.

Finalmente, me parece que todas estas iniciativas significan un avance muy importante en equidad e igualdad para los trabajadores y trabajadoras, en este caso, de casa particular, sector históricamente rezagado, no obstante la importante labor que realizan en nuestras casas, que nos permite muchas veces que nosotras, las mujeres, estemos insertas en el mundo laboral.

Me parece muy importante que los miembros de la Comisión de Trabajo hayan dado su aprobación unánime al proyecto. Estuvimos durante muchas sesiones estudiando la iniciativa, buscando la mejor forma de plasmar en ella las inquietudes de las trabajadoras de casa particular, sin perjudicar las posibilidades de ese sector de trabajadoras y beneficiarlas con un merecido

descanso durante los feriados correspondientes.

Asistir a la Comisión de Trabajo y debatir este proyecto me demostró que cuando hay unanimidad y criterio común en reconocer las injusticias que aún existen en el Código del Trabajo, se puede arribar a un buen fin, como el texto del proyecto que fue aprobado en forma unánime en el seno de la Comisión.

Nuestra bancada lo votará a favor, porque hace justicia social a las trabajadoras de casa particular.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado Sergio Bobadilla.

El señor **BOBADILLA**.- Señor Presidente, mucho se ha dicho sobre la iniciativa en análisis, por lo tanto, mi intervención será breve.

Me parece pertinente y necesario felicitar a los autores y a las autoras del proyecto, porque, sin duda, corrige una omisión o legisla sobre una situación no prevista en el Código del Trabajo.

En el último tiempo se han corregido algunas omisiones, por ejemplo, las que afectaban a los trabajadores de las grandes tiendas y a los que se desempeñan en los mall, que para fechas importantes de celebración en nuestro país debían trabajar como si fuera un día cualquiera.

El proyecto pone término a una omisión que afecta a las trabajadoras de casa particular, quienes, sin duda, como todos, trabajan por necesidad, para llevar el sustento a sus familias, muchas veces postergando a sus propios hijos para cuidar hijos ajenos.

Las trabajadoras de casa particular merecen todo nuestro reconocimiento y, por cierto, el mismo tratamiento que se le da a todos los trabajadores del país. Ellas, hasta que el proyecto en análisis no se convierta en ley -porque no me cabe duda de que será apo-

yado en forma entusiasta por la gran mayoría de las señoras diputadas y de los señores diputados-, seguirán siendo objeto de discriminación.

La moción termina con esa discriminación que afecta a las trabajadoras de casa particular, quienes, cuando es feriado, muchas veces siguen trabajando como si no fuera un día festivo y no tuvieran derecho a descanso.

El proyecto es justo y anticipo que lo aprobaré en forma entusiasta, porque hace justicia y pone fin a la discriminación de que han sido víctimas las trabajadoras de casa particular hasta el día de hoy.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado Tucape Jiméñez.

El señor **JIMÉNEZ**.- Señor Presidente, al igual que el diputado Bobadilla, seré breve, porque los diputados que me han antecedido en el uso de la palabra se han expresado en forma muy acertada acerca del proyecto que nos convoca.

La iniciativa nos debe llenar de orgullo. Si lo pensamos detenidamente, nos daremos cuenta de que hemos demorado mucho en analizar un proyecto de esta naturaleza, que corrige una tremenda injusticia y discriminación que afecta a un sector de trabajadores del país que se desempeñan en condiciones bastante especiales, la mayoría de ellas entre 12 a 14 horas, encerradas en una casa, con sueldos muy bajos.

En sus propias palabras, cuando estuvieron en la Comisión de Trabajo, nos dijeron que se sentían trabajando en un sistema de semi esclavitud, cuestión que nos llevó a una profunda reflexión. Ésa es la sensación que tiene la mayoría de ellas, porque trabajan desde las primeras horas del día hasta altas horas de la noche, sin descanso.

El proyecto les otorga el derecho a descanso los días que la ley declare festivos.

Cuesta comprender que hayamos demorado tanto para legislar sobre la materia, porque descansar los días festivos es un derecho básico de todos los trabajadores.

Me han llamado poderosamente la atención las palabras de un señor diputado, en el sentido de que la iniciativa podría significar desempleo. Cada vez que legislamos para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores, no falta la voz que dice que eso acarreará desempleo. Pero, ¡por Dios, estamos lejos de pretender eso! Si pensáramos así, nunca mejoraríamos las condiciones laborales de los trabajadores. El crecimiento y desarrollo de un país se logran, precisamente, legislando como lo estamos haciendo ahora, es decir, mejorando la calidad de vida de las personas que trabajan día tras día.

Las trabajadoras de casa particular forman un universo de más de 250 mil personas, por lo tanto, es importante que busquemos la forma de fiscalizar el cumplimiento de lo que dispone la iniciativa cuando se convierta en ley.

Felicito a las diputadas señoras Denisse Pascal y Carolina Goic, y les agradezco que me hayan dado la oportunidad de ser coautor del proyecto. Después deberemos buscar una fórmula para fiscalizar el cumplimiento de la normativa, de manera que las trabajadoras de casa particular tengan el descanso que merece cualquier trabajador de nuestro país, en el cual abundan las leyes, pero nunca nos damos el trabajo de constatar si se están ejecutando sus disposiciones.

Apoyaré con mucho entusiasmo el proyecto y anuncio el voto favorable de la bancada del Partido por la Democracia. Asimismo, insto a todos los colegas a que lo aprobemos, porque corrige una tremenda injusticia en el sector de trabajadoras de casa particular.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado Mario Venegas.

El señor **VENEGAS** (don Mario).- Señor Presidente, hay iniciativas que, por obvias, no requieren mayores comentarios. Es el caso del proyecto que nos convoca. ¿Quién puede discutir la justicia de legislar en torno a consagrar un derecho muy merecido para las trabajadoras de casa particular, en este caso, puertas adentro?

No quiero ahondar en la materia, sino señalar que me parece un gran proyecto y felicito a sus autoras.

Le daré mi apoyo con entusiasmo, no obstante, quiero llamar la atención sobre las dos indicaciones presentadas.

La primera, para modificar la letra b) del artículo único, busca eliminar el párrafo que va entre el primer y segundo punto seguido, que dice: “No obstante, las partes, con anterioridad a ellos, podrán pactar por escrito que el descanso se efectúe en un día distinto que no podrá fijarse más allá de los noventa días siguientes al respectivo festivo”.

El concepto que debemos rescatar es la existencia de un pacto entre el empleador y quien presta el servicio para acordar que el descanso puede ser tomado en un día distinto al festivo. De esa manera se resguarda su cumplimiento y, además, queda por escrito.

La indicación, que propone sustituir ese acuerdo por algo que lo empobrece -lo digo con el debido respeto a su autor-, señala: “Deberá dejarse por escrito constancia del hecho de haberse utilizado el día de descanso por motivo de feriado”.

En la frase que se desea eliminar hay una relación de diálogo, de negociación y de acuerdo entre la poseedora del derecho a hacer uso del día feriado y quien, por alguna razón, le ha planteado un pacto que, incluso, debe quedar por escrito y con límite de tiempo.

Esta indicación desvirtúa el espíritu de la letra b). Entendería la situación si fuera para agregar algo, pero aquí ocurre todo lo contrario. Se desea suprimir una oración para incorporar otra, que es más pobre que la

contenida en el artículo. Insisto, expreso mi parecer con el mayor de los respetos al autor de la indicación.

Por otro lado, quiero llamar la atención de los señores diputados sobre la segunda indicación, mediante la cual se propone que las empleadas de casa particular que laboran puertas adentro tengan 21 días hábiles de feriado.

En la práctica, esa cifra representa casi un mes completo de feriado, porque se deben agregar los sábados y domingos. Más allá de la justicia que se quiera hacer, puede que lo propuesto sea excesivo. Lo digo con toda certeza, porque en materia de feriado legal tanto en el Código del Trabajo como en el Estatuto Administrativo -que rige a los funcionarios de la Administración Pública-, el feriado legal es proporcional a los años de servicio, a mayor cantidad, más días de feriado.

Ese principio es de bastante justicia. Se debería haber considerado en el proyecto. Pero aquí se plantea un único concepto, con independencia absoluta del tiempo servido por las trabajadoras.

Por otra parte, esa proposición puede ser discriminatoria con las trabajadoras puertas afuera, al establecerla sólo para las que laboran puertas adentro.

En consecuencia, en el afán de perfeccionar y no de entorpecer la aprobación de la iniciativa, llamo a considerar esa situación al momento de votar las dos indicaciones.

En resumen, se trata de un muy buen proyecto, que busca hacer justicia a estas trabajadoras. Por eso, lo apoyaré entusiastamente.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- El proyecto se votará al término del Orden del Día.

El señor **ASCENCIO**.- Señor Presidente, ¿por qué no actuamos según el Reglamento y lo votamos al término de su discusión?

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- No hay problema, señor diputado. Se votará al término de su discusión.

Tiene la palabra el diputado señor Felipe Salaberry.

El señor **SALABERRY**.- Señor Presidente, como miembro de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, debo decir que participé en la discusión de esta iniciativa y en su aprobación unánime. Por eso, quiero reflexionar sobre los discursos que hemos escuchado esta mañana.

Se ha hablado de la profundidad, grandeza y justicia de esta moción con el mundo de una actividad que tiene una connotación distinta. El contrato de trabajadores de casa particular tiene un componente de confianza entre las partes, pues va más allá de la propia regulación de nuestra legislación laboral. Por eso, porque no tiene la lógica de otro tipo de relación laboral, el Código del Trabajo le dedica un capítulo específico.

No quiero ser peyorativo en mis términos, pero no me parece adecuado utilizar un discurso algo ideologizado como expresar que el proyecto en discusión hace justicia o viene a solucionar una relación de explotación.

En general, la relación entre el empleador y una trabajadora o trabajador de casa particular, principalmente puertas adentro, tiene un componente de confianza. Muchas veces son parte de la vida diaria de la familia por muchos años.

Por eso, más allá de la regulación, del reconocimiento y de los derechos que puedan tener, como hay una relación de confianza, el empleador entrega otros beneficios, más allá de lo que dispone la ley.

A mi juicio, la iniciativa es razonable en el sentido de que esas trabajadoras también deberían gozar de descanso los días que la ley declare festivos. Al mismo tiempo, habría que reconocer que se trata de un tipo de trabajo distinto, el cual puede ser acordado en virtud de la relación de confianza.

No entiendo mucho la indicación del diputado Enrique Jaramillo, pero la de la diputada señora Isabel Allende, me parece excesiva.

Las vacaciones de las trabajadoras y trabajadores de casa particular están consignadas en la legislación laboral. En mi opinión, establecer en este proyecto que tengan derecho a 21 días de descanso, perjudicará esa particular relación laboral, basada en la confianza entre las partes.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

Cerrado el debate.

En votación general el proyecto.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 53 votos; por la negativa, 1 voto. No hubo abstenciones.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Araya Guerrero Pedro; Ascencio Mansilla Gabriel; Bauer Jouanne Eugenio; Bertolino Rendic Mario; Bobadilla Muñoz Sergio; Cardemil Herrera Alberto; Ceroni Fuentes Guillermo; Chahuán Chahuán Francisco; Delmastro Naso Roberto; Díaz Díaz Marcelo; Duarte Leiva Gonzalo; Egaña Respaldiza Andrés; Eluchans Urenda Edmundo; Enríquez-Ominami Gumucio Marco; Estay Peñaloza Enrique; Forni Lobos Marcelo; Fuentealba Vildósola Renán; García-Huidobro Sanfuentes Alejandro; Girardi Briere Guido; Godoy Ibáñez Joaquín; Goic Borojevic Carolina; Hales Dib Patricio; Hernández Hernández Javier; Insunza Gregorio De Las Heras Jorge; Jaramillo

Becker Enrique; Jiménez Fuentes Tucapel; León Ramírez Roberto; Masferrer Pellizzari Juan; Melero Abaroa Patricio; Monckeberg Bruner Cristián; Monckeberg Díaz Nicolás; Monsalve Benavides Manuel; Montes Cisternas Carlos; Nogueira Fernández Claudia; Norambuena Farías Iván; Ojeda Uribe Sergio; Olivares Zepeda Carlos; Ortiz Novoa José Miguel; Pacheco Rivas Clemira; Pascal Allende Denise; Robles Pantoja Alberto; Salaberry Soto Felipe; Sepúlveda Hermosilla Roberto; Súnico Galdames Raúl; Tohá Morales Carolina; Tuma Zedan Eugenio; Turres Figueroa Marisol; Uriarte Herrera Gonzalo; Valcarce Becerra Ximena; Venegas Cárdenas Mario; Verdugo Soto Germán; Von Mühlenbrock Zamora Gastón; Ward Edwards Felipe.

-Votó por la negativa el diputado señor Urrutia Bonilla Ignacio.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Señores diputados, se requieren dos tercios de los diputados presentes en la Sala para la omisión de segundo informe.

Informo a la Sala que la diputada señora Isabel Allende retiró su indicación.

En votación la petición de omisión de segundo informe.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 31 votos; por la negativa, 25 votos. No hubo abstenciones.

El señor **ENCINA** (Presidente).- **Rechazada.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Araya Guerrero Pedro; Ascencio Mansilla Gabriel; Ceroni Fuentes Guillermo; Díaz Díaz Marcelo; Duarte Leiva Gonzalo; Encina Moriamez Francisco; Enríquez-Ominami

Gumucio Marco; Escobar Rufatt Alvaro; Farías Ponce Ramón; Fuentealba Vildósola Renán; Girardi Briere Guido; Goic Boroevic Carolina; Insunza Gregorio De Las Heras Jorge; Jaramillo Becker Enrique; Jarpa Wevar Carlos Abel; Jiménez Fuentes Tucapel; León Ramírez Roberto; Lorenzini Basso Pablo; Monsalve Benavides Manuel; Montes Cisternas Carlos; Ojeda Uribe Sergio; Olivares Zepeda Carlos; Ortiz Novoa José Miguel; Pacheco Rivas Clemira; Quintana Leal Jaime; Robles Pantoja Alberto; Sule Fernández Alejandro; Súnico Galdames Raúl; Tohá Morales Carolina; Tuma Zedan Eugenio; Venegas Cárdenas Mario.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Bauer Jouanne Eugenio; Bertolino Rendic Mario; Bobadilla Muñoz Sergio; Cardemil Herrera Alberto; Cristi Marfil María Angélica; Delmastro Naso Roberto; Egaña Respaldiza Andrés; Eluchans Urenda Edmundo; Estay Peñaloza Enrique; Forni Lobos Marcelo; García-Huidobro Sanfuentes Alejandro; Hernández Hernández Javier; Masferrer Pellizzari Juan; Melero Abaroa Patricio; Monckeberg Bruner Cristián; Nogueira Fernández Claudia; Norambuena Farías Iván; Salaberry Soto Felipe; Turres Figueroa Marisol; Uriarte Herrera Gonzalo; Urrutia Bonilla Ignacio; Valcarce Becerra Ximena; Vargas Lyng Alfonso; Von Mühlenbrock Zamora Gastón; Ward Edwards Felipe.

El señor **ENCINA** (Presidente).- El proyecto vuelve a comisión para segundo informe.

-O-

-El señor Presidente saluda y da la bienvenida a una delegación, que se encuentra en la Tribuna de Honor, encabezada por la ministra de Trabajo y Política Social de

Bulgaria, señora Emilia Maslarova, y el Presidente de la Comisión Parlamentaria de Trabajo y Política Social de ese país, señor Hasan Ademov, acompañados por el excelentísimo embajador de Bulgaria en Chile, señor Valery Yutov.

-Aplausos.

-o-

PROTOCOLO DE CONVENCIÓN SOBRE PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN DEL EMPLEO DE ARMAS CONVENCIONALES EXCESIVAMENTE NOCIVAS O DE EFECTOS INDISCRIMINADOS. Primer trámite constitucional.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Corresponde pronunciarse, en primer trámite constitucional, respecto del proyecto de acuerdo aprobatorio del Protocolo a la Convención sobre Prohibiciones o Restricciones del empleo de ciertas Armas Convencionales que puedan considerarse excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados sobre los restos explosivos de guerra (Protocolo V), adoptado en Ginebra, Suiza, el 28 de noviembre de 2003.

Diputado informante de la Comisión de Relaciones Exteriores, Asuntos Interparlamentarios e Integración Latinoamericana es el señor Roberto León.

Antecedentes:

-Mensaje, boletín N° 5972-10, sesión 52ª, en 14 de julio de 2008. Documentos de la Cuenta N° 1.

-Informe de la Comisión de Relaciones Exteriores, Asuntos Interparlamentarios e Integración Latinoamericana, sesión 57ª, en 5 de agosto de 2008. Documentos de la Cuenta N° 15.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado informante.

El señor **LEÓN**.- Señor Presidente, en representación de la Comisión de Relaciones Exteriores, paso a informar sobre el proyecto de acuerdo aprobatorio del Protocolo sobre los restos explosivos, adicional a la Convención sobre Prohibiciones o Restricciones del empleo de ciertas armas convencionales que puedan considerarse excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados, cuya finalidad principal es adoptar medidas preventivas de carácter genérico para reducir al mínimo el riesgo y efectos de los restos explosivos de guerra después de los conflictos armados, tanto nacionales como internacionales.

Las normas del Protocolo en trámite no inciden en materias que requieran quórum especial para su aprobación ni tampoco necesitan ser conocidas por la Comisión de Hacienda.

Además, este instrumento internacional fue aprobado con el voto unánime de los diputados señores Accorsi, Álvarez-Salamanca, que en paz descansa; Díaz, don Marcelo; Errázuriz, Fuentealba, Jarpa, Masferrer y Tarud.

Según antecedentes publicados por la "Revista Internacional de la Cruz Roja", cada año, miles de personas civiles resultan muertas o heridas a causa de los "restos explosivos de guerra". Se trata de obuses de artillería, granadas de mano, morteros, municiones de racimo, cohetes y otras municiones sin estallar que quedan esparcidas después del término de un conflicto armado. La presencia de estas armas, al igual que la de las minas antipersonales, tiene graves consecuencias para la población civil.

Tal es el problema que los Estados parte de la Convención quieren resolver mediante este Protocolo, reconocido por ello como el primer tratado que exige a las partes en un conflicto armado facilitar la remoción de todas las municiones sin estallar que ponen en peligro la vida de la población civil, de los miembros de las fuerzas de paz y de los

trabajadores humanitarios, una vez terminados los enfrentamientos.

El mensaje de su excelencia la Presidenta de la República, alude a un reciente estudio del Comité Internacional de la Cruz Roja, que señala que “actualmente, unos 84 países de todas las regiones del mundo padecen de los nefastos efectos a largo plazo” de dichos restos. Entre ellos, menciona a Afganistán, Angola, Bosnia-Herzegovina, Camboya, Colombia, El Salvador, Federación de Rusia (Chechenia), Guatemala, Honduras, Irak, Laos, Nepal, Nicaragua, Panamá, Sri Lanka y las zonas fronterizas de Eritrea y Etiopía.

Por su parte, la OEA ha exhortado a sus miembros que consideren hacerse parte de la Convención, incluyendo sus Protocolos. Asimismo, el 5 de diciembre de 2007 lo hizo la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Además, este instrumento se encuentra en vigencia internacional desde el 12 de noviembre de 2006 y, a la fecha, 43 Estados lo han ratificado, cuatro de ellos latinoamericanos: El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Uruguay.

En el informe de la Comisión se hace un análisis pormenorizado de las disposiciones de este Protocolo, de manera que me remito a la reseña del contenido de sus normas.

Durante su estudio, la Comisión recibió al subsecretario de Guerra, don Gonzalo García Pino; al jefe del Estado Mayor de la Defensa Nacional, general de Aviación don Iván Fabry Rodríguez, y al director de Política Especial del Ministerio de Relaciones Exteriores, embajador Juan Eduardo Eguiguren.

El subsecretario de Guerra proporcionó diversos antecedentes que respaldan la decisión del Gobierno de Chile de incorporar a nuestro país a esta normativa internacional, precisando que Chile no tiene restos explosivos de guerra. Sí tiene un problema de minas antipersonales y antitanques sembradas durante tiempo de paz, actualmente en proceso de ser levantadas. Según las cifras,

actualmente deberían ser unas 200 mil unidades.

Asimismo, tenemos problemas de municiones sin estallar como consecuencia de ejercicios militares, la mayoría de ellas ubicadas en polígonos militares. Todos estos explosivos de origen militar están fuera del ámbito cubierto por el protocolo, que se refiere a los restos que quedan con posterioridad a un conflicto. No obstante lo anterior, el Ministerio trabaja activamente para solucionar estos problemas, y si bien la firma del protocolo no le significa a Chile adquirir compromisos específicos al respecto, nos permite participar en una comunidad de Estados que comparten una misma visión respecto de este problema humanitario, particularmente en cuanto a los estándares de calidad de limpieza.

Agregó que el protocolo tendrá efectos principalmente en el ámbito de la doctrina operacional de las Fuerzas Armadas, la que deberá ser revisada en conformidad con lo dispuesto por el Protocolo V. Sin embargo, debe tenerse presente que ya se cumplió con los estándares establecidos por éste. Esto significará que se deberá incorporar este nuevo instrumento como parte de la instrucción y la educación del personal.

Además, precisó que se deberá prever en la planificación operacional lo relativo al registro, conservación y transmisión de la información relativa al empleo o el abandono de artefactos explosivos durante los conflictos, a fin de facilitar la rápida señalización y limpieza, remoción o destrucción de los restos explosivos de guerra, la educación sobre los riesgos y el suministro de la información pertinente a la parte que ejerza el control del territorio y a la población civil del mismo, una vez cesadas las hostilidades, y se deberá adoptar medidas preventivas de carácter genérico -artículo 9º-, destinadas a reducir al mínimo la existencia de restos explosivos de guerra que comprendan, aunque no exclusivamente, medidas sobre ges-

tión de la fabricación de municiones, la formación del personal, la transferencia de artefactos explosivos a otro Estado y la fiabilidad en la producción futura de estos artefactos. Cada Alta Parte Contratante podrá, a título voluntario, intercambiar información sobre los esfuerzos para promover y establecer las prácticas óptimas en relación con esta materia.

El Jefe del Estado Mayor de la Defensa Nacional, general del Aire Iván Fabry, sostuvo que las Fuerzas Armadas de Chile tienen las condiciones técnicas para cumplir con las exigencias de este Protocolo y que existe la política de limpiar y eliminar los restos explosivos que suelen quedar después de los ejercicios militares.

El director de Política Especial de la Cancillería, embajador Juan Eduardo Eguiguren, señaló que las disposiciones contenidas en el anexo del protocolo no son obligatorias y que, en general, se dan todas las facilidades para que las partes puedan cumplir con sus obligaciones. Hizo presente las exhortaciones que tanto la OEA como la ONU han formulado a sus miembros para suscribir el protocolo.

Por lo señalado, la Comisión de Relaciones Exteriores decidió recomendar a la honorable Cámara la aprobación del artículo único del proyecto de acuerdo, con modificaciones formales de menor entidad que no se estima necesario detallar, ya que ellas se salvan en el texto que propone el informe que los honorables colegas tienen en su poder.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Renán Fuentealba.

El señor **FUENTEALBA**.- Señor Presidente, el instrumento internacional que se somete a consideración de la honorable Cámara tiene por finalidad reducir al mínimo los riesgos y efectos de los restos explosivos

de guerra después de los conflictos armados, mediante una serie de disposiciones relativas a la limpieza, remoción o destrucción de los restos explosivos de guerra; el registro, conservación y transmisión de información sobre el empleo o el abandono de artefactos explosivos; las precauciones para la protección de la población civil y los objetos civiles; la protección de las misiones y organizaciones humanitarias, y la cooperación, asistencia y aplicación de medidas preventivas de carácter genérico.

El protocolo da respuesta a una preocupación mundial por el grave problema humanitario que plantean los restos explosivos que quedan diseminados luego de finalizado un conflicto bélico. Ello se ha expresado en el llamado formulado por la Asamblea General de las Naciones Unidas y la OEA para que los Estados suscriban el protocolo.

Se trata de un instrumento internacional que coincide con uno de los fines de la carta de las Naciones Unidas, en el sentido de concretar la cooperación internacional en la solución de problemas de carácter humanitario. Además, coincide con los lineamientos de nuestra política exterior expresada en los foros internacionales, tendientes a la promoción del respeto al derecho internacional humanitario y la necesidad de avanzar hacia el desarme general y completo de las armas consideradas excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados.

Por otra parte, el protocolo suple la falta de normativa internacional en esta materia con un instrumento novedoso para afrontar de modo efectivo los riesgos que presentan los restos explosivos como consecuencia de los conflictos internacionales y no internacionales.

Asimismo, el protocolo contribuye a la codificación y al desarrollo progresivo de las normas de derecho internacional humanitario, y, por ende, constituye un aporte a la paz y seguridad internacionales que Chile apoya.

Por último, complementa y amplía adecuadamente las disposiciones de la Convención sobre Ciertas Armas Convencionales y sus cuatro protocolos, de la cual Chile forma parte desde septiembre de 2004.

Es importante puntualizar que el texto está en perfecta concordancia con otros instrumentos relativos a armas convencionales, como la Convención sobre Prohibición de Minas Antipersonal, de la que nuestro país forma parte, y de lo tratado hasta la fecha en procesos como el relacionado con la prohibición de municiones de racimo, en el que Chile ha participado activamente.

El protocolo no supone una carga adicional de obligaciones para la defensa de Chile, sin perjuicio de los impactos que trae aparejado, relatados por el diputado informante.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Juan Masferrer.

El señor **MASFERRER**.- Señor Presidente, el objetivo del proyecto de acuerdo es reducir al mínimo los riesgos y efectos de los restos de explosivos de guerra una vez concluido un conflicto bélico. Para ello, se establecen reglas relativas a la limpieza, remoción o destrucción de los restos explosivos de guerra; el registro, conservación y transmisión de información sobre el empleo o el abandono de artefactos explosivos; las precauciones para la protección de la población civil y los objetos civiles; la protección de las misiones y organizaciones humanitarias y la cooperación, asistencia y aplicación de medidas preventivas de carácter genérico.

Este instrumento se aplica tanto en los conflictos armados nacionales como internacionales. El proyecto de acuerdo consta de un artículo único, al que ya se ha referido tanto el diputado informante como el presidente de la Comisión de Relaciones Exteriores.

Más allá del contenido del proyecto de acuerdo, cabe destacar la intervención en la

Comisión del Jefe del Estado Mayor de la Defensa Nacional, general del Aire Iván Fabry, quien sostuvo que las Fuerzas Armadas de Chile tienen las condiciones técnicas para cumplir con las exigencias de este protocolo y que existe la política de limpiar y eliminar los restos explosivos que suelen quedar después de los ejercicios militares.

El proyecto no merece reparos, salvo que, como ya es tradicional en estos acuerdos, no se hace referencia a la responsabilidad de grupos paramilitares o que no sean agentes del Estado, como es el caso de las Farc, en Colombia.

En resumen, este proyecto es interesante, importante, protege a la población civil y tanto las Naciones Unidas como la Organización de Estados Americanos lo han promovido.

Por lo tanto, la Unión Demócrata Independiente, partido netamente popular, preocupado de las poblaciones, se sumará con sus votos positivos, como ha sido tradicional cuando ha habido proyectos que van en beneficio directo de la gente más necesitada.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Patricio Hales.

El señor **HALES**.- Señor Presidente, a propósito de este proyecto de acuerdo aprobatorio del protocolo, agregaré algunas preocupaciones relacionadas con el desminado que quiero que queden consignadas la versión de esta sesión.

Existen casi 200 mil artefactos de minas explosivas, muchísimas de las cuales se instalaron en sectores fronterizos nuestros y que son materiales bélicos que no están comprendidos en el protocolo, porque éste es un acuerdo que adoptan los países para resolver el problema relacionado con materiales bélicos que, cuando termina un conflicto, quedan como desechos en territorios que después son utilizados por la sociedad

en su funcionamiento normal, pero que son un peligro para la vida de las personas.

En documentos de la Comisión de Relaciones Exteriores he tomado conocimiento de la declaración del jefe del Estado Mayor, general Iván Fabry, quien expresó que Chile no está afectado por la existencia de restos explosivos de guerra, ya que no ha participado en un conflicto armado últimamente.

Sin embargo, el jefe del Estado Mayor dejó establecido -quiero que esto quede especialmente consignado- que Chile tiene un problema de minas antipersonales y antitanques que fueron sembradas durante tiempo de paz -y que, muchas veces, han afectado a vidas inocentes- actualmente en proceso de ser levantadas, lo cual es muy caro y el presupuesto de la defensa debe contar con el dinero suficiente para que ese trabajo pueda ser hecho. Nuestras Fuerzas Armadas están capacitadas para realizar ese desminado.

El informe dice también que el protocolo no tendrá efectos en lo señalado, pero sí en el ámbito de la doctrina operacional de las Fuerzas Armadas.

Valoro el esfuerzo, sobre todo del Ejército en el norte, en las fronteras con Perú y Bolivia, donde ha llevado a cabo estas tareas y espero que el presupuesto permita completar toda esa labor.

Ninguna de mis observaciones apunta a disminuir o debilitar nuestra capacidad disuasiva. La instalación de minas antipersonales o antitanques es una tarea, y el establecimiento de la capacidad disuasiva, a través de la calidad del material y capacidad operacional de nuestras Fuerzas Armadas, debe mantenerse en el nivel que corresponda a las amenazas y los riesgos, sobre todo en una situación fronteriza de inestabilidad como la que existe en la actualidad, y a partir de la adecuada apreciación global político-estratégica. Son dos funciones distintas. Mucha fuerza para retirar minas antipersonales y antitanques, y también, mucha fuerza para mantener la capacidad de disuasión

que necesitan las tres ramas de las Fuerzas Armadas.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada María Angélica Cristi.

La señora **CRISTI** (don María Angélica).- Señor Presidente, el diputado Hales me ha ahorrado bastante de lo que quería plantear.

Afortunadamente, el país no se encuentra expuesto a riesgos provocados por restos explosivos de guerra o de otro tipo, salvo lo que sabemos que está en las fronteras, especialmente, y en lugares en los cuales ha habido tristes experiencias de accidentes de personas, incluso la de una muy importante y conocida que sufrió graves lesiones al recorrer campos minados.

En todo caso, me parece válido este acuerdo internacional, especialmente para tantos países que, desgraciadamente, en los últimos tiempos han debido sufrir violencia, guerras internas o externas. Permanentemente, hay accidentes como en Irak, por ejemplo, donde niños han quedado mutilados por curiosear entre el sinnúmero de restos de armas que hay allí.

Por lo tanto, como ha dicho tan brillantemente nuestro colega diputado Masferrer, vamos a apoyar este proyecto, pero me parece importante que, para evitar accidentes, se financie la continuación de la tarea de desminar totalmente el norte. Éste no es el único país del mundo en que hay campos minados. En años anteriores, grandes personalidades han hecho esfuerzos para que se supriman las minas antipersonales, como la princesa Diana, quien hizo una campaña mundial al respecto.

Reitero mi apoyo a este proyecto y espero que los países que sufren dramáticas situaciones de posguerra puedan acudir a este instrumento internacional para evitar accidentes entre su población.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- En votación el proyecto de acuerdo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 49 votos. No hubo votos negativos ni abstenciones.

El señor **ENCINA** (Presidente).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi Opazo Enrique; Ascencio Mansilla Gabriel; Bertolino Rendic Mario; Bobadilla Muñoz Sergio; Cristi Marfil María Angélica; Delmastro Naso Roberto; Díaz Díaz Marcelo; Duarte Leiva Gonzalo; Eluchans Urenda Edmundo; Encina Moriamenz Francisco; Enríquez-Ominami Gumucio Marco; Espinosa Monardes Marcos; Estay Peñaloza Enrique; Farías Ponce Ramón; Fuentealba Vildósola Renán; Girardi Briere Guido; Godoy Ibáñez Joaquín; Goic Borojevic Carolina; González Torres Rodrigo; Hales Dib Patricio; Insunza Gregorio De Las Heras Jorge; Jaramillo Becker Enrique; Leal Labrín Antonio; León Ramírez Roberto; Martínez Labbé Rosauero; Masferrer Pellizzari Juan; Melero Abaroa Patricio; Monsalve Benavides Manuel; Montes Cisternas Carlos; Muñoz D'Albora Adriana; Nogueira Fernández Claudia; Núñez Lozano Marco Antonio; Ojeda Uribe Sergio; Olivares Zepeda Carlos; Ortiz Novoa José Miguel; Palma Flores Osvaldo; Pascal Allende Denise; Robles Pantoja Alberto; Saa Díaz María Antonieta; Salaberry Soto Felipe; Tohá Morales Carolina; Turre Figuerola Marisol; Urrutia Bonilla Ignacio; Valcarce Becerra Ximena; Vargas Lyng Alfonso; Venegas Cárdenas Mario; Venegas Rubio Samuel; Verdugo Soto Germán; Von Mühlbrock Zamora Gastón.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Desaprobado el proyecto.

VI. PROYECTOS DE ACUERDO

PRÓRROGA DE VIGENCIA DE CÉDULAS DE IDENTIDAD PARA SUFRAGAR EN ELECCIONES DEL 2008. (Preferencia).

El señor **ENCINA** (Presidente).- Solicito la unanimidad de la Sala para tratar y votar el proyecto de acuerdo N° 654, firmado por diputados de distintas bancadas. Dice relación con la prórroga de la vigencia de cédulas de identidad para sufragar en las elecciones del 26 de octubre de 2008, puesto que, como es de conocimiento, el Servicio de Registro Civil e Identificación se encuentra en estos momentos en huelga.

Dicho proyecto fue presentado por los diputados señores Leal, Duarte, Insunza, Montes, León, Fuentealba, Godoy, Encina y las diputadas señoras Carolina Tohá y María Angélica Cristi.

El señor **MELERO**.- Presidente, pido la palabra para plantear un asunto de Reglamento.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra su señoría.

El señor **MELERO**.- Señor Presidente, el Registro Civil no está en huelga, como lo señaló su señoría, sino que se encuentra en paro ilegal.

El señor **ENCINA** (Presidente).- El señor Secretario va a dar lectura el proyecto de acuerdo N° 654.

El señor **ÁLVAREZ** (Prosecretario).- Proyecto de acuerdo N° 654, de los diputados señores Leal, Duarte, Insunza, Montes,

León, Fuentealba, Godoy y Encina y de las diputadas señoras Carolina Tohá y María Angélica Cristi, que en su parte resolutive dice:

“La Cámara de Diputados acuerda:

Solicitar a S.E. la Presidenta de la República que dicte un decreto supremo que prorogue hasta el 26 de octubre de 2008, inclusive, la fecha de vencimiento de las cédulas de identidad para chilenos, que se encuentren vencidas o que caduquen antes de la fecha indicada, para el solo efecto de ejercer el derecho a sufragio en la elección de alcaldes y concejales a llevarse a efecto el domingo 26 de octubre próximo”.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Para apoyar el proyecto de acuerdo, tiene la palabra el diputado señor Antonio Leal.

El señor **LEAL**.- Señor Presidente, con el fin de favorecer la participación ciudadana en las próximas elecciones municipales, solicitamos a la Presidenta de la República que dicte el decreto correspondiente con el objeto de prorrogar la vigencia de las cédulas de identidad, de manera que quienes las tengan vencidas o estén por vencer puedan usarlas, en consideración a que es el único documento válido para votar. El trámite de renovación es personal y la entrega del documento tiene una demora relativa, situación que se agrava por el paro de los funcionarios del Registro Civil, refuerza la petición. Por lo demás, esta ha sido una práctica recurrente cuando hemos estado a las puertas de un proceso electoral y, en esta ocasión, cuenta con el respaldo de todas las bancadas.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Ofrezco la palabra para apoyar el proyecto de acuerdo.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra para impugnarlo.

Ofrezco la palabra.

En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 42 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

El señor **ENCINA** (Presidente).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi Opazo Enrique; Ascencio Mansilla Gabriel; Bobadilla Muñoz Sergio; Delmastro Naso Roberto; Díaz Díaz Marcelo; Duarte Leiva Gonzalo; Eluchans Urenda Edmundo; Encina Moriamez Francisco; Enríquez-Ominami Gumucio Marco; Espinosa Monardes Marcos; Estay Peñaloza Enrique; Farías Ponce Ramón; Fuentealba Vildósola Renán; Girardi Briere Guido; Godoy Ibáñez Joaquín; Goic Boroovic Carolina; González Torres Rodrigo; Hales Dib Patricio; Insunza Gregorio De Las Heras Jorge; Jaramillo Becker Enrique; Leal Labrín Antonio; León Ramírez Roberto; Melero Abaroa Patricio; Monsalve Benavides Manuel; Montes Cisternas Carlos; Muñoz D'Albora Adriana; Nogueira Fernández Claudia; Núñez Lozano Marco Antonio; Ojeda Uribe Sergio; Ortiz Novoa José Miguel; Pacheco Rivas Clemira; Pascal Allende Denise; Robles Pantoja Alberto; Saa Díaz María Antonieta; Salaberry Soto Felipe; Súnico Galdames Raúl; Urrutia Bonilla Ignacio; Valcarce Becerra Ximena; Vargas Lyng Alfonso; Venegas Cárdenas Mario; Venegas Rubio Samuel; Von Mühlenbrock Zamora Gastón.

AUMENTO DE BENEFICIARIOS DE AGUINALDOS Y BONOS.

El señor **ENCINA** (Presidente).- El señor Secretario va a dar lectura al siguiente proyecto de acuerdo.

El señor **ÁLVAREZ** (Prosecretario).- Proyecto de acuerdo N° 652, de la diputada

señora Carolina Goic y de los diputados señores Ojeda, Duarte, Saffirio, Vallespín, Walker, Burgos, León, Latorre, Sabag, Venegas, don Mario, y Ascencio, que en su parte resolutive dice:

“La Cámara de Diputados acuerda:

Solicitar a S.E. la Presidenta de la República que, en futuras entregas de aguinaldos, bonos de invierno y otros bonos especiales a los pensionados, considere a todos aquellos que tengan una pensión equivalente o menor a la máxima con aporte solidario”.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Para apoyar el proyecto de acuerdo, tiene la palabra la diputada señora Carolina Goic.

La señora **GOIC** (doña Carolina).- Señor Presidente, el proyecto de acuerdo en cuestión, del cual soy autora, también está suscrito por diputados de la bancada demócrata cristiana.

La ley N° 20.269, publicada el 27 de junio recién pasado, amplió el universo de beneficiarios de bonos compensatorios y otorgó un bono extraordinario de 20 mil pesos a los pensionados del Instituto de Normalización Previsional (INP), pero también a los de las administradoras de fondos de pensiones -sistema establecido en el decreto ley N° 3.500, de 1980-, y que perciban pensiones cuyo valor no exceda de 255 mil pesos.

De esa forma se quiso apoyar el presupuesto familiar de los pensionados de bajos ingresos, cuyas vidas cotidianas han sido impactadas por el mayor costo de la vida, y compensar el daño previsional que sufrieron muchos de estos adultos mayores, quienes bajo condiciones no muy claras, fueron tras pasados al sistema de AFP y, que hoy, como consecuencia, reciben pensiones muy bajas.

El proyecto de acuerdo pretende que la Presidenta de la República extienda los futuros aguinaldos, bonos de invierno y otros beneficios especiales no sólo a quienes sean

titulares de pensiones equivalentes a la básica solidaria, sino también a quienes tengan derecho al aporte previsional solidario, sean del INP o del sistema de AFP.

Cabe consignar que el aporte previsional solidario complementa las pensiones que reciben los beneficiarios, y corresponde a un valor decreciente en relación con el monto de las pensiones que perciban, hasta extinguirse cuando alcancen el valor máximo de 255 mil pesos.

Justifican este proyecto argumentos similares que fundaron el pilar solidario -la pensión básica universal- y los componentes de la reforma previsional, que incorporan progresivamente a la población más pobre de nuestro país.

La primera experiencia fue ese bono extraordinario de 20 mil pesos, que estuvo dentro de los principales anuncios que hiciera la Presidenta Bachelet en su discurso del 21 de mayo pasado.

Para nuestra bancada, esta es la mejor manera de hacer honor y celebrar el Día Internacional del Adulto Mayor, que se conmemora cada 1 de octubre. Es el mejor reconocimiento para nuestros mayores durante este mes.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Patricio Melero.

El señor **MELERO**.- Señor Presidente, este proyecto es la respuesta al anhelo de muchos adultos mayores que tienen pensiones muy bajas y que aun así no reciben aguinaldos y otros bonos especiales por pertenecer al sistema de AFP.

Nuestro compromiso es que los recursos del Estado deben destinarse, prioritariamente, a beneficiar a los más necesitados, a esas personas que, por sí solas, no lograrían ingresos de no mediar los subsidios.

Lo actual resulta discriminatorio para muchos de los afiliados al sistema de AFP y

que hoy están jubilados, porque reciben pensiones muy bajas. La razón de esto último es muy sencilla: tuvieron cotizaciones bajas y, por lo tanto, acumularon poco ahorro. Si los salarios son bajos -el promedio es de 330 mil pesos-, cuesta que los trabajadores generen densidades de cotizaciones altas para obtener jubilaciones también altas.

Para los diputados de la UDI el proyecto está bien orientado y, por consiguiente, lo apoyaremos.

He dicho.

El señor **ENCINA** (Presidente).- Ofrezco la palabra para impugnar el proyecto de acuerdo.

Ofrezco la palabra.

En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 35 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

El señor **ENCINA** (Presidente).- No hay quórum.

Se va a repetir la votación.

-Repetida la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 43 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

El señor **ENCINA** (Presidente).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi Opazo Enrique; Alinco Bustos René; Alvarez Zenteno Rodrigo; Ascencio Mansilla Gabriel; Bobadilla Muñoz Sergio; Cristi Marfil María Angélica; Díaz Díaz Marcelo; Duarte Leiva Gonzalo; Encina Moriamez Francisco; Enríquez-Ominami Gumucio Marco; Escobar Rufatt Alvaro;

Estay Peñaloza Enrique; Farías Ponce Ramón; Fuentealba Vildósola Renán; Girardi Briere Guido; Goic Borojevic Carolina; González Torres Rodrigo; Insunza Gregorio De Las Heras Jorge; Isasi Barbieri Marta; León Ramírez Roberto; Martínez Labbé Rosauo; Masferrer Pellizzari Juan; Melero Abaroa Patricio; Monsalve Benavides Manuel; Muñoz D'Albora Adriana; Nogueira Fernández Claudia; Norambuena Farías Iván; Ojeda Uribe Sergio; Olivares Zepeda Carlos; Ortiz Novoa José Miguel; Pacheco Rivas Clemira; Pascal Allende Denise; Quintana Leal Jaime; Robles Pantoja Alberto; Salaberry Soto Felipe; Sepúlveda Hermosilla Roberto; Súnico Galdames Raúl; Tuma Zedan Eugenio; Urrutia Bonilla Ignacio; Valcarce Becerra Ximena; Venegas Cárdenas Mario; Venegas Rubio Samuel; Von Mühlenbrock Zamora Gastón.

-Los textos íntegros de los proyectos de acuerdo figuran en la página de internet de la Cámara de Diputados, cuya dirección es: www.camara.cl/pacuerdo/

VII. INCIDENTES

RETIRO DE MINAS ANTIPERSONALES DE TERRENO DEL EJÉRCITO UBICADO EN MALLOCO. Oficios.

El señor **ENCINA** (Presidente).- En el tiempo del Comité Socialista, tiene la palabra la diputada señora Denise Pascal.

La señora **PASCAL** (doña Denise).- Señor Presidente, en la localidad de Malloco, comuna de Peñaflor, provincia de Talagante, el Ejército tiene desde los años 80 un terreno en el cual, según lo anuncia en un letrero de advertencia que exhibe a la entrada del predio, hay minas antipersonales.

De acuerdo con la información entregada, el Ejército habría retirado esas minas,

pero ello no es así, porque hace un tiempo murió un caballo que entró a ese terreno, por la explosión de una de esas minas.

En la actualidad, la zona se encuentra totalmente poblada, los niños juegan en una plaza aledaña al mencionado terreno, lo que constituye un riesgo no sólo para la vida de los menores, quienes en esta época entran a ese terreno en busca de volantines, sino para todos los vecinos de esa comunidad.

Por lo tanto, solicito oficiar al ministro de Defensa Nacional, con copia al Comandante en Jefe del Ejército, general Oscar Izurieta, con el objeto de que disponga el retiro de las minas antipersonales enterradas en ese terreno, ya que de esta forma protegeremos a la gente de la localidad de Malloco.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Se enviarán los oficios solicitados por su señoría, con copia de su intervención.

RECURSOS PARA ERRADICAR LA POLILLA DE LA VID EN COQUIMBO. Oficios.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado señor Marcelo Díaz.

El señor **DÍAZ** (don Marcelo).- Señor Presidente, en la región de Coquimbo, uno de cuyos distritos represento en la Cámara, se detectó hace pocos días la presencia de lobesia botrana, conocida comúnmente como polilla de la vid, plaga que está teniendo efectos económicos concretos, debido al alza en los costos de producción, que si se traspasan a los productores, podrían tener una repercusión directa en los puestos de trabajo, en particular de los temporeros y temporetas. En consecuencia, necesitamos ayuda y colaboración del ámbito público para hacer frente a esta emergencia, sobre todo de recursos que permitan la adquisición de plaguicidas. Además, es fundamental que exista una relación fluida entre el Gobierno y los productores de todas las empresas ligadas al

rubro de la uva, sin importar el destino de la fruta, porque esta plaga afecta a la uva pisquera, vinífera y de mesa.

Por lo tanto, solicito oficiar a la ministra de Agricultura y al director del Servicio Agrícola y Ganadero, con el objeto de que dispongan los recursos necesarios para mejorar el despliegue de profesionales e insumos a fin de hacer frente a esta plaga. Asimismo, pido enviar copia de mi intervención a la Sociedad Agrícola del Norte, con el objeto de que sepan que cuentan con el apoyo de las autoridades regionales para hacer frente a esta emergencia.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Se enviarán los oficios solicitados por su señoría, con copia de su intervención y la adhesión de los señores diputados que así lo indican.

INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE EJECUCIÓN DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD PÚBLICA EN EL DISTRITO N° 7. Oficios.

El señor **DÍAZ** (don Marcelo).- Por otra parte, solicito oficiar a los ministros de Salud y de Hacienda, con el objeto de que informen a la Cámara sobre el estado de avance de la ejecución del convenio de programación del Ministerio de Salud y el gobierno regional, suscrito en 2006. Solicito información pormenorizada de los montos de inversión comprometidos en las comunas del distrito que represento, de las fechas de ejecución contempladas en los cronogramas originales del convenio; el estado de ejecución de las obras de infraestructura consideradas en dicho programa y los plazos específicos para la ejecución de las mismas.

Hago esta solicitud, porque tengo la percepción de que tenemos un gran retraso en la ejecución de obras de infraestructura de salud, que son muy importantes para las comunas que represento. Todavía no hemos avanzado en la construcción de la posta rural

de El Romero, en la reposición del consultorio Emilio Schaffauser, que está en el centro de la comuna de La Serena; tenemos retraso en la edificación y construcción del sector de Las Compañías, no hemos iniciado los trabajos de reposición y mejoramiento del hospital de Andacollo, que nuevamente se llovió el invierno pasado. Lo mismo sucede en la comuna de Vicuña.

Estas obras representan inversiones cuantiosas, pero deben realizarse para que sean realidad los anuncios que se hacen. En el proyecto de ley de Presupuestos de 2009 se establece un importante aumento de la inversión en infraestructura hospitalaria, como dijo la ministra de Salud ayer. Es fundamental que esos trabajos se ejecuten en tiempo y forma, de acuerdo con los cronogramas originales, ya que eso demostrará la eficiencia de la gestión del sector público y la responsabilidad de las autoridades para cumplir los compromisos que asumen con los ciudadanos. Aquí se han comprometido fechas de entrega y plazos, pero no se están cumpliendo.

Esa información es fundamental para que nos podamos hacer un cuadro claro y real de lo que está ocurriendo en esta área, ya que nos permitirá conocer el retraso que existe, las obras que están más atrasadas, las razones por las que están entrapadas y qué podemos hacer desde el Congreso, desde el gobierno y desde la región para cumplir con los compromisos asumidos con la gente que está esperando mejorías en infraestructura de los servicios de salud pública del distrito número 7, que represento en la Cámara de Diputados, es decir, las comunas de La Serena, Vicuña, Paihuano, Andacollo y La Higuera, que también son parte del país y, por lo tanto, merecedores del trabajo diligente del servicio público.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Se enviarán los oficios solicitados por su

señoría, con copia de su intervención y la adhesión de los diputados que así lo indican.

PREOCUPACIÓN POR PROBLEMAS DE ADMINISTRACIÓN EN HOSPITAL DE SAN ANTONIO. Oficio.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- En el tiempo del Comité Radical Social Demócrata, tiene la palabra el diputado señor Samuel Venegas.

El señor **VENEGAS** (don Samuel).- Señor Presidente, me veo en la obligación moral de referirme a un tema que es muy sensible y que afecta a gran parte de los habitantes de la provincia de San Antonio, relacionado con el funcionamiento y la forma en que se dirige el hospital local, que es fundamental en la atención de salud de los habitantes de dicha provincia, pues está en red con los consultorios de atención primaria de las distintas municipalidades de San Antonio.

Como se trata de un hecho muy grave, es necesario plantearlo aquí y así lo han dado a conocer la organización de funcionarios y de trabajadores del hospital, y un estamento de participación ciudadana creado para acoger el sentir y el anhelo de quienes están preocupados de mejorar los servicios de la provincia, entre los que figuran los entregados por dicho hospital.

Son de público conocimiento los importantes aportes del ministerio del ramo para mejorar la infraestructura y el equipamiento del hospital. Sin embargo, el director, el subdirector médico y el director administrativo del hospital no dan cumplimiento cabal a la obligación que tienen como ejecutivos de dicho establecimiento. La situación más grave, como acusación o cargo, es que ellos permiten abandonar sus funciones a los médicos que deben cumplir una jornada de cuatro o cinco horas hasta dos horas antes de que esa jornada, pactada y cancelada, se

termine realmente, para ir a trabajar a las clínicas particulares que ahí existen, por lo cual las atenciones de muchas personas son postergadas y éstas se ven obligadas a concurrir a las clínicas privadas cuando su salud necesita asistencia urgente.

El caso también es grave porque ha permitido el ingreso de mucha gente que proporciona una empresa contratista, que no tiene conocimientos para tratar a los pacientes, para hacer análisis en laboratorios ni para distintas situaciones que deben ser asumidas por personas debidamente preparadas, y pueden producirse muchos errores que deben superarse por otros medios.

Por lo tanto, pido que se oficie a la ministra de Salud para que a la brevedad envíe a personas que verifiquen la situación que he planteado a fin de que sea superada en el menor plazo posible para satisfacer a los habitantes de San Antonio, que están muy preocupados del tema.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Se enviará el oficio solicitado por su señoría, con copia de su intervención y la adhesión de los diputados señores Jaramillo, Ortiz, Robles y Quintana.

DEMORA EN CONSTRUCCIÓN DE MUROS DE CONTENCIÓN EN IQUIQUE. Oficio.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- El turno siguiente corresponde al Comité Independiente.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

El turno siguiente corresponde al Comité de la UDI.

Tiene la palabra la diputada señora Marta Isasi.

La señora **ISASI** (doña Marta).- Señor Presidente, en realidad, son muchos los temas que debo abordar respecto de la situación de la Región de Tarapacá.

En primer lugar, solicito que se oficie a la Contraloría General de la República para que informe acerca del proyecto de construcción de los muros de contención que fueron aprobados el año pasado por el Core y que no se han ejecutado.

Hoy lamentamos la muerte de una joven madre y de su hijo de tres años a raíz de que un vehículo irrumpió sorpresivamente en su propiedad de Jaspard con Ejército, en el sector norte de Iquique. Lamentamos esa fatal tragedia.

Creo que las autoridades no pueden esperar a que suceda ese tipo de situaciones. Estamos hablando de la vida de las personas, y si la construcción de los muros fue aprobada, como mujer, parlamentaria y madre, exijo que la Contraloría dé una explicación.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Se enviará el oficio solicitado por su señoría, con copia de su intervención.

SUBVENCIÓN A MICROBUSEROS DE IQUIQUE Y ALTO HOSPICIO. Oficio.

La señora **ISASI** (doña Marta).- En segundo lugar, quiero izar una bandera de lucha y, una vez más, aprovechar esta instancia para representar a mi pueblo, a mi querida Región de Tarapacá. Particularmente, lo hago en nombre de los cientos de dueños y choferes de vehículos de locomoción colectiva de Iquique y Alto Hospicio.

Como bien se sabe, la situación del transporte público a nivel nacional está cada vez más crítica. Obviamente, mi región no es la excepción. Quiero destacar que el valor del pasaje es uno de los más altos del país: 560 pesos.

Por tal motivo, las diversas asociaciones de Alto Hospicio y de Iquique se han acercado a las autoridades para conversar, pues se encuentran entre las que más se han visto afectadas, principalmente por las grandes alzas del valor del petróleo.

Dado ese hecho puntual, muchos de los asociados a esta agrupación no han podido cumplir con sus obligaciones bancarias, consecuencia de lo cual las instituciones están embargando y rematando las máquinas que prestan servicio a la comunidad, llegando incluso al remate de sus casas.

De seguir presentándose esa situación, es indudable que el número de máquinas embargadas irá en crescendo.

Para graficar esa realidad, debo mencionar que Alto Hospicio está ubicado a 10 kilómetros de la ciudad de Iquique y a mil metros sobre el nivel del mar, de modo que para acceder a la comuna existe una subida de 35 grados, lo que demanda un alto desgaste del material rodante y, por supuesto, del conductor.

Con 90 mil habitantes, cerca del 60 por ciento de la población hospiciana es pobre, con bajísimo poder adquisitivo, razón por la cual no siempre cuenta con dinero para movilizarse, es decir, con los 560 pesos del valor del pasaje. Eso ha llevado a la práctica habitual de que los taxibuses realicen el transporte por la mitad de la tarifa o, incluso, gratuitamente, tal como ocurre con los estudiantes.

A esos datos hay que agregar el hecho de que a fines de 2007 el precio del combustible era levemente superior a 400 pesos, mientras que hoy se empina por sobre los 700 pesos; es decir, ha tenido un alza superior a 60 por ciento.

Hasta diciembre del año pasado, la actividad era relativamente sustentable, pero, a raíz de la crisis económica, el número de pasajeros bajó en 30 por ciento, porque mucha gente de Alto Hospicio e Iquique se está movilizanado a pie, lo que hace aún más difícil compensar el alza del valor de los combustibles. Ese ha sido el gran motivo del déficit total de la sustentabilidad del sistema.

Por esto y muchas otras razones, las comunas de Alto Hospicio e Iquique necesitan un trato especial de subvención al transporte

mayor en beneficio del poblador que no puede pagar una tarifa completa.

Si no se da una subvención de esas características, muy pronto la flota no podrá prestar su servicio habitual, dado que cada máquina, con siete vueltas diarias, demanda un gasto diario de alrededor de 130 mil pesos, considerando sueldos, pago de derecho de línea, petróleo y pago de letras al banco, además de la depreciación, entre otros. El punto es que el ingreso máximo actual bordea los 90 mil pesos diarios, con lo que resulta evidente el déficit, el cual, de persistir, los llevará a la bancarrota.

En ese escenario, ¿quién transportará a los escolares y a la población más pobre de la comuna? No puedo dejar de decir que los microbuseros son los que levantan y acuestan al pueblo.

Así como se ha hecho con el Transantiago, deberían adoptarse similares medidas para el transporte en regiones, más aún en el caso de la agrupación que efectúa el transporte interurbano entre Alto Hospicio e Iquique, un servicio masivo que beneficia a los sectores de más escasos recursos de esas comunas.

De tomarse las medidas correspondientes, no sólo se podrá mantener ese importante servicio a la comunidad, sino que, además, se evitará que los embargos sigan aumentando, con el consiguiente impacto en las fuentes laborales.

Quiero hacer entender que éste es un círculo. Si las máquinas desaparecen, la gente no tendrá como transportarse.

Para entender aún más la situación que viven los transportistas de mi región, bien vale la pena señalar que por 26 años han venido subvencionando al Estado. Sí; tal cual lo digo, porque transportan a los estudiantes gratuitamente y con tarifa rebajada sin recibir nada a cambio, a pesar de tratarse de una actividad económica privada, realizada con recursos propios, en su mayoría por pequeñas empresas, con endeudamiento

bancario. Sus propietarios hipotecan sus casas, las cuales muchas veces pierden por no poder pagar lo pactado.

Por lo mismo, consideran que ya llegó el momento de que el Estado los ayude a salir de la crisis. Obviamente, ven a la distancia todos los esfuerzos que se hacen en la capital por mantener un sistema fracasado, como el Transantiago, inyectándole recursos, inventando platas, a fin de seguir con la subvención a los pasajes.

Ese mismo derecho debería tener el habitante de mi región, sobre todo el más humilde. No olvidemos que Alto Hospicio es una comuna de bastante pobreza, lo que justifica de sobremanera la subvención al pasaje escolar y también al del adulto mayor. Pero este derecho debe ser el mismo para todos. ¿Y por qué digo esto? Simplemente, porque cuando se discutió el proyecto del Transantiago, que voté en contra, quedaba de manifiesto que la subvención en Santiago sería mucho más alta que la que se otorgaría al resto de las regiones.

¡Las regiones no somos moneda de cambio! Esto, a todas luces, es más que injusto.

Por estos días, los empresarios microbuseros están en conversaciones con la Corfo para conseguir créditos blandos. El problema radica en que dichos recursos pasan a la banca privada, y todos sabemos que quienes están sobre endeudados lo más probable es que figuren en Dicom. Entonces, ¿de qué solución me hablan?

Con este actuar, el Gobierno está matando al transporte en mi región de Tarapacá, por lo que a corto plazo mi pueblo, sobre todo la gente más humilde, no tendrá en qué transportarse.

Por eso, solicito que se oficie al ministro de Transportes a fin de que informe y explique si existe algún plan para salvar la grave situación que vive el transporte público en regiones, en particular en la de Tarapacá. Asimismo, para que dé cuenta de los subsidios que se otorgan en otros lugares del país

e informe si se tiene considerado hacer lo propio en Iquique y Alto Hospicio.

A la vez, solicito que se oficie al vicepresidente ejecutivo de la Corfo, señor Carlos Álvarez, para que precise los alcances de la línea de apoyo llamada Crédito Corfo Inversión, y defina su funcionamiento, la forma de acceder a él y demás detalles del mismo.

Los microbuseros y el resto de la gente de mi región están cansados de promesas, de aspirinas. Si esta situación continúa, se tornará grave, porque no habrá en qué transportarse. La región de Tarapacá también es parte de Chile y sus habitantes merecemos ser escuchados.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Se enviarán los oficios solicitados por su señoría, con copia de su intervención.

INFORMACIÓN SOBRE FUNCIONAMIENTO DE PROGRAMA DE PROTECCIÓN DEL PATRIMONIO FAMILIAR EN LA REGIÓN DEL BIOBÍO. Oficios.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- En el turno del Comité de Renovación Nacional, tiene la palabra el diputado señor Rosauro Martínez.

El señor **MARTÍNEZ**.- Señor Presidente, en dos oportunidades anteriores, específicamente en las sesiones del 6 de agosto y del 9 de septiembre del presente año, me referí al funcionamiento de los planes que ejecuta el Ministerio de Vivienda para mejorar casas, particularmente, al denominado Programa de Mejoramiento del Patrimonio Familiar.

En la primera ocasión hice una serie de sugerencias para su optimización, en tanto que en la segunda solicité que nos clarificaran ciertos aspectos relativos a los recursos del programa y que se dinamizara el proceso de asignación del subsidio rural.

Parto de la premisa, tal como lo expresé en su momento, de que el programa es positivo, porque está orientado a mejorar la calidad de vida de las personas. Sin embargo, acontecimientos recientemente conocidos me impulsan a intervenir de nuevo para referirme al mismo tema, aunque esta vez mis palabras se orientarán a solicitar una intervención directa de la ministra de Vivienda, en razón de la seriedad de ciertos hechos a los que me voy a referir.

Hace algunos días tomé conocimiento de la preocupación y angustia de un grupo de vecinos de la comuna de San Ignacio, quienes en 2002 formaron un comité de vivienda al que denominaron Nueva Esperanza de Calle Alegre. Este grupo de personas, gente de mucho esfuerzo, en su mayoría trabajadores agrícolas, iniciaron así un trabajo intenso tras el objetivo de la casa propia. No voy a profundizar sobre su situación social; sólo diré que es extraordinariamente difícil y que ninguno pasa de los doce mil puntos en la ficha de protección social. De allí lo ejemplar del trabajo que realizaron para juntar los recursos necesarios a fin de comprar un terreno de más de 13 hectáreas. En 2006 el comité firmó contrato para la construcción y urbanización del loteo, con un total de 49 viviendas de 34,8 metros cuadrados construidos.

El 4 de agosto de 2008 esas viviendas fueron ingresadas al Programa de Protección del Patrimonio Familiar, bajo la modalidad de ampliación de vivienda, pero, según se informó a los representantes del comité, el banco de proyectos cerró en julio, lo cual dejó sin financiamiento a este proyecto y a muchos otros, tal como lo manifesté en mi intervención anterior, ocasión en la que pedí que se oficiará a la ministra de Vivienda para que se nos enviara diversa información al respecto, sin que hasta la fecha hayamos recibido respuesta. Sólo conocemos opiniones divergentes de las autoridades regionales y provinciales; nada concreto que permita

tanto a los vecinos como a los prestadores de servicio saber a qué atenerse y, por cierto, cumplir sus compromisos.

Hago este relato para que se dimensione la situación que viven estas personas, que aún no logran habitar sus viviendas, porque, como se comprenderá, es imposible hacerlo en una superficie de 34,8 metros cuadrados. Para graficar aún más la dramática realidad, diré que estamos ante un panorama desolador de pequeñas casetas insertas en el sector rural, prácticamente abandonadas, pues estas personas se han visto obligadas a buscar refugio en casas de familiares o a arrendar una pieza donde vivir durante este tiempo.

Nos preguntamos: ¿Es dignidad esto? ¿Estamos construyendo calidad de vida? ¿No merecen estas personas el mismo tratamiento que se da a quienes viven en las grandes ciudades, cuando el promedio del grupo familiar es de cinco personas?

Múltiples son las interrogantes que golpean nuestras conciencias e indigna ver cómo se juega con la esperanza de gente modesta, pero honorable, que no busca regalos, sino sólo que se cumpla lo prometido, lo cual no está ocurriendo.

Por ese motivo, solicito nuevamente que se oficie a la ministra de Vivienda y Urbanismo a objeto de que tenga a bien dar respuesta a las siguientes interrogantes:

1° Si existen recursos para financiar los proyectos presentados al Programa de Protección del Patrimonio familiar en la provincia de Ñuble.

2° Si es efectivo el cierre del banco de proyectos de dicho programa.

3° De ser efectiva tal medida, que nos diga la fecha en que se adoptó la resolución, las razones que la motivaron y por qué continuó abierta la postulación de nuevos proyectos.

4° ¿Qué sucederá con los proyectos presentados que, por esta razón, hoy no tienen financiamiento? ¿Habrán que respotularlos o quedarán en una especie de lista de espera?

5° Si los comités deben postular nuevamente sus proyectos, ¿qué sucederá con el puntaje entregado por la ficha de protección social? ¿Se mantendrá o habrá que realizar un nuevo proceso?

Además, al no haber claridad sobre estos temas, y frente a opiniones divergentes de las propias autoridades, solicito que se oficie al contralor general de la República, a objeto de que instruya se realice una amplia investigación al Programa de Protección del Patrimonio Familiar en la región del Biobío, con el propósito de determinar, entre otras cosas, las siguientes:

1° Cantidad de recursos asignados en la región al programa durante 2008, con especificación de los montos para cada provincia.

2° Identificación de los proyectos ingresados a la fecha al banco de proyectos en la región del Biobío, con los montos respectivos.

3° Identificación de los proyectos adjudicados en la región del Biobío, por provincia y ciudad, y situación en que se encuentran.

4° Proyectos ejecutados y montos involucrados en cada uno de ellos.

5° Calidad de las obras realizadas en cada una de las comunas de la región.

Otro problema al que voy a referirme también se vincula con esta materia, pero en la ciudad de Chillán y afecta a un grupo de personas que conforman el comité de vivienda “Valles de Quilmo”, quienes, en el mes de julio, fueron canalizados por el SERVIU de Chillán a la consultora Engineer Ltda., que cumpliría la función de gestionar y asesorar a los vecinos en esta materia como una entidad de gestión inmobiliaria y social.

Hecho lo anterior, a los vecinos integrantes de ese comité se les solicitó cancelar 11 UF por concepto de gastos del proyecto habitacional y 8 UF para gastos operacionales.

El problema radica en que los vecinos están muy preocupados, porque se han informado de que dicha entidad de gestión no

está acreditada como tal ante la Secretaría Regional Ministerial de Vivienda y, por lo tanto, no está habilitada para operar como entidad asesora. Esto fue certificado por el propio seremi de la Vivienda de la Región del Biobío.

Es decir, ese organismo ha asumido un rol que no le corresponde, actúa como si estuviera acreditado, pero no pasa nada. Estamos hablando de más de 600 familias. Lo más insólito es el testimonio que han entregado los propios vecinos, quienes certifican que llegaron a esa empresa por insinuación del SERVIU de Chillán.

Legítimamente preocupados por esta situación y sin tener claridad alguna, los vecinos decidieron tomarse las oficinas de la empresa en Chillán el lunes recién pasado. Según lo publicado en la prensa al día siguiente, los ejecutivos declaran que todo está en orden. Ojalá sea así.

La situación anterior nos muestra que el sistema no está funcionando bien y, por lo tanto, cabe recordar lo que planteé en la sesión del 6 de agosto, cuando señalé que es imprescindible que el ministerio asuma el rol que le corresponde en esta materia, así como también la municipalidad. De lo contrario, vamos a ser testigos de cómo se desprestigia una política que pretende mejorar la calidad de vida de las familias de mayor esfuerzo y, lo que es peor, que no cumple los objetivos buscados.

Por los motivos antes señalados, solicito que se oficie a la ministra de Vivienda y Urbanismo a objeto de que introduzca las modificaciones al funcionamiento del Programa de Protección del Patrimonio Familiar, para garantizar su calidad, oportunidad y financiamiento. Y respecto de la situación del Comité de Vivienda “Valles de Quilmo”, de la ciudad de Chillán, solicito que nuestra máxima autoridad sectorial intervenga directamente en ese proceso y que precise la legalidad de los cobros, montos entregados por los integrantes de ese comité y fecha e

itinerario en que se concretará ese proyecto. También solicito que se oficie a la Contraloría General de la República para que se pronuncie al respecto.

En síntesis, es necesario velar para que los recursos públicos lleguen a las familias a las cuales están destinados y que la mejora de sus viviendas les permita vivir con mayor dignidad.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Se enviarán los oficios solicitados por su señoría, con copia de su intervención y la adhesión del diputado Enrique Jaramillo.

PREOCUPACIÓN POR POLILLA DE LA UVA EN REGIONES DE COQUIMBO Y DE ATACAMA. Oficios.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- En el tiempo del Comité Demócrata Cristiano, el jefe del Comité, diputado Gonzalo Duarte, ha cedido cinco minutos al diputado Alberto Robles y 2,5 minutos al diputado Enrique Jaramillo.

Tiene la palabra el diputado señor Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, en primer lugar, agradezco al Comité Demócrata Cristiano por cederme parte de su tiempo.

Estoy muy preocupado por una información que recabé los primeros días de la semana, que hoy aparece publicada en los diarios de mi región, y sobre la cual otros señores diputados ya han planteado su preocupación: la aparición en Tierra Amarilla de un brote de la Lobesia Botrana, más conocida como la polilla de la uva.

Se trata de una plaga que no existía en el país ni en Sudamérica. Se encuentra principalmente en Europa y, según los antecedentes de que dispongo, ingresó al país hace un par de años y hoy ya llegó a las Regiones de Coquimbo y de Atacama, específicamente, a

Tierra Amarilla. Si ya llegó a esta comuna, me asalta el temor de que también haya aparecido en el valle del Huasco.

El SAG de la Región de Atacama ha desarrollado una labor extraordinariamente eficiente, tanto por la captura de ejemplares de la especie, para determinar si ha llegado la plaga, como por las medidas inmediatas adoptadas para controlar la situación. Sin embargo, considero pertinente oficiar al ministro de Hacienda a fin de pedirle que asigne al Servicio Agrícola y Ganadero de la Región de Atacama los recursos necesarios para erradicar esta plaga.

Mi región es eminentemente minera, pero durante los últimos decenios se han destinado importantes recursos al área agrícola, en particular para el desarrollo de la uva de mesa de exportación. Tanto en el valle de Copiapó, sobre todo en Tierra Amarilla, como en el valle del Huasco, en la zona de Alto del Carmen, se han efectuado inversiones muy importantes para cultivar uva de mesa de exportación, que tiene la particularidad de ser la primera que se cosecha en el país y se exporta a mercados muy exigentes.

La presencia de la polilla de la uva es un problema muy serio, porque en nuestra región no existía este tipo de plagas. Por eso, me parece importante oficiar al Ministerio de Agricultura para que el SAG, a través de su Dirección de Protección Agrícola, nos explique cuáles son las políticas de protección que se están implementando.

Al parecer esta plaga ingresó a Chile por las regiones Octava y Metropolitana, porque es muy difícil que se haya trasladado al desierto de Atacama por el aire. De ser así, significa que los controles de protección agrícola no se están realizando en forma adecuada, razón por lo cual me parece absolutamente necesario que el SAG nos explique las políticas que está desarrollando al respecto.

Una plaga de estas características pone en riesgo toda la agricultura y la economía de una región como la que pertenezco.

Por lo tanto, me parece muy importante que no sólo se adopten las medidas necesarias a nivel regional -de hecho, el SAG regional ya lo está haciendo-, sino también a nivel nacional, dada la responsabilidad que tiene el Servicio Agrícola y Ganadero de cuidar y controlar las plagas.

Además, pido que se envíe copia de mi intervención a la Asociación de Productores y Exportadores Agrícolas de Copiapó, Apeco; a la Asociación de Agricultores del Valle del Huasco, y a la intendenta de la Región de Atacama.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Se enviarán los oficios solicitados por su señoría, con copia de su intervención y la adhesión de los diputados Jaime Quintana y Enrique Jaramillo.

DEMORA EN ENTREGA DE RECURSOS PARA PROYECTOS DE RECUPERACIÓN DE SUELOS DEGRADADOS EN REGIONES DEL SUR. Oficio.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado señor Enrique Jaramillo.

El señor **JARAMILLO**.- Señor Presidente, me sumo a los agradecimientos expresados por el colega Alberto Robles al Comité Demócrata Cristiano.

Mi intervención es para dar cuenta de que en la semana recién pasada las organizaciones gremiales del agro sureño Fudagro, Agrollanquihue, Sago y Saval, bajo la dirección del Consorcio Agrícola del Sur, invitaron a los parlamentarios de las regiones Décima y Decimocuarta y nos plantearon la deficiencia en la entrega de los medios económicos para los proyectos del programa de recuperación de suelos degradados de parte del Servicio Agrícola y Ganadero.

Me entrevisté con la ministra de Agricultura, quien, con una deferencia muy especial, me dio a conocer una posible solución a este problema, generado a raíz de que no se entregaron los recursos económicos a los proyectos ya iniciados en los campos del sur de Chile por los agricultores y empresarios agrícolas. Lamentablemente, esos proyectos están en la mitad de su desarrollo, por lo que, al no contar con los medios económicos no se podrán llevar a cabo, lo que implicará un problema real en la producción anual del sector económico agrícola.

La ministra de Agricultura me dio a conocer una posible solución, la que espero sea ratificada por el director del Servicio Agrícola y Ganadero en la respuesta al oficio que estoy pidiendo, en cuanto a que esos recursos podrían ser entregados en la primera quincena de enero, con cargo al Presupuesto de la Nación para el año 2009. Sin embargo, es fundamental que la primera entrega se realice durante la primera quincena de enero, a fin de que los agricultores y empresarios tengan la posibilidad de contar con el respectivo subsidio que debe entregar dicho Servicio.

Por eso, pido que se oficie a la ministra de Agricultura y, por su intermedio, al director del Servicio Agrícola y Ganadero, para que envíe una respuesta en forma urgente para entregarla a la directiva del Consorcio Agrícola del Sur, que agrupa a todas las asociaciones agrícolas del sur de Chile que he mencionado y así darles la respuesta con una posible solución a lo planteado por ellos.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Se enviarán los oficios solicitados por su señoría, con copia de su intervención y la adhesión de los diputados señores Ortiz, Quintana, Robles y Tuma. Asimismo, si le parece, se le haría llegar copia de su inter-

vención a los representantes de las instituciones mencionadas por su señoría.

El señor **JARAMILLO**.- Muy bien. Muchas gracias, señor Presidente.

DEFENSA DE DERECHOS DE PROPIEDAD DE CIUDADANOS DE LA COMUNA DE TEMUCO. Oficios.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- En el turno del Comité Partido por la Democracia, tiene la palabra el diputado don Eugenio Tuma.

El señor **TUMA**.- Señor Presidente, el motivo por el cual voy a intervenir en esta oportunidad tiene que ver con la defensa de los derechos ciudadanos de personas que están siendo vulneradas en sus derechos de propiedad, en su derecho a vivir dignamente. Se trata de 16 familias que viven a cincuenta metros del lugar donde se está construyendo el estadio regional Germán Becker, de Temuco, con una inversión de 15 mil millones de pesos, una de las obras más modernas y que será un ejemplo de cómo se deben hacer las inversiones en favor del deporte. Sin embargo, desde hace más de cuarenta años, a menos de cincuenta metros de este maravilloso estadio viven 16 familias que no han tenido la posibilidad de construir y de ejercer el derecho de propiedad que consigna la Constitución.

El Plan Regulador establece que ese sector debe ser expropiado, dado que viven encima de la proyección de la avenida Pablo Neruda -anteriormente se llamaba avenida Estadio-, una avenida muy ancha y que tiene dos pistas. Pero, justo en la puerta del estadio se forma un cuello de botella, porque hay una sola vía, lo que impide el tránsito vehicular y el uso de ese espacio público por la ciudadanía.

Ese Plan Regulador estableció en su momento, con proyección y visión de futuro, que ese espacio debía ser vía pública, lo

que no se está cumpliendo, a pesar de las acciones ejercidas por el doctor Ricardo Celis, quien ha estado trabajando con la comunidad, al igual que nuestra egresada de derecho, Romina Tuma, quien ha estado junto a los pobladores para llamar la atención de la autoridad en orden a que los ciudadanos de Temuco tienen derecho a disponer de ese espacio y a que las 16 familias pueden hacer uso del mismo y gozar del derecho de propiedad que les ha sido conculcado en los últimos cuarenta años.

Estamos conscientes de que, con visión de futuro, el Plan Regulador debe consignar muchas zonas que en su momento deben estar dispuestas para los espacios públicos. Naturalmente, el Estado no tiene los recursos para que se efectúen las expropiaciones de inmediato, pero en este caso en particular se trata de un cuello de botella que se ha formado en ese sector. Esta es una demanda de la ciudadanía que transita tanto a pie como en vehículos a la salida del estadio y, sin embargo, no ha habido una respuesta que les señale que van a disponer de esos espacios para el uso público y, lo que es peor aún, esas 16 familias tampoco disponen del derecho a gozar de su propiedad.

A mi juicio, el Plano Regulador debería establecer las fechas en que el Ministerio de Vivienda, el Municipio de Temuco, el Gobierno Regional y las subderes van a determinar la entrega de los recursos necesarios para iniciar el proceso de expropiación y así hacer posible que los ciudadanos de Temuco puedan gozar de ese espacio. Los propietarios, por encontrarse en el área de expropiación no pueden construir ni vender. ¡Tienen pozos negros, señor Presidente! A cincuenta metros del estadio más importante de la región, donde se jugará el mundial femenino de fútbol, hay pozos negros. Por ello, es necesario que esto sea resuelto a la mayor brevedad.

Pido que se oficie al ministro de Transporte para que se pronuncie sobre la necesi-

dad de disponer de ese espacio público; al ministro de Vivienda para que señale cómo va a abordar el inicio del proceso de expropiación; a la subsecretaria de Desarrollo Regional para que informe sobre el monto de los recursos que pondrá a disposición del Ministerio de Vivienda para llevar a cabo el proceso de expropiación; al intendente de La Araucanía, en su calidad de presidente del gobierno regional, para que dé cuenta sobre cuál va a ser su acción en esta materia, ya que debe velar por el bienestar de los ciudadanos de Temuco y también por los derechos de propiedad de las familias afectadas; al alcalde de Temuco para que nos informe si existe un proyecto destinado a resolver este asunto que afecta a los ciudadanos de Temuco y a las 16 familias afectadas en sus derechos de propiedad.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Se enviarán los oficios solicitados por su señoría, con copia de su intervención y la adhesión de los diputados señores Quintana y Jaramillo.

OBRAS VIALES EN COMUNAS QUE FORMAN PARTE DE CORREDOR BIOCEÁNICO EN REGIÓN DE LA ARAUCANÍA. Oficio.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado don Jaime Quintana.

El señor **QUINTANA**.- Señor Presidente, ayer, nuestra bancada tuvo una reunión con el ministro de Hacienda, quien nos dio a conocer detalles del Presupuesto de la Nación para el año 2009. Se trata de un presupuesto de expansión, pero responsable, de acuerdo con la situación económica que vive el mundo y de cómo se deben mitigar los impactos que se pueden producir en el país.

En esa ocasión, pudimos percibir cuánto va a crecer el presupuesto en Obras Públi-

cas, me imagino, que será sobre 14 por ciento, porcentaje superior al presupuesto global. También tuvimos la oportunidad de plantearle al ministro de Obras Públicas la necesidad de corregir los ritmos con los cuales se realiza la inversión en esa Cartera, porque podemos tener un presupuesto muy expansivo, pero si no existe una adecuada combinación con Mideplan en lo que se refiere a la rentabilidad social de los proyectos, vamos a tener un freno en esa materia, lo que incidirá en la construcción y en el empleo.

Por lo tanto, lo primero que se necesita es que haya una coordinación adecuada con Mideplan en los ritmos de inversión, especialmente en regiones del sur, como la de Los Ríos, donde se pueden materializar obras de infraestructura sólo durante cuatro o cinco meses en el año; o sea, no es lo mismo que construir en la zona central.

En el mismo sentido, me gustaría ver que en el Presupuesto se incluyan algunas obras importantes relacionados con la Región de La Araucanía. Por ejemplo, el corredor bioceánico, que es una gran obra de progreso y de integración con nuestros vecinos de Argentina, en particular, a través del paso Pino Hachado, donde existe gran flujo de vehículos.

Pero, tenemos cuellos de botella que no han sido resueltos, como los existentes en la Cordillera Las Raíces. Por un lado, está la comuna de Lonquimay, con una conectividad sólo parcial, a través del túnel Las Raíces, que es unidireccional. Además, no se ha podido materializar una obra muy importante: asfaltar los 23 kilómetros de la Cordillera Las Raíces, que es fundamental para llevar a cabo la integración a que me he referido.

Ya lo hemos conversado con el ministro de Obras Públicas, pero es preciso que se lleve a cabo un proyecto diferenciado que incluya los dos extremos del corredor en la Cordillera Las Raíces: uno, que vaya de la boca norte hasta Corralco, donde se conectaría con un sector con un enorme potencial

turístico como es el centro de esquí, y otro que viene de Lonquimay, pasando por El Naranjo y Mallín del Treile y que a los seis kilómetros también llega a otro centro de esquí: Los Arenales.

Creo que en la medida en que se concreten esos dos proyectos que cubran los extremos de la ruta de la Cordillera Las Raíces, serán factibles, viables y rentables, desde el punto de vista del Mideplan.

En el caso de la comuna de Victoria, que también forma parte del corredor bioceánico, sería necesario reformular el proyecto del by pass Victoria. Las pasadas urbanas en esa comuna quedaron magníficas; sin embargo, debido al tránsito de camiones pesados por el centro de la ciudad, es decir, por las calles Villa Alegre, Carrera y Saavedra, tendrá una vida útil muy corta.

Por eso, sería necesario reformular el proyecto del by pass Victoria, que Mideplan lo declaró no rentable. Tal vez, con un costo menor, se podría materializar. Debo señalar que, junto con el alcalde de la comuna, don Jorge Saffirio, ya se lo planteamos al ministro de Obras Públicas.

En el caso de la comuna de Lautaro, que también forma parte del corredor bioceánico, en su acceso a Temuco, hay que celebrar que el Ministerio de Obras Públicas, finalmente -también lo conversamos con el alcalde, señor Renato Auri-, vaya a licitar, en octubre, el mejoramiento del puente Cautín, que ha tenido una vida útil muy prolongada,

por lo que requiere ser reparado en forma urgente. Sin embargo, por distintas razones, ello ha demorado. También debemos plantearnos otro desafío: el nuevo puente sobre el río Cautín, en la comuna de Lautaro.

Lo último que quiero solicitar, también relacionado con la comuna de Lautaro, es que se realice un estudio de ingeniería -entendiendo que ya hay conversaciones avanzadas sobre la materia- del tramo Lautaro-Vilcún, por Quilacura, que a pesar de no formar parte del corredor bioceánico, es fundamental para integrar a esas dos comunas que, además, tienen una alta concentración de población mapuche. Espero que se realice un estudio de ingeniería, a fin de analizar su rentabilidad y la posible materialización de dicho tramo de 25 kilómetros.

Por lo tanto, pido que se oficie al ministro de Obras Públicas, a fin de formularle las solicitudes que he mencionado.

He dicho.

El señor **ORTIZ** (Presidente accidental).- Se enviará el oficio solicitado por su señoría, con copia de su intervención y la adhesión de los diputados señores Eugenio Tuma, Enrique Jaramillo y de quien habla.

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

-Se levantó la sesión a las 13.44 horas.

TOMÁS PALOMINOS BESOAIN,
Jefe de la Redacción de Sesiones Subrogante.

VIII. DOCUMENTOS DE LA CUENTA**1. Oficio de S.E. la Presidenta de la República.**

“Honorable Cámara de Diputados:

Tengo a bien poner en conocimiento de V.E. que he resuelto retirar la urgencia para el despacho del proyecto de ley que modifica la regulación de la cuota mortuoria del seguro escolar y de la asignación por muerte de beneficiarios de pensión básica solidaria de invalidez, carentes de recursos. (boletín N° 6123-13).

Al mismo tiempo, y en uso de la facultad que me confiere el artículo 74 de la Constitución Política de la República, hago presente la urgencia en el despacho, en todos sus trámites constitucionales -incluyendo los que correspondiere cumplir en el honorable Senado-, para el proyecto antes aludido, la que, para los efectos de lo dispuesto en los artículos 26 y siguientes de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, califico de “suma”.

Dios guarde a V.E.,

(Fdo.): MICHELLE BACHELET JERIA, Presidenta de la República; JOSÉ ANTONIO VIERA-GALLO QUESNEY, Ministro Secretario General de la Presidencia”.

2. Oficio de S.E. la Presidenta de la República.

“Honorable Cámara de Diputados:

Tengo a bien poner en conocimiento de V.E. que he resuelto retirar la urgencia para el despacho del proyecto de ley que crea el Ministerio de Energía, estableciendo modificaciones al DL N° 2.224, de 1978 y a otros cuerpos legales. (boletín N° 5766-08).

Al mismo tiempo, y en uso de la facultad que me confiere el artículo 74 de la Constitución Política de la República, hago presente la urgencia en el despacho, en todos sus trámites constitucionales -incluyendo los que correspondiere cumplir en el honorable Senado-, para el proyecto antes aludido, la que, para los efectos de lo dispuesto en los artículos 26 y siguientes de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, califico de “simple”.

Dios guarde a V.E.,

(Fdo.): MICHELLE BACHELET JERIA, Presidenta de la República; JOSÉ ANTONIO VIERA-GALLO QUESNEY, Ministro Secretario General de la Presidencia”.

3. Oficio de S.E. la Presidenta de la República.

“Honorable Cámara de Diputados:

En uso de mis facultades constitucionales, tengo a bien poner en conocimiento de vuestra Excelencia que he resuelto retirar la urgencia que hiciera presente para el despacho del proyecto de ley que faculta al Fisco para comprar y vender propiedades particulares afectadas por situaciones de catástrofe. (boletín N° 6010-12).

Dios guarde a V.E.,

(Fdo.): MICHELLE BACHELET JERIA, Presidenta de la República; JOSÉ ANTONIO VIERA-GALLO QUESNEY, Ministro Secretario General de la Presidencia”.

4. Oficio del Senado.

“Valparaíso, 1 de octubre de 2008.

Tengo a honra comunicar a vuestra Excelencia que el Senado ha aprobado las modificaciones introducidas por esa Honorable Cámara al proyecto de ley que modifica la ley N° 19.067 y establece normas para la participación de tropas chilenas en operaciones de paz, correspondiente al Boletín N° 5.068-10.

Lo que comunico a vuestra Excelencia en respuesta a su oficio N° 7.703, de 16 de septiembre de 2008.

Devuelvo los antecedentes respectivos.

Dios guarde a vuestra Excelencia.

(Fdo.): ADOLFO ZALDÍVAR LARRAÍN, Presidente del Senado; CARLOS HOFFMANN CONTRERAS, Secretario General del Senado”.

5. Informe de la Comisión de Salud en calidad de investigadora de la crisis hospitalaria de la salud pública en Chile.

“Honorable Cámara.

Vuestra Comisión de Salud, en calidad de investigadora de la crisis hospitalaria de la salud pública en Chile pasa a informaros sobre la materia del epígrafe.

I. COMPETENCIA DE LA COMISIÓN, AL TENOR DEL ACUERDO DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS QUE MANDATO A LA COMISIÓN DE SALUD LA INVESTIGACIÓN.

La Cámara de Diputados, en su sesión 20ª, de 17 abril de 2006, ante la petición formulada por cuarenta y ocho Diputados y Diputadas, de conformidad con lo preceptuado en la letra c) del número 1 del artículo 52 de la Constitución Política de la República acordó “que la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados se constituya en Comisión Especial Investigadora, con el objeto que en el plazo de tres meses se aboque a reunir todos los antecedentes necesarios para establecer las verdaderas causas que han originado la crisis hospitalaria y, previo análisis y discusión, proponga las soluciones que se requieran para superarla y alcanzar el objetivo de brindar atención de salud eficiente a los usuarios, la que debe ser realmente digna de su condición humana”.

II. ANTECEDENTES GENERALES.

El decreto con fuerza de ley N° 1, de Salud, de 2006, señala que el Ministerio de Salud y demás organismos establecidos en ese cuerpo legal, ejercen la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma, así como coordinar, controlar y ejecutar tales acciones.

Integran el sector salud todas las personas, naturales y jurídicas, de derecho público y privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones referidas en el párrafo anterior. Todas ellas conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud (el Sistema). A su vez, las personas, instituciones y demás entidades privadas, gozan de libre iniciativa para realizar acciones de salud, en la forma y condiciones que determine la ley, así como adscribirse al Sistema Nacional, suscribiendo convenios con los organismos que lo integran.

Al Ministerio de Salud le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud. Entre otras, tiene las siguientes funciones: ejercer la rectoría del sector salud; dictar las normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deben ceñirse los organismos del Sistema Nacional; velar por el cumplimiento de las normas en materia de salud; vigilar la salud pública y evaluar la situación de salud de la población; tratar datos con fines estadísticos y mantener registros y bancos de datos respecto de las materias de su competencia; formular el presupuesto sectorial; evaluar y actualizar el Auge; fijar políticas y normas de inversión; establecer los estándares mínimos de los prestadores de salud; establecer los sistema de acreditación de prestadores institucionales y de certificación de especialidades de prestadores individuales; establecer los protocolos de atención, y velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales en todos sus niveles.

El Ministerio de Salud cuenta con dos Subsecretarías: de Salud Pública y de Redes Asistenciales.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través de su Subsecretario, tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y de la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para los distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad exigibles. Para ello, el Subsecretario debe proponer al Ministro las políti-

cas, planes y programas relacionados, velar por su cumplimiento, y coordinar su ejecución por los Servicios de Salud y demás organismos que integran el Sistema.

Los 28 Servicios de Salud creados por ley, a su vez, son organismos funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de sus cometidos. La función de cada uno de ellos es coordinar la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial dentro de su territorio de competencias, para la ejecución de acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de personas enfermas.

La Red Asistencial de cada Servicio está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del mismo, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, todos los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población. La Red de cada Servicio de Salud se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo, y con otros niveles de mayor complejidad que sólo reciben derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicta al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

La Red Asistencial de Salud tiene una superficie construida de 1.520.310 metros cuadrados, y está integrada por 1.658 establecimientos de atención primaria (1.168 postas de salud rural, 144 consultorios generales rurales, 221 consultorios generales urbanos y 125 centros de salud familiar) y 183 hospitales (59 de alta complejidad, 24 de mediana complejidad y 100 de baja complejidad) todos los cuales suman 26.372 camas¹.

Para formar parte del Sistema, los beneficiarios deben inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento es el que presta las acciones de salud que corresponden en dicho nivel y el responsable de su seguimiento de salud. Las acciones de salud relativas a las personas que a los Servicios les corresponde realizar en el nivel primario, se efectúan principalmente en los establecimientos de ese nivel.

Los Consultorios Generales tienen por objeto satisfacer las necesidades de atención ambulatoria del nivel primario. Pueden ser urbanos o rurales según su ubicación.

Las Postas Rurales de Salud son establecimientos de atención ambulatoria, y desarrollan básicamente acciones de fomento y protección, ejecutan actividades curativas de bajo nivel de complejidad y derivan a establecimientos de mayor complejidad las situaciones que no pueden atender con sus medios. Están a cargo de un auxiliar paramédico permanente, capacitado para desempeñarse en estas funciones y que actúa bajo la supervisión de un equipo profesional de salud.

Las Estaciones Médico Rurales, funcionan en locales provistos eventualmente por la comunidad, en donde concurre la ronda de profesionales para extender las acciones de salud a las poblaciones alejadas de establecimientos de salud de mayor complejidad.

Los Centros de Referencia de Salud (CRS) son establecimientos de atención abierta de mediana complejidad, que proporcionan atención de tipo diagnóstico y terapéutico preferen-

¹ Cifras aportadas, a la Comisión, por el Jefe de la División de Presupuestos e Inversiones del Ministerio de Salud señor Sergio Teke, en su exposición de fecha 6 de junio de 2008.

temente a pacientes referidos por los Consultorios Generales. Ellos se crean en aquellos lugares en que es necesario aumentar la capacidad resolutive de nivel secundario de atención ambulatoria, con el objeto que solucionen los problemas de salud de la población a ese nivel de atención. Estos Centros están a cargo de un Director, que depende directamente del Director del Servicio. Cuando estos Centros se encuentran aledaños a centros hospitalarios, dicho Director puede determinar una modalidad de administración coordinada o única de estos establecimientos. Los Centros de Referencia de Salud realizarán las acciones correspondientes a las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y cirugía, además de especialidades de alta demanda ambulatoria, tales como: dermatología, oftalmología, fisiatría, cirugía infantil, otorrinolaringología, neurología y odontología u otras que el Director del Servicio estime necesarias para satisfacer las demandas de salud de la población. Cuentan con unidades de apoyo para la entrega de las prestaciones de las distintas especialidades.

Los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) son establecimientos de atención abierta, de alta complejidad, adosados a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a pacientes referidos por los Centros de Referencia de Salud y consultorios generales, y a personas hospitalizadas en el establecimiento al cual están adosados. Estos Centros estarán a cargo de un Director, que depende directamente del Director del Servicio, sin perjuicio de lo cual, en casos fundados dicho Director del Servicio puede determinar una modalidad de administración única o coordinada con el Hospital al cual están adosados. Estos Centros cuentan al menos con pabellones de procedimientos para diversas especialidades, laboratorio de alta complejidad e imagenología compleja.

Los Centros de Especialidad son establecimientos de atención abierta que proporcionan atención de tipo diagnóstico y/o terapéutico vinculado a una determinada especialidad, preferentemente a pacientes referidos por los establecimientos pertenecientes a la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Estos Centros pueden corresponder a laboratorios de diverso tipo, a bancos de sangre y/o tejidos u otros establecimientos de atención especializada, aunque no presten atención directa a pacientes, pero que desarrollan procedimientos que son parte de procesos clínicos de las Redes Asistenciales. Se crean para aquellas especialidades y lugares en que es necesario concentrar recursos humanos y/o tecnológicos. En virtud de ello, pueden concentrar la actividad de su especialidad, debiendo coordinarse con los demás establecimientos de la Red Asistencial. Pueden vincularse directamente con los demás establecimientos de su Red Asistencial o con otros establecimientos, organismos o instituciones del Sistema, de acuerdo a las instrucciones del Director del Servicio al que pertenezcan y a las normas técnicas emanadas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

El Hospital, por su parte, es el establecimiento destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o en atención cerrada. Al hospital le corresponde otorgar, dentro de su ámbito de competencia, las prestaciones de salud que el Director del Servicio le asigne de acuerdo a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud sobre la materia. Con tal objeto propende, también, al fomento de la investigación científica y al desarrollo del conocimiento de la medicina y de la gestión hospitalaria.

Finalmente, los “Institutos”, son establecimientos destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, determinados en

esa condición por el Ministerio de Salud, de acuerdo a su complejidad, cobertura y apoyo a la Red Asistencial.

Todos los Hospitales e Institutos, se clasifican en establecimientos de alta, mediana o baja complejidad, de acuerdo a su capacidad resolutive, determinada sobre la base del análisis en conjunto de los siguientes criterios:

- a) Función dentro de la Red Asistencial teniendo presente los distintos niveles de complejidad de la Red;
- b) Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico considerando su resolutive, disponibilidad de recursos humanos, equipamiento, horario de atención y procedimientos o exámenes que realiza;
- c) Grado de especialización de sus recursos humanos.

La clasificación de los Hospitales e Institutos, así como la modificación de la misma, es resuelta por el Ministerio de Salud a proposición del Director del Servicio correspondiente.

Desde el punto de vista de la gestión, los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtienen la calidad de “autogestionados”, con las atribuciones y condiciones que señala la ley, cuando cumplen con los requisitos que determina el reglamento respectivo (11 centros ya tienen dicho carácter; otros 44 deben asumir como tales -por mandato legal- a contar del 1 de enero de 2009).

III. RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO.

La Comisión, para el cumplimiento de su cometido, dividió su trabajo en dos partes claramente determinadas:

1) Efectuó 12 visitas inspectivas² a los siguientes hospitales y centros asistenciales del país:

- Iquique;
- Alto Hospicio;
- Antofagasta;
- Viña del Mar (Hospital Gustavo Fricke);
- Valparaíso (Hospital Van Buren);
- Región Metropolitana (Complejo Hospitalario San José, Exequiel González Cortés y Félix Bulnes);
- San Vicente de Tagua Tagua;
- Chimbarongo;
- Victoria, y
- Temuco

2) Destinó 33 sesiones ordinarias y especiales, en las que procedió a escuchar las opiniones y las declaraciones de las personas invitadas y citadas, cuya nómina es la siguiente:

² Los antecedentes entregados por los Directores de hospitales y las actas referidas a las respectivas visitas hospitalarias se encuentran a disposición de los Diputados en la Sala de la Comisión.

FECHA	INVITADO O CITADO
05.05.2008	Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Ricardo Fábrega Lacoa.
05.05.2008 15.05.2008	Director del Hospital de Curepto, señor Gonzalo Rojas; Subdirector del Hospital de Curepto, señor Marcelo San Martín; Ex Intendente de la VII Región, señor Alexis Sepúlveda, y Ex Director del Servicio Salud del Maule, señor Gerardo Herrera.
12.05.2008	Superintendente de Salud, señor Manuel Inostroza Palma.
12.05.2008 15.05.2008	Directora Ejecutiva de Altura Management, señora Victoria Beaumont Hewitt.
15.05.2006	Ex Director del Servicio d Salud de la Región del Maule, señor Gerardo Herrera.
19.05.2008	Gremios de la Salud. Secretario General de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (Fenats Unitaria), señor Ricardo Ruiz Escalona. Presidente de la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (Confenats), señor Roberto Alarcón Gómez. Presidenta de la Federación Nacional de Asociaciones la Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud (Fentess), señora Silvia Aguilar Torres. Presidente de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de Servicios de Salud, (Fenpruss), señor Claudio González Jara
02.06.2008	El Presidente y el Vicepresidente del Colegio Médico de Chile, señores Juan Luis Castro y Pablo Rodríguez, respectivamente.
09.06.2008 16.06.2008 19.08.2008	Ministra de Salud, señora María Soledad Barría Iroume.
09.06.2008 16.06.2008 02.09.2008	Jefe de la División de Presupuestos e Inversiones del Ministerio de Salud, señor Sergio Teke Sandoval.
12.06.2008	Intendente de la V Región, don Iván de la Maza Maillet. Directora del Servicio Salud Viña del Mar - Quillota, señora Dafne Secul Tahan. Presidente de la Fenats del Hospital Dr. Gustavo Fricke, señor Jorge Araya Guerra. Presidente de la Asociación de Funcionarios Médicos, Odontólogos y Químico Farmacéuticos del Hospital Dr. Gustavo Fricke, señor Hugo Reyes Farías. Presidenta de la Apruss del Hospital Dr. Gustavo Fricke, señora Rosa Leyton Carrasco.
30.06.2008	Presidente de la Confederación de Funcionarios de la Salud Municipal, señor Esteban Maturana.
30.06.2008	Director del Programa Social del Instituto Libertad y Desarrollo, señor Rodrigo Castro.
07.07.2008	Presidente de Sociedad Chilena de Salubridad Pública, señor Manuel Ipinza Riveros.

07.07.2008	Director de la Sociedad Chilena de Administración de Atención Médica y Hospitalaria, señor Osvaldo Artaza Barrios.
14.07.2008	Representantes del Interconsejo Comunal de San Joaquín, señores Antonio Cáceres, Baeza Goñi, Fernando Madariaga, Andrés Díaz, Kurt Rosenberg y Enrique Molina.
28.07.2008	Presidente de la Comisión de Salud de la Asociación Chilena de Municipalidades, señor Daniel Verdessi.
04.08.2008	Ex Ministro de Salud, señor Pedro García.
04.08.2008	Gerente General y Gerente de Estudios de la Asociación de Clínicas Privadas AG, señoras Ana María Albornoz y María Eugenia Salazar, respectivamente.
11.08.2008	Especialista en servicios de urgencia, señor Leonardo Ristori Hernández.
12.08.2008	Director del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, señor Enrique Ayarza Ramírez.
12.08.2008	Jefe del Departamento Agenda Digital del Ministerio de Salud, señor Rodrigo Caravantes Fuente.
18.08.2008	Seremi Metropolitano de Salud, señor Roberto Belmar.

Cada uno de ellos expuso sus particulares puntos de vista en relación a los temas, tanto de carácter general como particular, que fueron objeto de su invitación y que se les señaló específicamente, así como manifestaron su punto de vista sobre la situación actual de la salud pública en el país, y efectuaron propuestas para su mejoramiento y avance.

Los temas centrales de las exposiciones y que fueron priorizados por la Comisión son:

-Infraestructura e inversiones actuales y futuras, y equipamiento del sistema de salud (atención secundaria y terciaria).

-Déficit de especialistas.

-Listas de espera, tanto en patologías Ges y No Ges, en los 28 servicios de salud del país.

-Atención primaria. Su funcionamiento y carencias.

-Gestión y autogestión hospitalaria.

-Funcionamiento de las urgencias, tanto a nivel primario como secundario, y operatividad de ambulancias.

-Planteamientos técnicos sobre la crisis hospitalaria y la visión general sobre el sistema público, en cuanto a su funcionamiento, accesibilidad y conformidad de parte del usuario.

-Temas coyunturales. La Comisión destinó cuatro sesiones a conocer antecedentes relativos a la inauguración del Hospital de Curepto, al proyecto de reposición del Hospital Gustavo Fricke (Viña del Mar), al proyecto de reposición del Hospital El Salvador (Santiago) y al funcionamiento del sistema informático implementado en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

IV. EXTRACTO DE LAS EXPOSICIONES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS INVITADAS A LA COMISIÓN.

A continuación, las intervenciones serán agrupadas en base a los temas centrales a los cuales los invitados fueron llamados a exponer:

1) Infraestructura actual y proyectos de inversión, y equipamiento hospitalario; déficit de especialistas, y listas de espera.

Ministra de Salud, señora María Soledad Barría.³

La exposición se enfocó, por un lado, a describir la situación chilena en el ámbito de la salud, desde una perspectiva temporal y de parámetros internacionales, tanto en cuanto al porcentaje que se invierte en el sector como a la cobertura lograda en el ámbito de las personas y de las enfermedades. Se refirió, asimismo, a los cambios institucionales con ocasión de la aplicación de la reforma de salud; a los programas de inversión en infraestructura y recursos humanos; al fortalecimiento de la atención primaria y hospitalaria; al plan auge, su cobertura, aplicación y evolución, y a los principales problemas que presenta el sistema público de salud, como listas de espera, brecha de especialidades, camas y uso de pabellones. Finalmente, mencionó la opinión que, a su juicio, existe sobre la satisfacción o insatisfacción de la población respecto del sistema de salud.

Situación chilena en un contexto comparado. De acuerdo con la clasificación de países por nivel de ingreso efectuada por el Banco Mundial a partir del cálculo del PIB per cápita en el año 2006, Chile está dentro del grupo de países con ingreso medio alto. Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de ese mismo año, la expectativa de vida es de 78 años y, por tanto, más cercana a la de los países con alto nivel de ingreso, a la vez que la mortalidad infantil es de 8 por 1.000 niños, cifra que actualmente ha disminuido a 7,3 siendo inferior al promedio de Europa, que es de 14. En enfermedades como la tuberculosis, Chile ha logrado expectativas de vida superiores a países de desarrollo superior y que, en general las enfermedades crónicas e infecciosas han sido adecuadamente controladas.

Dio a conocer que, según las mismas estadísticas, la atención profesional del parto es del orden del 100% y que el gran desafío está representado por las enfermedades crónicas e isquémicas (infarto) del corazón, sin perjuicio que ha disminuido la mortalidad por esta causa, si se comparan las cifras del período comprendido entre 1995 y 2006. Igualmente, los niveles de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio estaban estancados hasta 1999 y disminuyeron a partir de 2000, gracias al inicio de una nueva fase de campañas de invierno, que contempla vacunación masiva de adultos para combatir la influenza, a lo que se agrega la implementación de salas para adultos y consultorios de atención primaria.

Negó que sea efectivo que hay mucho gasto en salud y pocos resultados debido a la eventual gestión deficiente de la red pública. Hizo hincapié en que ha habido uso responsable de los recursos y mejoramiento en las condiciones sanitarias de la población. Informó que el presupuesto sectorial se ha incrementado desde 2000, al igual que el PIB, por lo que se ha aumentado la relevancia de la salud en el gasto público. Se ha incrementado el porcentaje de inversión, lo que expresa la decisión política de destinar más recursos públicos y sociales al área de la salud, que se estima prioritaria⁴.

Manifestó que, de acuerdo con un estudio efectuado por la OMS, basado en datos del Banco Mundial, en el que se compara en distintos países la relación entre la expectativa de vida al nacer y el gasto per cápita en salud, Chile tiene una expectativa de vida promedio similar o superior a la de Estados Unidos y un gasto per cápita diez veces menor al de este último, a partir de lo cual es posible concluir que el sistema posee una eficiencia global, sin dejar de reconocer la existencia de ineficiencias en lo micro.

³ El detalle in extenso de la intervención consta en las actas de las sesiones de la Comisión de Salud N° 97 y 100, de 9 y 16 de junio de 2008, respectivamente.

⁴ En el marco del gasto social, el sector salud creció del 14,8% en 1990, al 23% en 2006.

Admitió que los buenos resultados que se han obtenido no sólo obedecen a una política ministerial sino también a otros factores de carácter social. Se han ejecutado programas intersectoriales, como Chile Crece Contigo; sólo otros dos países en Latinoamérica tienen indicadores similares (Costa Rica y Cuba), cuyo denominador común es la existencia de un sistema de salud público muy fuerte, aun cuando sus niveles de ingreso son muy distintos. Recordó que durante la gran crisis de la década de los ochenta aumentó la pobreza, no obstante lo cual se mantuvo la tendencia a la disminución de la mortalidad infantil, ya que el esfuerzo se focalizó en la atención primaria de salud. Aseguró que el mayor índice de mortalidad en Estados Unidos no se debe a la obesidad de la población sino a que hay cuarenta millones de norteamericanos que no tienen acceso a la salud. Hizo hincapié en que en los sistemas de salud públicos costarricense, cubano y chileno hay una eficiencia general del gasto que guarda relación con la organización de servicios.

De acuerdo con la última encuesta Casen, el sistema público de salud otorga cobertura al 77,9% de la población (en 2006), mientras que el 13,7% se atiende en el sector privado. Ha disminuido el porcentaje de la población que no sabe a qué sistema pertenece, ya que en la década de los noventa superaba el 12% y hoy es de 5,2 %, lo cual refleja que una mayor parte de la población se siente más cubierta en su posibilidad de acceder a la salud, aunque no necesariamente en lo relativo a la calidad de esta última.

Explicó que el diagnóstico de las desigualdades en materia de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, al igual que el cambio del perfil epidemiológico, con ocasión del aumento de personas de mayor edad, la necesidad de mejorar la eficiencia del sector y la insatisfacción usuaria fueron factores que sugirieron abordar la reforma a la salud, que aún sigue en desarrollo. Preciso que en este macro se plantearon los objetivos sanitarios, consistentes en mejorar los logros obtenidos en la materia, enfrentar los desafíos de los países más ricos (el envejecimiento de la población y los cambios de la sociedad), disminuir las desigualdades en salud y proveer servicios acordes a las expectativas de la población.

En cuanto a la gestión de la reforma, hizo presente que ha habido modificaciones institucionales muy potentes, tales como la diferenciación de funciones de las dos subsecretarías que se crearon hace dos años; la mayor autonomía de las direcciones de servicio en pro de la eficacia de la gestión de la red y los establecimientos autogestionados. El acceso universal a la salud pública, un eje fundamental de la reforma, está garantizado por la rearticulación de las redes tanto de atención primaria como secundaria y terciaria, y el fortalecimiento de la atención primaria en la red hospitalaria. Expresó que, a su vez, los derechos en salud, esto es, las garantías explícitas, se han traducido en derechos exigibles, por lo que se han introducido cambios en los flujos de atención, en la determinación de lo que corresponde a cada nivel de atención, respecto de cada una de las enfermedades que se ha garantizado en el Plan Auge.

Cambios institucionales. Destacó las modificaciones introducidas para reclutar a los mejores directivos, gracias a que se ha adoptado el sistema de Alta Dirección Pública, siendo el sector salud el que cuenta con el mayor número de cargos concursados en la Administración Pública. Dio cuenta de que cuando asumió el cargo, en marzo de 2006, solicitó la renuncia a todos los directivos de servicios que no habían concursado. Sin embargo, reconoció las dificultades que ha debido enfrentar para reclutar a los mejores directivos, por lo que se ha hecho necesario efectuar nuevos cambios al sistema, a fin de perfeccionarlo: por un lado, se ha modificado la ley para hacer compatible la Alta Dirección Pública de los cargos hospitalarios con las horas clínicas, que era uno de los mayores impedimentos para ejercer estos car-

gos y, por otra parte, se ha acordado incrementar los ingresos de los directores de hospitales, que aunque no de manera suficiente, se espera un nuevo aumento a partir de julio de 2009.

Asimismo, informó que los establecimientos están en tránsito hacia una autogestión hospitalaria. Indicó que de los 56 establecimientos que, por el solo ministerio de la ley, deben ser autogestionados el 1 de enero de 2009, sólo hay 11 declarados como tales⁵, tras una dura evaluación. Hizo presente que aquellos cuyo proceso está en marcha han mejorado y que se lleva a cabo una etapa de capacitación y apoyo a la autogestión, aún cuando hay problemas importantes pendientes. Reconoció que posiblemente no todos los establecimientos hospitalarios estarán habilitados para lograr la condición efectiva de autogestión en los plazos que establece la ley, razón por la cual se está en una etapa de reflexión respecto de la conveniencia de postergar el ingreso a la autogestión de aquellos establecimientos que no estén preparados para ello, para lo cual sería necesario modificar la normativa vigente. Acotó que si bien el Ministerio ha dado cumplimiento a lo dispuesto por la ley, ha sido más riguroso que esta última en cuanto a la exigencia de requisitos a los hospitales para la autogestión, en el entendido de que el espíritu que subyace en ella es que estos establecimientos cuenten con las capacidades necesarias para tener este carácter, para lo cual se ha elaborado un Manual, aprobado conjuntamente con el Ministerio de Hacienda, para los establecimientos de autogestión en red (EAR)⁶ que contiene exigencias de planificación en lo referente a la organización interna, la gestión y desarrollo de los recursos humanos⁷, la gestión financiera y de las redes asistenciales, las metas de desempeño, el consejo de asesores, la gestión de la información de usuarios, la cuenta pública y la auditoría interna, de modo que cada hospital desarrolle estos ámbitos y dé cumplimiento a ciertos porcentajes en sus metas. Indicó que esto se traduce en una especie de acreditación que realiza anualmente Auditoría del Ministerio de Salud a los 59 establecimientos, hayan sido declarados autogestionados o no, ya que los primeros ingresan al sistema para efectos de la evaluación y control, mientras los segundos lo hacen para desarrollar esta condición.

Aclaró que un hospital autogestionado no equivale a un hospital privado, particularmente si se considera el funcionamiento de la red y sus requerimientos, ya que el primero está obligado a dar satisfacción al ciento por ciento de los beneficiarios del Plan Auge, a diferencia de lo que ocurre con el segundo que, una vez agotada su disponibilidad para proporcionar atención, no tiene ninguna obligación de hacerse cargo de los pacientes que acudan a él.

En cuanto al acceso universal, expresó que los buenos resultados sanitarios no son casualidad, toda vez que la política pública intersectorial está acompañada de una permanente vigilancia del sector salud respecto de temas que inciden en el área: se cuenta con estrategias claras para combatir la obesidad, por la vía de la regulación y formulación normativa y un trabajo multidisciplinario con el Ministerio de Educación, las municipalidades y las escuelas.

⁵ En lo que respecta a la autogestión, en el año 2005, hubo 3 postulaciones y 3 acreditaciones (Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital del Cáncer y Hospital de Temuco); en 2006, igual número de postulaciones y acreditaciones (Hospital Traumatológico, Hospital Tizné y Hospital del Tórax), y en el año 2007, 11 postulaciones y 5 acreditaciones (Hospital Herminda Martín, Hospital San Juan de Dios, Hospital El Pino, Hospital Exequiel González Cortés y Hospital Psiquiátrico).

⁶ Se trata del Instrumento Técnico de Certificación de Cumplimiento de Requisitos para la Obtención de la Calidad de EAR y de Evaluación Anual de Mantención de Requisitos para EAR.

⁷ Debe haber una oficina encargada del personal, una comisión de capacitación bipartita, comisiones de salud ocupacional y una serie de elementos que muchos de los establecimientos nunca tuvieron, lo que significa un fortalecimiento institucional y da seguridad tanto a las personas que se desempeñan en ellos como a los usuarios.

En materia de salud ocupacional (a trabajadores) se ha procedido de manera similar en lo relativo a las enfermedades infecciosas y a los tratados sanitarios internacionales, y que se han establecido sistemas de vigilancia específicos de la salud de este grupo humano. Respecto de los programas de inmunizaciones, sólo este año se ha invertido más de diez mil millones de pesos para la campaña de invierno en vacunas antiinfluenza y contra el neumococo, lo que contribuirá a disminuir las infecciones y neumonías en los adultos mayores. En muchos países no existe la vacuna contra la tuberculosis y que si bien la mortalidad depende de muchos otros factores, tales como la pobreza y la educación, acciones de salud como éstas pueden incidir o no en determinar los niveles de aquella, ya que el Ministerio de Salud tiene un rol determinante-no exclusivo- en estos indicadores. En cuanto a la habilitación de laboratorios de la Autoridad Sanitaria, comentó que a través de ellos se realiza toda la medición y monitoreo, la que está a cargo del sector salud.

Hizo hincapié en los buenos resultados que ha obtenido el sistema de salud pública y en la preocupación por los elementos sanitarios que muchas veces no se muestran, ya que sólo aparece la respuesta casuística a la enfermedad.

Redes de salud. Señaló que la red constituye distintos nódulos, pequeños espacios con células o puntos, que interactúan entre ellos para formar un todo y son relevantes para dar origen a la protección social, lo que significa abarcar la totalidad del territorio nacional en un sistema complejo y diverso, en el cual la atención primaria representa un primer estadio. Indicó que las redes se han conformado a partir de los años cincuenta y han tenido un nuevo impulso gracias a la reforma. Explicó que en Chile existe un sistema mixto en que la entrega de servicios se realiza por una red pública o por una red privada, teniendo la primera la obligación de estar presente en todo el territorio, a diferencia de la segunda. Preciso que la red pública resuelve las necesidades de toda la población en su ciclo vital, independientemente de si las personas que recurren a ella se encuentran o no afiliados al sistema público. Hizo presente que, en cambio, la red privada escoge dónde estar presente y a quiénes puede entregar o no atención. Indicó que frente a situaciones críticas, el sistema público compra algunas prestaciones, como las estadías de los pacientes en el sistema privado, no obstante lo cual es más frecuente que este último compre prestaciones en el sistema público, al no contar con total disponibilidad. A vía de ejemplo, comentó que en el sector privado de la salud sólo hay camas críticas pediátricas en las Regiones de Valparaíso (8), O'Higgins (3), Biobío (17), Araucanía (2) y Metropolitana (109), de modo que en las demás es necesario recurrir a los hospitales públicos, que no obstante ser duramente criticados, dan soporte a la atención en muchos lugares del país.

Explicó que la red asistencial establece una primera y vasta red para la atención primaria, que posteriormente se integra en servicios de salud en conjunto con los hospitales. Preciso que existe la necesidad de que los servicios deriven a los pacientes a distintos lugares del país que tengan un mejor desarrollo de la especialidad que se demanda⁸, lo que configura las macro-redes, en el entendido de que la población tiene derecho a acceder a las prestaciones en cualquier parte de Chile.

Destacó la importancia de la existencia de nodos en la red, representados por los centros de salud familiar, los consultorios urbanos y rurales, los centros comunitarios, las postas, los centros comunitarios de salud mental familiar (Cosam), los Sapu, los Sur, los hospitales de

⁸ No tiene sentido que una región como la de Aisén, con una comunidad de 80.000 habitantes, disponga de cirugía cardiovascular, por lo que obligatoriamente el paciente de esa zona que requiere de una intervención de este tipo tendrá que ser enviado a otro lugar donde aquella se practique.

baja complejidad, que se están transformando en comunitarios; los hospitales de mediana y alta complejidad, y los hospitales autogestionados.

Se ha incorporado un Consejo Integrador de la Red Asistencial (Cira), donde están los distintos nodos y se avanza en los temas de referencia y contrarreferencia⁹, que permiten definir con precisión qué hace cada establecimiento y hacia dónde se debe destinar, por ejemplo, a un paciente de la atención primaria.

Indicó que para efectos de rearticular la red, se han adoptado algunas medidas, tales como la constitución de una mesa para el fortalecimiento del sector público en el año 2007, donde se discutieron aspectos relacionados con la especialización, las listas de espera, las camas y la relevancia de la atención primaria. Se ha implementado el fono “salud responde”, como forma de fortalecer la red asistencial.

Informó que ha habido un aumento de la totalidad de las consultas médicas (de atención primaria, de urgencia y de especialidades), ya que en el año 2007 sumaron 38.999.340, mientras que en 2006 fueron del orden de 36.026.802. Precisó que dicho incremento ha sido notable en el caso de las consultas de urgencia y, sobre todo, de atención primaria, a diferencia de las de especialidad, que se han mantenido relativamente estables y han aumentado muy poco, sin perjuicio de que ha habido progresos en lo que respecta a la eficacia de estas consultas al dar de alta a los pacientes¹⁰.

Destacó el desarrollo de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (Sapu), puesto que ha mejorado la pertinencia de la consulta de urgencia en los hospitales, que aún cuando no ha alcanzado el nivel ideal, ha permitido que en la actualidad, la mayor parte de ellas se otorguen en la atención primaria, lo que hace diez años no ocurría. Aclaró que hay urgencias de distinta gravedad, cuyo grado es calificado por cada establecimiento y que sería deseable que la totalidad de ellas fuesen atendidas, en primer término, en la atención primaria, de modo que los casos más serios sean derivados a los hospitales. Dio a conocer la ventaja que representa que los pacientes acudan a los Sapu, donde los tiempos de espera de atención son menores que los de un centro hospitalario, donde la priorización se efectúa por gravedad y no por orden de llegada.

El Ministerio lleva a cabo un ambicioso programa de inversiones. A marzo de 2008 ya se encontraban en funciones ciento diecisiete centros comunitarios y, habrá cincuenta más al término de su Gobierno. Además, hay treinta y un centros de salud familiar (Cefam) que se han terminado de construir en estos dos últimos años, veintinueve con obras en ejecución y treinta cuya construcción se pretende iniciar en 2008, a fin de que puedan estar en funcionamiento el año 2009. De ha incrementado notoriamente la cantidad de servicios de urgencia primaria (Sapu) y con los servicios de urgencia rural (Sur)¹¹: lo cual explica el incremento de las urgencias en atención primaria y la pertinencia de éstas a nivel hospitalario, que concentra los casos más graves.

Informó que en 2005 se invirtieron \$ 47.000.000 (cuarenta y siete millones de pesos); en 2006, \$ 82.000.000 (ochenta y dos millones de pesos); en 2007, \$ 120.000.000.000 (ciento

⁹ La referencia y contrarreferencia es fundamental para la continuidad y oportunidad de la atención, en cuanto considera la cartera y el catálogo de servicios, las guías y protocolos de derivación y contraderivación, el sistema de registro e información y los mecanismos de evaluación y control.

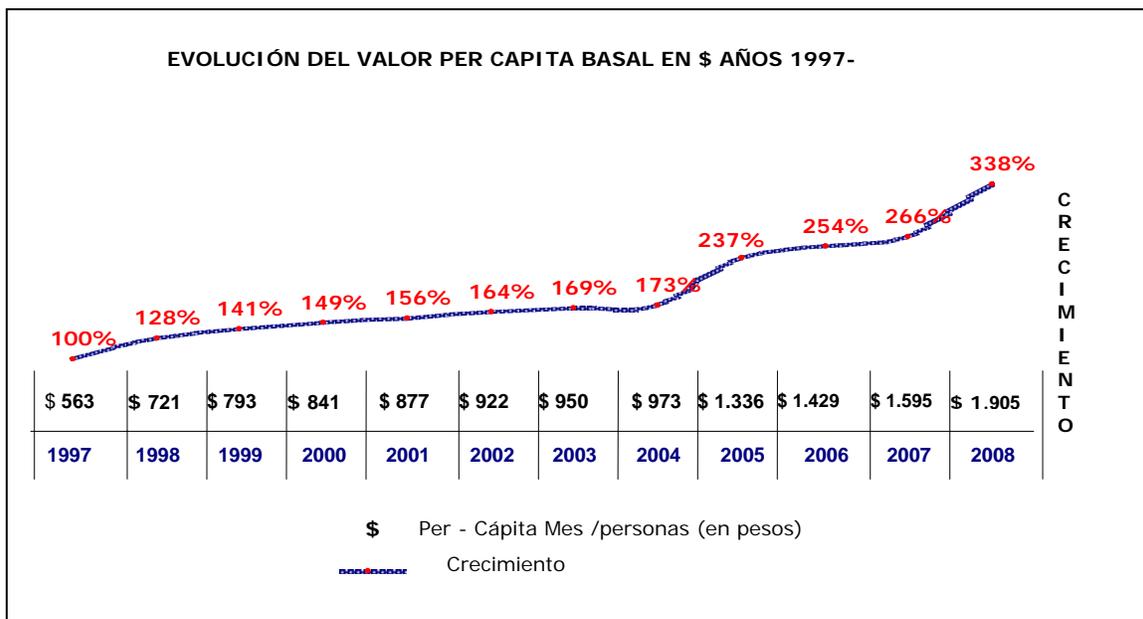
¹⁰ En 2006, hubo 14.482.231 consultas médicas de atención primaria; 14.883.823 consultas de urgencia y 6.660.748 consultas de especialidades, mientras que en 2007, las primeras fueron 16.430.089; las segundas, 15.891.637, y las terceras, 6.677.614.

¹¹ Sapu: en 2000 había 60; hoy, 200. Sur: en 2000 no existían; en 2008 habrán 92.

veinte mil millones), y que en 2008 se invertirán \$ 140.000.000.000 (ciento cuarenta mil millones). Ello demuestra que el Ministerio ha sido responsable en la utilización y el manejo de los bienes públicos.

Fortalecimiento de la atención primaria. Dio a conocer que ha aumentado el número de personas inscritas, los recursos asignados y la capacidad resolutive en este nivel, a la vez que ha habido preocupación por mejorar las condiciones de trabajo del personal a través de leyes que otorguen beneficios. La población inscrita en los consultorios ha aumentado en 47%, de 6.798.956 personas en 2000 a 9.976.716, en 2007, crecimiento que se ha desarrollado en forma paralela a la evolución de la dotación de la atención primaria, ya que el porcentaje de aumento del personal es idéntico y ha variado de 20.023 funcionarios en el período 2000-2001, a 29.337 entre los años 2006 y 2007.

En cuanto a la evolución del aporte mensual por persona de la atención primaria municipal (per cápita). Hizo presente que a veces se sostiene que en este nivel existe recarga de trabajo sin los recursos necesarios para enfrentarla. Sin embargo, ha habido un esfuerzo importante por incrementar dicho aporte, que, según reconoció, continúa siendo insuficiente. Sin embargo, si se comparan los años 1997 y 2008, se puede apreciar que se ha triplicado el valor del per cápita, de \$ 563 a \$ 1.905, a lo cual debe agregarse lo que los municipios reciben para programas como los Sapu, cuya instalación no depende directamente de la población, sino de la configuración territorial.



En materia de resultados obtenidos en la atención primaria, señaló que desde que se incorporó al Plan Auge, aumentó notoriamente la cantidad de personas atendidas por depresión (en 2007 se atendió a 322.245, y en 2001 sólo a 16.949); lo mismo ha ocurrido con las altas odontológicas integrales para hombres y mujeres de escasos recursos¹², y en otros ámbitos de la salud, tanto preventiva como curativa.

¹² Gran impacto del Programa Sonrisa de Mujer.

Ha aumentado la capacidad de resolver problemas directamente desde la atención primaria. Las mamografías se han solicitado y realizado desde este nivel, ha aumentado el número de cirugías menores llevadas a cabo en los centros de salud familiar, que cuentan con pabellones para ello, y ecografías abdominales.¹³

Fortalecimiento hospitalario. En relación con la situación de los hospitales, sostuvo que diez proyectos hospitalarios han sido terminados en 2007¹⁴, algunos de los cuales constituyen etapas (CDT del Hospital de Talca), pero absolutamente relevantes desde el punto de vista de la salud de la gente; doce proyectos en ejecución de obras civiles¹⁵. Precisó que en forma previa al inicio de las obras está la etapa de planificación sanitaria y de inversión: en primer término, se efectúa un estudio respecto del tipo de establecimiento que se requiere en la red asistencial, no sólo en lo que respecta al programa médico arquitectónico, que comprende la determinación de la cantidad y tipos de box y de la tecnología que se necesita, sino que un estudio preinversional¹⁶, y se cuantifica el recurso humano y el modelo de gestión requerido. Indicó que los nuevos hospitales recientemente inaugurados, como los de Victoria, Nueva Imperial y Puerto Saavedra, cuentan con un máximo de tres camas por pieza y baño privado, de modo que se requieren más recursos económicos y humanos.

Sobre concesión de hospitales, se trata de un sistema difícil de implementar. Cuando se analizó el tema, se optó por evaluar su aplicación en establecimientos de mediana complejidad, como los Hospitales de La Florida y de Maipú, para lo cual se estudiaron todas las modalidades de concesiones que existen en distintas partes del mundo. El modelo escogido ha despertado interés en las empresas, por cuanto ha habido una buena postulación. No se licita la propiedad ni la administración de los establecimientos, que son de carácter público, sino la unión del anteproyecto, el desarrollo de detalles, la construcción, la mantención de la infraestructura -no del equipamiento-, y la entrega de servicios que en la mayor parte de los hospitales han sido externalizados, como los servicios de apoyo logístico de guardias, alimentación, lavandería y mantención. Especificó que el Estado pagará a las concesionarias, de modo que no habrá, por denominarlo de algún modo, un sistema de peajes, aspecto que constituye el temor de muchas personas. Sostuvo que no ha sido fácil establecer un sistema con la rigurosidad y con el cuidado que se requiere en la gestión hospitalaria, que es muy compleja, motivo por el cual se desea evaluar cómo se ha llevado a cabo el proceso, que hasta ahora ha tenido algunos problemas de retraso. Cada etapa ha significado una petición por parte de los privados para extender los plazos de las distintas empresas. En el futuro, probablemente, deberá implementarse una especie de leasing constructivo para apurar la velocidad actual de construcción de infraestructura, y combinarse el sistema de concesiones con la licitación, por parte del Ministerio, de las etapas del estudio preinversional, del desarrollo de detalles y la construcción, para enfrentar el gran número de obras que están comprometiendo recursos públicos futuros (como ocurre con el proyecto de reposición del Hospital Dr. Gustavo Fricke,

¹³ Mamografías: en 2000 se realizaron sólo 422, mientras que en 2007, se efectuaron 91.256. Cirugías menores: de 2.705 en 2002, se subió a 77.022 en 2007. Ecografías abdominales: en 2008 se realizaron 61.000 exámenes, mientras que en 2001, sólo 4.738.

¹⁴ Alto Hospicio, Zona Norte, Vallenar, Talca 1ª etapa, Curepto, Talcahuano 1ª etapa, Victoria 1ª etapa, Puerto Saavedra, Nueva Imperial y Puerto Cisne.

¹⁵ Hospitales de Arica, de Curanilahue, de Los Andes, de Santa Cruz, Gran Benavente de Concepción, de Lota, de Coronel, de Victoria, de Temuco, de Osorno, de Castro y de Punta Arenas.

¹⁶ En etapa de estudio preinversional se encuentran los Hospitales de Antofagasta, Dr. Gustavo Fricke, la segunda etapa del Hospital de Talca, los Hospitales de Curicó, Penco-Lirquén, Corral, Sótero del Río, Del Salvador, el Geriátrico y el Complejo Red Sur.

que culminaría en 2014). El Ministerio contrata a empresas externas para las distintas fases de desarrollo de un proyecto de inversión y elabora las bases técnicas para llevar a cabo las licitaciones de estudio, de anteproyecto, de diseño y de ejecución, cada uno de los cuales es objeto de toma de razón por Contraloría General de la República; excepcionalmente, dada la premura que se tiene y la eficiencia que se pretende obtener, aparejada a un mejor uso de los recursos, algunas de esas fases han sido concentradas y el Ministerio está participando directamente en algunos anteproyectos, toda vez que si tuviera que licitarse cada una de ellas, aumentarían los tiempos.

El sistema de concesiones hospitalarias, que aglutina todos esos procesos, no ha resultado ser más rápido que la manera habitual a como el Estado ha procedido habitualmente. Destacó la importancia de los estudios de la red asistencial efectuados durante la década pasada para realizar las inversiones, los cuales son incorporados en los estudios preinversionales, que permite determinar si se requiere o no de un nuevo hospital en la red asistencial que se encuentra a cargo de un determinado servicio de salud.

Recalcó que en salud no se puede improvisar en materia de inversiones, de infraestructura ni de personal, pues se requieren políticas de Estado y visión de largo plazo. En los proyectos de inversión deben considerarse esos aspectos: en 2008 se obtuvo un incremento de 3.000 cargos para el sistema de salud pública, de los cuales 1.000 se destinaron a regularizar honorarios y 2.000 a cargos nuevos para distintos aspectos, correspondiendo, al menos, 800 de ellos a los proyectos de inversiones.

Señaló que se ha aumentado la dotación del Sistema Nacional de los Servicios de Salud, sobre todo este último tiempo¹⁷. El 36% de aumento de médicos en toda la década, se ha realizado entre 2006 y 2007. Para ello, se aumentaron los recursos en la Ley de Presupuestos para incrementar en 3.328 personas el sistema público, lo cual es muy importante, porque significa un reforzamiento del personal médico y sobre todo del personal no médico, incluso de los centros de emergencia.

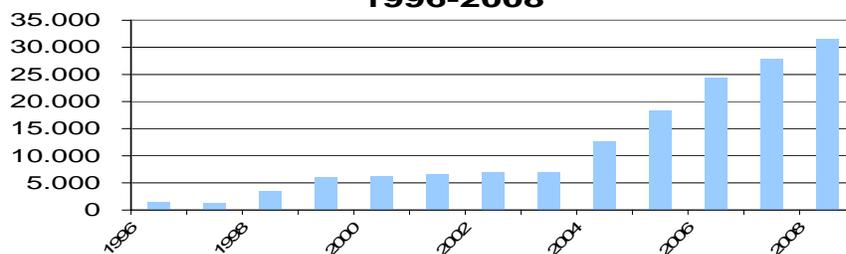
Plan Auge. Ha significado una gran mejoría, no sólo desde el punto de vista de los derechos exigibles, sino del proceso de funcionamiento del sistema, por cuanto ha sido un factor de equidad, en tanto está dirigido sobre todo a la gente de menores recursos¹⁸. Las garantías explícitas suponen priorizar las patologías más frecuentes, más graves, más caras y que más dañan la calidad de vida, las cuales tienen una intervención efectiva (de promoción, prevención, curación y rehabilitación), en tanto existe la capacidad suficiente para poder resolverlas. El 86,5% de los pacientes con patologías Auge ha sido atendido en atención primaria, cumpliendo con el objetivo de priorizar la carga de enfermedades (mayoritariamente, hipertensión y diabetes). El algoritmo de ejecución del GES, que distingue el ámbito de la atención primaria, de la atención secundaria y las intervenciones que se efectúan vía clínica, entre otros aspectos, ha traducido no sólo en mayor calidad sino también en un cambio en el pensamiento respecto de la forma de abordar las enfermedades: hasta antes de la entrada en vigencia de esta modalidad, se brindaba atención y consultas en la medida de lo posible. Hoy, se calcula en forma previa la carga que se tendrá en una patología determinada, la demanda estimada y las acciones que se deben ejecutar para dar cuenta de esta última.

¹⁷ Entre los años 1991 y 2007, la dotación se incrementó en el 51,2%. Entre los años 2004 y 2007, hay 38.528 horas médicas adicionales, de las cuales el 70% ha sido destinado a la atención de patologías comprendidas en el Plan Auge. El 70% de las horas correspondientes a esta atención, es destinado a regiones.

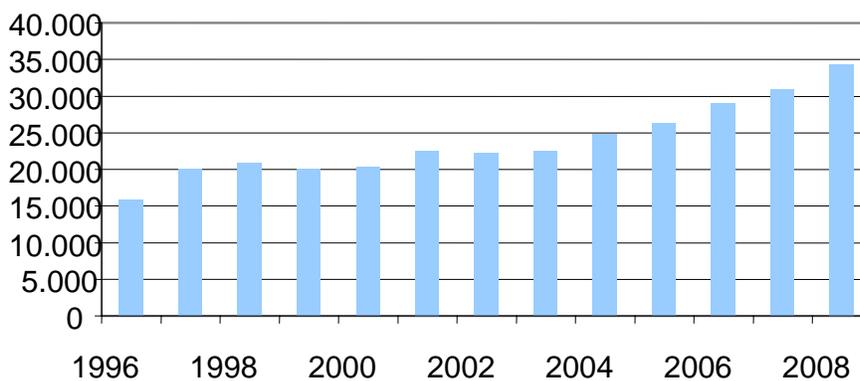
¹⁸ En el sistema público se han atendido 5.000.000 de casos, de los cuales el 75% aproximadamente corresponden a afiliados a Fonasa, grupos A y B.

Los siguientes cuadros muestran la evolución, en el tiempo, de atenciones quirúrgicas por colelitiasis, por cataratas, endoprótesis parcial de cadera, cardiocirugías, tratamientos de radioterapia y exámenes de diagnóstico efectuados por los diversos servicios de salud del país entre los años 2006-2007:

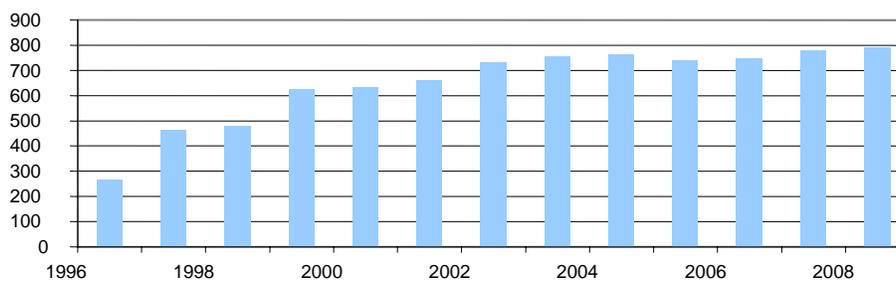
**Evolución Intervención Quirúrgica Catarata
1996-2008**



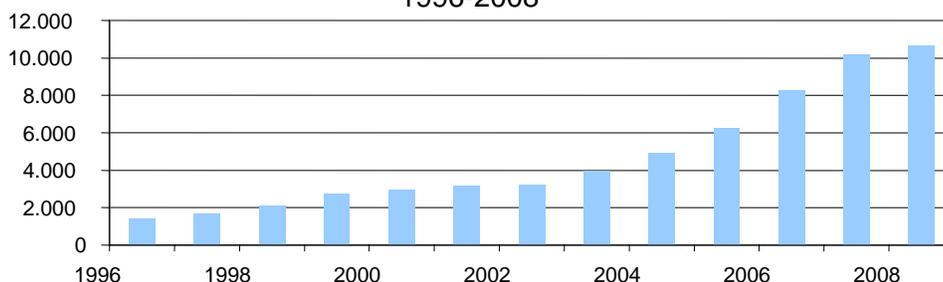
**Evolución intervención quirúrgica colelitiasis
1996-2008**



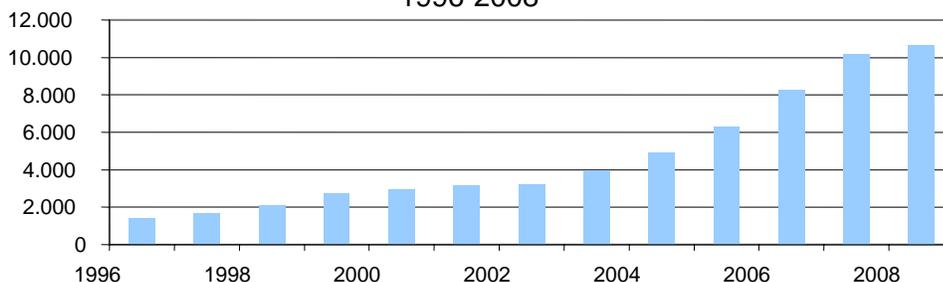
**Evolución intervención quirúrgica endoprótesis de cadera
1996-2008**



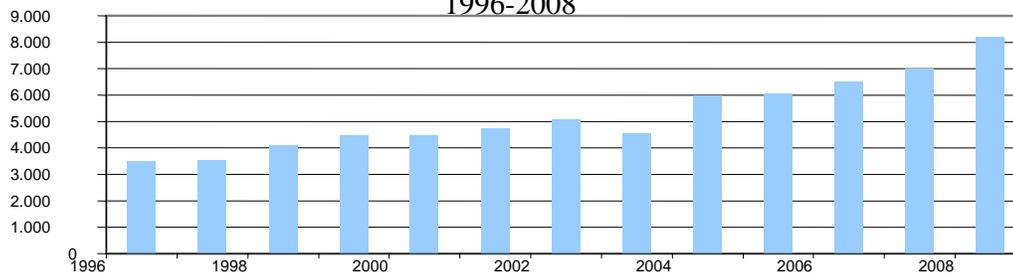
Evolución cardiocirugía
1996-2008



Evolución cardiocirugía
1996-2008



Evolución tratamientos radioterapia
1996-2008



Informó que, al 30 de marzo de 2008, se había atendido un total de 5.180.043 garantías Ges, con un retraso de 286.913, que representa el 5,5% del total. Para salvar la situación, Fonasa y los Servicios de Salud han efectuado compras a privados, las que no sólo están referidas a las patologías comprendidas en el Plan Auge. Aclaró que el interés del Ministerio es fortalecer el sistema público, de modo que se continuará aplicando esta fórmula en todo aquello que este último no pueda entregar. Aclaró que no todas las compras se efectúan por retrasos o incumplimiento de las garantías, sino que el 95% corresponde a servicios de los centros de diálisis. Explicó que antiguamente este procedimiento era llevado a cabo en los hospitales, pero se producía, eventualmente, un grave problema de probidad, puesto que los nefrólogos que se desempeñaban en ellos enviaban a los pacientes a los centros privados que

ellos manejaban, por lo cual la compra de diálisis se centralizó en Fonasa. Señaló que las compras por anticipación al incumplimiento legal o al retraso ascienden a 5.579 casos en 2007, por un monto de M\$ 2.720.095, mientras que las compras por garantías explícitas de oportunidad retrasadas una vez cumplido el plazo, son del orden de 1.920 en el mismo año, por un monto de M\$ 872.685. A su vez, las compras por garantías explícitas de oportunidad incumplidas son 6, por un monto de M\$ 4.903¹⁹.

A su vez, los servicios de salud han efectuado compras directa a privados tanto en lo referente a patologías comprendidas en el Plan Auge como a otras que no están contempladas en este último, debiendo recurrir a este mecanismo cuando ven superadas sus capacidades, como sucede en invierno, época en que envían pacientes a clínicas privadas para su hospitalización. Destacó la disminución de las compras del servicio de diálisis en el año 2007 (M\$ 589.380) y la gran cantidad de convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, sobre normas que se aplicarán en los convenios que celebren los servicios de salud (M\$ 27.380.094). El total de compras directas a privados por parte de los servicios de salud alcanzó en 2007 un monto de M\$ 93.467.933, que sumado al correspondiente a las compras efectuadas por Fonasa, totalizan M\$ 156.112.043.

Se ha intentado circunscribir la compra correspondiente a patologías comprendidas en el Plan Auge al interior del sistema público, dentro de los plazos para evitar el retraso, y no necesariamente a privados; lo mismo ocurrió con casos como cataratas, que durante mucho tiempo existía lista de espera, con gente que esperaba ser intervenida. Sin embargo, la cantidad de intervenciones adquiridas ha disminuido en la medida en que se ha logrado fortalecer el sistema público e internalizar la solución de los problemas²⁰.

Problemas principales del sistema público de salud: listas de espera, brecha de especialistas, camas, y uso de pabellones.

Listas de espera. La gran preocupación del Ministerio es contar con una adecuada información, que ha sido incrementada a través de los compromisos de gestión. Atendida la autonomía de los servicios, es preciso contar con instrumentos que permitan direccionar el sistema en el sentido que se desea, desde el punto de vista de las políticas públicas. Así, en 2006, en relación con las listas de espera, el compromiso de gestión estuvo vinculado al registro de algunas consultas de especialidad (otorrinolaringología, oftalmología, traumatología, cardiología y psiquiatría), mientras que en 2007, se amplió el registro a las consultas de todas las especialidades. Ha mejorado el sistema de información, tanto para las consultas como para los procedimientos y las intervenciones quirúrgicas; históricamente, el Ministerio de Salud ha contabilizado estas últimas, sin desagregarlas por tipo, según sean mayores o menores, de urgencia o electivas, puesto que en un sistema que recibe 36.000.000 consultas al año, es difícil recabar la información desagregada. El compromiso de gestión de 2008 consiste en disminuir el número de personas en listas de espera de más de sesenta días, implementar un método de registro y gestión de información para espera de atenciones (estándar de ingreso, egreso, datos e indicadores), incrementar el uso de los pabellones electivos y separar los registros de electivo y compra de servicios, a lo cual se suma la auditoría en gestión de redes

¹⁹ En el año 2007 Fonasa efectuó en total 19.318 compras a privados, por un monto de M\$ 62.644.110.

²⁰ En el período comprendido entre los años 2005 y 2007, las prestaciones más compradas a privados eran, en orden descendente, las diálisis, las intervenciones quirúrgicas de cataratas, la radioterapia y braquiterapia, los vicios de refracción, las mamografías, los accesos vasculares y la vitrectomía, mientras que las del período enero-marzo de 2008 son las diálisis, las intervenciones quirúrgicas de cataratas, la radioterapia y braquiterapia, la vitrectomía, el acceso vascular y las biopsias por cáncer de mamas.

que se está realizando en los veintiocho servicios de salud para analizar la forma en que administran las listas de espera, ya que existen diferencias entre ellos.

Al 30 de marzo de 2008 se registran 423.593 consultas de especialidad en espera por más de sesenta días, y en 2007 hubo 6.649.722 consultas de este tipo en el sistema, por lo que las listas de espera representan el 6,37% de ese total. Pero, para efectos del análisis, es más importante establecer la rotación de la lista de espera, esto es, cuánto tiempo esperan su turno las personas que figuran en ellas, que atender a las cifras y el porcentaje a que se ha hecho referencia, que pueden ser absorbidos rápidamente, dada la capacidad productiva del sistema público. El propósito del Ministerio de Salud es evitar que la espera por una consulta se prolongue por más de sesenta días, por lo cual se ha puesto el acento en algunas especialidades.

A la misma fecha, hay 82.602 intervenciones quirúrgicas en espera por más de sesenta días, en circunstancias que en 2007 se realizaron 981.888, por lo que la lista de espera equivale al 8,41%. Admitió que existe un problema estructural en relación con la capacidad de producción en hernias y en otorrinolaringología, que no necesariamente se debe a la falta de personal, sino a la insuficiente atención que se les ha dado, motivo por el que, actualmente, se pretende resolver las hernias de manera ambulatoria.

En procedimientos, a igual fecha, se registraron 68.712 en espera por más de sesenta días, que representan el 7,95% de los 864.728 realizados en el año 2007.

Brecha de especialistas. Aún falta capacidad para enfrentar listas de espera en ciertas especialidades. El sistema público cuenta con, aproximadamente, 10.000 médicos disponibles, según las horas médicas contratadas en 2006²¹, de los cuales aproximadamente 8.000 se desempeñan en los hospitales: No obstante, pese a ello hay carencia, de acuerdo a lo consta por un estudio realizado ese mismo año, el cual fue revisado en 2007, donde se concluye que el déficit es de 1.459 especialistas en cargos de 44 horas semanales, entre los que destaca la falta de anatomopatólogos²². Con ocasión de la tramitación del proyecto de Ley de Presupuestos, en 2007 se celebró un acuerdo entre el Ministerio de Salud y la Dirección de Presupuestos para realizar un estudio destinado a actualizar los datos de esa brecha, el que se está efectuando por el Banco Mundial.

En la actualidad, hay 1.074 especialistas en formación en el país, en circunstancias que habitualmente eran 300 los médicos que accedían a una beca de especialización cada año, la mayor parte de los cuales obtenía este beneficio tras terminar un período de seis años como médicos generales de zona. Resaltó la utilidad de este método, que ha permitido que los centros comunitarios instalados en la provincia de Palena, en localidades como Futaleufú, Chaitén, Ayacara y Hualaihué, sean atendidos por médicos generales de zona, que perciben a modo de retribución, no sólo el pago mensual, sino también la posibilidad efectiva de postular a una beca de especialización²³; Sin embargo, no se ha tenido la capacidad para adelantar

²¹ En el año 2006, las horas médicas disponibles semanalmente en los servicios de salud y en la atención primaria municipal corresponden a 156.250 en medicina general y otros (72.577 en los servicios de salud y 83.683 en atención primaria municipal) y a 268.204 en especialidades (333.847 en los servicios de salud y 90.607 en atención primaria municipal).

²² Destaca la brecha de anatomopatólogos en cargos de 44 horas semanales en el país, que es de 198, seguida por la de psiquiatría adultos (126), anestesiastas (121) y radiólogos (104).

²³ La ley permite que un médico permanezca tres años como general de zona en un lugar determinado, para luego formarse como internista o en otra especialidad, y posteriormente retornar a ese lugar como especialista por otros tres años, porque los contratos son por nueve años. La ley permite que un médico permanezca tres años como general de zona en un lugar determinado, para luego formarse como internista o en otra

los procesos, en atención al número de becas de formación, para lo cual es necesario crear más cupos; en este sentido, a partir de 2007, se han realizado importantes esfuerzos de trabajo con las universidades para promover dicho incremento gracias a lo cual, en 2008, se ha aumentado en cien los cupos de formación (por tanto, son 400). Indicó que de los 1.074 especialistas en actual formación, 700 provienen del sistema nacional de becas, como médicos generales de zona, mientras que 374 corresponden a cupos adicionales que los servicios de salud han negociado en forma directa con las universidades, de los cuales 228 son financiados en forma compartida entre estos últimos y el Ministerio²⁴. De este modo, estos servicios han enviado médicos a formarse en las especialidades que más requieren, como radiología y cardiología, a fin de brindar una atención más efectiva a las personas.

En 2008 se dio inicio a un ciclo de formación de médicos de la atención primaria de salud municipal, para lo cual se consiguieron 112 becas adicionales con las universidades, hecho que refleja la relevancia de este nivel en el sistema. En esos casos, el municipio paga el sueldo de los especialistas en formación y el Estado le traspasa recursos para contratar un médico adicional mientras transcurren los tres años de la beca, tras lo cual el profesional que se ha especializado vuelve a la atención primaria o al servicio de salud correspondiente por el mismo período. Se trata de un incentivo que garantice la distribución de médicos generales en los hospitales, por una parte, y en la atención primaria municipal, por otra.

La intención es aumentar a 500 las becas de formación, pues hay recursos para ello. El Gobierno anunció la formación de 1.000 especialistas en dos años, que implica 500 anuales, para lo cual se está trabajando con las universidades a efectos de aumentar los cupos²⁵. Sin embargo, además de formar especialistas, es necesario retenerlos en el sistema público, para lo cual se deben aumentar los sueldos, en conformidad con el acuerdo alcanzado con el Colegio Médico en 2007. Se busca que ingresen al sector público de salud quinientos profesionales con jornada completa, a fin de reducir las listas de espera y la compra de prestaciones. Otro incentivo, además del económico, apunta a financiar subespecialidades para que profesionales que trabajen cuatro o cinco años en una ciudad determinada, postulen a becas de subespecialidad, como cardiología, nefrología, otorrinolaringología, que son áreas falentes. A ello se sumaría que, los médicos que deseen trabajar todo el día en el sistema público, estaría facultado para utilizar los pabellones y el otorgamiento de un premio especial por desempeño, ligado a compromisos cumplidos.

Sobre acreditación de especialistas, se mencionó que el reglamento de certificación de especialidades, que se encuentra actualmente en la Contraloría General de la República, para el trámite de toma de razón, establece que la Superintendencia de Salud estará a cargo del registro de profesionales y de las especialidades debidamente acreditadas. Si bien Chile no cuenta con “ley de especialidades” (muchos profesionales son autodidactas en el ámbito de la medicina en que ejercen) atendido que no existían becas de formación, se ha considerado en

especialidad, y posteriormente retornar a ese lugar como especialista por otros tres años, porque los contratos son por nueve años.

²⁴ El apoyo del Ministerio de Salud para los servicios de salud se expresa en recursos para el pago de reemplazos y aranceles por un monto total de M\$ 2.307.360.

²⁵ Según el acuerdo con la Mesa de Fortalecimiento de la Red Pública de Salud, se pretende disponer para el año 2008 de 148 nuevos cargos de jornada completa para la contratación de médicos de especialidades falentes en los Servicios de Salud con mayor déficit y listas de espera, con incentivos económicos especiales en el marco del programa de cierre de brechas de especialidades. Asimismo, en el mensaje presidencial de mayo de 2008, se anunció la contratación de 500 especialistas ese año y un programa de contratación, de acuerdo con las listas de espera y el estudio de brechas.

el Reglamento constituye una etapa de transición, en el marco de la cual se otorga a las universidades y a la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (Conacem), o a una institución similar, la facultad de visar las especialidades médicas, sistema que podría comenzar a aplicarse en 2009, iniciándose con el registro de los profesionales de la salud en Chile, que hasta la fecha no existe.

Se requiere avanzar en garantizar la calidad, pero también la distribución del trabajo clínico entre los distintos profesionales, a fin de dar cuenta de las necesidades de la población. Así, aparte de las especialidades cerradas, se debe ir en pos de procesos clínicos con personal que pueden colaborar y complementar a otros profesionales que están en condiciones de asumir parte de estos procesos, con el consiguiente aporte que ello significaría para el país, como en caso de los anestesiólogos, que -a raíz de la creciente amenaza de demandas- se toma la decisión de proporcionar solamente atención a un pabellón, sin importar la calificación del paciente, no obstante que en algunos casos sería posible atender dos pabellones (práctica autorizada por el Ministerio de Salud atendida la calificación del paciente).

Camas. En 1990 el sistema público de salud disponía de una dotación de 30.000, en tanto que en 2007, cuenta con 26.000. La composición del tipo de cama ha variado; hay gran cantidad de camas asignadas a los hospitales de alta complejidad, atendido a los crecientes requerimientos que se dan en ese nivel. Si se analiza el período comprendido entre 2001 y 2007, respecto de camas críticas, tanto en cuidados intensivos como intermedios, han aumentado significativamente, pero más especialmente estas últimas, donde había un mayor déficit²⁶, lo que soluciona el problema cuando un paciente que está en condiciones de salir de la Unidad de Tratamiento Intensivos, que pueda enviarse a complejidad intermedia.

El déficit que existe en materia de camas, en general, ha provocado gran parte de los atochamientos de las urgencias, especialmente en los adultos, en atención a las dificultades que se producen para poder hospitalizar rápidamente a pacientes que lo requieren. Es importante considerar el nivel de capacitación y las capacidades de las personas que trabajan en servicios de urgencia para determinar si una persona debe o no ser hospitalizada, ya que se conoce la existencia de turnos buenos que son más proclives a las hospitalizaciones. El hecho que haya aumentado la expectativa de vida para los adultos mayores, se traduce en que cada vez se requiere un número mayor de camas: hace algunos años se obtuvo cierta ganancia en cuanto a la eficiencia de los hospitales, por la disminución de días de estada, situación que se ha revertido debido a la existencia de pacientes más complejos, con patologías de distinto tipo, que, por ejemplo, requieren ser intervenidos por una hernia, pero son, además, diabéticos, hipertensos o tuvieron un infarto, lo que exige más días de hospitalización y un mayor cuidado que el que se brindaba antes. En 2008 se pretende aumentar la dotación de camas con 439 completamente nuevas que se distribuirán en todo el país y avanzar en el aumento de la complejidad de algunas otras²⁷.

Aclaró que, en general, el aumento de camas no ha ido aparejado con incremento de infraestructura hospitalaria para recibirlas, no obstante lo cual en muchos establecimientos esta medida ha traído como consecuencia la recuperación de espacios que habían sido destinados al cumplimiento de labores administrativas, en los cuales se instalan las nuevas camas, habilitándose, en consecuencia, las dependencias con los elementos que se requieren para estos

²⁶ En el año 2001 había 264 camas en las Unidades de Cuidados Intermedios (UCI) y 445 en las Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI), mientras que en 2007, las primeras ascienden a 391 y las segundas, a 680.

²⁷ Las nuevas camas se desglosarían en 165 camas básicas, 162 camas de agudo y 112 camas críticas. A Santiago se destinarán 250.

efectos y disponiéndose de mayor personal para la atención. Agregó que en el sector salud, a diferencia de lo que sucede en las industrias, la incorporación de tecnología exige aumentar el número de funcionarios, de modo tal que una cama de cuidados intensivos que permite monitorear a pacientes en mejores condiciones, requiere de más enfermeras, más técnicos y más horas médicas para vigilar a un paciente grave.

Uso de pabellones. El grado de utilización de los pabellones todavía es insuficiente, aun cuando ha aumentado; en muchos lugares hay pabellones de urgencia, lo que depende más bien de la demanda y no de un grado mayor de utilización²⁸. Si bien se cuenta con capacidad operativa, faltan los anestesistas, y adecuada distribución de trabajo al interior de los pabellones.

Deuda hospitalaria. Ha dejado de constituir un problema en los establecimientos, por cuanto no representa un porcentaje importante de los recursos de estos últimos; es más importante determinar cuánto se demoran en pagarla que el monto a que ella asciende. Aclaró que la deuda es parte del gasto de operación de los servicios de salud, que deben recibir recursos para ejecutar sus acciones, por lo que es imposible referirse a su proyección sin considerar esta inyección adicional.

Nivel de insatisfacción de la población respecto del sistema de salud. Pese a los esfuerzos realizados en la materia, siendo la salud es un tema importante y sensible para la gente, es difícil satisfacer plenamente las expectativas. Si diariamente se atiende a 100.000 personas, la posibilidad de cometer errores es alta. Sin embargo, es importante reconocer que Chile cuenta con un buen sistema de salud, sin perjuicio de la existencia de situaciones que deben ser mejoradas, pues lo contrario supone destruir el esfuerzo diario y sistemático de quienes se desempeñan en el sector.

Existe un problema de comunicación que influye en la percepción de la población, sobre todo si se piensa que se ha dado más publicidad a lo ocurrido en la inauguración del Hospital de Curepto que a otros aspectos positivos de la gestión del Ministerio, tales como el programa de inversión o el de fortalecimiento del sector público; asimismo, hay problemas de trato real entre los funcionarios de los hospitales y los pacientes, propios de una cultura muy autoritaria, que deben ser abordados, para lo cual el Ministerio ha implementado programas como “Hagamos un trato: tratémonos bien” e impulsado iniciativas legales, como el proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en salud, y el plan del “hospital amigo”.

Finalmente, la Ministra recalcó el deseo de avanzar hacia un modelo centrado en el usuario, en el cual el Plan Auge contribuye con la planificación del trabajo en red, a partir de la cuantificación de la demanda y de los requerimientos de las personas y no sólo desde la capacidad de oferta, circunstancia que representa un cambio diametral respecto de la época previa a la implementación del referido Régimen, con un énfasis en lo profesional y preventivo. Hizo hincapié en el rol preponderante que en este nuevo modelo tiene el desarrollo de la atención ambulatoria, que se ha incrementado no sólo en el sistema público sino también en el privado, debido al incremento de la tecnología en salud, manteniéndose la necesidad de contar con camas para los adultos mayores.

Consultada sobre la eventual asimetría existente entre la fiscalización que efectúa la Superintendencia de Salud a Fonasa y a las Isapres, indicó que respecto de Fonasa, se limita únicamente a determinar el cumplimiento de las garantías del Plan Auge y no se actúa con manga ancha en esa materia. La supervisión de la Superintendencia es diferente en uno y otro

²⁸ En 2007, se utilizó el 74,53% de las horas de pabellones de urgencia y el 37,79% de las horas de pabellones de cirugías electivas

caso. A su vez, Fonasa está obligado a entregar a ese organismo toda la información relativa al cumplimiento de las garantías Ges, a diferencia de lo que sucede con las Isapres, ya que la Superintendencia tiene la obligación de fiscalizarlas no solamente respecto del cumplimiento de éstas, sino también en el ámbito de los contratos, del incremento de las primas y de los seguros complementarios, entre otras materias.

Superintendente de Salud, señor Manuel Inostroza.²⁹

Se refirió a diversas encuestas efectuadas por la Superintendencia de Salud en relación a la opinión que tienen los usuarios (de Fonasa y de Isapres) respecto de las garantías Ges, tanto desde el punto de vista del conocimiento de las mismas, como desde el grado de satisfacción usuaria. Contestó, asimismo, algunas consultas efectuadas por los Diputados, referidas a las atribuciones que tiene dicho ente fiscalizador para indagar sobre la atención de patologías AUGE y no AUGE; el estado de avance de los procesos de acreditación, de certificación y de autorizaciones sanitarias; y la efectividad de la información y de la publicidad de los derechos usuarios.

Previamente, aclaró que, en cuanto al tema de la reforma de Salud y a su impacto en el nivel de aseguramiento de personas, la información está en la página web de la Superintendencia. Cuenta con pocos estudios respecto de la percepción de redes de prestadores propiamente tales, amén de que el principal componente de la reforma, y más innovadora en este tema, es la acreditación de prestadores institucionales, lo cual aún está en proceso de elaboración y no ha partido formalmente. El Ministerio de Salud está elaborando los estándares; por ello, espera que en el segundo semestre se de inicio a la acreditación.

Estudios (encuestas) efectuados por la Superintendencia de Salud.

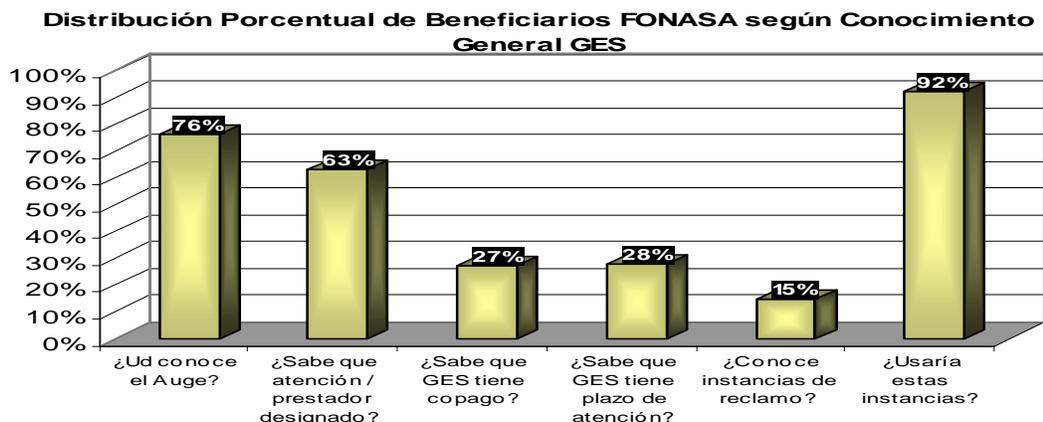
Indicó que hay dos estudios que pueden ser de interés para el debate o análisis de la Comisión Investigadora.

El primero, tiene que ver con la opinión que los usuarios tienen de los prestadores AUGE. Se han hecho algunos estudios cuantitativos, y sus resultados provienen de la fiscalización de la Superintendencia de Salud sobre el plan AUGE. Al menos, en tres de las cuatro fiscalizaciones, se ha mirado el tema del prestador propiamente tal: en diciembre de 2005, en noviembre de 2006, y en octubre y noviembre de 2007.

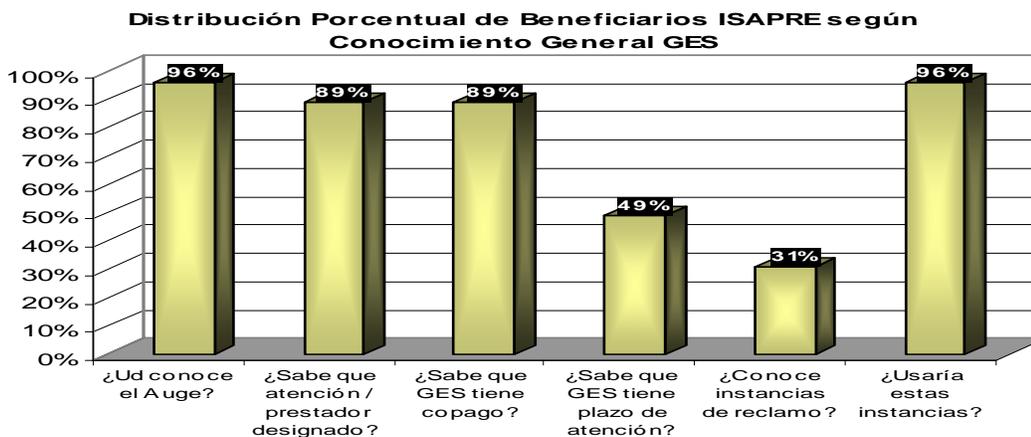
Explicación metodológica. Los encuestados son una muestra representativa de usuarios del GES, tanto de Fonasa como de Isapres. Para las etapas II y III, es decir, para las que se realizaron en 2005 y 2006, se consideró como universo el total de casos acumulados a octubre de 2005 y septiembre de 2006, respectivamente. Para la etapa IV, que es la que se hizo en noviembre de 2007, se consideraron -como universo poblacional- sólo los casos nuevos del primer semestre de ese año.

Respecto del conocimiento general, el cuadro siguiente contiene datos de 2008 y de 2007.

²⁹ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 89, de 12 de mayo de 2008.



La distribución porcentual de beneficiarios, según el conocimiento general del Auge, en el caso de Fonasa, muestra que la gente conoce en un 76% el Auge. Ante las siguientes interrogantes: ¿Sabe que la atención es con un prestador designado? El 63% contesta afirmativamente. ¿Sabe que el Auge tiene un copago? Baja al 27%. ¿Sabe que el Auge tiene plazo de atención? El 28% contesta que sí. ¿Conoce instancias de reclamo? Sólo el 15% dice que sí. ¿Si las usaría? Sube al 92%.



En el caso de las Isapres, para comparar la población de Isapres-Fonasa, los niveles de conocimiento respecto de estas instancias son mayores. Se preguntó: ¿conoce el Auge? El 96% dijo sí; el 89% sabe que la atención es respecto de un prestador designado. ¿Sabe que el Auge tiene copago? El 89% señaló que sí. ¿Sabe que el Auge tiene un plazo de atención? El 49% dijo que sí. ¿Conoce instancias de reclamo? El 31% lo conoce. ¿Usaría esta instancia de reclamo? El 96% de los encuestados responde sí. Pero, hizo la salvedad de se está frente a mecanismos de acceso distintos del Auge.

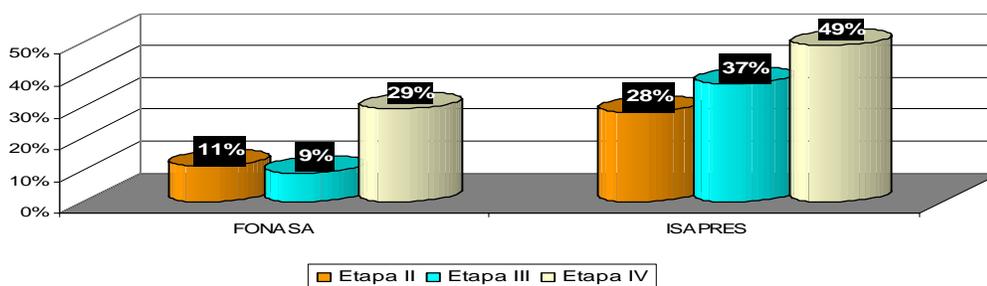
En el caso del sector público, Fonasa tiene un mecanismo automático. Es decir, la persona no llena ningún formulario especial cuando solicita acceder formalmente al Auge. Se produce como un proceso automático; el único tema que se fiscaliza es que el médico, el consultorio o el hospital informen el momento de la primera atención Auge, para que el paciente sepa que es Auge, para que reclame y exija sus derechos. De hecho, se ha sancionado a los primeros establecimientos públicos por no cumplir con el procedimiento. Son sancionados por la

Superintendencia de Salud. A diferencia del sistema Isapres, cuando un médico en la consulta diagnostica un caso Auge, la persona, por modalidad de procedimiento, es conminada a solicitar, formalmente mediante un procedimiento administrativo, acceder o continuar con los beneficios del Auge, siempre y cuando así lo quiera. Por lo tanto, los pacientes Auge del sector privado, al haber hecho dicho trámite, tienen conciencia de los procesos.

También, se ha fiscalizado que en el sector privado se notifique, porque hay médicos y clínicas que no informan al paciente cuando les corresponde el Auge. Por lo tanto, la persona puede reclamar que no tuvo derecho a elegir entre el Auge o la modalidad de libre elección. En la página web de la Superintendencia aparecen médicos y clínicas privadas que han sido sancionadas porque no han cumplido con el proceso de notificación del Auge.

Respecto del conocimiento general, al comparar la evolución, se ve que la distribución porcentual de beneficiarios que señala conocer la existencia de casos de atención por Auge, a lo largo de los años, en Fonasa sube de 11 -había bajado el 2006 a 9- a 29% en el último tiempo, a pesar de que sigue siendo igualmente bajo. Pero hay una tendencia al alza. Esto tiene que ver con las campañas desplegadas por Fonasa y por la Superintendencia al tratar de hacer tomar conciencia a los usuarios respecto de sus derechos. En el caso de las Isapres, los plazos también son una materia sensible. Respecto del tema, tanto en Fonasa como en Isapres, la garantía es de 28 a 37%, y sube a 49% en el último año.

Distribución Porcentual de Beneficiarios que Señalan Conocer Existencia de Plazos de Atención en GES por Sector.
Gráfico Comparativo Etapa II - III - IV



¿Cuál es la satisfacción usuaria? En escala de 1 a 100, en Fonasa, el nivel de satisfacción con la atención entregada por el prestador es bastante alta, incluso sube en el tiempo: 83% en 2005, 82% en 2006 y 91% en 2007. Son prestadores Auge, para personas que han sido atendidas como casos Auge. En el caso de las isapres, el nivel de satisfacción también es bastante alto y se mantiene en niveles de 89, 91 y 87%, respectivamente.

El señor Inostroza explicó que todos los antecedentes que mostró ilustran la situación de pacientes Auge que tienen garantizada su atención, tanto en calidad como en oportunidad y en protección financiera. Por tanto, la evaluación del sistema es total, sin distinguir entre satisfacción en el acceso -o espera- y en la atención misma. Son casos reportados como Ges por Fonasa hacia la Superintendencia, tratada -o en proceso de cumplir- su patología. La Superintendencia los llama para verificar la forma en que los están atendiendo.

Recordó que la Superintendencia de Salud no tiene competencia para hacer seguimiento en los temas relacionados con garantías, oportunidad y protección financiera respecto de los pacientes no AUGE. Esa responsabilidad quedó radicada, por ley, en el Ministerio de Salud.

Hubo un segundo estudio, que aún se está analizando, que entrega una premisa interesante. El estudio fue de tipo cualitativo y cuantitativo; se utilizaron herramientas de semiometría y técnicas proyectivas para tratar de relacionar -en la ciudadanía- lo que entiende por los conceptos de protección en salud y de salud propiamente tal. Los estudios cualitativos permiten representar las estructuras mentales de las personas y asociarlas con significados; de alguna manera, es un complemento para tratar de evaluar lo que la gente espera de un sistema de protección social y de salud.

El estudio se desarrolló entre los meses de noviembre de 2007 y enero de 2008, con más de 1.447 personas que contestaron la encuesta a lo largo del país. La primera pregunta en estudios de focus y después en estudios cualitativos fue: ¿Qué entiende por el concepto de protección? Las personas tienen tres ejes respecto del tema de la protección. El primero es de seguridad personal y social, asociado a salud, (que vincula conceptualmente a las clínicas y hospitales) y al bienestar y tranquilidad (que une al componente del trabajo y estabilidad laboral o social). Luego, aparece un segundo componente de menor importancia, menos fuerte pero muy relevante para la ciudadanía, que es la seguridad emocional, relacionada a los aspectos afectivos, a la necesidad de amor y cariño, a la relación con sus hijos y a la sensación de cuidado y buena protección. Este componente está asociado también a los conceptos de familia y hogar. Finalmente, hay un tercer concepto de protección asociado a seguridad física, más tangible que tiene que ver con la presencia de Carabineros y la función de ellos respecto de la protección, apoyo, auxilio y defensa de la ciudadanía, básicamente asociados a la esfera de los problemas de seguridad ciudadana.

Hay algunas distinciones importantes que se pueden destacar entre los usuarios de Fonasa -876 personas entrevistadas- y los de Isapres. El tema físico aparece con un poco más de relevancia, con 27%, en la sensación de protección, apoyo y auxilio. Los conceptos de seguridad y salud aparecen tremendamente importantes. Asimismo, aparece con mucha importancia la connotación de la familia y del hogar, incluso más importante que en los beneficiarios de Isapres.

Una de las conclusiones de ese estudio es que los afiliados a Isapres encuentran en los componentes de la red social y en los de su propia red, por la que paga servicios, factores de protección más importantes que en el sector más pobre del país, afiliados a Fonasa, en donde la ausencia de la formalización de redes de protección social alternativa hace que el núcleo familiar se convierta en algo mucho más importante como el factor de red de protección frente a distintos problemas de inseguridad o desprotección que la sociedad presenta.

En el caso de las Isapres, la familia también es importante, con un 46%, pero un poco menos que en los usuarios del Fonasa; el 22% corresponde al hogar. La relación de amor y cariño y los hijos aparece también muy destacada.

La segunda pregunta dice relación con la forma en que se conecta esto con las redes de prestadores. La pregunta es la siguiente: ¿Qué significa para usted salud?

Básicamente, hay dos dimensiones. Hay una connotación de bienestar de salud, entendido como un aspecto positivo de bienestar, asociado a la tranquilidad y seguridad que da tener resueltos los problemas de salud. Pero en la antítesis hay toda una connotación que tiene que ver con la enfermedad. El 38% de los encuestados muestra el concepto negativo, la ausencia de salud, como el concepto de enfermedad, donde los remedios aparecen destacados de ma-

nera importante, en 30%. Todo esto tiene que ver con el acceso a la cobertura de medicamentos.

La relación que tienen los médicos como actores fundamentales en la posibilidad de recuperación de la pérdida de salud asociada a la condición de enfermedad los ubica en un lugar tremendamente relevante.

El hospital se convierte en el núcleo central de contenido, en 25%. Aquí aparecen asociaciones de significados en ambas direcciones. A una buena atención le asignan el 26%, pero hay una asociación conceptual a mala atención de 17%, y 15% a burocracia. Entonces, hay una connotación de bipolaridad entre la percepción positiva y negativa que tiene la relación de las personas con los prestadores hospitalarios propiamente tal. Hay algunas diferencias entre el Fonasa y las isapres; en el primero, el consultorio de atención primaria está asociado a connotación de mala atención. No hay una asociación de significado positiva frente a la que tiene el hospital. El 27% de buena atención, el 11% con problemas de mala atención y el 22% con burocracia.

En el caso del sistema isapres, destaca nuevamente el componente de bienestar, tranquilidad y seguridad, con 42%. No hay connotación de mala atención en el sector privado, sino que, por el contrario, aparece el significado más positivo asociado a una buena atención, tanto al concepto de clínica privada, con el 24%, como el de la relación con la isapre, que muestra un 16%.

Consultado sobre los estudios que tiene la Superintendencia en relación al conocimiento que tienen los beneficiarios de Fonasa de las garantías Ges, indicó que, en general es bastante alto: el 76% en Fonasa y el 96% en Isapres. El 28% de las atenciones de los beneficiarios de Fonasa tienen plazo de atención, y ahí está el nivel más bajo de conocimiento. La gente, en general, conoce los aspectos del Auge, pero no el detalle específico de alguna de las garantías. Por tal motivo, la Superintendencia ha hecho gran esfuerzo por informar a la población, atendido que es lo único que ayuda a empoderar a la gente.

Los informes de fiscalización 2007 demuestran que las garantías retrasadas están en el orden de 7 a 8%, según los estudios de la Superintendencia. La tasa de reclamos de esa población es muy baja.

Consultado en relación a que porcentaje de gente, vencidos los plazos de la garantía Ges, están siendo atendidos mediante la modalidad de contratos con el sistema privado, señaló que ese dato lo tiene Fonasa, no la Superintendencia. La información de que dispone es que todos los reclamos recepcionados con cargo a las garantías Auge han sido cumplidos correctamente por Fonasa. No se ha debido implementar -lo que estableció la ley- el tercer prestador, que consiste en que, cuando falla el primero, Fonasa debe designar un segundo, sobre todo si hay un reclamo en la Superintendencia, lo que da la posibilidad de determinar un tercero. Es decir, si Fonasa no responde al reclamo en última instancia, la Superintendencia por ley, designa uno y Fonasa, o la isapre, paga la cuenta del afiliado para que éste no pague nada extra de lo que le corresponde por derecho. Ese caso del tercer prestador hasta ahora no ha sido utilizado porque en todos los reclamos gestionados por la Superintendencia, cuando se ha requerido a Fonasa para que designe al segundo prestador, se ha comprado el servicio y, por tanto, se ha resuelto el problema dentro de los plazos que establece la ley, (cuarenta y ocho horas); todo lo anterior, recordó el Superintendente, opera previo reclamo, no de oficio.

Consultado sobre la transparencia de cómo opera el sistema, hizo presente que, en lo relacionado con el ejercicio de las tareas y funciones de la Superintendencia de Salud, se entrega toda la información, la cual está disponible in extenso en la página web de la institución. En

cuanto a la transparencia de otras instituciones, indicó que no le corresponde juzgar, pero recalcó que cada vez que se ha requerido información de Fonasa al momento de fiscalizar, ésta ha sido entregada -no necesariamente en el momento oportuno, y así se ha hecho saber a Fonasa-, y se ha permitido fiscalizar los requerimientos de los casos GES que llegan de los pacientes usuarios de aquélla. Esa opinión la tiene en lo que dice relación con el ejercicio de su relación institucional como Superintendencia con Fonasa, y también con las isapres.

En cuanto a estudios de opinión efectuados por instituciones como la Universidad Silva Henríquez, hizo notar que en todas partes del mundo hay observatorios desde ambientes académicos y otros con participación ciudadana, en la lógica del control ciudadano sobre los organismos públicos. Dicho estudio es conocido por la Superintendencia y se le ha hecho seguimiento, porque constituye una importante base de datos desde hace varios años. La única salvedad metodológica es que ese estudio se concentra en algunas comunas de la Región Metropolitana y no en todas -indicó que, al parecer, abarca las catorce comunas más pobres, en base a los criterios de priorización social que utiliza Serplac de la Región Metropolitana; se trata de las comunas que se han visto más afectadas por problemas de calidad de atención-. Dicha encuesta demuestra una percepción positiva -como tendencia- de la valoración que esa población más pobre hace del Auge. La última encuesta -que fue la novedad respecto de años anteriores-, más del 50% reconoce que el Auge ha permitido mejorar la calidad de la atención en esos consultorios de atención primaria en relación con la inexistencia del Auge. Sin embargo, de la encuesta también se deduce que lo que no está en el Auge sigue teniendo una muy mala evaluación y, por tanto, globalmente, permite establecer una mala percepción entre la gente de las comunas más pobres de la Región Metropolitana respecto de la atención integral de salud.

Consultado sobre los grados de cumplimiento en las regiones, indicó que en 2007 la fiscalización básicamente se concentró en 70% en prestadores públicos y en 30% en prestadores privados de la Región Metropolitana. De acuerdo a lo planeado, este año se está efectuando fiscalización en regiones; no en 100%, por falta de recursos, pero sí en las cinco principales regiones que complementan a la Región Metropolitana. Por tanto, habrá estadísticas del presente año producto de las fiscalizaciones que se realicen del Auge en esas regiones. Por otra parte, dentro de las regiones más grandes, que serán objeto de fiscalización, se focalizará en las comunas más pobres, pues en ellas es donde hay más riesgo de incumplimiento del control de las garantías.

Atribuciones de la Superintendencia de Salud para fiscalizar atención de patologías Ges y No Ges.

Consultado sobre la materia, hizo presente que, a pocos meses de implementada la reforma, la Contraloría General de la República señaló que por mandato legal no correspondía que dicho organismo fiscalizara lo No Auge, sino que ello era de competencia del Ministerio de Salud. La Superintendencia tuvo intenciones de interpretar la ley en la lógica de que pudiese fiscalizar también las garantías No Auge, porque estima que debiera tener dicha facultad; sin embargo, por el momento, hay impedimento legal para efectuar esas fiscalizaciones.

Consultado sobre la entidad que debe cumplir esa función, señaló que la lógica de la ley la haría recaer en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, porque es la que define los estándares de calidad de atención mínimos para el régimen general de garantías.

Estado de avance de los reglamentos de acreditación y de certificación.

Consultado sobre el particular, aclaró lo siguiente: El Reglamento de Acreditación está completamente tramitado por la Contraloría General de la República desde el año 2007 y, por lo tanto, el Ministerio de Salud está en etapa de elaboración de los estándares. ¿Cuál es el nivel de adelanto que tiene la elaboración de los estándares? Entre marzo y abril de 2008, el Ministerio de Salud, en colaboración con la Superintendencia -a solicitud de aquél- hizo un plan piloto para probar los estándares, los cuales fueron probados en veinticuatro establecimientos públicos y en seis privados, a fin de calibrar el instrumento de acreditación. Primero se establecen los estándares y luego se fija cuál o cuáles son los medios de verificación y el criterio de exigibilidad que tendrá. Básicamente, se trata de estándares hacia tres ámbitos: a) procesos de organización de hospitales, clínicas y consultorios para enfrentar la atención de los pacientes; b) aspectos de seguridad del paciente, o sea, cómo se asegura que los procesos clínicos están bien orientados para evitar errores (operar la cadera o la rodilla equivocadas), y, c) asociado a la calidad de los procesos que se relacionan con la mantención de la infraestructura y del equipamiento.

Indicó que, al parecer, según lo informado por el Ministerio de Salud, los estándares estarán en condiciones de ser publicados a partir de julio de 2008 y, hacia fines del segundo semestre del mismo año, una vez publicados y con trámite de toma razón cumplido, se iniciarán las primeras acreditaciones, que es lo que corresponde a la Superintendencia. Recordó que el ente rector, que define las normas y los estándares es el Ministerio, luego de lo cual entra a operar la Superintendencia para ejecutar el sistema.

- La certificación, por su parte, aún está en proceso de discusión con la Contraloría. Ésta todavía no ha tomado razón del Reglamento de Certificación de Especialidades y Subespecialidades Médicas, atendido que ha tenido distintas interpretaciones respecto del reglamento.

De esa manera, concluyó, hasta no tener Reglamento de Certificación totalmente tramitado, no es posible iniciar el respectivo proceso de certificación de especialidades y subespecialidades que la ley establece. Ése es el proceso que está demorado, no obstante que el Reglamento de Acreditación está aprobado, y se trabaja en la definición de estándares.

Mencionó que en la acreditación de prestadores institucionales, los estándares son definidos por el Ministerio de Salud; la Superintendencia cumplirá una labor de garante del proceso. La acreditación no la hará la Superintendencia, sino que otras entidades tales como universidades o corporaciones de derecho público o privado, con o sin fines de lucro, -como lo establece la ley-. Así, la Universidad de Chile puede constituirse en ente acreditador y hacer la acreditación de un hospital como el Barros Luco, y la Superintendencia será quien fiscalice que esa acreditación esté en correspondencia con los estándares fijados por el Ministerio de Salud.

En el caso de la certificación de prestadores individuales, la Superintendencia llevará el respectivo registro público, tanto de médicos generales como de especialistas.

En cuanto a la autorización sanitaria que requiere todo establecimiento hospitalario, aclaró que ello no es del ámbito del trabajo de la Superintendencia, sino que, de acuerdo a la ley, la Superintendencia debe exigirla como requisito habilitante para la acreditación. Si no hay autorización sanitaria previa, no podrá haber acreditación.

Información de derechos por parte del usuario.

Consultado sobre la efectividad de la información que se proporciona al público para empoderar al usuario de sus derechos, señaló que se ha hecho un esfuerzo importante, pero debe continuar. En 2007 se aprobó para 2008 un presupuesto, con este fin, de ciento treinta millones de pesos (\$ 130.000.000); para 2009 se evalúa una campaña mayor, con diversificación de medios, que para que produzca impacto se requerirá de cuatrocientos o quinientos millones de pesos (\$ 400.000.000 o \$ 500.000.000).

Aclaró que el usuario toma conocimiento de que su patología es auge o no, en forma directa, a través de la notificación que -por ley- debe efectuar el médico tratante, independientemente de que el prestador institucional es corresponsable de dicha tarea y puede ayudar. En el marco de la Comisión Investigadora del Auge, el año pasado se informó que fruto de la fiscalización de esa Superintendencia, el 71% de los casos GES no habían sido notificados ni por el prestador institucional ni por el médico tratante, lo cual fue sancionado a los prestadores que incurrieron en el incumplimiento.

Se ha instruido a los diversos centros de salud que, a fin de disminuir la carga burocrática de papeleo -del que muchos médicos reclaman- sobre todo si no es a través de un mecanismo electrónico y deben llenarlos a mano-, la posibilidad que la planilla pueda ser bajada desde la página web de la Superintendencia-, para que el médico la imprima y notifique al paciente del caso GES. La fiscalización se da tanto hacia el sector público como al privado, con la consiguiente sanción para casos de incumplimiento. La diferencia radica en que al sector privado, se puede, incluso, castigar con multas en dinero; al sector público, sólo se puede amonestar. Debiera evaluarse, agregó, si es suficiente la simple amonestación como para que se constituya en un estímulo para que los prestadores públicos puedan efectivamente notificar a los pacientes. Sería un criterio interesante el buscar mayor equidad regulatoria en esa dimensión.

Consultado sobre la existencia, o no, de cálculo de déficit de recursos humanos y análisis financiero, señaló no tenerlo; pero ello porque no es del ámbito de responsabilidad de la Superintendencia. No obstante, al menos respecto del Auge, la ley obliga al Estado a calcular una frecuencia estimada de casos Auge, tanto en el sector público como en el privado, a establecer una canasta de prestaciones con un precio referencial, que permite cierta estimación de costos, que en el caso del sector público es bastante aproximada y se acerca mucho más a los precios desde la mirada del sector público que de la del privado. Por tanto, el Estado, puede hacer un cálculo estimativo de cuánto de los recursos gastados, asignados por presupuesto, están siendo efectivamente ocupados y cuál podría ser el déficit de requerimiento. En ese sentido, estimó que en estos momentos no hay déficit, sólo por una aproximación indirecta, no por el hecho de que tenga los datos. Recordó que el año pasado la deuda hospitalaria se inclinó en el orden de dos mil millones de pesos (\$ 2.000.000.000). Es decir, si hubiese un déficit a cargo del Auge entre lo que asigna la Ley de Presupuestos y el efecto de cómo se están cumpliendo las garantías, se puede manifestar en una de sus expresiones, por el incremento de la deuda hospitalaria.

Utilización del Ges por usuarios de Isapres.

Consultado sobre el porcentaje de pacientes de Isapres que eligen atenderse como pacientes Auge, señaló que el dato es variable, dependiendo de la patología. En promedio, el 20% de ellos opta por el Auge (dos de cada diez); el resto (ocho de diez) hace uso del plan de salud complementario para resolver su problema de salud. Sin embargo, ello es variable por-

que, al menos, hay cinco patologías en que la tasa de uso es mayor en isapres que en Fonasa, lo cual tiene que ver con la enorme ganancia de protección financiera que ha originado cierta cobertura de algunas patologías, como el tratamiento de la triterapia asociado al VIH Sida que, hasta antes del Auge no era cubierta por las isapres pero ahora -con el Auge-, la cubre. La estimación de la Superintendencia es que la demanda original era de alrededor de trescientas veinte a cuatrocientas cuarenta casos y, al 30 de marzo, habían mil doscientos casos de VIH Sida tratados completamente en el sistema privado, -pacientes que están haciendo una tasa de uso, inclusive, mayor que la del sector público-. Otras patologías, como el cáncer de mamas, han tenido excelente cobertura en el privado, probablemente por buena optimización del protocolo de pesquisa, para que las mujeres se incorporen. Por tanto, concluyó, hay al menos cinco patologías en las que la tasa de uso es mayor. La baja se produce en la infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años, donde la diferencia de protección financiera puede ser de unos tres mil a cuatro mil pesos. Por lo tanto, muchas personas prefieren seguir manteniéndose con la cobertura de su plan de salud normal, con la libre elección, y no tener que ir a un médico tratante distinto del que normalmente atiende al niño. Ello explica que existan tasas diferenciadas.

Consultado respecto de si los fondos que ha solicitado el Ministerio y la Superintendencia para difundir los derechos del Auge, han disminuidos por parte del Congreso o se ha aprobado lo pedido, fue categórica al señalar que el Congreso ha aprobado lo solicitado cada año por el Gobierno para esta materia.

Percepción usuaria sobre atención que se brinda a nivel hospitalario y a nivel primario. Se ha detectado que la percepción de los usuarios sobre la mala atención se produce en el momento en que se da el diagnóstico en los consultorios y la atención posterior en el hospital o si, en definitiva, el problema es de la atención hospitalaria, señaló que en general, la gente tiene buena evaluación luego que es atendida por el sistema a nivel hospitalario; el problema tiene que ver con la espera que se produce para llegar a ser atendido a nivel hospitalario. Recalcó la importancia de esa aclaración: los estudios dan cuenta que la percepción de la ciudadanía es que la atención es de buena calidad una vez que ha sido atendida la necesidad. El problema se refiere a la espera previa. Otro elemento a considerar tiene que ver con el municipio y el consultorio de que se trate, lo cual también es variable. Si el municipio es de aquellos con más recursos, más el complemento que se asigna per cápita, la buena percepción de atención sube. No obstante lo anterior, mencionó que la mala percepción generalizada ha cambiado últimamente atendido que el Auge tiene plazos garantizados, de los cuales son cumplidos por sobre el 92%. Sin embargo, ello sólo refleja lo referido a cincuenta y seis patologías.

**Jefe de la División de Presupuesto e Inversiones del
Ministerio de Salud, don Sergio Teke.³⁰**

Su exposición apuntó a entregar antecedentes -actuales y futuros- referidos a la estructura física de la red asistencial pública, a las etapas que debe cumplir todo proyecto de inversión en salud (desde el estudio preinversional hasta la construcción y puesta en marcha del centro asistencial) y los eventuales plazos para la concreción del proyecto. Informó, asimismo, de los presupuestos asignados a programas sectoriales de inversión en infraestructura, del plan de inversión para el 2008 y siguientes, de la inversión efectuada en equipamiento médico y

³⁰ El detalle in extenso de la intervención consta en las actas de las sesiones de la Comisión de Salud N° 97 y 100, de 9 y 16 de junio de 2008, respectivamente.

vehicular y, finalmente, de algunos proyectos en particular respecto de los cuales la Comisión manifestó especial interés. Asimismo, explicó las razones del alza del costo de construcción por metro cuadrado hospitalario.

En forma previa, explicó que dicha División está organizada en tres departamentos: 1) De Ejecución de Inversiones, que focaliza la ejecución de obras civiles, de planes de mantenimiento y la compra de equipos; 2) De Planificación de Inversión, donde se realizan los estudios técnicos de preinversión, tanto para el área hospitalaria como para la de atención primaria, y 3) Departamento de Presupuestos, que coordina -junto con las otras instituciones- el presupuesto, no sólo de inversión, sino también de operación de la red asistencial.

Antecedentes de la red asistencial, desde el punto de vista físico.

- Superficie de establecimientos hospitalarios construidos: 1.520.310 metros cuadrados;
- Vehículos 1.736;
- Hospitales: 183. De ellos, 59 son de alta complejidad, 24 de mediana complejidad y 100, de baja complejidad;
- Establecimientos de atención primaria: 1.658 (1.168 postas de salud rural, 144 consultorios generales rurales, 221 consultorios generales urbanos y 125 centros de salud familiar).

Como antecedente histórico, indicó que durante la década de los '90, las principales inversiones en el sector salud fueron financiadas por vía de créditos multilaterales y bilaterales focalizados, fundamentalmente, a la intervención de establecimientos asistenciales que, a esa fecha, contaban con estudios técnicos con cierto nivel de avance en cuanto al desarrollo de proyectos. De este modo, se reconstruyeron los Hospitales de Valdivia, de Iquique y de Los Andes con cargo al programa Minsal - Banco Interamericano de Desarrollo y al del Ministerio de Salud - Banco Mundial. Sin embargo, precisó que la inversión fue destinada, principalmente, a la Región Metropolitana, donde se construyeron establecimientos ambulatorios, como centros de diagnóstico y tratamiento, y centros de referencia de salud. En forma paralela, en la medida en que la ejecución de esos proyectos financiados con créditos multilaterales comenzó a declinar respecto de su ejecución física, el sector salud comenzó a preparar y a madurar una cartera de proyectos, con aporte fiscal directo, elaborando estudios de redes asistenciales en todo el país.

Gracias a dichos estudios, a mediados y finales de la década de los '90 se tuvo un diagnóstico detallado de la capacidad de oferta en cuanto a infraestructura, a prestaciones y a recursos humanos, de modo que entre 1998 y 1999, se inició la ejecución de estudios preinversionales de normalización o reposición de los principales establecimientos hospitalarios del país o de aquellos proyectos que habían sido priorizados en su oportunidad en cada una de las regiones. A partir de ese ejercicio de planificación, en 2006, el sector salud ya contó con una primera cartera de proyectos habilitados para ingresar a la fase de ejecución física.

A comienzos de este Gobierno había un número importante de proyectos con estudios de arquitectura terminados y otro grupo aún mayor en etapa de ejecución de los diseños de detalle. El plan de inversiones, a 2008, está constituido por 44 proyectos hospitalarios y 59 centros de salud familiar, y el listado de proyectos del período 2006-2010 asciende a 129, de los cuales 10 han sido terminados, 12 se encuentran en etapa de ejecución de obras civiles, 2 en etapa de licitación de obras, 20 en etapa de anteproyecto y desarrollo, y 85 en etapa de estudios de preinversión.

Mencionó algunos ejemplos que reflejan lo anteriormente señalado. En las Regiones de Atacama y de Coquimbo -con las cuales se han suscrito convenios de programación, a través

de los respectivos gobiernos regionales- los proyectos de normalización de los Hospitales de Huasco, Diego de Almagro, La Serena, Ovalle y Salamanca, se encuentran en la etapa de conclusión de los estudios técnicos de preinversión y de inicio de la etapa de diseño para que, a fines de 2008 o a comienzos de 2009, se proceda a la ejecución física de cada uno de esos establecimientos. En la Región de O'Higgins, se está construyendo el Hospital de Santa Cruz y se está avanzando en el desarrollo de los proyectos del Hospital de Rancagua, y de los Hospitales de las Regiones del Maule, del Biobío y de la Araucanía. A comienzos de 2008, se suscribió un convenio de programación con el gobierno regional de esta última, el que dará cuenta de una intervención en todos los establecimientos de más baja complejidad en la red asistencial de esa región y de las de Los Ríos, Los Lagos, Aisén, Magallanes y Metropolitana.

Etapas que cumple un proyecto de implementación física de la red asistencial pública.

Los estudios de preinversión, explicó, sobre todo en materia hospitalaria, son bastante complejos, pues existe una fase de diagnóstico detallado de la situación actual y otra correspondiente a la proyección de la demanda de recursos y prestaciones. La primera supone los siguientes aspectos:

- análisis de los modelos de gestión aplicados por cada uno de los establecimientos;
- determinación de la oferta y demanda de prestaciones, considerándose, para estos efectos, una serie histórica de ocho a diez años de las consultas médicas, las intervenciones quirúrgicas, los egresos en el caso de las prestaciones finales y las asociadas a las unidades de apoyo clínico y de diagnóstico, y exámenes de laboratorios y de imagenología;
- diagnóstico de recursos humanos,
- diagnóstico de todo el equipamiento médico industrial, asociado a cada uno de los establecimientos;
- diagnóstico de la infraestructura y de las instalaciones, que ha permitido en algunos casos adoptar la decisión de reponer los establecimientos en lugar de normalizarlos³¹;
- diagnóstico de los recursos financieros, y
- ejercicio de optimización de la situación actual.

Una vez concluida la etapa de diagnóstico, se inicia la segunda fase, que comprende la definición de los siguientes aspectos:

- rol que los establecimientos deben cumplir en el contexto de sus redes asistenciales en cada uno de los servicios de salud y en las distintas regiones del país;
- la cartera de servicios que se proporcionarán en los establecimientos, a partir de los modelos de gestión de cada uno de los servicios de salud
- la demanda de prestaciones, de recursos humanos, de equipamiento médico e industrial, de infraestructura e instalaciones, de recursos financieros y
- sustentabilidad financiera del proyecto, que se traduce en simular los ingresos futuros y los costos de operación que tendrá un establecimiento, a fin de determinar si será sustentable, en la medida en que alcance sus niveles máximos de producción.

Desde el punto de vista técnico, el plazo del estudio de preinversión depende del tamaño del proyecto: hay proyectos hospitalarios con superficie de 7.000 metros cuadrados y otros, de 120.000 metros cuadrados. En promedio, los estudios de preinversión demoran entre 12 y

³¹ En el caso de las infraestructuras que tienen más de 40 ó 50 años de uso, desde el punto de vista económico, es mucho más rentable construir un nuevo establecimiento que intentar recuperar esos edificios con tanta antigüedad.

36 meses. A su vez, los anteproyectos de arquitectura, que también están asociados al tamaño de los proyectos, duran de 3 a 5 meses, mientras que el desarrollo del proyecto, de 8 a 12 meses; la ejecución de obras civiles, 14 meses para proyectos más pequeños (5.000 metros cuadrados), y 36 a 48 meses, para hospitales de mayor tamaño. La etapa de ejecución de equipamiento dura alrededor de seis meses, iniciándose, en el caso de los proyectos de mayor tamaño, con anterioridad al término de las obras civiles, a fin de compatibilizarla con la incorporación de la tecnología. Por su parte, la puesta en marcha de los establecimientos demora entre 2 a 4 meses. Los plazos señalados, aclaró, son netos, de modo que no se contabiliza el tiempo relacionado con los trámites de toma de razón. En la actualidad, las licitaciones que superan 1.500 unidades tributarias mensuales, es decir, los \$ 36.000.000, deben ser tramitadas por las respectivas contralorías regionales o generales, donde el plazo de la toma de razón fluctúa entre 1 y 3 meses.

Las principales actividades asociadas a las etapas de los proyectos son: elaboración de bases administrativas generales y especiales; términos de referencia; especificaciones técnicas; licitación de estudios, de obras, de asesorías y de equipamientos; monitoreo de obras, y recepción de obras y de equipamiento.

Consultado sobre la eventual excesiva duración de los plazos de ejecución de los proyectos indicó que en el caso de los que son de mayor envergadura e involucran inversiones que superan los 100 millones o, en algunos casos, los 200 millones de dólares, es razonable pensar que aún en el sector privado, los estudios técnicos que se realizan en forma previa a la determinación de invertir son bastante minuciosos, por lo que los plazos máximos establecidos son razonables y han sido optimizados en relación con el tamaño de las inversiones. Sin perjuicio de lo anterior, destacó los esfuerzos del Ministerio en orden a acortar los plazos de algunos proyectos emblemáticos, fundamentalmente, respecto de su impacto en la red asistencial, como los Hospitales de Tocopilla, de Puerto Aisén y de Hanga Roa, por la vía de constituir unidades técnicas en el Ministerio y de hacerse cargo de ejecutar cada uno de los módulos de los estudios de preinversión. Preciso que para acortar los plazos en los estudios técnicos es necesario contar con recursos profesionales suficientes, los que en la actualidad son más bien deficitarios si se considera el número de proyectos, ya que se tiene un equipo de profesionales multidisciplinario compuesto sólo por 41 personas.

Hizo presente que el proceso de inversión se divide en dos grandes áreas, que están a cargo de los Servicios de Salud como unidades técnicas y del Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la referida División, respectivamente, los que ejecutan un grupo importante de actividades relativas a la aprobación o al monitoreo. Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar los estudios de preinversión, los anteproyectos, los diseños, las obras civiles, los componentes de equipamiento y de coordinar los procesos de puesta en marcha, de marcha blanca y de operación de los establecimientos. Por su parte, la División de Inversiones certifica los capítulos de estudios de preinversión, de modo que cada vez que se termina un capítulo de diagnóstico de oferta de prestaciones o de recursos humanos, o los capítulos correspondientes a proyecciones de demanda, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través de aquella o de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas o de la División de Gestión de la Red Asistencial, según corresponda, certifica cada uno de esos capítulos, en forma previa al inicio del proceso de validación con el Ministerio de Planificación. Asimismo, la División aprueba o ejecuta los anteproyectos de arquitectura y asume el desarrollo de los proyectos o actúa como contraparte en el mismo, a la vez que monitorea la ejecución física y financiera de obras y de equipamiento, en el entendido que le

corresponde asumir la responsabilidad frente al Ministerio de Hacienda respecto de la ejecución del marco presupuestario que se asigna anualmente al Ministerio de Salud. Las etapas de puesta en marcha, marcha blanca y operación son de exclusiva responsabilidad de los Servicios de Salud, mientras que el Ministerio aporta los factores productivos para que las etapas señaladas se materialicen, a través de la provisión de la tecnología y los recursos humanos y financieros para que los establecimientos, en el menor tiempo posible, entren en operación. Son los Servicios de Salud quienes realizan los procesos de licitación y adjudicación, mientras que el Ministerio certifica los informes de preadjudicación, correspondiendo a las respectivas contralorías la validación de todos los procesos de licitación, que prácticamente en todos los casos superan las 1.500 unidades tributarias mensuales.

Presupuesto de inversiones del Ministerio de Salud, desde 1990 a 2008.

A partir de 2005, es posible observar un fuerte incremento, ya que en moneda de 2007, el sector salud coordinó un presupuesto cercano a los \$ 50.000.000.000, en circunstancias que en 2008, el presupuesto bordea los \$ 142.000.000.000. Por ello, se ha efectuado un gran esfuerzo para reforzar no sólo los equipos técnicos ministeriales, sino también los de los Servicios de Salud. Destacó, igualmente, que los porcentajes de ejecución de los presupuestos que se entregan anualmente al sector salud se han ido incrementando en forma importante a partir de 2004, de modo tal que en 2007 se ha podido ejecutar el 98% del presupuesto.

Entre los años 2006 y 2008, se ha duplicado el número de profesionales que trabajan directamente en el área de inversiones de la División, aún cuando se estima insuficiente, razón por la cual el Ministerio desea incorporar recursos humanos que, desde la perspectiva de las inversiones en salud, sea altamente calificado.

El presupuesto sectorial de inversiones asignado en 2008, fue de \$ 142.360.000.000, de los cuales casi \$ 84.669.000.000 fueron destinados a la red hospitalaria; \$ 42.639.000.000 a la red de atención primaria, para continuar la ejecución de los 29 centros de salud familiar que se iniciaron en 2007, y comenzar la de otros 30 centros de salud familiar; \$ 3.548.000.000 destinados a equipamiento del Plan Auge; \$ 1.563.000.000 para continuar con la ejecución del plan Chiloé; \$ 1.919.000.000 para radioterapia, y \$ 1.814.000.000 para la inversión en salud pública.

De acuerdo con las proyecciones de gasto de junio, se debería poder ejecutar un porcentaje cercano al 100%; a mayo, los proyectos se encontraban contratados en los componentes obras civiles y, la ejecución mínima debería ser del 84% del presupuesto de inversiones como sector salud.

El programa sectorial de inversiones tiene seis líneas diferentes, a saber:

Red hospitalaria: se incorporan estudios de preinversión y diseño, la ejecución de obras civiles, y el equipamiento médico asociado.

Red de atención primaria a contar de 2005, ya que hasta ese año los gobiernos regionales asumían los principales esfuerzos. La inversión se orienta a los centros de salud familiar y a los treinta nuevos centros comunitarios de salud.

Equipamiento del Plan Auge, ya sea de menor o de alta complejidad, para lo cual se ha invertido en leasing entre 2005 y 2006, a la vez que se ha incorporado el mantenimiento de equipamiento de alta complejidad.

Renovación del parque automotor de los servicios de salud.

Otros proyectos de inversión, como radioterapia y el Plan Chiloé.

Inversiones importantes en materia de Autoridad Sanitaria, en equipamiento e infraestructura de laboratorios y de edificios institucionales, y en la reposición de vehículos.

Plan de inversiones para 2008 y años siguientes.

Está conformado por una cartera de 44 proyectos de establecimientos hospitalarios. El sector salud ha entregado 10 establecimientos asistenciales: los Hospitales de Alto Hospicio, Zona Norte de Antofagasta, Curepto, Talcahuano (primera etapa), Nueva Imperial, Puerto Cisnes, Puerto Saavedra y Vallenar, Talca (primera etapa) y Victoria (primera etapa). Otros 12 establecimientos hospitalarios o asistenciales están en fase de ejecución de obras civiles de distinto tamaño (proyectos de 5.000 metros cuadrados); otros que implican la reposición completa de hospitales, como los de Arica, cuya fecha de término es octubre de 2010; Osorno (diciembre de 2010) y Punta Arenas (mayo de 2010), que superan en su totalidad los 35.000 metros cuadrados³².

Hay dos proyectos en etapa de licitación, cuya ejecución debería iniciarse en los próximos meses: reposición del Hospital Traumatológico de Concepción y del Hospital de Cañete.

Entre los 20 proyectos en etapa de estudios técnicos, que prácticamente estarían terminando los estudios de preinversión, cuya ejecución se espera se inicie entre el segundo semestre de 2008 y el primer semestre de 2009, se encuentran los hospitales de Antofagasta; Dr. Gustavo Fricke, de Viña del Mar; de Talca; de Curicó; de Penco-Lirquén; de Corral; el Complejo Sótero del Río; el Complejo Salvador y Geriátrico, y el Complejo Red Sur, que considera el hospital Barros Luco y el Exequiel González Cortés. En etapa de anteproyecto de arquitectura se encuentran los Hospitales de Copiapó; Hanga Roa; de Rancagua; de Los Ángeles; de Talcahuano, y de Puerto Montt.³³

Los proyectos que hoy forman parte de la cartera hospitalaria, cualquiera sea la etapa en que se encuentren, suman 1.280.000 metros cuadrados, con lo cual se proyecta cerca del 70 u 80% de la superficie que el sistema público tiene hoy instalada a lo largo de todo el país.

En el caso del grupo de hospitales que en algún momento presentaron mayor avance en los estudios técnicos y de preinversión y fueron priorizados para el inicio de obras, se optó por constituir equipos técnicos en conjunto con los Servicios de Salud, a través de los cuales se ha contratado a arquitectos y dibujantes, para que se hagan cargo del anteproyecto, del proyecto de arquitectura y de todas las ingenierías, que son externalizadas, lo que permite disminuir en cuatro o cinco meses los plazos de desarrollo de proyectos.

Para los Hospitales de Maipú y de La Florida, se pondrá en práctica el modelo de las concesiones. En éstos se está desarrollando la fase 3 del proceso de precalificación de empresas, que implica que cada una de las cuatro empresas que han sido preseleccionadas en la fase 2, se encuentra elaborando los anteproyectos de arquitectura, los cuales serán entregados en

³² También cabe mencionar a los Hospitales de Los Andes, que culminaría en noviembre de 2009; Coquimbo, en marzo de 2009; Santa Cruz, en octubre de 2009; Concepción (CDT), en diciembre de 2008; Curanilahue, en junio de 2008; Lota-Coronel, en septiembre de 2009; Victoria (segunda etapa), en diciembre de 2008; Temuco, en diciembre de 2009 y Castro, en septiembre de 2008.

³³ De acuerdo con el cronograma, el Hospital de Tocopilla tiene programado iniciar obras en marzo de 2009; los de Copiapó y Hanga Roa, en diciembre de 2008; el Hospital Dr. Gustavo Fricke, que tiene una inversión estimada de 114.000 millones de pesos, en agosto de 2009; el de Rancagua, en junio de 2009; los de Talca y Curicó, en noviembre de 2009; los de Los Ángeles y Talcahuano, en diciembre de 2008; el de Penco-Lirquén, en diciembre de 2009; el de Corral, en mayo de 2009; el de Puerto Montt, en agosto de 2009; el de Puerto Aisén, en junio de 2009; el Sótero del Río y el Complejo Red Sur, en diciembre de 2009, y el complejo Salvador y Geriátrico, en noviembre del mismo año.

noviembre de 2008. Paralelo a ello, ya se inició el proceso de licitación para la concesión. El costo estimado para el Hospital de La Florida, que es un establecimiento de 53.000 metros cuadrados, es de \$ 72.027.000.000, mientras que el Hospital de Maipú, de 43.000 metros cuadrados, asciende a \$ 61.800.000.000. Esos son los costos estimados en la actualidad. Ahí no están considerados los costos financieros que implica operar en un ambiente de concesiones.

Inversión para equipamiento médico.

El trabajo que coordina la División no sólo está focalizado a la infraestructura hospitalaria, sino que también hay un área importante de su quehacer que tiene que ver con la coordinación del equipamiento médico, fundamentalmente, de alta complejidad.

Señaló que, a través de la División de Gestión de la Red Asistencial, se ha logrado definir una serie de polos de desarrollo y macrorredes a nivel del país, que ha permitido al Ministerio, desde el punto de vista de la tecnología, incorporar una importante cantidad de equipos. Así, en el área de la imagenología compleja (escáner, angiógrafos y resonadores magnéticos), se han incorporado equipos: 11 en 2005, 3 en 2006, y 11 en 2007, todos los cuales están instalados y operando, salvo algunos que se han quedado rezagados, fundamentalmente porque se han enfrentado complicaciones en la ejecución de las obras civiles asociadas, que van a entrar en operación en los próximos meses. Asimismo, se ha invertido en radioterapia: se definieron como polos de desarrollo en ese ámbito Antofagasta y el Servicio de Salud Antofagasta, para la zona norte; el Servicio de Salud de Valparaíso, para la zona central; y para la Región Metropolitana, se ha focalizado fundamentalmente en el Instituto Nacional del Cáncer, y en la zona sur, Concepción y Valdivia. Las licitaciones efectuadas en materia de equipamiento consideran la mantención de los equipos - altamente complejos-. También informó de inversiones en 100 equipos osteopulmonares, que se concentran mayoritariamente en los servicios de salud que tienen mayor extensión geográfica y ruralidad. A mayo de 2008, casi el 50% de ellos habían sido instalados, mientras que el resto se encuentra en etapa de adecuación de las plantas físicas correspondientes para poder ser próximamente instalados. Desde 2006, se han incorporado vehículos al parque automotor; 279 ambulancias. La mantención de ambulancias se considera dentro del presupuesto ordinario de los Servicios de Salud; en la discusión presupuestaria de 2007, el Ministerio de Salud hizo ver a Hacienda la necesidad de incrementar los recursos de mantención, tanto en materia de infraestructura como de equipamiento y vehículos. Es así como en el presupuesto de 2008 se incorporaron \$ 7.500.000.000 en esa línea, a la vez que se ha continuado con la renovación del parque vehicular, para reponer los vehículos que se han deteriorado con el uso. La utilización de vehículos es intensa, motivo por el cual su vida útil es muy corta. Se proyecta que, a contar de 2008, se incorpore un constante destinado a la renovación de vehículos.

Inversión en salud primaria.

En materia de atención primaria, hay 31 centros de salud familiar en operación y 29 que se hallan en ejecución de obras; en la práctica, cuando se toman decisiones respecto de las adjudicaciones, sobre todo en materia de atención primaria, no se analizan los proyectos en forma aislada, sino que se compra una cantidad determinada de metros cuadrados. Así, en el caso de una cartera de 30 establecimientos de atención primaria, que son aproximadamente 60.000 metros cuadrados, se compra una cantidad determinada de metros cuadrados a un precio, caso en el cual, si se consideran las últimas licitaciones, se llega a un valor de 39 uni-

dades de fomento por metro cuadrado, en circunstancias que en 2005, cuando se inició la primera ejecución de la cartera de proyectos, el precio era, en promedio, de 36 unidades de fomento. Las tres licitaciones efectuadas en 2008, que corresponden a la reposición del Cesfam de Los Álamos, del CGU Los Nogales, en Estación Central, y de un quinto consultorio de Maipú, superan las 40 unidades de fomento, situación que preocupa al sector salud, ya que generalmente las licitaciones que se abren en el primer semestre de cada año son más baratas que las que se convocan durante el segundo, por lo que este hecho puede exhibir una tendencia preocupante del área de la construcción, sin perjuicio de reconocer que hay algunos componentes de materiales que han significado un incremento importante en los precios.

La cartera de proyectos para la atención primaria de salud 2008-2009 comprende el compromiso inicial de ejecución física de 30 nuevos centros de salud familiar (establecimientos que atienden a poblaciones que fluctúan entre las 10.000 y las 30.000 personas, dependiendo del área geográfica en la cual sean ubicados). Hasta la fecha, se trabaja con una cartera de 47 proyectos de inversión, 28 de los cuales cuentan con recomendación técnica del Ministerio de Planificación y Coordinación (Mideplan)³⁴, por lo que pasarán rápidamente a la fase de ejecución de los diseños de detalle, mientras que otros 2 proyectos se espera sean definidos en junio de 2008.

Otros proyectos en particular.

Consultado sobre el Plan Chiloé, informó que el compromiso total de inversión es de \$ 6.067.000.000, de los cuales \$ 2.598.000.000 corresponden al presupuesto de 2008. En la actualidad se ejecutan obras civiles en 19 postas de salud rural de Chiloé; en 2007 se inició el funcionamiento de 6 centros comunitarios y se compraron vehículos.

Para el proyecto de construcción de nuevo hospital en la zona norte de la capital, indicó que ello es objeto de estudios técnicos específicos, en conjunto con el Servicio de Salud Metropolitano Norte, desde el punto de vista de la red asistencial, de modo que hoy está en proceso de licitación la ejecución del estudio de preinversión propiamente tal.

El proyecto de reposición del Hospital Dr. Gustavo Fricke, cuyos \$ 8.000.000.000 que se le asignarán durante el año 2008 están incorporados dentro del presupuesto de inversiones del Ministerio en forma global. Se refirió a la complejidad del proyecto, por cuanto supone la construcción de 70.000 metros cuadrados en un lugar donde se encuentra un hospital en pleno funcionamiento, motivo por el cual se debió adelantar para el año 2008 recursos que estaban previstos originalmente en el presupuesto de 2009, de manera que las obras complementarias puedan comenzar a materializarse en los próximos meses.

Posibles causas del aumento en el costo del metro cuadrado de construcción hospitalaria.

Hay varias hipótesis planteadas sobre las razones del aumento del costo: a) Que las empresas precaven eventuales riesgos en la construcción; b) Incremento en el valor de los distintos insumos y encarecimiento de las especificaciones técnicas, pues hay preocupación por la vulnerabilidad antisísmica de los hospitales, que guarda relación con la calidad de atención percibida por el usuario; c) Incremento de los costos de los insumos; d) Eventual especula-

³⁴ Aclaró que el Ministerio de Salud no es autónomo respecto de las decisiones relativas a los proyectos que se ejecutan, ya que igualmente interviene el Mideplan, que facilita o no la recomendación técnica de los estudios que se han realizado.

ción o aprovechamiento de las empresas en relación con los compromisos adquiridos por el Ministerio.

Se estima que el valor de la obra gruesa ha aumentado muy por encima de lo que se había estimado en marzo o abril de 2008 e, incluso, algunas empresas se adjudicaron licitaciones por esa época y luego se desistieron en razón del referido incremento producido entre el momento de la adjudicación de la licitación y el de la firma del contrato. El interés del Ministerio es que las empresas encargadas de realizar obras hospitalarias realicen un buen trabajo y continúen en el rubro por muchos años, así como también que valoren la seriedad del sector salud, que tienen muchos proyectos por ejecutar en el futuro.

A diferencia de una construcción habitual, como un edificio de departamentos o de oficinas, los hospitales son bastantes intensos en el componente de obra gruesa. Desde la perspectiva de la vulnerabilidad estructural, los ingenieros que trabajan con el sector salud sobredimensionan la norma estructural que rige a todas las construcciones en el país, bajo la premisa fundamental de que ante un sismo o catástrofe en determinada zona, es necesario asegurar el funcionamiento del hospital. Ese hecho supone un valor adicional, que no permite comparar el costo del metro cuadrado de construcción hospitalaria con el de otro tipo de edificaciones.

Cálculo de costos. Las adjudicaciones realizadas por el sector salud desde 2004 a la fecha, han tomado como referencia dos indicadores para efectuar las actualizaciones: el Índice de Precios al Consumidor (IPC), que no es representativo de lo que sucede en materia de construcción, y el índice de costos de edificación, que es el único que en la actualidad maneja la Cámara Chilena de la Construcción, con la salvedad de que cuando esta última calcula los índices, en la práctica, considera determinadas partidas con un peso relativo. Ej: una obra gruesa pesa el 29%; las terminaciones, el 39,6%; las instalaciones, el 10%, y el resto es costo directo que, en promedio, pesa el 20 ó 21%.

Sin embargo, en los centros de salud familiares que se han construido desde el año 2005, la obra gruesa pesa el 40%, mientras que el 60% restante de los costos directos están distribuidos entre terminaciones e instalaciones.

Algunos casos ejemplares. En el año 2004 se adjudicaron las obras correspondientes a los Hospitales de Vallenar, Talca, Curepto, Las Higueras (primera etapa), Nueva Imperial y la normalización de los Hospitales de Victoria y Curanilahue. Precisó que en el caso de este último, la obra suponía la construcción de 12.200 metros cuadrados y fue adjudicada por un valor de \$ 8.980.000.000 (ocho mil novecientos ochenta millones de pesos), de modo que el costo por metro cuadrado, al momento de la adjudicación, fue de 53 UF. Si sólo se aplicasen los índices de costo de la edificación, dicho costo habría sido de 42 ó 43 UF en 2004, lo cual significa en moneda de hoy 52 UF, como valor promedio de costo por metro cuadrado adjudicado. Dicha experiencia se repite, prácticamente, en los 22 establecimientos hospitalarios asistenciales que se han adjudicado a partir de 2004, lo que da un promedio de 52 UF, al valor actual, si sólo se aplica el índice de costos de la edificación, sin efectuar ajustes.

Por otra parte, si se consideran los promedios en moneda a junio de 2008, las obras adjudicadas en los años 2004, 2005, 2006 y 2007, alcanzaron a 45 UF, 59 UF, 46 UF y 54 UF, sólo si se tiene en cuenta el índice de costo de edificación. Dichos ajustes obedecen a que la Cámara Chilena de la Construcción establece índices equivalentes a los IPC de la construcción, que son distintos para la obra gruesa y para las terminaciones e instalaciones. Indicó que el ajuste se efectúa en moneda de junio de 2007 a junio de 2008, porque en la práctica los mayores crecimientos en el área de la construcción se han producido en los últimos 12 ó 15 meses. En consecuencia, el costo de las obras gruesas, que asciende a 21 UF, sin ajuste, se

transforma en 25 UF, y las 31 UF expresadas en moneda de junio de 2007, al inflactarlas por un factor distinto para las terminaciones e instalaciones, se transforman en 36 UF. Manifestó que, por ello, es posible afirmar que las 50 UF que costaba adjudicar en junio de 2007, en moneda de hoy, de acuerdo con los factores con los que trabaja la Cámara Chilena de la Construcción, más los ajustes que se proponen, se transforman en 60 UF. Por ello, todas las obras que se inicien durante 2008 y tengan un costo cercano a este último valor, se ajustarían a los precios de mercado, teniendo presente las ubicaciones geográficas de las mismas y el problema de disponibilidad de materiales o mano de obra. Así, el Hospital de Punta Arenas fue adjudicado en el segundo semestre de 2007 a un valor que, en moneda de hoy, significa 58 UF y el de Alto Hospicio, que también tenía algunas condiciones bastante particulares de aislamiento y poca disponibilidad de mano de obra en la región, fue adjudicado en 61 UF, en moneda de 2005, lo que equivale a 70 UF en moneda de hoy. Por su parte, la obra de Cañete está en un promedio de las 66 UF, con lo cual se ajusta al valor de mercado, con excepción de algunos aspectos relacionados con un incremento particular en la propuesta de los gastos generales y utilidades.

Los aumentos se vinculan con cierta incertidumbre que existe actualmente en el mercado de la construcción con respecto al comportamiento del IPC, del reajuste del salario del componente mano de obra y también con los plazos de ejecución de las obras. A diferencia de otro tipo de edificación, en que los plazos de ejecución van de doce a quince meses, la construcción hospitalaria supera los 20 meses, lo que influye en los precios.

Hizo presente que costó mucho convencer al Ministerio de Hacienda respecto de lo que significaba el cambio de los costos de construcción, en el caso de los centros de salud familiar, que se están edificando desde 2005. Ese año se adjudicaron consultorios generales urbanos con valores de construcción, que en promedio, eran del orden de las 25 UF por metro cuadrado; sin embargo, en 31 licitaciones realizadas el segundo semestre de 2005, el valor promedio fue de 36 UF, principalmente por el material con el que se estaban construyendo los establecimientos (los antiguos consultorios generales urbanos eran de albañilería reforzada, de una construcción muy liviana, con vida útil de 15 años, en circunstancias que los actuales tienen una estructura en base a hormigón armado con una vida útil de 40 años). Por ello, las 10 UF de diferencia en el precio compensan los costos, sólo por el efecto de la mayor vida útil del edificio.

Los centros de salud familiar se parecen más a un edificio de departamentos que a un hospital, motivo por el cual si se actualizan las 36 UF, que representa el valor promedio de adjudicación del metro cuadrado durante 2005, se transforman en 46 UF, aplicando los mismos índices de costos de edificación. Desde octubre de 2007, se han adjudicado 29 centros de salud familiar, desde Arica a Puerto Natales, con valores promedios de 39 UF, y aclaró que mientras dicho valor sea inferior a 46 UF, se estarán respetando los valores de mercado.

Aclaró que el Ministerio no analizan los proyectos individualmente considerados. Desde una perspectiva económica, en el caso de los centros de salud familiar, se han comprado 38.400 metros cuadrados, a valor promedio de 39 UF por metro cuadrado. Si se ve cada proyecto en particular, se pueden deducir conclusiones erróneas. Con el sistema ocupado por el Ministerio, es posible adjudicar más obras en la medida que esos 38.400 metros cuadrados no superen el valor promedio de 46 UF por metro cuadrado.

En el caso de hospitales, desde 2004, se han comprado 323.000 metros cuadrado, a valor promedio de 51 UF por metro cuadrado, lo cual significa que en algunas zonas el Ministerio está dispuesto a pagar un precio superior a éste, mientras no supere el promedio. Ej: se puede

pagar 65 UF, siempre y cuando la cartera completa de hospitales, que suman 324.000 metros cuadrados, no superen las 60 UF por metro cuadrado.

Casos como los hospitales de Maipú y de La Florida son ejemplarizadores: sus valores aproximados bordean los \$ 50.000.000.000 (cincuenta mil millones de pesos), y sólo por concepto de infraestructura, alcanzan a los \$ 130.000.000 (ciento treinta millones de pesos). Indicó que en el plan de inversión ministerial se ha estimado un valor por cama del orden de los 250 mil dólares.

Otro elemento que encarece los costos tiene relación con el cumplimiento de los planes reguladores municipales: el de Providencia, donde se debe construir el Hospital del Salvador, exige más estacionamientos por cama, en comparación a otros territorios, lo cual encarece notablemente el valor del metro cuadrado construido.

Contestando una pregunta sobre la forma en que el aumento del valor del metro cuadrado de construcción hospitalaria afectará el financiamiento de la cartera de inversiones del Ministerio, explicó que tanto esta última como el plan de inversiones involucra a 20 hospitales, entre los que se incluyen el de Cañete, el Traumatológico de Concepción y los de Los Ángeles y Talcahuano, todos los cuales deberían iniciar la fase de ejecución física dentro de los próximos quince meses. Esas obras están valorizadas en 50 UF el metro cuadrado, sin perjuicio de lo cual, ante un cambio de comportamiento del mercado y un alza en los valores, el Ministerio deberá transparentar estos últimos y ponerlos en conocimiento del Ministerio de Hacienda.

Concluyó señalando que, al momento de formular los requerimientos para el proyecto de Presupuestos del sector, se identificaron los parámetros por los cuales se dimensionan los costos de inversión. Ej: al mes de junio de 2008, el valor promedio de mercado para la licitación fue de 50 UF por metro cuadrado para hospitales y 36 ó 37 UF, para los centros

Directora Ejecutiva de Altura Management, doña Victoria Beaumont.³⁵

Basó su exposición en un estudio presentado en 2007, en el marco de la Comisión Especial Investigadora encargada de analizar las causas que han motivado el incumplimiento de las garantías de acceso y oportunidad al Plan Auge, efectuado a partir de información proporcionada por los servicios de salud y cuyos datos han sido actualizados a enero de 2008. En él se presentan las listas de espera de patologías comprendidas en el GES y de enfermedades que no están consideradas en el Régimen y unas reflexiones finales. Dio a conocer que para los efectos de actualizar la información de este estudio iniciado en agosto de 2007, se contó con los datos proporcionados por el 40% de los servicios de salud en el país (19)³⁶. Señaló que los objetivos del mismo consistieron en explorar la realidad de acceso y oportunidad de atención de los pacientes en los hospitales, tanto en las patologías comprendidas en el GES como en las de enfermedades que no están consideradas en el Régimen, así como también analizar el nivel de transparencia actual del sistema de salud pública, para lo cual se

³⁵ El detalle in extenso de la intervención consta en las actas de las sesiones de la Comisión de Salud N° 89 y 91, de 12 y 15 de mayo de 2008.

³⁶ Señaló que, tras siete meses de investigación y de constantes peticiones de información, nueve servicios de salud no proporcionaron antecedentes e incluso dos de ellos expresaron su negativa en tal sentido, mediante cartas oficiales, mientras que el Servicio de Salud Arauco prohibió a su hospital contactarse con ellos, lográndose recabar la información a través de un oficio. Por su parte, diecisiete servicios de salud informaron en forma parcial, mientras que el Servicio de Salud Arica y el Servicio de Salud Maule no proporcionaron los datos requeridos, sino otros que no sirvieron al análisis.

comparó la experiencia que tuvo Altura Management en 2001, al realizar un estudio de intervenciones quirúrgicas de lista de espera en la Región Metropolitana, con la de acceder a la información en 2007.

Los tiempos de espera, en el análisis, consisten en el período transcurrido desde la derivación o indicación de un tratamiento hasta su ejecución, lo que, tratándose del Plan Auge, está plenamente garantizado por la ley, debido a lo cual se han considerado los tiempos de cumplimiento caso a caso. Se optó por distintos tipos de manejo de las listas de espera, según correspondieran a la lista de espera total de patologías comprendidas en el Plan Auge y a la lista de espera por procedimientos o por tiempo, que mide el período que debe esperar una persona desde que ingresa al consultorio hasta acceder al especialista; desde esto último hasta la realización de un escáner o de un examen de procedimiento, y desde este hecho hasta la intervención quirúrgica final. Precisó que por “número de pacientes en lista de espera” se entiende la cantidad de pacientes que están esperando tratamiento o consulta de especialidad por un período mayor a sesenta días.

En relación con las listas de espera de las patologías comprendidas en el GES, explicó que el estudio analizó catorce de ellas³⁷, las cuales fueron seleccionadas para poder comparar sus resultados con los del análisis efectuado en el año 2001, oportunidad en la que se realizaron auditorías a cada uno de los hospitales y se tuvo acceso a los libros de los Some, con lo que se pudo apreciar la realidad de las listas de espera. Acotó que se trata de patologías respecto de las cuales se sospechaba que podía haber retrasos e incumplimiento, ya que de hecho hay muchos cánceres que no están contemplados en esta muestra, que no obstante registran cumplimiento en la garantía de oportunidad y no aparecen en las listas de espera. Indicó que una de las dificultades del estudio realizado en 2007 consistió en obtener la información desagregada para realizar un análisis más importante, toda vez que los Servicios de Salud proporcionaron información sobre la base de estándares distintos (Sigges, estándares propios, etc.). Así, por ejemplo, respecto de la escoliosis, sólo se logró que nueve servicios de salud proporcionaran antecedentes.

Hizo presente que la primera vez que se presentó este estudio ante la Comisión Especial Investigadora relativa al Plan Auge (en 2007), sólo había dos patologías en que había cumplimiento de la garantía de oportunidad, situación que ha variado, ya que con la actualización, ninguna de las catorce patologías cumple con ella. Explicó que, de acuerdo con la ley N° 19.966, de 2004, que establece un Régimen General de Garantías en Salud, la oportunidad de atención debe estar contemplada en el decreto que dicta el Ministerio de Salud, no obstante lo cual en este último aquella debe ser considerada no sólo desde que las personas acceden al primer momento de intervención, sino hasta, incluso, la intervención de la Superintendencia de Salud. Aclaró que para estos efectos se ha entendido como incumplimiento el hecho de que las personas no sean atendidas en el momento explicitado por el decreto, sin atender al tema del retraso, basándose en la definición legal de garantía explícita de oportunidad³⁸.

³⁷ Diabetes mellitus tipo 1, escoliosis, cáncer de testículo, marcapasos, esquizofrenia, cáncer de próstata, hiperplasia de próstata, artrosis de cadera, cáncer gástrico, retinopatía diabética, órtesis del adulto mayor, cáncer de mamas, colecistectomía y cataratas.

³⁸ La letra c) del artículo 4° de la ley N° 19.966 define garantía explícita de oportunidad como el “plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para

La proyección lineal nacional es de 60.343 personas en listas de espera para las patologías seleccionadas³⁹, donde el tiempo garantizado es el contemplado en el decreto del Ministerio de Salud, y el tiempo de espera corresponde a los totales promediados de los tiempos informados por los 19 Servicios de Salud, esto es, a la suma de los días que las personas están esperando, promediada por Servicio de Salud. Preciso que si bien algunos de ellos no tenían lista de espera de diabetes, había otros que informaron un tiempo de espera mayor a los sesenta días.

En dicho estudio, el tiempo garantizado corresponde a la garantía final, vale decir, cuando la persona ha completado su tratamiento, de acuerdo con lo que establece el decreto. Preciso que en el caso del cáncer de mamas no se considera quimioterapia ni radioterapia, sino la intervención quirúrgica. Indicó que la información referente a la colecistectomía, al cáncer gástrico y a las cataratas ha sido desagregada por servicio de salud y en ella se considera el lapso que media entre el momento en que el paciente fue recibido en la atención primaria de salud hasta que fue atendido por un especialista, así como también el momento que media entre esto último y la realización de la ecotomografía abdominal y desde que ello ocurre hasta la intervención quirúrgica.

Explicitó que los Servicios de Salud del sur del país son los que tienen mayor cantidad de pacientes en lista de espera por colecistectomía, para acceder a la ecotomografía abdominal. Preciso que en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, al igual que en otros, se concentra la mayor cantidad de pacientes en lista de espera para este tipo de examen (1.669) y que, dado que la cantidad de pacientes en listas de espera para la intervención quirúrgica es menor en este caso en el mismo Servicio (86), se puede deducir que también hay una lista de espera en el período que media entre la ecotomografía y la intervención quirúrgica.

Respecto del cáncer gástrico, indicó que el Servicio de Salud Biobío es el que tiene más pacientes en la lista de espera que media entre la atención primaria de salud y la atención del especialista (177 personas). No obstante, indicó que dicho Servicio ha informado que no hay pacientes en lista de espera para efectuarse la ecotomografía abdominal, una vez que han sido atendidos por el especialista, ni para ser intervenidos quirúrgicamente. En el caso de cataratas, se han considerado en las listas de espera el tiempo que media entre el diagnóstico de la patología y la intervención quirúrgica del segundo ojo, concentrando el mayor número el Servicio de Salud Biobío (2.308).

Recordó que en junio de 2007 se informó que el incumplimiento de la garantía de oportunidad era de alrededor del 7%, porcentaje que consideraba las patologías de menor costo y mayor demanda. Sin embargo, hizo notar que el retraso aumenta a 17,86% si sólo se toman en cuenta las prestaciones más caras, de demanda media, que involucran al sector hospitalario.

ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.”

³⁹ El número de pacientes en las listas de espera, por patología es el que sigue: Diabetes mellitus tipo 1 (141), escoliosis (174), cáncer de testículo (234), marcapasos (304), esquizofrenia (479), cáncer de próstata (686), hiperplasia de próstata (837), artrosis de cadera (977), cáncer gástrico (1.008), retinopatía diabética (1.455), órtesis del adulto mayor (2.668), cáncer de mamas (3.304), colecistectomía (4.924) y cataratas (11.758).

En relación con las listas de espera de las patologías que no están comprendidas en el GES, señaló que se habían analizado quince⁴⁰, con el propósito de compararlas con los resultados del estudio efectuado en 2001. Dio a conocer que la estimación de la lista de espera de más de sesenta días y la del tiempo de espera máximo, muestran que, en total, a nivel nacional hay 58.447 personas esperando por una intervención quirúrgica en estas catorce patologías. Planteó que en 2001 había 10.500 personas esperando por una intervención quirúrgica relacionada con una hernia, mientras que en 2007 esa cantidad aumentó a más de 16.000 personas. Igualmente, aumentaron los tiempos de espera, de setenta semanas en 2001 (según se desprende de un censo que se realizó en aquella época en los hospitales) a setenta y tres, en 2007, de acuerdo con la información obtenida a través de los Servicios de Salud. Preciso que esta enfermedad es la que registra mayor cantidad de pacientes en listas de espera, dentro de las analizadas (7.552).

En colecistectomía, en 2001, cuando no existía el Plan Auge, había 12.000 personas en lista de espera para esta intervención, en tanto que los datos del año 2007, referido a las personas incorporadas en dicho Plan, indican que disminuyó a poco más de 9.000, mientras que el tiempo de espera también se redujo de cuarenta y cuatro semanas (en 2001) a diez (en 2007). Planteó que ello demuestra que el Ges es una herramienta que efectivamente garantiza y reduce las listas y los tiempos de espera, por lo menos en lo que se refiere a las colecistectomía para los beneficiados con este Régimen. No obstante, hizo presente que, lamentablemente, el tiempo de espera aumentó a ochenta semanas para las personas no incluidas en este último.

Por otra parte, hizo notar que más de 110.000 personas esperan por un examen de diagnóstico de imagenología, de las cuales 89.193 lo hacen por más de sesenta días.

En relación con la garantía explícita de acceso, trajo a colación que la ley N° 19.966 dispone que es obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Isapres asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud, en la forma que determina el decreto mencionado en el artículo 11 del mismo texto legal, que indica claramente cuáles son los tiempos de espera y cómo se deben entregar las prestaciones.

Dio a conocer que el presupuesto de salud ha aumentado constantemente (9% en 2008; 13% en 2007, y 10,9% en 2006), no obstante lo cual las intervenciones quirúrgicas para beneficiarios de Fonasa han disminuido e, incluso, las personas se han cambiado a la modalidad de libre elección. En la atención primaria hay datos sólo hasta 2005, y que si se compara lo ocurrido en este ámbito entre los años 2004 y 2006, se concluye que ha habido una disminución del 6% de atención, y del 1,4% en la atención secundaria, terciaria y primaria del Servicio Nacional de Salud, mientras que la libre elección de Fonasa ha aumentado al 7%.

En relación con la metodología utilizada en el estudio, mencionó que se optó por no realizar estimaciones con respecto a tiempos máximos de espera por patología, sino a nivel nacional, dado que la forma en que los Servicios de Salud proporcionan la información no es fácilmente homologable, ya que mientras algunos expresan los tiempos máximos de espera contabilizados en días, otros consideran los promedios, por lo cual es posible que las listas de espera sean mayores a las que se han dado a conocer.

⁴⁰ Artrosis de rodilla, hernia de núcleo pulposo, hernia, cardiopatía (reemplazo multivalvular), coleditiasis, cardiopatía (angioplastía), cardiopatía (stend), adenoidectomía, colostomía, hallus valgus, hemorroidectomía, histerectomía, litiasis renal, tirodetomía y várices.

Por otra parte, se refirió a la información respecto de las patologías seleccionadas que están comprendidas en el Plan Auge, desagregada por etapa de patología o por prestación garantizada, y formuló los siguientes comentarios:

- En el caso del cáncer de testículo, el estudio da cuenta de que desde la atención primaria de salud hasta el especialista, el día máximo de espera informado es de doscientos once días, en circunstancias de que el tiempo garantizado, según el decreto del Ministerio de Salud, es de sesenta días.

- Hay 29.000 personas en lista de espera para la colecistectomía, en circunstancias que la estimación de lista de espera efectuada en una metodología lineal, es de 60.000 personas en el total de las patologías analizadas.

- En el caso del cáncer de mama, el tiempo de espera de la mamografía no se encuentra garantizado, pese a que este examen es necesario para efectuar el diagnóstico. Si bien de acuerdo con lo informado por los Servicios de Salud, el tiempo promedio de espera es de nueve días, en la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente hay 2.735 pacientes que esperan realizarse una mamografía, sin que se hayan obtenido datos respecto del tiempo máximo de espera, ya sea expresado en promedio o en días. Por su parte, el Servicio de Salud O'Higgins declaró que había 210 personas con tiempos de espera superiores a los sesenta días; pero no aportó antecedentes sobre el tiempo máximo de espera, por lo que se estableció como supuesto el hecho de que los pacientes deben esperar al menos sesenta días para efectuarse este examen. A partir de la información recabada, se ha estimado que hay 3.098 pacientes cuya mamografía está pendiente. El promedio máximo de espera para la intervención quirúrgica del cáncer de mama es de noventa y cinco días y hay 179 pacientes cuya garantía de oportunidad ha sido incumplida, en circunstancias que, según lo estipulado en el decreto N° 44, de 2007, del Ministerio de Salud, dicha intervención tiene treinta días de tiempo garantizado. El Servicio de Salud Metropolitano Occidente declaró sesenta días como tiempo máximo para la realización de la radioterapia, pero no informó el promedio, por lo que al homologar ese antecedente para extraer la información agregada, en un análisis a partir del cual se pudieran obtener conclusiones, se tuvo que adoptar un supuesto y, en definitiva, se homologó al promedio de noventa y cinco días, que se consideró como días máximos, de manera que hay pacientes que deben esperar más del tiempo indicado para acceder a este procedimiento.

-En el caso de la diabetes mellitus, los datos proporcionados por los Servicios de Salud Aconcagua, Coquimbo y Llanquihue-Chiloé corresponden a tiempos de espera promedio, mientras que otros Servicios de Salud informaron días máximos de espera. Indicó que pese a que el referido decreto N° 44, garantiza que el paciente acceda al especialista en tres días, se ha informado tiempos de espera promedio de 216 (Servicio de Salud Coquimbo) y los 211 días (Servicio de Salud Llanquihue-Chiloé), lo que da luces respecto del grave problema que existe en materia de falta de especialistas. De acuerdo con ese decreto, la entrega de exámenes debería producirse en treinta minutos en el caso de una descompensación cuando el paciente llega a un servicio de urgencia. Sin embargo, en el caso específico del Servicio de Salud de Coquimbo, hay 19 pacientes con doscientos treinta días de espera, como promedio, lo cual supone la existencia de personas que esperan por más tiempo que el indicado.

-En cáncer gástrico, el Servicio de Salud Biobío informó que hay 177 pacientes que esperan ser derivados desde la atención primaria de salud al especialista. Sin embargo, varios servicios no dieron a conocer cuánto es el tiempo máximo de espera, ya sea en días o en promedio, por lo que se tuvo que efectuar una estimación lineal, a partir de lo cual hay 142

pacientes cuyo tiempo de espera declarado es de más de sesenta días; 2 pacientes en que dicho período se extiende entre treinta y sesenta días, y 33 pacientes cuyo tiempo de espera es menor de treinta días, lo que implica que la lista de espera supera los sesenta días. La estimación del máximo de días de espera para el Servicio de Salud del Biobío en cáncer gástrico es de 303 días.

-Un alto porcentaje de los servicios de salud proporcionó información sobre las cataratas. Si bien algunos de ellos declararon no tener listas de espera, el estudio concluye lo contrario. Los días máximos de espera informados son, en promedio, 191, mientras que el tiempo garantizado según el decreto supremo N° 44 es de 180 días. Hay 731 pacientes cuya garantía de oportunidad ha sido incumplida, en lo que respecta al tiempo que media entre la atención primaria y la del oftalmólogo. Los días máximos de espera informados para la intervención quirúrgica al primer ojo son 206, mientras que el tiempo garantizado es de 180 días, situación que es similar a la de la intervención quirúrgica del segundo ojo.

-Al desagregar la información respecto del cáncer de testículo, se concluyó que hay 124 pacientes en lista espera para ser derivados desde la atención primaria hasta el médico especialista a contar de la sospecha del diagnóstico, con 211 días de promedio de espera. Se pretendió averiguar sobre las listas de espera en ecotomografías y en TAC (tomografía axial computarizada), ya que, según la guía clínica, es importante contar con el examen para la intervención quirúrgica. No obstante, sólo el Servicio de Salud Aysén proporcionó información sobre el particular, de modo que no se pudo obtener un resultado al respecto. La mayoría de los Servicios de Salud declaró no tener lista de espera para la intervención quirúrgica y los que reconocieron que había pacientes en esta situación informaron tiempos promedio elevados (264 días), que no cumplían con la garantía de oportunidad, en el entendido que el tiempo garantizado en el decreto supremo N° 44 es de quince días.

-En casos de esquizofrenia, hay hasta 207 días promedio de espera desde la atención primaria hasta la atención del médico especialista, mientras que el tiempo garantizado por el decreto supremo N° 44 es de veinte días. El Servicio de Salud Coquimbo declaró 145 días para iniciar el tratamiento de prueba, a pesar que en el referido decreto se indica que el tratamiento de prueba se inicia desde la primera consulta.

Destacó el hecho que los Servicios de Salud Coquimbo y Llanquihue-Chiloé hayan sido los que proporcionaron mejor información desagregada. Indicó que este último no solamente entregó la lista de espera según el Sigges, con treinta a sesenta días, sino que, además, remitió su propia lista de espera. Preciso que la mayoría de los Servicios de Salud respetaron el formato específico que se les envió para que proporcionaran los antecedentes solicitados y que algunos agregaron otra información para poder cotejar los datos.

Aclaró que en el estudio se utiliza el término “incumplimiento” y no se habla de retraso, por cuanto al efectuar un análisis de los textos legales y reglamentos, tales como la ley N° 19.966, el decreto supremo N° 44 y la resolución exenta N° 60, de 2007, del Ministerio de Salud, se pudo constatar que en ellos no se hace referencia alguna al “retraso”. Preció que el referido decreto, que no ha tenido una adecuada difusión en la opinión pública, proporciona un protocolo de manejo del incumplimiento e informa al paciente qué debe hacer y cómo debe hacer valer su derecho frente a la autoridad, por lo que se cuenta con diez o doce días más para resolver la situación.

En relación con las patologías no comprendidas en el Plan Auge, informó que las listas de espera analizadas corresponden a períodos de menos de treinta días; de más de treinta y menos de sesenta; de más de sesenta e incluso, de más de sesenta y menos de noventa días. In-

dicó que si bien en el estudio efectuado en 2001 se logró cotejar el tiempo máximo que esperaba un paciente, no ocurrió lo mismo con el de 2007, ya que no es posible saber con certeza cuánto es lo máximo en días de espera de los pacientes. Preció que el Servicio de Salud Aconcagua indicó cuándo fue la primera hora solicitada del paciente en la lista de espera, con lo cual se determinó que para algunos pacientes la espera era de dos años. Señaló que el estudio abarca el período comprendido entre septiembre de 2007 y enero de 2008 y se basa, tal como en el caso de las patologías comprendidas en el Ges, en los datos proporcionados por 19 servicios de salud. Indicó que hay 23.736 personas en lista de espera en las patologías analizadas, de las cuales 12.800 se encuentran en esta situación por más de sesenta días.

Gremios de la salud: Federación Nacional de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud, Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (Fenats Unitaria), Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (Confenats), Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (Fenpruss), y Colegio Médico.⁴¹

En general, todos plantearon los problemas que, desde su particular punto de vista, visualizan en el sistema general de salud pública en Chile. Hicieron referencia a la situación en que se encuentran sus representados como colaboradores directos en el sistema, a las carencias que detectan en atención al usuario, en infraestructura, recursos humanos, uso de los recursos públicos y gestión y a las falencias en la atención primaria. Finalmente, algunos de ellos hicieron algunas proposiciones concretas como modo de cooperar en el mejoramiento del servicio y del sistema en general.

Presidenta de la Federación Nacional de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud, señora Silvia Aguilar Torres.

Se refirió a la existencia de listas de espera, al mal uso de recursos públicos en algunas situaciones que detalló, a la mala resolutivez de la atención primaria y, finalmente, efectuó propuestas en materia de desafíos para la gestión, modelos y recursos.

Hizo presente que, históricamente, la salud ha sido vista por nuestra sociedad como un derecho y una conquista social. Para los chilenos la salud es un bien social, lo que tiene importantes implicancias, puesto que es el Estado el que debe cautelar el cumplimiento de ese derecho y la generación de políticas para elevar el nivel de salud de la población. El Estado entrega anualmente 1,6% del PIB al sistema de salud, porcentaje que debería aumentarse a 3,2%, atendido que las epidemiologías han cambiado y que los seres humanos viven más.

Listas de espera. Indicó que en su presentación nombra dos o tres servicios de salud, respecto de los cuales hay datos duros; sin embargo, aclaró que, en el Servicio de Salud Central se informó que hay trece mil personas en listas de espera en el área central. Duele cuando uno se da cuenta de que queda tanta gente sin atender, pero, a pesar de eso, es positivo que se haya logrado identificar la base de datos de quienes esperan solución a sus problemas. No es lo mismo una lista de espera sin nombre y apellido, puesto que al menos esto permite priorizar. Es cierto que se han hecho esfuerzos para mejorar la infraestructura, el equipamiento hospitalario, las especialidades y la situación de las listas de espera, pero todavía son insuficientes.

Falta de personal de técnicos paramédicos. La situación es alarmante pues impide cumplir bien con las funciones. En el sistema de salud público hay 26.000 paramédicos, 19.000 titulares y 6.000 contratados. El Colegio Médico señaló que se necesitan 1.500 especialistas y el Colegio de Enfermeras manifestó que se requerían 1.000 más de ellas en los hospitales del

⁴¹ El detalle in extenso de la intervención consta en las actas de las sesiones de la Comisión de Salud N° 92 y 94, de 19 de mayo y 2 de junio de 2008.

país. En la actualidad, hay una enfermera por cada cinco paramédicos, de manera que es necesario contar con 5.000 paramédicos más para entregar la atención requerida.

A lo anterior, se agrega que, de hoy al año 2010, se deberán ir, producto de incentivos económicos, cerca de 4.500 paramédicos; por ello, quedarán aproximadamente 23.000. Por tanto, si lo anterior se suma los 5.000 que se requirieron en la actualidad, se concluye que se necesitarían alrededor de 10.000 paramédicos para dar la atención que corresponde. Además, los estándares señalan que un paramédico no puede atender a más de diez pacientes, pero en estos momentos un turno de paramédicos tiene a su cargo entre 25 y 45 pacientes.

La estimación anterior tiene su razón de ser por cuanto se aumentarían los especialistas, de lo que se deduce que la atención será mejor, con más camas, y serán los paramédicos quienes deberán atender a los enfermos.

No hay estudios recientes que acrediten cuál es la carga de trabajo del personal paramédico. La Universidad de Chile efectuó uno hace cinco años, y estableció que no debiera haber más de tres camas críticas por paramédico y no más de ocho pacientes, todo lo cual dista con mucho de la realidad que se vive en los hospitales.

Denunció la mala calidad de la relación laboral al interior de los centros hospitalarios: ausentismo producto de estrés, exceso de trabajo y horarios, maltrato laboral, rechazo de licencias y denegación de días administrativos.

Denuncia sobre el mal uso de recursos públicos. Los hospitales compran servicios externos de profesionales no médicos y de técnicos paramédicos. En febrero de 2008, el Hospital Barros Luco contrató de la empresa Fastsourcing Servicios Limitada, servicios de enfermeras y de paramédicos por un monto de nueve millones de pesos (\$ 9.000.000), a los que les pagaron treinta y dos mil pesos (\$ 32.500) más IVA, es decir, treinta y seis mil pesos (\$ 36.000) por paramédico. A los paramédicos, sin embargo, se les cancela veinte mil pesos (\$ 20.000), de manera que la empresa gana como utilidad la diferencia. Sin embargo, la situación es más delicada todavía, porque esas personas hacen turnos del extra sistema por doce horas, mientras que los funcionarios de planta, de ese y otros hospitales, ganan mil cuatrocientos pesos por hora (\$ 1.400), es decir, alrededor de trece mil pesos (\$ 13.000) líquidos diarios. Estiman que, vía el sistema descrito, se busca la externalización de los servicios de los trabajadores, lo que es inaceptable.

Se pagó cinco millones de pesos (\$ 5.000.000) por paramédicos en febrero pasado, en circunstancias que se supone que la ley no permite contratar para reemplazar las vacaciones de funcionarios, sino sólo las licencias maternales, y que durante ese mes baja la atención de usuarios, de manera que no se requería personal extra para cubrir 152 turnos durante ese mes en el Hospital Barros Luco. Al respecto, plantean la duda sobre la efectividad de la realización de los turnos, sobre quién valida a las personas que coloca la empresa a trabajar, si hicieron las doce horas correspondientes y si la situación señalada obedece a una campaña o a la búsqueda de beneficios para algún funcionario.

A los paramédicos de planta les está permitido hacer turnos sólo cuando la Dirección del Servicio lo demanda o estima que se requieren. De hecho, en los programas IRA y ERA la jefatura de cada servicio de Salud es la que decide si se necesita más personal, aunque las salas estén llenas. Si se considera que un paramédico de planta gana aproximadamente doscientos cincuenta mil pesos (\$ 250.000) mensuales, con los cinco millones de pesos (\$ 5.000.000) que se gastan mensualmente en contratar servicios externos de esos funcionarios, se podría contratar a veinte paramédicos.

Hizo presente que hay una investigación en curso -de parte del gremio- para determinar si son funcionarios del sistema o no, atendido que hay listas con individualización.

Desafíos en gestión, modelos y recursos. Una visión que se concentre sólo en uno de esos aspectos es sesgada. Más recursos sin gestión y cambio de modelo, significan, a su juicio, plata perdida. Se debe innovar y mejorar la gestión.

Hizo las siguientes propuestas y denuncias a la Comisión:

-La necesidad de estudiar la forma legal que permita desarrollar un nuevo modelo de contratación de servicios, en horarios de infraestructura ociosa, para que se ocupen los equipos, con remuneraciones extras.

-En cuanto a las enfermedades respiratorias, se deben aumentar en forma real las camas, no como ocurre en la actualidad, mediante reconversión de camas quirúrgicas.

-Como funcionaria y dirigente indicó su obligación de reconocer avances en varios Servicios de Salud. En el área central del Hospital San Borja se avanzó mucho en la parte neuroinfantil y en operación de columna. Pero, a su vez, faltan recursos humanos y material de especialidades, es decir, todo lo que conlleva armar un equipo. Lo bueno es que el hospital aumentó sus camas y tiene una unidad coronaria implementada en forma completa. Sin embargo, todo hay que comprarlo afuera, no se puede implementar el sistema con los recursos internos.

-Otra denuncia tiene que ver con los pacientes imputados que les toca atender. Por ley deben atenderlos, lo cual representa un problema grave. Primero, porque no se ha preparado al personal técnico. El paramédico debe hacer todo, es decir, atender al paciente hospitalizado y al imputado, en el Hospital El Peral. Gendarmería no está cumpliendo su papel, porque si el paciente está engrillado, el gendarme se va. No hay seguridad en el cuidado de ese tipo de pacientes.

-Tremendo abuso con los pacientes psiquiátricos, pues no hay cómo controlarlos, vigilarlos, cuidarlos ni resguardarlos. Los pacientes psiquiátricos también son seres humanos.

-Colapso en las listas de espera en el Hospital El Peral, porque el hecho de tener que recibir a pacientes imputados impide sacar de la lista de espera a pacientes que requieren hospitalización inmediata.

-En la Región de Magallanes no hay infraestructura para diálisis y pabellón. Los pabellones con que cuentan son añosos. Además, tienen un hospital que está por terminar de construirse, y no está contemplado agrandar su pabellón. No cuentan con los recursos humanos ni con las camas suficientes, tampoco con recursos propios ni con máquinas de anestesia.

-En el Servicio de Salud Sur-Oriente, dentro de la lista de espera manifestaron su extrañeza por la ausencia de pacientes para diálisis. Resultó que el 20% se hace en el sistema y el 80% se compra al extra sistema. Luego de indagar, se comprobó que personas que están a cargo del extra sistema son funcionarios del mismo Servicio de Salud.

Consultada la opinión de la invitada sobre las causas que, a su juicio, han impedido que no obstante el presupuesto asignado a Salud año a año (1.2% del PIB, más el 7% de las cotizaciones más los aportes que hacen otros sectores, todo lo cual alcanza a una suma equivalente al 7% del PIB) no se produzcan mejoras importantes en salud, señaló que si bien se trata de una gran cantidad de dinero, el 50% del mismo se destina a remuneraciones de 56.000 funcionarios; pero además de eso, la razón fundamental es que no hay gestión pues si ésa fuera buena todo funcionaría como corresponde. Así, mencionó que en la época del IRA y ERA se perdió plata porque el material que se compró no se hizo pensando en el usuario,

sino que en la licitación. Las compras las efectúan personas que no utilizan los elementos, sin consultar al personal. Por lo tanto, es una mala gestión.

Consultada sobre el funcionamiento de la red de salud pública, indicó que en teoría el sistema es bueno, pero se debe acelerar la buena puesta en marcha. Se ha invertido una enorme cantidad de dinero en la atención primaria la cual, si funcionara, descongestionaría a los hospitales. Es ahí donde está el problema. Le han inyectado mucho dinero, pero hasta el día de hoy no funciona. Por ejemplo, los pacientes no tienen por qué llegar a urgencia para hacer una extracción de orina, cuando eso se puede realizar en atención primaria. Al mirar las estadísticas y ver qué clase de pacientes son los que llegan a urgencia, se observa que entre el 30 y 40% son derivados de la atención primaria. En este proceso se gastan muchos recursos; se atiende hasta las 12:00 de la noche, sábados y domingos inclusive, siendo incapaces de dar abasto, fundamentalmente porque los hospitales atienden, aparte de la población que les corresponde, a las personas que deben atenderse en los consultorios.

Consultada sui opinión sobre el Auge, indicó que a pesar de haber tenido alta participación en la reforma de salud de hace algunos años, desde la perspectiva humana es un buen sistema, porque ayuda a gente que realmente no puede esperar, sin embargo, ha tenido dos transformaciones: ha aumentado las listas de espera de los No Auge y, se ha transformado en un tremendo negocio. Lo último, en el siguiente sentido: dentro del hospital, a un médico que está contratado por 20, 22 ó 24 horas, en la tarde se le paga particular la atención de Auge; incluso los sábados, con el presupuesto del fondo Auge se paga al equipo completo, lo que lo transforma en un tremendo negociado. Por ejemplo, no se coloca una o dos operaciones en horario normal, porque es más fácil operar fuera de horario y el día sábado.

Consultada sobre la cantidad de funcionarios de ese gremio que estaba contratado o era de planta, indicó que el 25% de los paramédicos trabaja a honorarios.

Presidente de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (Fenats Unitaria), señor Ricardo Ruiz.

Situación actual de la salud. La Fenats Unitaria desea rescatar el legado histórico de la salud pública en Chile. En 1952, fue capaz de potenciarse con todas las miradas y sectores ideológicos y políticos. Eso puede servir de ejemplo para, nuevamente, centrar el tema en la postura que el colapso actual no pasa por la ineficiencia de sus funcionarios, de los médicos ni por las necesidades existentes, sino que por las mayores expectativas de vida y por el desarrollo de Chile y de su población. Por ello, se requiere potenciar la salud pública.

En Chile existen más de 16.000.000 de habitantes, de los cuales el 70% se atiende en la salud pública; su población beneficiaria de menos de 20 años supera el 32% y la mayor de 65 años asciende al 8,4%.

Los indicadores nacionales superan a los de otros países del área, en cuanto a las buenas condiciones de la salud pública. No cabe ninguna duda que el Auge es positivo. En Chile, a partir de 1973 no existe el derecho a la salud sino que más bien el derecho a acceso a la salud: al pasar de un estado solidario a uno subsidiario. Por ello es bueno potenciar el Auge desde la perspectiva del derecho. El 52% de la población reconoce al Auge como positivo

No cabe duda de que hay problemas de gestión y de recursos. En los años 1972 y 1973, Chile gastaba el 4% del PIB en salud. Hoy ese gasto es 3,1%, lo que significa que en treinta años se ha retrocedido en el presupuesto de salud, o al menos no se ha aumentado. Actualmente hay casi mil camas menos que en 1989. Ésa es la realidad, y un dato objetivo. Es decir, hay más hospitales y más camas, pero también hay más población. Por lo tanto, desde una perspectiva de proporcionalidad, el déficit es constante y permanece en el tiempo.

El otro déficit que es constante y que también permanece en el tiempo es el rol del Estado. Si en 1973 se gastaba el 4% del PIB y hoy el 3,1%, quiere decir que la brecha es de 0,9%, pero con mayores necesidades, mayor resolutiveidad, mayor calidad de vida y una población más vieja. Otros países, con características similares a las de Chile, como Costa Rica gastan el 5,4% del PIB.

Razones para existencia de listas de espera. Hace presente una duda, en cuanto si la existencia de las listas de espera constituye un problema de gestión o de falta de recursos. A su juicio, pueden ser ambas cosas; por ello, plantea que a los servicios se les entreguen recursos para solucionar los problemas, pero ello debe ir acompañado de sistemas que permitan determinar dónde está el dinero. El Gobierno debiera conformar una comisión externa que asegure que esos recursos destinados a solucionar los problemas en las listas de espera realmente se destinen a ese objetivo.

Propuestas para infraestructura. Hizo presente dos problemas que preocupan a la Fenats Unitaria. Desde la perspectiva de mejoramiento de infraestructura, a su juicio urge construir baños diferenciados para el personal, para los enfermos y para las visitas de éstos; asimismo, se deben agregar ambulancias y conductores, pues hay carencia de ambos. Por su parte, la reforma procesal penal trajo produjo problemas en los hospitales psiquiátricos, pues la dotación de imputados ha aumentado y, sin embargo, los lugares físicos son los mismos: se trata de personas que, además de ser delincuentes, tiene problemas psicológicos, con gran carga de agresividad.

Falta de personal. Se requiere un estudio urgente que determine, objetivamente, cuánto personal se necesita por cama y cuántos paramédicos se necesitan para atender a la población. Existen parámetros internacionales que deben ser tomados en cuenta.

Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (Confenats), señor Roberto Alarcón Gómez.

Este gremio, que integra a treinta mil funcionarios, entre administrativos, técnicos y auxiliares, estima que la reforma de la salud es el origen de la actual crisis hospitalaria, lo cual se explica en tres puntos centrales.

En primer lugar, el plan Auge reemplazó lo que era un determinado modelo de atención, basado en programas de prestaciones, por un plan de prestaciones que denominan “canasta básica”. Los gremios, en su oportunidad, manifestaron que, en lugar de ayudar, el Auge sería una reforma que haría fracasar al sistema de salud. Entonces, cuando se responsabiliza al Auge, se señala que se trata de un plan de salud y no de un programa de salud. Por lo tanto, una de sus características principales es que es discriminatorio, por cuanto algunos recursos se entregaron expresamente pensando en el Auge, pero se dejó fuera al resto de las patologías.

En segundo término, la reforma carece de un elemento fundamental relacionado con las políticas sociales, cual es el concepto de solidaridad. Considera muy populistas aquellas expresiones que señalan que el grado de satisfacción del usuario es alto respecto del Auge, porque eso se hace a costa de dejar de hacer otras cosas, especialmente por seguir aumentando la lista de espera de las patologías no Auge, que ya es bastante grave. Si se observan las estadísticas, se ve que hay listas de espera extensas, a tal punto que algunas personas terminan muriendo esperando una cama. Entonces, el tema no se resuelve por esa vía.

En tercer lugar, el diseño del plan fue improvisado. Nunca se pensó sobre lo que pasaba con los déficits que había en el sector respecto de la falta de especialistas en algunas patologías o áreas importantes, como traumatología, anestesia o neurocirugía, entre otras. Tampoco

se diseñó pensando en los déficit existentes en la atención primaria que, debiera ser el soporte o la base del plan de prestaciones, como forma de resolver el colapso de las urgencias en los hospitales. Tampoco hay especialistas en la atención primaria. Desde ese punto de vista, se trató de un proyecto que se hizo sin los estudios necesarios para poner barreras. El cambio del modelo se sustentó en la atención primaria, como puerta de entrada al sistema; sin embargo, se entregó a los municipios, cuyo giro y preocupación principal no es ni lo financiero ni la gestión del tema de salud. Es una situación que no se previó antes del Auge.

En cuanto a lo curativo, el modelo también se ve afectado, porque la herramienta principal es la autogestión. Los establecimientos de salud que logren mayores resultados con los mismos recursos serán premiados; así, ese establecimiento obligadamente se debe ceñirse a solucionar los problemas de atención de salud donde hay dinero, porque si hace más cosas y se pone a solucionar otros problemas, hará un mayor gasto y no recibirá el 100% de retribución por lo que está haciendo.

Respecto del tema sanitario, se reduce el plan de salud a partir de la canasta básica, de la cual se determinan cuáles son las prioridades de atención de salud de la gente.

La crisis del sistema se basa en que se hizo una reforma sin un aumento concreto en la inversión en salud que, actualmente, sólo alcanza a 1,6% del PIB. Aclara que hablan de “inversión en salud”, no de “gasto”. Las autoridades se equivocan cuando contrapesan los problemas de la salud argumentando que se ha duplicado el gasto, porque con eso se asume que se han entregado recursos pero que se han ocupado mal. El problema no es sólo de gestión; el problema es que hay fallas estructurales muy importantes. Concluye que no debería existir una canasta básica sino que debieran incluirse más patologías al Auge, pero no por ahora -éste no es el momento adecuado, atendido los problemas existentes, que el sistema no es resolutivo, y que hay largas listas de espera-.

Presidente de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (Fenpruss), señor Claudio González.

Señaló que la crisis del sistema público de salud se manifiesta en la falta de camas, en el aumento de las listas de espera -tanto de pacientes Auge como No Auge, en la falta de especialistas y de personal capacitado, en el colapso de los servicios de urgencia, en el incierto futuro de los hospitales de baja complejidad y en la atención primaria. Ésta última no sólo la manejan las municipalidades, sino también los Servicios de Salud, como los de la Región Metropolitana, de la Quinta Región, de Aisén y en otros sectores donde todavía hay consultorios que dependen de los Servicios de Salud.

Problemas detectados en visitas a centros hospitalarios. La urgencia infantil del hospital Félix Bulnes está prestando tratamiento médico a niños hacinados en un recinto transitorio, esperando la supuesta inauguración de la nueva urgencia infantil, que se espera desde octubre de 2007; la urgencia del hospital Roberto del Río carece de refuerzos en enfermería y paramédicos durante la campaña de invierno (las campañas de invierno no significan aumento de personal, a pesar del aumento de demanda, pues pasan de trescientas cincuenta a setecientas consultas diarias); la urgencia de adultos del Hospital San José tiene pacientes hospitalizados en camillas o que reciben tratamiento en los pasillos (un ejemplo: dos pacientes estuvieron siete y once días, respectivamente, hospitalizados en el servicio de urgencia, conectados a ventilador, con drenaje pulmonar, y sólo el décimo primer día el hospital compró servicios a la clínica Indisa. Eso quiere decir que ese día no había camas UCI en el sistema público de salud. En general, afirmó, los pacientes entran al servicio de urgencia, pero deben esperar veinticuatro horas para entrar al hospital y en condiciones pésimas, pues la gente es hos-

pitalizada en camillas o sillones; en el postoperatorio del hospital Félix Bulnes, debido a la remodelación, se pasó de once a cuatro camas.

Un estudio de la Internacional de Servidores Públicos, sobre el impacto de la reforma en los sistemas públicos de salud detectó que de los cinco servicios objeto del mismo, el de Concepción, tiene el índice de externalización de 4,7% (compra fuera del sistema exámenes de laboratorio, intervenciones quirúrgicas, atenciones de urgencia, colocación familiar de menores extrahospitalaria, pago de cuidadores de pacientes postrados. Ello implica costos adicionales, además de lo que significa el pago de pasajes y de traslados de pacientes, vinculada con la compra de servicios); el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, que es uno de los más grandes mostro que de los \$ 91.000.000.000 (noventa y un mil millones de pesos) que gasta ese servicio, \$ 11.000.000.000 (once mil millones de pesos) se utilizan en tercerización, es decir, el 17% del total del presupuesto del servicio. En compra de atenciones de urgencia se están invirtiendo \$ 2.500.000.000 (dos mil quinientos millones de pesos); en compra de intervenciones quirúrgicas \$ 1.400.000.000 (mil cuatrocientos millones de pesos). La mayoría se destina a patologías Auge.

En cuanto a las listas de espera, mencionó que las principales patologías con incumplimiento Auge se refieren a prótesis total de caderas, tratamiento quirúrgico de cataratas, colestomía preventiva de cáncer de vesícula, emergencia en el parto, tratamiento hernia núcleo pulposo y adenoma prostático.

Causas de los incumplimientos. Déficit de pabellones operativos disponibles, de horas de especialistas -traumatólogo, oftalmólogo, anestesista- y de paramédicos y arsenaleras. La solución -hoy- consiste en comprar servicios en el extra sistema, y que los equipos de salud conformados por el propio personal pero fuera de horario, en pabellones de centro asistencial, puedan operar. Ello implicaría abrir los pabellones en las tardes; pero para eso se requiere contratar personal. Asimismo, el aumento de las listas de espera de pacientes No Auge en diversos hospitales, como en el Hospital Félix Bulnes, donde hay seiscientos pacientes en lista de espera por hernia; en el San Juan de Dios, mil por hernia; en el Hospital de Curicó, mil por traumatología; en el de Concepción, mil por dermatología; en el de Valdivia, dos mil seiscientos por dermatología y mil cuatrocientos por prótesis dental; en el Gustavo Fricke de Viña del Mar, casi tres mil seiscientos por oftalmología y mil novecientos por cirugía vascular periférica.

En los servicios de urgencia, el promedio de espera para atención es de dos horas y media, en tanto que en los hospitales de alta complejidad es de seis horas.

En gestión de redes, se señaló que la Subsecretaría no opera como tal, sino como Subsecretaría o gestor de centros asistenciales

En general, la red no funciona. Si funciona, es por la buena voluntad del personal de turno. Por ejemplo, si el paciente de Laja fue atendido en el Hospital de Los Ángeles es porque la enfermera había trabajando en Laja y no porque haya equipos conformados para articular la red. Eso es una falacia.

Otro de los grandes problemas radica en que el sistema cuenta con capacidad instalada en hospitales de baja complejidad, sobre todo en regiones, que no se ocupa. Por eso existe un futuro incierto en los hospitales de baja complejidad. El hospital de Mulchén, por ejemplo, que es nivel 4, debiera pasar a ser de mediana complejidad, y se evitarían muchos problemas, pero ello no ocurre, por qué: porque la gestión de la red no es eficiente.

Hay baja inversión en promoción y prevención de Salud. El Ministerio de Salud no sinceramente cuánto se gasta por ese ítem; no entrega datos duros. Las platas de promoción y preven-

ción que se destinan a los consultorios de atención primaria llegan vía municipalidad, y no en enero, sino que en agosto, por lo que todos los programas de promoción y prevención comienzan a desarrollarse desde agosto en adelante. Además, los programas no son eficientes; Vida Chile, por ejemplo, tiene un piloto para hacer caminar a ciertos grupos crónicos veinte kilómetros en algún momento, cuando tuvieran un espacio de tiempo. Eso demuestra que los programas incluso están desfocalizados, porque en los campo la gente camina eso y más, así que no es necesario hacer de eso un programa nacional. Los programas debiera desarrollarse de acuerdo a la realidad local

Otro tema, agregó, lo constituye el cierre de camas. De acuerdo a datos extraídos de la página web del Ministerio de Salud, en 2004 existían 5.088 camas, en hospitales de baja complejidad, pero también de los hospitales de administración delegada, como el San José de la Mariquina, el San Juan de la Costa, el de las monjitas que atienden en Pucón y todos los hospitales que son administrados por corporaciones sin fines de lucro, que también forman parte de la red, con mirada de red. Por tanto, en los hospitales de baja complejidad, la situación financiera es agobiante.

Otro elemento preocupante es cómo se realiza la inversión en salud. Lamentablemente, lo que se está construyendo en algunos casos no es bueno, como lo que ocurre con el Hospital de Vallenar, cuyo caso presentaron a la Contraloría: se inauguró en julio de 2007, con presencia de autoridades nacionales; sin embargo el acta de recepción de la obra definitiva de 22 de febrero de 2008, señala observaciones: problemas en la climatización, grietas en techos y muros, fallas en la instalación eléctrica, entre otros. El de Chile Chico, tiene la caldera principal en mal estado, por tanto, la calefacción se suple con la caldera auxiliar, lo que implica usar leña como material, hay problemas con los box de atención y con el vacunatorio. Y suma y sigue. Hoy en los hospitales de baja complejidad ya no se efectúan procedimientos y los pabellones están subutilizados, como en Purránque; los de Traiguén y Lebu están cerrados.

Falta de seguridad en los traslados de los pacientes. La seguridad mínima, no existen ambulancias si no que verdaderos carros. Si la idea es que existan hospitales tipo 4 cerca de los hospitales de mayor complejidad, para disminuir costos y dejar los hospitales para otras cosas, eliminando las camas y no atender los partos, al menos habría que invertir en el traslado en ambulancias.

Falta de personal. Se plantea que las cuatrocientas camas que hoy se anuncian deben ir acompañadas de médicos, enfermeras, paramédicos, auxiliares y equipo de apoyo diagnóstico. Generalmente, cuando empieza la campaña de invierno se hace mucho hincapié en el tema de las camas, de los médicos y del equipamiento, pero se olvidan de los rayos y del laboratorio.

Los datos que arroja el sistema demuestran que el número de licencias médicas promedio anuales por funcionarios es de dieciocho días -sin contar con aquellas por hijo menor de un año-. Los reemplazos no se hacen o se hacen deficientemente y, finalmente, el personal queda sujeto a turnos de 24, 30 y hasta de 48 horas en los establecimientos de salud. Los enfermeros o paramédicos del Instituto de Neurocirugía, hacen uno o dos días completos de turno.

Hospital amigo. La falta de salas y de espacio en general provoca hacinamiento; existen piezas con ocho y más camas; faltan espacios para entrevistas de pacientes y espera de familiares. La idea del hospital amigo se hace a través de muy buena papelería, pero a la hora de poner espacio para que el profesional converse con la gente, se ocupan los pasillos. Pide que se den las condiciones adecuadas para implementarlo.

Efectuó varias propuestas, que a continuación se enuncian:

-Aumentar el aporte estatal del 1,6% actual del PIB al 2,4% al 2010. Considera prudente aumentar, al menos, 0,8%, prácticamente el 50% del aporte que hay en la actualidad. A contar de enero de 2009, por el solo ministerio de la ley se autogestionarán cincuenta y seis hospitales cuyos directores deberán ser capaces de implementar el sistema con los recursos que van a tener. De lo contrario, fracasará, pero junto con ello, no se satisfacerán las necesidades de la gente.

-Debe haber redistribución financiera de ese aporte fiscal. Hoy, en la modalidad de libre elección se están haciendo muchas cosas que no debieran hacerse a través de la salud pública, como las cirugías plásticas.

-Repensar los territorios asignados a los respectivos Servicios de Salud, atendido que hoy la población ha variado en ubicación y crecimiento, pues fueron distribuidos de acuerdo a lo establecido en los '80; además, deben sectorizarse de acuerdo a perfiles epidemiológicos, con el objeto de poder determinar, por ejemplo, por qué la población de un lugar se enferma más de determinada enfermedad, etc.

-Entregar mayores atribuciones en la asignación de los recursos a los Servicios de Salud.

-Desarrollar nuevos sistemas de información que permitan la portabilidad de la historia del paciente: ficha clínica digital que pueda ser vista en cualquier centro de salud del país, pues existe la tecnología para ello.

-Repensar la situación de los hospitales autogestionados por el solo ministerio de la ley al 20.029. Los hospitales se endeudarán gravemente.

-El desarrollo de modelo de red de salud integral, pertinentes territorial y poblacionalmente, lo que también está relacionado con la municipalización, puesto que los directores de Servicios de Salud no pueden exigir a los alcaldes que cumplan las metas sanitarias si no tienen poder político para ello. Por tanto, aunque tengan gran capacidad técnica para negociar las metas, no tienen atribuciones para hacerlo, menos aún las enfermeras ni la gente encargada de la DAP-DPP de los Servicios de Salud.

-Se propone pasar de gestión de establecimiento a gestión de redes, con el fin que la gente sepa cuál es la red que le corresponde. En la actualidad, el modelo no funciona bajo red, sino bajo la voluntad de los funcionarios que trabajan en los servicios de salud.

-Avanzar hacia una estandarización relativamente universal de procesos clínicos, administrativos e informáticos. Sin embargo, lamentablemente, no todos los médicos operan bajo la lógica de los Samu, que tienen estandarizados todos los procedimientos y los insumos. En ese caso hay un aspecto de gerencia, de protocolo.

-Aumentar el monto per capita posterior a la redefinición de territorios bajo control sanitario. De ahí, surge la vieja discusión de cómo aumentar el monto per cápita. Ese problema se incrementa en los hospitales de alta complejidad, porque se trabaja con el histórico, no con la demanda actual. A su juicio, el principal problema del sistema público de salud es que la demanda no está aclarada, de manera que no se sabe cuánta gente se está atendiendo en los hospitales o en los consultorios.

-La formación de nuevos especialistas y profesionales debiera ser una política de Estado. Independiente de los problemas que puedan tener las sociedades científicas.

-Incrementar la oferta de servicios preventivos. Los pacientes que hoy llegan a la urgencia de los hospitales son los descompensados, es decir, aquellos que están con crisis de hipertensión o de diabéticos. Si hubiera atención primaria que funcionara bien y que tuviera visitas

domiciliarias y capacidad de resolución, la gente no llegaría al hospital. Debe aumentar la contratación de personal calificado para controles de pacientes crónicos.

-Asimismo, se deben generar nuevos modelos de control pertinentes por nivel de complejidad. Se trata de este tema de dar cuenta. Ahora, dar cuenta no implica sólo llamar al consejo consultivo para que escuche la cuenta, sino de que haya un debate sobre ella y sobre las cosas que se están haciendo. Se debe crear un organismo de control ciudadano y de fiscalización parlamentaria permanente.

-Se debe repensar la desmunicipalización de la salud si el sistema de atención primaria funciona mal.

-Aumento de la inversión sectorial en infraestructura y equipamiento.

Presidente y vicepresidente del Colegio Médico, señores Juan Luis Castro y Pablo Rodríguez, respectivamente.

Su intervención estuvo centrada en aspectos de carácter general sobre infraestructura, listas de espera y déficit de especialidades, e hizo referencia a la situación particular que afectaba al Hospital de Iquique, a la fecha de su exposición (junio de 2008).

Gestión. El sistema de Alta Dirección Pública, creado hace cuatro años, surgió como alternativa para dar un carácter técnico a la gestión y, sobre todo, colocar los incentivos en manos de profesionales que fueran verdaderos líderes de sus equipos de salud, tanto en hospitales de regiones como en direcciones de servicio, logrando así una calificación con un sueldo mejorado al que se tenía. En esa perspectiva, indicó, se refirió a las causales de la crisis y cómo se ha logrado o no constituir equipos y liderazgos que generen buena gestión dentro de los establecimientos.

A su juicio, es preferible que los directores de hospitales y centros de salud sean gestionados y dirigidos por profesionales médicos, calificados y con características especiales de liderazgo y capacitados específicamente en el área de la administración. Ello, fundamentalmente, por dos razones: primero, porque se trata de equipos que trabajan en salud y deben ser capaces de entenderse con los gremios respectivos, y segundo, porque tienen una vocación particular de servicio, que permite que se involucren de corazón en la actividad y gestión del servicio o centro respectivo. No se trata de ser excluyentes, aclaró, pero esas dos razones son fundamentales. De lo contrario, expuso, existen riesgos ciertos de imposibilidad de manejar periodos de crisis, como ha ocurrido en casos emblemáticos. A su vez, es importante evitar esa especie de lucha de clases que hay dentro de los hospitales entre médicos, enfermeras, auxiliares y administrativos, en que todos se pelean con todos porque tal o cual gana un peso más o un peso menos que otro o porque tiene un turno o no. Ello se aborda, sentenció, con líderes capaces.

La gestión es un punto clave, porque las inversiones en Salud han sido cuantiosas y muchas veces no hay proporcionalidad con los resultados.

En los últimos años, respecto de un catastro de los llamados a concurso de direcciones de Servicio de Salud, hospitales y subdirecciones médicas de servicios y hospitales, hay veintitrés llamados a concursos para veintidós cargos. Se debió efectuar ampliaciones en cinco de ellos: uno, quedó desierto, catorce de los veintidós fueron ocupados por profesionales médicos, y siete por profesionales no médicos, con rango de remuneración líquida entre \$ 2.400.000 a \$ 3.300.000. Desde el punto de vista del interés y de la convocatoria el balance fue relativamente aceptable.

Sin embargo, en los hospitales -aquí viene el tema de la autogestión hospitalaria y de qué líderes se necesitan para éstos-, de veinticinco llamados a concurso, en trece, por falta de

postulantes y por no reunir los requisitos, se tuvo que ampliar la convocatoria. Finalmente, once de trece quedaron desiertos, lo que obligó a hacer nuevamente llamados a concurso -se trata de remuneraciones de \$ 1.200.000 a \$ 2.400.000-.

Claramente, hay un problema que subsiste. La última modificación a la ley médica dio una facilidad, en el sentido de dar doce horas adicionales de dedicación exclusiva; todavía es poco, pero es un avance respecto de lo que se tenía.

En el caso de los subdirectores médicos la crisis es similar. En 2006 y 2007, de doce cargos a llenar, hubo que hacer ampliaciones en los doce y de los cuales quedaron desiertos nueve. Claramente, existe una demanda que está por debajo de la oferta que se está haciendo. En resumen, se producen crisis como la de los hospitales.

A su juicio, hay poca gente que lo hace muy bien; hay gente que puede ser criticada, tiene luces y sombras, y otro segmento que lo está haciendo mal. Está el temor de que los incentivos económicos para estos profesionales, sean médicos o no, estén por debajo de lo que el mercado les ofrece. Se trata de profesionales que tienen que administrar empresas, que tienen varios cientos de millones de dólares de presupuesto, a veces, mensuales, y de hospitales que a fines de 2008 van a ser autogestionados, cuestión que parece absurda, por las características de la autogestión, requisitos exigibles permanentemente que fueron cumpliendo algunos establecimientos, pero que al final, al aplicar la ley a tabla rasa, se darán situaciones dramáticas.

En resumen, en materia de Alta Dirección Pública, se requiere de buenos gestores y de líderes que aún no hay. No se cuestiona que en el sistema de selección a nivel superior la autoridad tenga el legítimo derecho de decidir -al Director de Servicio-. Hay una línea que debe respetarse dentro del mérito. Pero a nivel de dirección hospitalaria la gestión es mucho más técnica, y hoy hay falencias tremendas. Entonces, los grandes establecimientos, autogestionados el día de mañana, no cuentan con buenos líderes. ¿Cómo conseguir los buenos líderes y que no se ahuyenten? Con una mejor remuneración, pero también con una exigibilidad y dedicación que permita resolver el problema de la gestión hospitalaria. En muchas partes, las peleas son infinitas entre directores y profesionales médicos. ¿Por qué? Por falta de sentido común. Hay gente que no tiene inteligencia emocional para dirigir servicios, pues no es lo mismo que dirigir empresas de otro rubro comercial; se requiere trato y capacidad de diálogo con los gremios -a veces, no fácil- y una interlocución para buscar los acomodos internos para no aplicar acciones discriminatorias. Eso, para no hacer tonteras, como ha ocurrido en algunos casos emblemáticos de directores.

A su juicio, hay un problema de gestión -dentro del catastro de los motivos y causas de la crisis- que tiene que ver con mala selección de directivos, sobre todo, a nivel de hospitales en las direcciones y subdirecciones.

Per cápita. La suma de \$ 1.905 carece de explicación en los sectores rurales, donde la atención primaria se lleva todo el peso de la atención sanitaria. Evidentemente, señaló, es una cantidad claramente insuficiente.

Hospitales grandes versus hospitales pequeños. A su juicio, deben existir los hospitales tipo 4, con pequeña cantidad de camas disponibles para atender un parto o una situación local, porque la distancia es muy grande para pagar la ambulancia, sin embargo, otros centros debieran prestar atenciones ambulatorias, para evitar la existencia de camas ociosas. En cuanto a los hospitales experimentales, como el CRS Cordillera y el hospital Padre Hurtado, el Presidente del Colegio Médico fue enfático al requerir que esos deben pertenecer a la red pública, pues de lo contrario, y como ocurre en la actualidad, a los profesionales de esos es-

tablecimientos no les llegan todos los beneficios generales que obtiene el resto del sector salud.

Incentivo para especialistas. Los equipos médicos requieren no sólo plata, sino que además de ello, contar con infraestructura y equipos que los apoyen. Se requiere contar con cierta capacidad de resolución, de derivación y sistemas que permitan la alternancia, de modo de conjugar todos los intereses. A su vez, se requiere de una política de personal o de recursos humanos adecuada a las circunstancias en las que trabajan los médicos. No es bueno el ambiente hospitalario: los médicos no tienen buenos baños ni buenas salas de estar donde estudiar, todo lo cual hace poco grato y poco gratificante para los médicos ir a trabajar a los hospitales. Es frustrante el trabajo en los hospitales, lo que ocasiona que los médicos jóvenes no estén interesados en trabajar en el sistema público.

Médicos generales de zona. Ha habido avances importantes que tienen que ver con lo siguiente: Primero, que no hagan más turnos de llamada en los hospitales tipo 4 en la urgencia rural, sino que se realicen turnos presenciales (de los 100 hospitales tipo 4, se logró que en 85 de ellos, por la demanda que tienen y por la cantidad de camas existente, se efectúen turnos presenciales y no a través de la mortificación que significaba para los médicos generales de zona acudir a los llamados que recibían cada media hora o cada una hora, por lo cual tenían que ir al hospital desde sus casas, de noche, por caminos rurales, lloviendo, expuestos a que les pase cualquier cosa). Segundo, en cuanto a las becas de especialización, indicó que en otros tiempos, ellas eran un buen incentivo para que los médicos jóvenes se fueran a provincia como médicos generales de zona porque, al retorno, tenían la posibilidad de formarse (eran seis años prestando servicios en provincia). Sin embargo, hoy la disponibilidad de becas tiene que ver con los cupos que tienen las universidades y no con las necesidades reales de especialistas que tiene el país. Eso es tremendo y lamentable.

Inversión pública en salud. Hoy es de un 1,6% del producto interno bruto, lo que debiera -al menos- duplicarse. Por tanto, la actual inversión en salud es extremadamente baja: faltan hospitales y camas, y se produce brecha tecnológica.

Atención primaria. Es indispensable que sea resolutiva y cuente con especialistas. No puede ser que haya un sistema de salud que sea sólo para la gente que tiene recursos, que puede ir al especialista y llevar a sus hijos al pediatra o al internista, y otro en el que las personas sólo tienen acceso a médicos generales. De lo contrario, resulta al final, más caro que un paciente vaya a atenderse, que luego se le cite para el día siguiente y que después deba recurrir al servicio de urgencia. Es un paciente que usa la red intensamente y que la hace colapsar, para resolver un problema que se podría haber solucionado con la primera visita, con un médico con experiencia y especialista, y con el aporte tecnológico necesario para efectuar los exámenes que se requieren. Debido a esa situación, las personas al final terminan por consultar cuatro veces. Pero, además de los costos estrictamente económicos, se agregan sociales y humanos.

Hay ahorros que son buenos pero otros no. Si se analiza seriamente cuánto cuesta el traslado de un paciente en ambulancia o avión -como sería Iquique/Santiago-, se concluye rápidamente que tres, cuatro o cinco traslados al año bastan para justificar la contratación de un especialista en el hospital alejado de la capital. Esto pasa frecuentemente en el país, pero se sigue con el mismo sistema.

Finalmente, hizo presente que la atención primaria, que es el punto de entrada del sistema, debe ser profundamente estudiada desde el punto de vista de las remuneraciones de los médicos las cuales, dijo, son paupérrimas si se considera lo que significa estudiar siete años en la

universidad para ser médico, con los costos que tienen las universidades en la actualidad, para que se perciba una remuneración líquida promedio de entre \$ 500.000 y \$ 600.000. Lo que ha ocurrido que, como los médicos chilenos no trabajan por ese sueldo, se ha incrementado la contratación de médicos extranjeros, muchos de los cuales provienen de países con un estándar académico universitario en medicina muy por debajo al chileno. Se ha logrado que se les exija aprobar el examen médico nacional, pero ello no soluciona el problema pues, mientras no se ofrezcan condiciones de trabajo que sean atractivas y justas para los médicos de la atención primaria, si se ponen cortapisas a los extranjeros, simplemente el sistema quedará sin médicos: los chilenos no trabajan allí por los bajos sueldos, y los extranjeros no pueden hacerlo porque no aprueban las pruebas nacionales. El problema continuará.

2) Atención primaria.

Ministra de Salud, señora María Soledad Barría Iroume.⁴²

Su exposición dio una visión amplia de qué es y cómo está conformada la atención primaria en el país; la población beneficiaria e inscrita en ella; los programas implementados en ese nivel de atención, la cantidad de prestaciones que se realizan; el financiamiento a través del per cápita y de programas adicionales; la informatización del sistema, y la incidencia que podrá tener la contratación de nuevos médicos.

La atención primaria constituye la base del sistema público de salud, independientemente de si es administrada por los Servicios de Salud o por los municipios. Hay 268 comunas urbanas y rurales, en las que se trabaja con un sistema de financiamiento per cápita, es decir, se les traspasa recursos, ya sea por persona o con recursos complementarios, dependiendo del número de beneficiarios que estén inscritos. Además, hay 52 comunas de costo fijo, que reciben un financiamiento especial para solventar un sistema básico de atención primaria municipal, atendido su pequeño tamaño pues, de lo contrario no podrían funcionar si el cálculo se efectuara por población.

En todas estas comunas hay 191 centros de salud familiar acreditados como tales, que abarcan aproximadamente el 35% de la población; 140 consultorios generales rurales, 220 consultorios generales urbanos y 1.168 postas.

Población inscrita en atención primaria. De los 12.000.000 de afiliados a Fonasa, 10.000.000 son beneficiarios de la salud primaria municipal, pues deben estar inscritos en los consultorios o centros de salud de atención primaria municipal. El resto de los beneficiarios de Fonasa no se han inscrito porque se atienden, por ejemplo, por bonos de libre elección o en los establecimientos de los Servicios de Salud. Se ha incrementado el número de personas inscritas en los consultorios, pues en 2000 había poco más de 6.000.000. Dicho aumento adquiere relevancia, particularmente, en el segmento de la población cuya edad fluctúa entre 20 y 64 años de edad, ya que en el caso de los menores de 19 años, los niveles de inscripción se han mantenido. En los últimos cuatro años los beneficiarios inscritos en los establecimientos de atención primaria, se han incrementado en 1.500.000 (un millón y medio) de personas.

El extraordinario crecimiento en la población inscrita se explica, en primer término, porque, de acuerdo con la última encuesta Casen, más del 76% de las personas se encuentra afiliado a Fonasa, y menos del 15% a las Isapres y, en segundo lugar, en razón del incremento de inscripción activa, en la medida en que se ha mejorado la cobertura y ha aumentado el número de establecimientos de atención primaria, con mejor calidad. A ello se suman quie-

⁴² El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 115, de 19 de agosto de 2008.

nes antiguamente sólo se atendían con bonos de libre elección y en la actualidad han optado por inscribirse en los consultorios de atención primaria, circunstancia que permite dar un vuelco en la atención de salud hacia la promoción y prevención, que se basa en los programas y no sólo en la consulta de morbilidad.

Programas de atención primaria. Programa infantil, del adulto mayor, control de hipertensión, de diabetes mellitas 2, de dislipidemia, de patologías respiratorias, y de epilepsia.

Consultas médicas en la atención primaria. Los controles de salud han aumentado de 2.145.905, en 2002, a 2.963.701, en 2007. Las consultas de morbilidad por enfermedad, que son espontáneas, han disminuido de 14.394.923, en 2002, a 13.846.718, en 2007, pero las consultas de urgencia han aumentado de 3.180.169, en 2002 a 6.256.772, en 2007. Este incremento se debe a que ha aumentado el número de Sapus disponibles para la población.

Programas de atención primaria, y resolutivez. Se ha avanzado en un modelo de salud en el que para la atención primaria estar sano no sólo significa tener ausencia de enfermedad, sino que se toman en cuenta, también, de otro tipo de parámetros. Ha colaborado con el programa Chile Crece Contigo, a través del cual se efectúa un trabajo intersectorial, a fin de potenciar las posibilidades de que la madre termine sus estudios en el liceo o escuela con el apoyo de otras instancias del Estado, en el entendido que ello permitirá mejorar la situación de salud de su grupo familiar. Se ha potenciado la salud familiar y comunitaria, toda vez que la salud no sólo dice relación con la presencia o ausencia de enfermedad, sino con el hecho de estar bien y tener calidad de vida. Este programa incluye también la entrega, los consultorios o centros de salud, de leche de excelente calidad para proporcionar adecuada nutrición a la madre y su hijo, a fin de que éste tenga un mejor desarrollo cerebral, lo que incidirá en su futuro.

Destacó el número de personas de la población que se encuentra bajo control, en el marco del programa de depresión, a diciembre de 2007 (alrededor de 250.000) y los ingresos que se producen anualmente en este programa de la atención primaria municipal, lo cual constituye un gran orgullo para Chile, ya que la masividad de este último no tienen parangón en otros países.

En relación con las altas odontológicas, sostuvo que algunos programas específicos han tenido mucha repercusión. En 2007, más de 40.000 personas de escasos recursos se beneficiaron con la recuperación completa de su dentadura, incluidas algunas prótesis, a lo cual se suma la atención de urgencias odontológicas, el control de los niños a los seis años y el control de las embarazadas.

El programa de apoyo a los postrados que se realiza en todos los consultorios del país, pero es poco conocido. Consiste en la realización de visitas domiciliarias de técnicos paramédicos, enfermeras y voluntarios que trabajan en el sistema de salud, y la entrega de ayuda a las personas que cuidan a los postrados; quienes cuidan a los postrados reúnen ciertas condiciones de caracterización socioeconómica, por lo que reciben un estipendio de \$ 20.000 como apoyo o reconocimiento a su labor, que implica su permanencia en el domicilio y muchas veces supone dejar de trabajar.

Mayores recursos en implementos médicos. A partir de 2006, 320 comunas cuentan con laboratorios básicos en la atención primaria y que se cuenta con recursos para que los mismos municipios adquieran directamente algunos exámenes especializados como las mamografías.

gráficas. Asimismo, hizo notar el incremento de las capacidades en cirugía menor⁴³, lo cual redundó en la disminución de algunas cirugías a nivel hospitalario. Todos los nuevos centros de salud cuentan con ecógrafos de última generación para realizar ecografías abdominales y mamografías a las embarazadas.

Financiamiento de la atención primaria. Del total de recursos que se destinaban en el año 2000 a los servicios de Salud, el 20% correspondía a la atención primaria, mientras que en la actualidad, dicho porcentaje ha aumentado al 30%. El importante salto cualitativo en el direccionamiento de los recursos es la causa del incremento de la resolutivez, esto es, del mejoramiento de la capacidad de resolver los problemas lo más cerca posible de la población. Dio a conocer que el aporte financiero de los municipios a la atención primaria es del orden del 20 ó 25% del total del financiamiento de origen ministerial para este nivel, que asciende a \$ 521.724.752, con tendencia a la disminución en el tiempo.

Dos tercios de los recursos que se entregan a la atención primaria son ocupados en el personal, lo que ocurre en todos los Servicios de Salud. El sistema de remuneraciones en este nivel contempla una escala base que financia el Ministerio de Salud y que los municipios tienen libertad para fijar sus propias carreras, motivo por el cual hay decisiones municipales que no necesariamente son de resorte del Ministerio.

Hay dos grandes maneras de traspasar recursos a los municipios, a saber, en virtud del per cápita o a través de programas. El primero se calcula sobre la base del número de inscritos y ha permitido disminuir vacíos de cobertura; en la medida en que se cuenta con más consultorios, ingresan personas que no tenían acceso, lo cual se refleja en la encuesta Casen. El número de personas que se consideran sin seguridad social en salud ha disminuido del 13 a menos del 5%. El financiamiento a través de programas opera respecto de los elementos que no tienen representación igualitaria en todas las comunas, como es el caso de los Sapu; otros se relacionan con el Plan Auge y con los laboratorios básicos. Se ha podido ligar metas de desempeño a remuneraciones del personal de atención primaria, lo cual ha permitido alinear de mejor manera los incentivos y traspasar recursos desde los programas al per cápita, lo que es mejor desde el punto de vista de los municipios. Puntualizó que este per cápita base se ajusta por ruralidad y por pobreza del municipio.

La suma del per cápita más el aporte de los programas totaliza casi \$ 3.000.000.000 (tres mil millones de pesos). El primero, tuvo un incremento muy importante, de \$ 213.678.818 a \$ 281.804.960, entre los años 2007 y 2008, que no es sólo un aumento neto, sino que también proviene del traspaso desde los programas. El valor per cápita basal, es decir, del que aún no es corregido por pobreza y por ruralidad, era de \$ 1.500 en 2007, y en 2008 subió a \$ 1.905. Si bien el traspaso de programas puede, aparentemente, carecer de sentido, da estabilidad a los municipios para el financiamiento, y permite contratar mejor al personal. Recalcó que ni el Ministerio ni los Servicios de Salud tienen intenciones de modificar estos programas.

Adicionalmente, se entregan recursos para algunos ítem especiales, como asignación por desempeño difícil, que aumentó en el 49% entre 2007 y 2008. Afirmó que es erróneo sostener que ha habido atraso en cuanto a la reglamentación de esa asignación, toda vez que el decreto respectivo ingresó oportunamente a trámite en la Contraloría General de la República, pero la modalidad que en él se establecía no fue satisfactoria para todos los gremios, es-

⁴³ En 2006, había 121 salas de cirugía menor en la atención primaria; en 2007, aumentaron a 258 y, en 2008, a 326. Por su parte, las cirugías menores efectuadas en 2007 ascendieron a 77.022, en circunstancias que, en 2006, se realizaron 45.274.

pecialmente para la Confusam, de modo que, en virtud de un acuerdo entre esta última, la Asociación de Municipios y el Ministerio, se determinó el retiro del mencionado decreto, que posteriormente fue reenviado, de modo que actualmente se paga dicha asignación con el referido incremento, de acuerdo con la modalidad establecida en la ley N° 20.157.

El per cápita, en conformidad con los ajustes que se efectúan al per cápita, éste puede alcanzar a \$ 3.345, por pobreza y ruralidad, y a \$ 2.787, por pobreza, en las comunas urbanas. Si al per cápita basal actual, equivalente a \$ 1.905 se agregan los programas, se obtiene un monto de \$ 2.800. Por tanto, si se suma la totalidad de los recursos y se divide por el número de beneficiarios, se consigue esta especie de per cápita mejorado, sin considerar el aumento de la cantidad de beneficiarios, debido a que los municipios pueden incorporar a la población Fonasa que no está inscrita, para que tengan acceso a la posibilidad de un financiamiento automático.

Estudios relativos a las enfermedades del Plan Auge y al costo-efectividad. Hay estudios realizados antes de la implementación del Plan Auge y que han sido repetidos con posterioridad. Uno de ellos, referido a la carga de enfermedad, a cuáles son las principales causas de muerte y de discapacidad de los chilenos fue elaborado, primeramente, en 1995 y, actualizado, posteriormente, con datos de 2004; adicionalmente, hay un estudio sobre los factores de riesgo atribuibles a la presencia de enfermedades y de discapacidades que tiene la población, el cual mide cuánto incide el consumo de alcohol, el tabaquismo y el consumo de sal en la presencia de determinadas patologías; otro, de carácter cualitativo, destinado a medir el Plan Auge. Todos esos estudios se encuentran en etapa de revisión final y serán publicados en la página web del Ministerio de Salud.

Aumento de patologías Auge. Valoró positivamente el Plan Auge, desde el punto de vista de la exigencia de derechos por parte de los usuarios, los cuales deben ser acrecentados. El programa de la Presidenta de la República ha planteado aumentar a 80 las enfermedades garantizadas. Si bien se ha discutido la conveniencia de adoptar esta medida o de ampliar la cobertura a otras patologías de las actualmente contempladas. Se está a la espera de los estudios que se están realizando, de la opinión del Consejo Consultivo y de los integrantes de la Comisión, en lo que respecta a la conveniencia de incrementar los derechos de las personas de una manera razonable y realista, para mejorar la respuesta del sector a la población.

Contratación de 500 nuevos especialistas. El efecto que tendrá en el sistema público si se considera que se les pagará una remuneración mayor a la que perciben actualmente quienes se desempeñan en él, debe considerar que la primera oferta de contratación estará orientada a los profesionales que integran actualmente el sistema público, de modo que si hay una persona contratada por 11 horas semanales, puede pedir permiso sin goce de sueldo y ser contratada a honorarios para ampliar su jornada laboral. Se analiza de qué manera se procederá en 2009, a fin de determinar si se mantendrá ese programa, que dependerá de las evaluaciones mensuales. Los quinientos especialistas ayudarán a resolver las listas de espera que se han acumulado y constituido en una especie de stock, integrada por personas que tienen una patología pero, sobre todo, a atraer médicos al sistema público de salud.

Prevención. Una parte importante de lo que se realiza en la atención primaria guarda relación con la promoción y la prevención, con los programas y controles respectivos.

Informatización. El camino y la voluntad de avanzar en esta materia son indiscutibles. Probablemente, en ninguna parte del mundo existe una informatización completa en red de la ficha clínica en todo el país, que pueda ser utilizada en los distintos niveles de atención, pero se trabaja en la implementación de este instrumento, que será útil para no tener que recurrir a

tantos incrementos del PIB, en la idea de integrar esfuerzos locales. Gracias a los avances producidos en esas integraciones, se cuenta con un sistema de control para los programas, que representan el 60 ó 70% de la actividad de la atención primaria, el cual está contenido en un software gratuito, que está siendo probado en ocho Servicios de Salud y que se espera sea habilitado en todos ellos en 2009.

En 2007 se realizó una mesa de trabajo con los encargados de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech), las facultades de medicina, agrupadas en un consorcio de atención primaria, senadores, Colegio Médico, Confusam, Asemuch y usuarios, agrupados en juntas de vecinos, destinada a analizar la forma de incentivar de mejor manera a los médicos para ingresar a la atención primaria. Como consecuencia del trabajo realizado, se implementó un programa para otorgar becas de especialización a estos profesionales, para que durante tres años el Estado les pague un sueldo y un arancel, a fin de que ellos opten por una especialidad y contraigan el compromiso de devolver los beneficios recibidos, posteriormente, al mismo servicio de salud o al municipio respectivo. El Ministerio había comprometido recursos para 150 becas, pero sólo hubo 102 cupos para llamar a concurso para médicos de atención primaria. Admitió que se pretende establecer incentivos que les permitan sentir que forman parte del sistema, los que no necesariamente deben ser remuneracionales, toda vez que en la actualidad los médicos que se desempeñan en este nivel ganan más que los que trabajan en los hospitales. Otro problema está representado por el hecho de que las facultades de medicina no otorgan suficientes cupos de especialidad.

Respecto del reconocimiento a los nuevos especialistas, el Ministerio acepta el que efectúan Conasem y los Servicios de Salud. Uno de los problemas que se ha producido en materia de certificación de especialidades y que ha mantenido retenido el Reglamento respectivo en la Contraloría, radica en que muchos especialistas chilenos nunca tuvieron una beca formal de la especialidad. Por esa razón, probablemente, será necesario efectuar algunas modificaciones legales, a fin de poder regularizar la situación de los especialistas reconocidos por los Servicios de Salud, pero que no han cumplido con el procedimiento formal de reconocimiento de la especialidad. Planteó, a vía de ejemplo, que podría prohibirse el ejercicio de esta última a quienes no se encuentren acreditados como tales a contar de 1990. Inicialmente, se habría propuesto la creación de una comisión para abocarse al tema donde se planteó la idea de exigir cinco años de servicio para efectuar el reconocimiento, pero el análisis de esta adecuación se complicó, por lo que será necesario legislar sobre la materia.

Contestando una pregunta sobre las razones por las cuales se ha suscrito un convenio con México para que se formen especialistas en ese país y no en Chile, señaló que el Ministerio está dispuesto a asociarse con cualquier facultad de medicina, sea nacional o extranjera, que quiera ofrecer cupos para formar especialistas. Hizo notar que esto último en Chile cuesta muy caro, ya que, además del sueldo, se les paga el arancel, de modo que actualmente, las universidades reciben \$ 1.500.000 (un millón y medio de pesos) al año por cada una de las personas que se forman, pero pueden vender esos cupos prácticamente a \$ 3.000.000 (tres millones de pesos) y en muchos otros países no se necesita pagar arancel, motivo por el cual es necesario conversar con las autoridades de las universidades.

La creación de quinientos cargos para médicos obedece, precisamente, a la necesidad de contar con especialistas en el sistema y de establecer incentivos que los insten a ingresar al sistema público, a la atención primaria, secundaria o terciaria. Se ha ido un sistema en el cual se han dividido estos nuevos cargos entre los 29 Servicios de Salud, de acuerdo con un estudio de brecha, según las necesidades de cada uno, con la indicación del Ministerio de que

este año estos profesionales celebrarán una especie de contrato de desempeño, a honorarios, con medición de resultados, y deberán realizar rondas hacia lugares distintos del propio hospital donde sean contratados. De ese modo, se pretende vincular a los nuevos médicos al desempeño o producción, así como también utilizar la infraestructura de pequeños establecimientos, que en muchos casos están subutilizados, como los de Chañaral o de Caldera, de modo que un especialista acuda a ellos una vez por semana, en lugar de trasladar a los pacientes a Copiapó. Si bien no se conseguirá que los especialistas se radiquen en estas localidades, la condición actual de los caminos y la posibilidad de celebrar contratos extraordinarios, permiten a aquéllos efectuar las rondas que se necesitan para solucionar los problemas de salud de la población.

Concesiones de obras hospitalarias. En lo relativo a la construcción y mantenimiento, expresó que esta modalidad está aplicándose en dos hospitales de la Región Metropolitana, en las comunas de La Florida y de Maipú. Las concesiones de servicios no han sido fáciles, como ocurrió en el caso de las cárceles. En razón de la experiencia habida en materia de concesiones, se estimó que era más prudente probar el sistema en establecimientos de mediana complejidad y no en los de gran complejidad, como el Hospital Del Salvador. Pese a la modificación efectuada en las condiciones constructivas, al cambiar los estándares de construcción que se habían diseñado para la primera concesión y disminuir el número de camas por pieza, el costo que debía asumirse era carísimo, ya que en el año 2006, costaba más del doble de los recursos que se disponían para todo el país; las concesiones hospitalarias son ejecutadas por empresas externas y pagadas por el Estado y no por los afiliados a Fonasa, que cotizan la mitad de los recursos de todo lo que se utiliza en el sistema público (la concesión de una carretera tiene sentido, porque es pagada por los usuarios, que pueden elegir entre circular o no por ella, mientras que la persona que se atiende en un hospital público no tiene elección).

El Gobierno pretende tener mejores hospitales, para lo cual la aplicación de soluciones con sistemas como el leasing de construcción, que se asimila a lo que se pretende llevar a cabo en La Florida y Maipú, puede ser una muy buena alternativa.

Es posible obtener mayores espacios de eficiencia en la mantención de los establecimientos, si esta última está a cargo de la misma empresa que los construye. Sin embargo, la mera concesión no necesariamente abarata los costos; es más barato proceder de manera directa.

Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana, don Roberto Belmar, invitado como experto en atención primaria⁴⁴.

Su exposición se centró en explicar la importancia de constatar la existencia de una nueva concepción sobre la salud, basada en la prevención de las enfermedades y en la promoción de una vida sana, tomando como punto de partida para esa tarea la atención primaria. Eso presente los elementos característicos que debe tener y los desafíos de este nivel de atención. Se refirió a la capacidad resolutoria y a la municipalización de la misma, a la existencia de médicos extranjeros y cómo debiera incentivarse y prepararse a los profesionales chilenos para ejercer en esta área.

Dio a conocer que en Estados Unidos nuestro país es mirado con interés por su experiencia en medicina social y por haber sido el primero en desarrollar un sistema nacional de salud de carácter público, que pese a tener un ingreso per cápita bajo y un ingreso de salud aún más

⁴⁴ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 114, de 18 de agosto de 2008.

bajo, ha sido capaz de obtener resultados que otros países con más recursos no han logrado, como el hecho de tener asegurada la atención primaria permanentemente.

Hacia una nueva concepción de salud. La salud o la enfermedad siguen una serie de procesos, relativos a la promoción, prevención, protección para llegar a un tratamiento eficaz, y rehabilitación y reinserción social. La formación tradicional de los médicos responde a los tres últimos elementos, por cuanto existe la concepción de que el médico se forma para diagnosticar y tratar. No obstante, un verdadero sistema de salud debe, en primer lugar, evitar la enfermedad y desarrollar a la persona, por cuanto la llegada de esta última a un hospital, salvo que sea para ser atendida en un parto, constituye una derrota del mismo. Sostuvo que hay muchas acciones que deben ejecutarse en el período prepatogénico, donde adquiere importancia el rol de la atención primaria, que debe estar siempre orientada a la gente, como una estrategia integral en el marco de la función de salud, y de dar accesibilidad maximizada a la población.

Elementos que debe contener la atención primaria. Buena accesibilidad geográfica y cultural (los centros de salud deben manejar el lenguaje, los valores de distintos grupos y su factor étnico); gratuidad (como ocurre en la mayoría de los países desarrollados); veinticuatro horas al día; prevención; contar con equipo intersectorial y multidisciplinario conformado por diversos profesionales de la salud que permitan entregar calidad de vida, mediante la prevención, solidaridad, integralidad y calidez; y que sea cogobernado con la sociedad, la cual debe participar en las acciones de salud. Asimismo, es necesario tener políticas de salud centradas en los lugares donde se encuentran las personas, esto es, en las viviendas, en sus trabajos, en las escuelas, etc., de modo que las acciones de salud se lleven a cabo donde están las personas.

Chile siempre ha habido atención primaria y que el primer centro de salud en el mundo fue instalado en Quinta Normal, por un grupo de médicos jóvenes en la década de los treinta, por lo que se puede afirmar que nuestro país creó el concepto de atención primaria, el cual evolucionó a través del tiempo, incorporando aspectos que son únicos en el mundo, como la alimentación complementaria, que consiste en entregar leche a la madre embarazada, a la madre nodriza, al niño y al adulto mayor, y las acciones especiales frente a las patologías de igual carácter, como las salas IRA para enfrentar la contaminación atmosférica en Santiago e intradomiciliaria en la zona sur del país.

Sostuvo que la atención primaria funciona por las tardes para atender a estudiantes, adultos mayores y personas que trabajan, y las 24 horas del día a través de los Sapu, que sólo existen en nuestro país. A ello se suman elementos como la sala de rehidratación oral, el control de abusos de alcohol y drogas, y los programas de reparación de derechos humanos, en los aspectos físico, psicológico y social.

Desafíos que debe asumir la atención primaria.

1) Ser eminentemente preventiva y centrada en el control de problemas, tales como la hipertensión, la hipercolesterolemia, el tabaquismo, la malnutrición y el sedentarismo.

2) Constituir un sistema de salud coordinado y resolutivo, con alta capacidad de responder a las necesidades de la población, de alrededor del 90%, por lo que de cada diez personas que llegan a ella sólo una debería ser derivada al hospital.

3) Tener una mirada intersectorial y trabajar integralmente con los Ministerios de Educación y de Bienes Nacionales, así como con la sociedad, para enfrentar los problemas, preocupándose de los ambientes en donde están las personas.

4) Proporcionar educación para el autocuidado.

5) Tender a la igualdad sanitaria, que por el momento no ocurre en todo el territorio nacional: la tasa de mortalidad infantil en Vitacura es mejor que en Suecia, pero en Puerto Saavedra es similar a la de Haití o de un país africano.

Capacidad resolutive. Se ha avanzado en resolutive y en atenciones médicas en este nivel de atención, y los Sapu han sido un factor determinante: han logrado contener el aumento de las atenciones en los hospitales, pues actualmente se efectúan ocho millones de visitas (una atención de urgencia en un hospital cuesta alrededor de US\$ 10, en tanto que en un Sapu, US\$, lo cual significa un ahorro que supera los sesenta millones de dólares, solamente por las acciones que se realizan en atención primaria.

Sin embargo, no hay que desconocer que uno de cada dos médicos que se desempeña en la atención primaria es extranjero y procede con cautela pues desconoce nuestra cultura, motivo por el cual tiende a derivar a los pacientes a los hospitales. Durante los años 80, la capacidad resolutive era del orden del 80 ó 90%, en circunstancias que, actualmente, está entre el 50 y el 60%, debido al aumento de las derivaciones y a la falta de tecnología de capacidad diagnóstica, motivo por el cual los médicos tienen que recurrir al sistema hospitalario. Ello significa que por cada diez pacientes que son atendidos en el nivel primario, por lo menos cuatro acuden al hospital, ya sea en busca de diagnóstico o de tratamiento.

La remuneración que percibe un médico es un elemento central para retenerlo en la especialidad, tarea que debe ser resuelta, como sociedad, con el Ministerio de Salud, y no simplemente permitir que se abran más escuelas de medicina destinadas a formar médicos para un sector privilegiado de la sociedad.

Municipalización. Hizo presente que siempre ha sido de la idea de que la atención primaria debe estar en el nivel municipal, ya que los municipios representan la parte de la estructura de una sociedad moderna que tiene más poder. La tuición técnica de los servicios de salud debe ser acrecentada, a través de reuniones permanentes y sistemáticas de los representantes municipales con la autoridad sanitaria para asegurar el cumplimiento. Debe haber control: la falta de medicamentos en atención primaria es notable, pese a que hay recursos, por lo que es necesario saber qué pasa con el gasto municipal y cómo se gasta esa parte del presupuesto. En vez de cambiar la ubicación de la atención primaria, se requiere asegurar que los recursos sean asignados a este nivel, de modo que se materialice la gratuidad de la atención primaria.

Médicos. Consultada su opinión sobre la salud familiar y la posibilidad de pasar del médico general extranjero al modelo tradicional con especialistas básicos, manifestó ser respetuoso de la medicina familiar, que cumple un rol en el sistema, más cerca de la población, en unidades de atención, cada uno de los cuales es capaz de atender a la persona en forma integral. Indicó que, por ello, el consultorio debe tener capacidad resolutive y contar con médicos especialistas generales no sólo en Santiago.

Consultada su opinión sobre el desempeño de los profesionales extranjeros, su calificación técnica y preparación, y el nivel de rigurosidad en el sistema de acreditación, así como respecto de los incentivos que deberían establecerse para que los médicos chilenos se interesen en desempeñarse en la atención primaria, planteó que las universidades han dado mucho énfasis a la medicina de la subespecialidad y no a la medicina general, teniendo en consideración solamente el mercado del médico que vive en la gran ciudad, lo cual ha motivado la migración de estos profesionales hacia los grandes centros asistenciales, con el consiguiente despoblamiento de la atención primaria. Planteó que al titularse, el médico debe saber tratar un determinado número de patologías, lo que ha de ser asegurado por el Estado, de acuerdo

con sus instrumentos. En aquellos países donde hay medicina de buen nivel, cada cinco o diez años los médicos rinden un examen de competencia, que en caso de ser reprobado, les impide ejercer, aspecto que debería ser analizado en Chile.

Recordó que en alguna oportunidad propuso al Colegio Médico de Chile A.G. que el Estado efectuara una selección de los médicos extranjeros que ingresaban a la atención primaria, quienes deberían desempeñarse en esta última con dedicación exclusiva, mediante la celebración de un contrato con la municipalidad o el Estado, como ocurre en muchas naciones, para lo cual se les paga un salario adecuado que les permita trabajar, sin recurrir a la clientela privada. Comentó que en los hechos los médicos ingresan al país a través del sector público, desde donde emigran al sector privado tras desempeñarse en aquél un breve tiempo, práctica que debería eliminarse.

En otros lugares, como en Nueva York, ha tenido éxito la experiencia de la escuela de medicina que se especializa en formar médicos para la atención primaria, donde estos últimos deben pagar una multa de US\$ 25.000 para practicar medicina en general, lo que, en definitiva, se produce en un porcentaje bajo de casos, circunstancia que demuestra que los médicos están muy contentos en la atención primaria. Planteó que el Estado debería proporcionar apoyo sistemático a algunas de las tantas universidades que imparten la carrera, a fin de que se dediquen a formar especialistas solamente en la atención primaria, los que tendrán destrezas distintas a las de los médicos clínicos, por ejemplo, en materia de comunicación social, que les permite interactuar con la sociedad.

Comunas rurales. Contestando una pregunta sobre la posibilidad de asignar, además del per cápita, una suma fija de recursos para las comunas rurales, destacó el desempeño de las auxiliares de las postas rurales, que están de turno 24 horas diarias, muy cerca de la gente y constituyen la única presencia del Estado en esas zonas, una vez que disminuyeron las escuelas públicas a nivel rural. Resaltó el hecho de que estas funcionarias no sólo atienden problemas de salud, sino que proporcionan asesorías en conflictos familiares, peleas entre vecinos, robos, etc.

Sostuvo que el instrumento básico que debe tener una posta es un teléfono o, en su defecto, una radio, porque permite conectarse al sistema. Hizo presente que en el estatuto existe una asignación de ruralidad para las personas que se desempeñan en ese nivel, a la vez que en el presupuesto existen los recursos necesarios para que tengan un botiquín básico para proporcionar atención a la población.

Recursos. Señaló que no hay fondos suficientes para el sector y que, como no se puede dar medicamentos de segundo orden ni tener hospitales en ese nivel, el ahorro debe centrarse en aspectos que no ponen en riesgo la calidad de la atención y que guardan relación con las condiciones de trabajo y con el mantenimiento de edificios y vehículos. Hizo notar el sacrificio de los funcionarios de la salud, cuyo desempeño halla su límite en lo referente a los recursos de que se dispone, los cuales les permiten salvar vidas, pero no efectuar prevención, ya que los médicos aseguran no tener tiempo para ello, debido a la cantidad de pacientes que atienden. Afirmó que el sistema rural de Chile es una de sus fortalezas, por lo que debe dársele el máximo de atención posible.

Estatuto de Atención Primaria. Las leyes deben ser mejoradas. Si bien el actual estatuto respondió a las peticiones de los trabajadores y a los planes del Estado, debe ser flexibilizado. Hay algunos aspectos del mismo que todavía no se han cumplido, como el Programa de Salud Ambiental, que debería implicar un gran desarrollo de los aspectos ambientales, en la

medida en que se cuente con recursos para poder desarrollar la salud ambiental, a saber, cuidar del agua, los suelos, el aire, etcétera.

El Estatuto tiene grandes virtudes, entre las que destaca el permitir que el funcionario no sea empleado del municipio, que tenga una carrera funcionaria, donde se estimule el mérito y la capacitación, que puedan desempeñarse en otras municipalidades por la vía del intercambio, y que reciban un aumento en su sueldo por concepto de capacitación. Gracias a ese Estatuto se han obtenido indicadores de salud que colocan a Chile a nivel de Estados Unidos y de los países mediterráneos.

Presidente de la Asociación Chilena de Municipalidades, señor Daniel Verdessi, acompañado de la encargada técnica de la entidad, señora Paulina Reinoso⁴⁵.

Su exposición se refirió a la diversidad de características entre los municipios y la consecuente inequidad en salud, sobre cómo ha enfrentado la Asociación de Municipalidades dicha situación para mitigar sus efectos, sobre la gestión de la atención primaria, la municipalización y otros temas, como el financiamiento, per cápita e indexadores, promoción y prevención, médicos extranjeros y resolutivez en ese nivel de atención.

Diversidad de características entre los municipios. En primer término, se refirió a la total heterogeneidad que existe entre los 345 municipios del país, dirigidos por igual número de alcaldes y por más de dos mil concejales. Existe diversidad en los volúmenes, complejidades y organización pues, gran parte de ellos tienen a su cargo la atención primaria, incluso consultorios, pero otros centros dependen de Servicios de Salud; lo mismo ocurre con algunos hospitales pequeños. No son similares los municipios de Vitacura o Las Condes con otros que ni siquiera tienen un departamento de salud. Algunas corporaciones funcionan con criterios de derecho privado y otras con la óptica del derecho público. El gran problema es la forma de uniformar esa heterogeneidad en volumen, tamaño y en tipo de administración.

Aparte de la diversidad en el volumen, se presentan problemas de gestión que dependen del alcalde, de su propia formación, pero es el Ministerio de Salud la entidad que uniforma los criterios dentro de la atención primaria, y tienen la responsabilidad de los programas y el control de lo que se ejecuta en ese nivel. En cuanto al financiamiento, señaló que, históricamente, el Ministerio de Salud cuenta con el monopolio del control técnico y con los parámetros actuales de prestaciones.

Comisión de peritos de la Asociación Chilena de Municipalidades. A través de la Comisión de Salud de esa entidad, se generó una instancia técnica para equilibrar los argumentos del Ministerio de Salud, que está conformada por veintitrés municipios, entre pequeños y grandes, y reunió a personas expertas en administración de salud (algunos con magíster y otros con méritos suficientes), y a administradores que han logrado equilibrar los argumentos técnicos.

Se originó en la evidencia de la existencia de una fuerte brecha, también, entre la capacidad técnica del Ministerio de Salud y de los municipios, quienes no cuentan con la debida fuerza en ese sentido, y los conduce a una situación de relación inequitativa entre ambos.

Gestión. Hay municipios que, evidentemente, tienen déficit de gestión. Así, algunos con el mismo volumen de ingresos logran entregar mayor número de prestaciones y no necesariamente asociadas a un mayor aporte del municipio; a su vez, hay municipios que entregan aportes propios a la salud, dependiendo de la voluntad y el espíritu del alcalde o del concejo.

⁴⁵ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 108, de 28 de julio de 2008.

La Asociación Chilena de Municipalidades ha celebrado convenios con el Ministerio de Salud para apoyar la gestión de los municipios y tratar de coordinar acciones tendientes a desarrollar la gestión. El déficit es uno de los problemas que, en el fondo, ha frenado una descentralización más profunda de los recursos. Hay desconfianza a nivel central respecto de la administración municipal atendida la falta de control en la gestión, y que ha sido incluso representada por Contraloría General.

Recalcó el gran déficit de profesionales que existe en el ámbito de la atención primaria (faltan mil médicos en esa instancia) que, de existir, podrían generar mayor equidad si se resolviera mayor tipo de patologías en ese nivel.

Por otra parte, agregó que luego de visitar al menos veinte Servicios de Atención Primaria de Urgencia (Sapu), ha comprobado que la complejidad de las atenciones que en ellos se realiza es disímil: en muchos casos se solucionan problemas urgentes de carácter simple -que pueden ser resueltas en los consultorios-, pero las dificultades se generan cuando debido a una obligación legal deben asumir urgencias mayores, como infartos o trombosis; el riesgo que se produzca una trombosis, con tratamiento endovenoso complicado, que requiere monitoreo y puede provocar un paro cardíaco, es muy alto. Sin embargo, dicho riesgo no está contemplado en el diseño, no obstante que es un procedimiento que debiera ser efectuado en la UCI más cercana. A su juicio, se requiere una red nacional de atención progresiva del politraumatizado o del paciente con una urgencia grave, en la que los servicios de urgencia especializados, como la posta central o los servicios de urgencia hospitalarios, tengan conocimiento y control de los procedimientos que se realizan en esos casos, y del manejo adecuado de las camillas, con el objeto de proteger la columna y evitar tetraplejias. Eso requiere un solo gestor de la atención de urgencia, de manera que los Sapu deben ser incorporados al manejo del procedimiento ATLS, que es el excelente modelo norteamericano para el manejo avanzado de los traumas, que permite que desde el primer momento se haga lo correcto, no necesariamente con toda la tecnología, sino que lo que se haga no dañe más al paciente de lo que se encuentra.

Consultada su opinión, como cirujano, sobre el plan para realizar cirugías menores en los consultorios, por médicos generales y no por especialistas, se manifestó preocupado por los riesgos que conlleva toda intervención quirúrgica, cuyas consecuencias -finalmente- las asume el paciente. Por ello, manifestó su desacuerdo con que se realicen prestaciones de especialidad por no especialistas.

El estudio nacional que se encuentra realizando la Asociación de Municipalidades -que estará a disposición en diciembre- apunta a detectar cuáles son las necesidades en el ámbito de la gestión de la atención primaria. Los focos que se analizarán dicen relación con gestión de oferta, de recursos humanos, de demanda, de recursos físicos, tecnológica y de recursos financieros. Se espera identificar lo que no aparece en los datos oficiales, referido al gasto en salud que realizan los municipios, el cual no está incluido en los presupuestos de salud. Por ejemplo, si se analiza el gasto del departamento social en la comuna de Vicuña se constata que el 90% de la ayuda social está focalizada a la adquisición de medicamentos y al traslado de pacientes, situación que no aparece reflejada cuando se revisan las cifras.

Otro grave problema se presenta en omisiones básicas que se producen en los presupuestos anuales. Por ejemplo, cuando se inaugura un Centro de Salud Familiar, bonito y equipado, no se considera el ítem de mantención para el año siguiente, en circunstancias que en cualquier empresa se contempla un gasto de al menos 10% por concepto de deterioro de equipamiento y de mantención; ese déficit lo debe asumir cada municipio. Hay un enorme gasto en

reposición de material, como cuando se rompe un endoscopio, o en mantención de infraestructura, como la pintura de los techos, aspecto que se olvida incluir en el presupuesto municipal (si existe, alcanza a cero o a cifras muy bajas, como cien o doscientos mil pesos anuales). Dicha circunstancia obliga a los municipios a enfrentar la problemática de asumir gastos no especificados cuando se inauguran nuevos centros de salud, lo cual conduce -como ha ocurrido en algunos casos- que se han echado a perder equipos muy caros debido a falta de mantención.

La atención primaria debe continuar a cargo de los municipios. La posición política de la Asociación de Municipalidades es fortalecer la salud municipal. Además, después de sumar y restar todas las experiencias, se evalúa que la municipalización ha sido positiva para la atención primaria puesto que el 80% de los municipios ha logrado mejoras respecto de los parámetros anteriores. No debe tratarse como dogma de fe el que la atención primaria esté exclusivamente en uno u otro modelo, pues hay experiencias positivas en ambos casos, tanto en el de un Ministerio de Salud fuerte que controla todo como en el de una descentralización casi completa, como la del modelo vasco. El aspecto de fondo radica en la descentralización de las acciones, con lo que se sigue el modelo de la Organización Mundial de la Salud que dice que hay que pensar globalmente, pero actuar localmente. Cuando hay un pensamiento global dado por el Ministerio de Salud y un actuar local adecuado, la municipalización puede seguir siendo una realidad. Lo importante es con qué grado de responsabilidad y con qué eficiencia se cumplen las labores.

Rol de la salud municipal en el ámbito de la prevención y promoción. Se ha vivido un período negativo en esta materia. Se han descuidado algunos programas interesantes, como la Estrategia Global contra la Obesidad, EGO Chile, que ha unido a muchas instancias, pero hay que reconocer que la salud en Chile se ha orientado mucho hacia la enfermedad y no hacia la Salud.

Financiamiento. El financiamiento es uno de los puntos en tabla que se ha conversado con el Ministerio de Salud. De acuerdo a diversos estudios, se ha concluido que el actual monto per capita entregado a los distintos municipios por salud es insuficiente. La diferencia -entre el existente actualmente y el que se requiere- es bastante importante: \$ 1.905 contra \$ 3.000. La posición transversal de la Asociación Chilena de Municipalidades, sin importar el aspecto político -puesto que en la directiva hay integrantes de todos los partidos políticos-, es muy sólida al concluir en ese sentido; sin embargo, la postura del Ministerio es discutir el tema.

La brecha entre esas cifras se fundamenta en que hay prestaciones cuyo otorgamiento es obligatorio por ley -Auge-, que producen un déficit obligado a los municipios si no son financiadas, que se verá incrementado con la incorporación de nuevas patologías al sistema Auge, que obligarán a los municipios a desembolsar más recursos propios.

La preocupación planteada por el Ministerio es que si se adicionan nuevos recursos, éstos sean desviados por los municipios hacia la satisfacción de otros problemas sociales, y no a salud. Por lo tanto, se entregan recursos adicionales siempre que estén insertos dentro de programas específicos y controlados.

Aclaró que cuando se habla de financiamiento, se deben identificar los distintos modelos que existen para la atención primaria. Al referirse al per cápita, se debe visualizar al per cápita basal, que financia las prestaciones que se hacen a nivel nacional, es decir, todas las comunas del país tienen la obligación de realizar una cantidad de prestaciones, independientemente de las características particulares de esas comunas. Algo distinto es aludir a los in-

dexadores del per cápita de salud, que en la actualidad son tres: población adulta mayor, pobreza municipal y distribución geográfica (rural y urbana).

A su juicio, se deben revisar los elementos del per cápita porque éste no da cuenta de la heterogeneidad existente entre los municipios. El estudio efectuado por la Asociación de Municipalidades en relación al per cápita basal, en el que se valorizó las prestaciones que se realizan en todo Chile -que están dadas por un decreto- consideró cada una de las prestaciones dadas a 2006 y les puso valor; también, identificó que el per cápita que se estaba entregando por esa cantidad de prestaciones al 2007 era de 1.505 pesos y que, para poder prestar con calidad esas atenciones, se necesitan recursos que ascienden a \$ 2.700 ó \$ 2.800, lo cual tiene que ver con la frecuencia de las atenciones y con la productividad, es decir, con una serie de aspectos que se evalúan en cada una de las prestaciones.

Consultado sobre la oportunidad en que el Ministerio entrega la información referida al per cápita, señaló que, evidentemente, ello ocurren en forma tardía; debiera adelantarse, con la finalidad que los municipios puedan efectuar una programación real conforme a la discusión presupuestaria de cada municipio.

Consultado sobre la entrega de dineros adicionales por parte del gobierno central para realizar programas especiales y específicos, indicó que ello es efectivo, y ocurre para corregir las características epidemiológicas de cada comuna, respecto de los cuales cada municipio es autónomo (es decir, cada uno decide realizar esas prestaciones adicionales mediante un convenio con el Ministerio de Salud). Agregó que es diverso a nivel nacional; hay comunas que reciben muchos programas, pero aclaró que existe una diferencia con el Ministerio de Salud respecto de cómo se valoriza cada una de las prestaciones, pues no implica que con cada uno de los programas ingrese más dinero, sino más bien otra obligación, que si viene desvalorizada, aumenta el déficit.

Explicó que de las trescientas veinte (320) comunas que tienen salud municipal, cincuenta y dos (52) tienen otro sistema de financiamiento, que no se ha expuesto en esta intervención, y que debe ser revisado. Estas últimas tienen un grave problema de equidad pues son “de costo fijo” y sin importar la cantidad de población beneficiaria inscrita, reciben un financiamiento que es insuficiente debido a que existen costos fijos que se mantienen, independientemente de la población que se está atendiendo: así, indicó, las comunas pequeñas, con menos de 3.500 personas, destinan hasta el 60% a costos fijos para poder entregar las prestaciones.

Consultado sobre el aporte efectuado por las municipalidades a la salud, indicó que de acuerdo a los estudios de la Asociación, en promedio, el aporte de los municipios a nivel nacional es del 20% del presupuesto del gasto que hacen los municipios en salud. El porcentaje está tomado respecto de la cantidad de prestaciones: hay municipalidades que dan 0% y otras hasta el 60%. La cifra total del per capita es de doscientos setenta y cinco mil millones (\$ 275.000.000.000) para todo el país, y de ciento noventa mil millones (\$ 190.000.000.000) correspondiente a programas que no se realizan en todo el país. Hay disparidad: por ejemplo, Quilpué pone setenta millones (\$ 70.000.000) para salud y quinientos millones (\$ 500.000.000) para educación. El Ministerio ha dicho que si el per cápita se corrige -agregándole lo que se obtiene por concepto de esos programas especiales-, ascendería hasta \$ 2.700 pesos. Pero los programas no son nacionales, por tanto, la cifra puede variar de comuna en comuna.

Consultado si, a su juicio, los indexadores de pobreza y de ruralidad son inadecuados para corregir la discriminación existente entre las diversas comunas, manifestó que, al menos, son

insuficientes; la inequidad persiste pues, a la postre, llega menos dinero a las comunas más pobres, a pesar de todos los factores de indexación. Este tema es parte del estudio realizado por la Asociación de Municipalidades, que ha sido acogido por el Ministerio de Salud en cuanto a concordar la insuficiencia de los indexadores, todo lo cual se está discutiendo con la comisión de expertos a que se aludió anteriormente, integrada por representantes de veintitrés comunas.

Precisó que, a nivel internacional, los indexadores consideran otro tipo de correctores, tomando en cuenta la pobreza del municipio y no la de la población. Eso influye en los costos. La Asociación de Municipalidad difiere de la opinión del Gobierno en cuanto a que sean aquellas las que financien la salud: es el Estado Central quien debe financiar.

Consultado sobre el aumento del per cápita de \$ 1.500 a \$ 1.905, hizo presente que ese monto aumentó este año, pero no producto de un reajuste real y con consecuencias efectivas, atendido que ocurrió debido al incremento de las prestaciones. Por tanto, el crecimiento real fue de 4%, porque se agregaron otras prestaciones dentro del per cápita. A su juicio, debiera cerrarse la canasta con noventa y un prestaciones, cuyo monto per cápita es de 1.905 pesos. Por tanto, todo sigue igual, pues aún existe desfinanciamiento.

Evaluación autocrítica por parte de los municipios. Hay una relación bastante exacta respecto a las comunas en cuanto a su grado de ingreso y a los déficit de gestión existentes, lo cual hace que se oficialice la inequidad, porque el per cápita insuficiente afecta más -en general y no como regla absoluta- a las comunas más pobres: las comunas que tienen más recursos hacen mejor gestión, pues tienen mejores profesionales y estructuras, y destinan profesionales dedicados al análisis de la gestión, lo cual no ocurre en las comunas más pobres. Se han buscado soluciones, como la asociatividad entre varias comunas pequeñas para desarrollar algún tipo de trabajo conjunto y enfrentar las circunstancias, lo cual ha ocurrido en el área de la recolección de basura (Quilpué, Villa Alemana, Limache y Olmué), pero aún no en salud.

Inequidad territorial. Sólo las comunas rurales muy grandes cuentan con postas, pero el resto de los campesinos que sufren infartos, por ejemplo, no reciben atención inmediata, a pesar de estar cubiertos por el Auge, porque en esos recintos no hay médicos para hacerse cargo. Y ciertas situaciones no pueden ser resueltas por un paramédico.

Médicos extranjeros que trabajan en la atención primaria. Han sido un gran aporte pues ha permitido cubrir zonas geográficas donde no se prestaba atención médica. La preocupación principal debe orientarse a que éstos sean de buen nivel, no que sean extranjeros: debiera uniformarse el criterio al respecto pues, en la actualidad, los peruanos y argentinos deben cumplir proceso previo para la legalización de títulos, no así los ecuatorianos y uruguayos, con cuyos países Chile tiene un convenio especial. Otro problema práctico es que los médicos extranjeros acceden al mercado laboral del área salud al poco tiempo de haber llegado al país pero, lamentablemente, al poco andar emigran de la atención primaria, lo que demuestra la falta de incentivos para captar el interés de los médicos, con el objeto de que se queden en ese nivel de atención.

Presidente de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipalizada (Confusam), señor Roberto Maturana⁴⁶.

Su exposición comenzó con una referencia a la situación histórica y actual de la atención primaria. Luego, planteó diversos temas que preocupan al personal, como el financiamiento, los médicos extranjeros, los incentivos necesarios -económicos y profesionales- para atraer y

⁴⁶ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 102, de 30 de junio de 2008.

mantener al personal médico, las condiciones y clima de trabajo y la carrera funcionaria del personal, la situación de los servicios de urgencia, la productividad, los centros de salud familiar, y la necesaria articulación que debe existir entre la atención primaria y los niveles secundario y terciario.

No obstante la reforma sanitaria que se impulsó en Chile, no se ha dado respuesta a los desafíos sanitarios: se mantienen las dificultades en el sistema. Pero, por otro lado, recalco, deben reconocer los enormes avances en salud, demostrados por datos duros a nivel internacional.

Situación histórica y actual de la atención primaria. Las críticas que se formulan al sistema de salud y sus problemas, particularmente en invierno, dejan entrever que es desastroso e incapaz de hacerse cargo de los problemas de salud de la gente, lo que, a su juicio, no corresponde a la estricta y total realidad.

Antiguamente, los consultorios dependían de la misma norma administrativa que rige a los Servicios de Salud, a los hospitales y a las postas de urgencia; sin embargo, en la actualidad se subordinan a la autoridad municipal y están regidos por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Dicha dependencia continuará vigente, pese a que hay gremios del sector que tienen como objetivo -no siempre declarado- la desmunicipalización de la salud, porque, a su entender, los problemas del sistema público se resolverían devolviendo la administración de la atención primaria municipalizada a los Servicios de Salud. Esa medida, en su opinión, carecería de racionalidad y sensatez, a la vez que reflejaría un desconocimiento franco de la realidad del funcionamiento de la salud en Chile y de la atención primaria, en particular.

Antes de 1980, la atención primaria prácticamente no existía, pues era un apéndice del mundo hospitalario e incluso en esa época el trabajo en un consultorio era una señal de fracaso para los médicos, en atención a la cultura sanitaria imperante en Chile, donde se privilegiaba el desempeño en los hospitales o tener una especialidad. Sostuvo que, en cambio, en la actualidad, la salud municipal puede mostrar, además, un desarrollo en el sistema de salud público. Indicó que, en 1990, alrededor de 8.500 funcionarios fueron traspasados al sector municipal y actualmente son más de 32.000.

Tampoco existía la atención primaria de urgencia, sino que una Unidad de Primeros Auxilios (UPA), que funcionaba en condiciones precarias. Actualmente, los servicios de atención primaria de urgencia se hacen cargo de más de 6.000.000 de atenciones cada año y realizan más de la mitad de las atenciones de urgencia en el país, de modo que sería desastroso que dejaran de funcionar, ya que el resto del sistema público de salud no podría asumir dicha tarea; no se podría realizar una campaña como la de invierno como la de las enfermedades respiratorias.

En 1990, la tasa de mortalidad infantil era cercana a 20 por 1.000 nacidos vivos y ha disminuido a 7 u 8 casos por igual cifra⁴⁷, ya que las causas de mortalidad son ahora tratables, evitables y prevenibles, lo cual se relaciona con el tremendo desarrollo que ha tenido en Chile la atención primaria y, particularmente, uno de los programas más destacados de esta última, a saber, el de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), que ha influido notablemente en la disminución de la mortalidad infantil. La atención primaria de salud maneja una lógica de funcionamiento completamente distinta a la del mundo hospitalario, ya que se potencia el equipo de trabajo y la existencia de relaciones horizontales en los consultorios, pues no nece-

⁴⁷ Ello significa que en los años 90 morían anualmente más de 5.000 niños por distintas causas, la mayor parte de las cuales eran evitables. Hoy, menos de mil niños mueren en el año.

sariamente el médico es la cabeza de un equipo, sino que puede serlo una enfermera, una matrona, una asistente social o cualquier otro profesional calificado en el área de la salud (en el mundo hospitalario las relaciones son absolutamente verticales, puesto que el médico es la cabeza del equipo y el resto de los profesionales lo suceden jerárquicamente).

Entre los problemas o falencias que enfrenta el sistema de salud y que no fueron resueltos por la reforma sanitaria, mencionó los siguientes: falta de calidad en la atención, y escasa capacidad de diagnóstico y resolutivez. La gente espera una atención más relajada, distendida, cálida y humanitaria, que no siempre se consigue. Hay encuestas en que la queja principal de la persona que se atendió en un consultorio era tan simple como pedir que el médico la mirara a los ojos o que la examinara. A su vez, no es suficiente abordar los síntomas que presenta la persona que consulta sin tener la capacidad de diagnosticar con precisión su origen para tratarlos y evitar que se presenten en el futuro.

Si bien se señala que los hospitales funcionan muy mal porque están atochados por problemas propios de la atención primaria, la cantidad de derivaciones que esta última efectúa hacia el mundo hospitalario, ya sean diferidas o de urgencia, es razonable, de acuerdo con la referida capacidad. Más del 90% de las derivaciones ocurren por falta de tecnología competente y de especialistas en la atención primaria. Es absurdo el modelo imperante, que es hospitalocéntrico, que concentra los recursos de especialistas en el mundo hospitalario, ya que gran parte de los problemas son resueltos por estos últimos en forma ambulatoria y no en las instalaciones hospitalarias. A vía ejemplar, expresó que no tiene sentido que un hospital cuente con un oftalmólogo que recete lentes; debiera ser resuelto en la atención primaria.

Aseguró que mientras los hospitales no cuenten con la dotación de especialistas que el sistema requiere, las listas de espera no se modificarán y los pacientes continuarán esperando meses e, incluso, años para ser atendidos. Comentó que hay personas que han fallecido sin haber obtenido la atención de un especialista.

Financiamiento del sector salud. Hay salubristas, a nivel de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, que no se explican cómo Chile puede tener resultados tan buenos en salud, con ese magro aporte estatal.

Precisó que el financiamiento de la atención primaria se sustenta en un modelo per cápita contra población inscrita validada. El per cápita basal tiene un valor de 1.905 pesos, pero no hay duda de que ha incrementado su valor de manera significativa desde hace diez ó doce años. Sin embargo, ese es el monto recibido una vez al mes por cada beneficiario inscrito en un consultorio, para hacerse cargo de todos los problemas de salud de esa persona. Es injustificable.

Chile puede y debe tener un per cápita basal, sin incluir convenios ni otros aportes, que sea equivalente al doble del actual. Es necesario corregir el per cápita basal para llevar a cabo un plan de salud familiar con la equidad: enmendar el porcentaje de ruralidad, toda vez que si se aplican los indicadores utilizados en países europeos, éste ascendería a aproximadamente el 40% de la población, y los indicadores de la pobreza, toda vez que no se puede pretender resolver un problema de salud de las personas de comunas pobres con la misma suma que se asigna por concepto de per cápita en una comuna con más recursos.

Médicos extranjeros. A nivel nacional, los médicos extranjeros representan el 40% de la dotación y son, preferentemente, ecuatorianos, cubanos, argentinos, uruguayos y brasileños. Indicó que el porcentaje a que alude el Ministerio de Salud (60%), correspondería a la Región Metropolitana. La mayoría están en las regiones Metropolitana, Quinta y Octava. Chile tiene que hacerse cargo de la globalización en el mundo del trabajo; muchos chilenos que

emigran a otros países y no se registran casos de xenofobia en su contra, por lo que no se puede efectuar una evaluación profesional por nacionalidad ni política, ni técnica ni moralmente. Se requieren acuerdos con Perú, Cuba y Ecuador, entre otros países, respecto de las mallas curriculares.

El examen médico nacional permite comprobar el desempeño de cada médico y es una muy buena alternativa, al igual que los sistemas de evaluación permanente. Indicó que cada unidad de trabajo debe evaluar y calificar permanentemente no sólo a los médicos, sino que a todo el personal que trabaja en salud. En algunos casos, los usuarios manifiestan que los profesionales extranjeros son más cálidos que los chilenos.

El desinterés de los médicos chilenos por trabajar en atención primaria radica en que su formación es en un 90% hospitalaria y de especialización. Planteó que si bien es posible cambiar esta situación, se requiere de voluntad política tanto a nivel del Ministerio de Salud como de la formación académica de los futuros profesionales.

Incentivos. Son importantes tanto los de carácter económico como profesionales, orientados éstos últimos a permitir el desarrollo y formación permanentes, así como también a otorgarles el mismo estatus que tiene cualquier especialista del sistema privado o del sistema público hospitalario. Preciso que ello significa que un pediatra formado para la atención primaria debería recibir exactamente el mismo tratamiento que el de uno que trabaja en el mundo hospitalario, desde los puntos de vista profesional, económico y de condiciones laborales, para lo cual se requiere exclusivamente de voluntades políticas.

Condiciones de trabajo de los funcionarios de la salud y de los médicos de la atención primaria. La presión de la labor conduce a altas cifras de ausentismo laboral y de licencias médicas, lo que se agrava con la alternativa cierta del contagio de enfermedades.

En otro ámbito, si bien las realidades son distintas, dependiendo de la comuna de que se trata, el clima laboral en la atención primaria es bueno, ya que se ha logrado estructurar un equipo de trabajo y una forma de organización que funciona en todos los consultorios del país y que ha permitido desarrollar una política de acuerdos con el Gobierno y con los empleadores en cada uno de los municipios en forma permanente.

Urgencias. Las urgencias reales no alcanzan al 10% del total de atenciones de este carácter que se prestan en un servicio de atención primaria de urgencia pero, para modificar esa realidad, se requiere resolver otros problemas previos, vinculados al acceso de las personas a soluciones de sus problemas de salud, que permitan evitar que los servicios de atención primaria de urgencia estén siempre llenos: las personas no pueden concurrir durante su horario de trabajo a atender su problema de salud.

Productividad en la atención primaria. Para determinarla se debe relacionar la inversión que se realiza en salud con los resultados que se obtienen. El mundo de la salud se ha desarrollado satisfactoriamente, a diferencia del mundo de la economía; conceptos como prioridad y enfoque de riesgo han sido utilizados en el sector desde siempre y tuvieron su apogeo en el sistema de salud pública en la década de los '80.

La productividad no debe medirse solamente por el número de acciones que se realizan, sino por los resultados. Estados Unidos gasta el 15% de su PIB en salud, pese a lo cual hay cuarenta millones de personas que no tienen posibilidades de atención en salud, lo que en Chile no ocurre. Hizo notar que incluso el índice de mortalidad infantil de Estados Unidos es más alto que el de Chile.

Sistema de evaluación de los trabajadores de la salud de la atención primaria. Dos tipos: individual, que se concreta en una calificación funcionaria, y colectiva, que se basa en el

cumplimiento de metas sanitarias. Aseguró que estas últimas tienen un nivel de cumplimiento altísimo. Asimismo, manifestó que los Indicadores de Actividades de la Atención Primaria de Salud (Iaaps) han funcionado satisfactoriamente, en términos generales.

A su juicio, Chile tiene que evolucionar bastante en materia de calificaciones individuales, por cuanto, debido a un problema de cultura, la mayor parte del personal calificable está en lista 1, aunque ello no corresponda a la realidad. Explicó que el reglamento de calificación indica que la lista 1 es de los funcionarios de excelencia, en tanto que en la lista 2 debe incluirse a los que tienen un desempeño normal. Estimó que, en consecuencia, sería lógico que la inmensa mayoría de los funcionarios estuviese en lista 2, mas si se concretase aquello, los funcionarios, especialmente los médicos, se sentirían extremadamente vilipendiados, agredidos y violentados. Aseguró que en este tema tienen responsabilidad tanto los funcionarios evaluados como los propios jefes, que no se atreven a aplicar los sistemas de evaluación como corresponde.

Fono Salud. Implementado para solicitar horas de atención a través del teléfono, afirmó que ha sido bueno, ya que, en general, se responde, salvo cuando está muy saturada la única línea de que se dispone. El problema radica en la falta de personal suficiente para atender las demandas.

Centros de salud familiar. Han funcionado bien; suponen una modificación en la forma de hacer salud en el mundo de la atención primaria, ya que se pasa a un modelo más cercano a la familia y sectorizado. Es erróneo pensar que la atención primaria es sinónimo de atención básica; sin perjuicio del respeto que merecen los especialistas, que tienen una formación técnica y conocimientos muy específicos respecto de su ámbito, el desempeño en la atención primaria exige de un profesional que posea conocimientos no sólo en salud, sino, además, que tenga una visión antropológica, social y política respecto de la persona, su familia y su comunidad.

Brechas de funcionarios por comunas o regiones. Hay carencia de médicos suficientes; esa es la principal falencia, debido a la falta de incentivos al desarrollo profesional.

Carrera funcionaria en la atención primaria. La evaluó positivamente, dado que es el único sector en el mundo en que ella existe realmente y es individual. Puntualizó que los funcionarios de este nivel ascienden en atención a su propio desarrollo, antigüedad y capacitación, a diferencia de lo que sucede en el mundo hospitalario y en la administración pública, donde hay un sistema de plantas esquemáticas, en las que hay que buscar fórmulas para ascender.

Articulación entre la atención primaria y los niveles secundario y terciario. La primera debe estar en manos de los municipios. Para tener un país descentralizado, en el que la gestión de Gobierno sea más cercana a la gente, se requiere de gobiernos locales ejercidos por municipios fuertes que se hagan cargo de todos los problemas de las personas, entre los que mencionó la salud, tal como ocurre en los países europeos y las naciones más desarrolladas del mundo, lo cual no significa que el Estado no tenga rol que cumplir, principalmente, en las políticas públicas; se debe generar un equilibrio y una coordinación permanentes entre éste y el rol del municipio, como gobierno local, a fin que el sistema funcione bien. Hizo hincapié en la importancia de acercar la salud a la gente y, en ese sentido, la vía apropiada es fortalecer la atención primaria y asignarle más recursos, toda vez que si se administrase el sector desde el Ministerio de Salud ocurriría lo mismo que en el mundo hospitalario.

Representantes del Interconsejo Comunal de Salud de San Joaquín⁴⁸: su Presidente, señor Antonio Cáceres; el Presidente del Consejo de Salud del Consultorio Baeza Goñi, de la misma comuna, señor Fernando Madariaga, y los señores Andrés Díaz, Kurt Rosenberg y Enrique Molina⁴⁹.

Su exposición se refirió a la situación actual de la atención primaria, a través de la experiencia recogida en la comuna de San Joaquín, a la insuficiencia del monto del per cápita y a los deficientes indexadores que se utilizan para determinarlo. Asimismo, emitió opiniones sobre los incentivos requeridos para atraer y conservar al personal médico en los consultorios, sobre los médicos extranjeros, sobre la municipalización de este nivel de atención, y sobre otros aspectos puntuales, como el fono consulta y la entrega de medicamentos.

Per cápita. Estiman que debe aumentarse a \$ 3.500 atendido que existen estudios en los cuales se establecen costos para la canasta de prestaciones asociadas al per cápita, el que arroja resultados mayores a los asignados en la práctica.

El per cápita basal posee diversos indexadores que aumentan su valor según las características que posea la comuna, cuyos criterios son: pobreza, ruralidad y de riesgo para desarrollar las actividades (vinculado al porcentaje de establecimientos clasificados como de riesgo a nivel nacional, factor priorizado a los municipios rurales). De esos tres elementos, para la comuna de San Joaquín resulta determinante el referido a la pobreza, que utiliza como indicador el índice de privación promedio, vinculado a la mayor o menor dependencia de las comunas del Fondo Común Municipal. De este modo, se definen tramos de pobreza, que otorgan determinado porcentaje de incremento del per cápita, hasta en 25% del basal. Sin embargo, se plantea la necesidad de revisar el criterio de pobreza utilizado (que reconoce la pobreza comunal hasta en el 25% de las comunas con mayor índice de privación) pero que, en realidad, no se relaciona adecuadamente con el perfil de pobreza de las personas que viven en la comuna (coeficiente de correlación igual a 0,32). Es necesario considerar la pobreza de las personas, lo cual incorporaría al modelo de financiamiento un criterio de riesgo. El principal problema de esta variable es que no logra rescatar la diversidad de todas las comunas y termina colocando en un mismo tramo y, por lo tanto, les otorga un mismo financiamiento, a comunas tan distintas como San Joaquín, Ñuñoa o Vitacura.

Si se compara el ingreso de salud para cuatro comunas de la Región Metropolitana, con cifras cercanas de número de inscritos a atender, da el siguiente resultado. Según la actual clasificación, tres de estas comunas están consideradas en un mismo tramo de pobreza, Santiago, San Joaquín y Ñuñoa, y ninguna de ellas recibe incremento al per cápita basal por este concepto; y una está considerada en un tramo de pobreza mayor, como es Pedro Aguirre Cerda, según se deduce del siguiente cuadro:

Datos año 2006	Santiago	Nuñoa	P. Aguirre Cerda	San Joaquín
Nº población inscrita y válida Fonasa, año 2006	74.825	73.476	81.378	71.935

⁴⁸ La comuna de San Joaquín cuenta con tres consejos de salud, cada uno de los cuales tiene un Presidente. Dan cuenta, a su juicio, de la precariedad de la salud primaria que vive ese territorio, que, tiene una asignación per cápita -por salud- de \$ 1.905, que debiera ser incrementada a -al menos- \$ 3.500. De los 97.000 habitantes de la comuna de San Joaquín, casi 71.000 se atienden en la salud primaria, lo cual explica la insuficiencia de dicho per capita.

⁴⁹ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 106, de 14 de julio de 2008.

% de la población de la comuna cubierta por el sistema de salud municipalizado	41	47,49	78,72	82,65
Aporte municipal al área de salud	\$ 1.545.598.000	\$ 955.000.000	\$ 581.000.000	\$ 438.070.000
Aporte municipal a salud: % de transferencia que el municipio hace sobre sus ingresos propios.	2,91	6,45	10,4	7,52
Ingresos por aportes del Minsal (per capita)	\$ 1.335.564.000	\$ 1.480.882.000	\$ 1.944.517.000	\$ 1.458.825.000
Ingreso total percibido area salud	\$ 2.979.017.000	\$ 3.091.703.000	\$ 2.737.017.000	\$ 2.191.767.000
Ingreso total per capita por habitante inscrito	\$ 3.318	\$ 3.506	\$ 2.803	\$ 2.539
Ingreso total del municipio al año	\$ 98.846.792.000	\$ 20.141.127.000	\$ 6.850.446.000	\$ 7.064.732.000

Por tanto, las comunas que no reciben incremento por indexación de pobreza, reciben, todas, el mismo per cápita basal, aun cuando existan diferencias entre ellas, y las que tienen mayores ingresos propios pueden destinar a su gestión de salud local un mayor aporte financiero, de tal modo que siempre disponen de un mayor per cápita por habitante inscrito.

¿Cómo es posible que a una corporación de salud de una comuna pobre como San Joaquín se la compare con Santiago y Ñuñoa, en circunstancias de que reciben más aportes y tienen menos población pobre? En Ñuñoa, el 3% de su población es pobre o indigentes, mientras que en San Joaquín la cifra llega a más del 14% ¿Cómo se comparan esas dos comunas como no pobres? No es entendible.

Hace algún tiempo hubo una reunión en que participaron los miembros de los consejos locales, los profesionales de los Centros de Salud Familiar (Cesfam) y el personal no médico, con la finalidad de imaginar como desean que sea la salud durante el próximo quinquenio hasta el año 2012; pero se concluyó que con el per cápita asignado será imposible alcanzar los objetivos.

Falencias de la atención primaria. Algunos problemas puntuales mencionados son los siguientes: a) Rotación de médicos dentro en los Cesfam, que luego de dos meses se van, por diversas razones, y el nuevo que reemplaza al anterior no conoce a los pacientes, etc., todo lo cual ocasiona retrocesos; b) Hay diferencias entre un Cesfam y un consultorio, pero reciben el mismo aporte. En San Joaquín, por ejemplo, hay tres Cesfam, que tienen una función bastante amplia ya que les corresponde tratar a la familia en su conjunto, incluidos los problemas de drogadicción, alcoholismo y violencia intrafamiliar. Entonces, si bien hay todo un equipo funcionando para brindar esa atención, no alcanza para atender a todas las familias; c) Las autoridades de salud han señalado que se da más dinero que el que se gasta, pero ello no es así. Lo que ocurre es que para tal afirmación se consideran todos los aportes, incluidos aquellos para financiar proyectos y programas; sin embargo, las corporaciones de salud, en las comunas donde las hay, no pueden ocupar los recursos destinados a proyectos y programas para contratar personal, porque no son para eso. El personal sólo puede contratarse con cargo al aporte del per cápita basal; d) El per cápita para exámenes hasta el 2007 era de \$ 60, lo que permitía juntar entre 25 y 50 millones de pesos anuales, que no alcanza para cubrir el

total de los exámenes que se hacen en un año y ¿qué pasa? se genera un déficit del orden de \$ 40.000.000 anuales, que debe absorber el municipio, que en el caso de los pobres como San Joaquín, siempre están al debe. Nunca se ha logrado estabilizar la deuda de salud de esta comuna. Ésas, entre otras muchas, son las razones que permiten concluir que \$ 3.500 per cápita sería un aporte adecuado.

Los problemas que tiene el área de salud de la comuna de San Joaquín, se resumen a continuación: existe un ecógrafo de última generación en el policlínico de la comuna -sólo lo tienen tres clínicas en Chile-, fruto de un proyecto mancomunado con el Interconsejo, de un valor de \$ 28.000.000, pero resulta que es ocupado siete horas semanales, pues con el actual presupuesto per cápita no hay recursos para contratar al médico tratante para que utilice dicho equipo por más horas, lo cual implica que por ese déficit de atención se sigue derivando a pacientes en interconsulta a los hospitales, no obstante tener el equipo adecuado en el consultorio. Por otro lado, existe una sala de cirugía menor, pero el cirujano que atiende tiene miedo de operar porque no tiene un carro de paro, que impide contar con el antídoto en caso de que los pacientes tengan rechazo a la anestesia (dicho carro se está pidiendo desde hace dos años). Otra falencia es la escasez de médicos por falta de presupuesto. A veces, la gente es citada para las siete de la mañana y es atendida a las cuatro de la tarde.

La salud primaria debe ser la primera contención, que hará desaparecer las grandes listas de espera de los hospitales públicos; por ello, se deben focalizar allí los recursos.

La atención primaria de urgencia en San Joaquín. El sistema de urgencias colapsa pues la gente concurre a él (al Sapu) por falta de acceso a la posta y a los hospitales.

Médicos extranjeros e incentivos para su permanencia. En términos generales, atienden bien, pero cuando son buenos, se van para otros lugares pues la comuna de San Joaquín es la que peor paga a los especialistas de atención primaria. En general hay médicos ecuatorianos, y chilenos preparados en Cuba. La actual directora del Cefan es boliviana, el director del Cefof, es ecuatoriano. La mayoría de los integrantes de la plana mayor son extranjeros. Hay un chileno -lleva veinticinco años-, y otros dos también chilenos pero que estudiaron en Cuba. Hace algún tiempo hubo un médico que trabajó durante seis meses, pero desde Ancud le ofrecieron más plata y aceptó la oferta. Otro médico buenísimo era canadiense y se fue a Cancún porque le ofrecieron más plata. Ése es el drama como comuna. Otro problema con los médicos preparados en el Caribe es que no están capacitados en ciertas enfermedades propias de climas fríos como las enfermedades respiratorias y broncopulmonares.

Indicó que se gasta mucha plata para perfeccionar a los médicos de atención primaria, pero estos no vuelven en forma permanente a ella. Debería haber una preocupación del Estado para que jóvenes que se preparan en la medicina chilena, tuvieran un compromiso de entrega de, al menos, tres años, a fin de prestar el servicio y devolver la mano. El Estado les debiera exigir que las becas o franquicias para estudiar sean devueltas con un compromiso de emplearse para el Estado por algún tiempo.

Municipalización de la atención primaria. Algunas cosas están bien, otras no. En general, manifestó no estar muy de acuerdo con ella, porque cuando se han hecho reclamos de salud como los mencionados (falta de preparación en algunas enfermedades, por ejemplo) y otros relacionados con falta de medicamentos -en los policlínicos de atención primaria no alcanzan para todo el mes-, las respuestas son insatisfactorias: falta de recursos, y a ello, se agrega que el Ministerio de Salud señala que dicha falta de recursos se debe a gestión deficiente. Señaló desconocer quien tiene la razón, pero conocer quien es el directamente afectado: el paciente.

La Directora de la Corporación de Salud de San Joaquín le ha manifestado que podría solucionar el problema la existencia de una administración de costos, esto es, que cada policlínico sea autovalente, en el sentido de que responda por los dineros que llegan, y que éstos sean distribuidos por un administrador o contador. Si hubiera autosuficiencia en la gestión y el dinero llegara a un centro de costos, se podría auditar, lo que no ocurre hoy con el sistema per cápita, en que llega a la municipalidad respectiva, como centro de distribución y, por lo tanto, no se sabe si el dinero destinado a salud va siempre a la salud.

En conclusión, se señaló, la dualidad de gestión (cumplimiento de metas en gestión clínica y en gestión administrativa) es negativa, lo mismo que entregar la salud a las municipalidades. Debiera haber una administración central que, al fijar las metas sanitarias, las condiciones a la existencia de los recursos. La salud debe ser responsabilidad del Estado, no del municipio pues las comunas que tienen más dinero tienen policlínicos parecidos a las clínicas, y las comunas más pobres, son precarias porque el aporte municipal es demasiado bajo.

Fono consulta. Igual a “fono fracaso” pues, normalmente, está ocupado o no hay respuesta. En los centros, la gente debe madrugar y hacer fila, es decir, volver a la realidad que siempre ha existido.

Medicamentos. De baja calidad, puesto que, incluso, se compran en remates para abaratar costos. Se ha dado la situación que los laboratorios que entregaban medicamentos ya no lo hacen, atendida la deuda histórica que existe -que bordea los \$ 140.000.000-. Eso obliga a buscar medicamentos más baratos, como las actuales aspirinas de quinientos miligramos que llegan desde Nueva Zelandia, pero sin rotulación. Los medicamentos que se recetan deben ser divididos en cuatro partes para que alcancen para todo el mes.

3) Urgencias y operatividad de ambulancias.

Jefe del Servicio de Urgencia de la Clínica Indisa, don Leonardo Ristori Hernández⁵⁰.

Expuso acerca del funcionamiento de la atención pública de urgencia de adultos de la Región Metropolitana, a partir de su experiencia en el Servicio de Urgencia del Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública (Huap) y en la dirección, tanto de dicho Hospital como del Samu de la citada región.

Evolución en la atención de urgencia. Señaló que durante la década del setenta y hasta la mitad de la del ochenta, en el Huap, que contaba con 260 camas, se atendía con frecuencia a más de 1.000 pacientes en 24 horas e, incluso, en alguna oportunidad la cifra alcanzó a los 2.200 enfermos, la mayoría de los cuales era atendido en los primeros cinco o diez minutos transcurridos desde su llegada al establecimiento, ya que las situaciones de espera en los pasillos por mayor tiempo al señalado se presentaban sólo ocasionalmente y obedecían a los cambios de turno o a la llegada de algún paciente particularmente grave, motivo por el cual no se apreciaba atochamiento en los hospitales.

Desde el inicio de la década del noventa se produjo un quiebre en la curva de ascenso de las consultas de urgencia, debido a la aparición de los Sapu, por lo que a partir de esa época, como máximo, se efectuaban 600 atenciones diarias. Indicó que, en cambio, el número de hospitalizaciones no sufrió modificaciones y continuó en aumento, por cuanto en esta materia no correspondía a los Sapu intervenir, dado su nivel de complejidad, por lo que derivaban a los pacientes al servicio de urgencia. Planteó que, simultáneamente, se produjo una varia-

⁵⁰ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 112, de 11 de agosto de 2008.

ción importante en el perfil demográfico de la población, toda vez que las expectativas de vida aumentaron en forma explosiva y la natalidad registró una disminución importante.

A fin de efectuar una comparación, manifestó que en 1950, la cantidad de ancianos era escasa, mientras que la de niños entre cero y cuatro años era considerable, en tanto que la expectativa de vida se circunscribía a una edad promedio de 55 años. Por otra parte, indicó que, en 2005, es posible apreciar el impacto que ha tenido la disminución de la natalidad y la cantidad significativa de personas mayores de 65 años, especialmente mujeres, ya que las expectativas de vida superan fácilmente los 70 años. Si bien este resultado demuestra un logro en materia de salud, refleja, por otra parte, la existencia de una población envejecida, que tiene múltiples patologías degenerativas, las que dan origen a consultas de urgencia y se convierten en la principal causa de egresos hospitalarios. Sostuvo que, en consecuencia, la población tiene la oportunidad de hospitalizarse varias veces y, dada la multifactorialidad de las enfermedades que padece, las estadías son más prolongadas. Puntualizó que el resultado de lo anterior se traduce en menos consultas en los servicios de urgencia, pero más hospitalizaciones, porque los Sapu no dan cuenta de los enfermos que se deben hospitalizar; hospitalizados de mayor edad, un mayor número de días de estadía en los hospitales, un mayor costo por egreso de cada paciente y una menor disponibilidad de camas.

Planteó que, a partir de esta realidad, las hospitalizaciones en los pasillos se convirtieron en un espectáculo común, lo que produjo un gran descontento tanto en el personal como en el propio paciente y su familia. Indicó que, por ello, esta práctica fue prohibida, sin perjuicio de lo cual la hospitalización se trasladó, en definitiva, a los boxes de la atención de urgencia. Por su parte, la falta de disponibilidad de estos últimos trajo como consecuencia la necesidad de que los pacientes esperaran horas para ser atendidos y la consiguiente congestión de los servicios de urgencia de los adultos, al menos, en la Región Metropolitana.

A su juicio, dicha congestión tiene su origen en la falta de camas disponibles para hospitalizar a pacientes adultos mayores en los servicios de medicina, situación que derivó del cambio significativo en el perfil demográfico de la población, que no fue enfrentado oportunamente con los Sapu, puesto que no estaban destinados a hospitalizar pacientes. Planteó que, por lo tanto, un aumento del número de Sapu para brindar atención de urgencia permitirá que disminuya la cantidad de personas que espera ser atendida, pero no solucionará el problema de los pacientes hospitalizados en los boxes.

Fenómenos hospitalarios provocados por la demografía y el mercado.

-La disminución de los partos, que ha disminuido la ocupación de las camas de maternidad.

-La ausencia crítica de algunos especialistas, como por ejemplo, los médicos anestesistas, los médicos emergencistas y los médicos intensivistas, así como también de técnicos paramédicos y, especialmente, de enfermeras, lo que complica de manera importante el esfuerzo del Ministerio de Salud para poner en funcionamiento nuevas dependencias.

-Faltan camas para hospitalizar a adultos de urgencia y a adultos con urgencias de medicina interna. Sostuvo que, en el primer caso, esta carencia ocasiona una complicación casi permanente en los servicios de urgencia, los cuales frecuentemente deben recurrir a mecanismos de compensación que, en general, deberían ser utilizados sólo en situaciones de tipo catastrófico, en las que hay muchas víctimas.

Medidas adoptadas por el Ministerio de Salud para hacer frente a la nueva demanda.

1) Se introdujo el sistema de agrupación de los pacientes en cuatro categorías una vez que ingresan a los servicios de urgencia, lo cual implica una evaluación inmediata por personal profesional, con el propósito de diferenciar los pacientes que tienen una condición más crítica de aquéllos que no se encuentran en esa situación. En esta materia, el concepto utilizado es que nadie puede agravarse o morir mientras espera para ser atendido.

2) Se estableció un nuevo enfoque de hospitalización de adultos. Sobre el particular, manifestó dudas respecto de la necesidad de contar con más camas de medicina. Opinó que se debería evitar la hospitalización de pacientes para hacer docencia o para fines de estudio, motivo por el cual frecuentemente son mantenidos en los servicios de medicina por profesores de cátedra. A su juicio, debería privilegiarse la hospitalización en medicina de los pacientes del servicio de urgencia. Igualmente, se debe estimular fuertemente los tratamientos ambulatorios o de hospitalización diurna para aquellos pacientes que no son de urgencia, todo lo cual representa un cambio cultural importante en la especialidad, frente al cual han sido un tanto reluctantes los internistas. Estimó que se debe llevar la práctica y la docencia de la medicina a los centros de diagnóstico y terapéuticos de los hospitales, como ocurre en el ámbito privado, en medicina interna. Se necesita avanzar en el estilo de atención progresiva, con servicios integrados médico-quirúrgicos, donde los pacientes sean atendidos por equipos multidisciplinarios, como la establecida para los hospitales autogestionados en red.

3) Se aumentó el número de camas disponibles para la hospitalización. Este objetivo se consigue, en primer lugar, mediante el reciclaje de las camas de obstetricia hacia medicina interna. También, se pueden reconvertir camas en períodos conflictivos (invierno), cuando algunas camas quirúrgicas o de especialidades quirúrgicas pasan a ser camas médicas o de puerperio. Se ha planteado, asimismo, la idea de implementar nuevas camas para la hospitalización de adultos.

Dio a conocer las cifras correspondientes a las nuevas camas agudas y básicas de la Región Metropolitana, que sumarán 246 a fines de octubre y se resumen en el siguiente cuadro:

Meses/ Hospitales	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Sótero del Río	16			26		
Padre Hurtado	18			20		
CRS La Florida		6				
San José de Maipú					20/12	
Barros Luco						30
El Pino			12			
Félix Bulnes			12	12		
Del Salvador		22				
HUAP			8	2		
CRS de Maipú			30			
TOTAL	34	28	62	60	32	30

Indicó que la cama aguda no equivale a la cama crítica, presente en las UCI, UTI o la coronaria, sino que es de cuidado básico para pacientes de urgencia, como los que acuden normalmente a los boxes de los servicios de urgencia. Si bien la cama aguda guarda similitud con la básica, difiere de ésta en lo que respecta a la disponibilidad y a que requiere una atención profesional de dos o tres visitas durante el día, de modo que no basta efectuar sólo una, como ocurre con el paciente de la cama básica.

Las camas críticas son mucho más caras, con monitoreo, implementación tecnológica y carga profesional mayor. La Región Metropolitana considera la implementación de 39 nuevas camas críticas, según el siguiente cronograma:

Meses/ Hospitales	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octub.
Sótero del Río				5 (coronarias)		
Félix Bulnes				6 (UCI)		
Talagante		6 (UCI)				
El Pino	6/6 UTI)	6 (UTI)				
Hospital del Tórax	4 (UCI)					

La suma de las camas básicas, agudas y críticas da un total de 285 camas y que si se considera que la Asistencia Pública cuenta con 260 camas, se podría pensar que se está implementando un nuevo hospital significativo, pero distribuido en distintas comunas de la Región Metropolitana. No obstante, precisó que ello permitirá mitigar el problema en forma importante, pero temporal, por cuanto el déficit es considerable y los cambios culturales que requieren los servicios de medicina son lentos de implementar, en la medida en que es necesario vencer algunas resistencias a ellos. Agregó que a ello se suma la falta de personal, especialmente enfermeras, para poner en funcionamiento todas estas camas, aun cuando se estima que se logrará implementar la mayoría de ellas, mas no con la rapidez deseada. Entre las estrategias para enfrentar este tema, mencionó el reciclaje de las matronas, que podrían ser capacitadas como enfermeras, por lo menos en la atención de camas básicas, sobre todo, cuando quedan cargos de matronas que no se ocupan por la invención de las camas de obstetricia.

Medidas para descongestionar los servicios de urgencia. En lugar de fortalecer el nivel primario, se requiere mejorar su capacidad resolutive (el 60% de pacientes que acuden a urgencias debieran haber sido resueltos en atención primaria) y, particularmente, la adhesión de los pacientes a los programas de control de crónicos⁵¹. Debe propenderse a que los controles sean efectuados en un horario más cómodo para los pacientes o en su domicilio, a fin de evitar el abandono de los tratamientos y de aliviar la carga sobre las urgencias médicas, lo que podría dar resultados en el mediano o largo plazo.

El funcionamiento de los hospitales durante las tardes, sería un aporte en la medida en que signifique más altas hospitalarias, no obstante lo cual implica más horas profesionales, lo que

⁵¹ Indicó que una cantidad importante de pacientes de los servicios de medicina corresponde a personas con descompensaciones, que deberían estar en control en atención primaria. Preciso que, por ejemplo, sólo con pacientes diabéticos e hipertensos bien controlados se reducirían a la mitad las urgencias médicas y las secuelas por accidentes vasculares encefálicos, la descompensación diabética, la insuficiencia renal, el pie diabético, etcétera.

requiere de un presupuesto hospitalario más alto. Esta medida no es fácil de implementar, la calificó como una buena idea, sobre todo en las áreas quirúrgicas, toda vez que permitiría que se realicen operaciones en las tardes y que aumenten las horas de pabellón. Debe educarse a los usuarios para que consulten el Sapu y no recurran inmediatamente a los servicios de urgencia.

Tiempos de espera en los servicios de urgencia del sector público y privado. Afirmó que en el caso de los primeros, los tiempos de espera actuales son altos. Precisó que gracias a la selección de la demanda, la gente no fallece en las salas de espera y tampoco se agrava o descompensa en forma seria en ellas, no obstante lo cual hizo notar que hay servicios de urgencia con esperas promedio de dos horas diarias, lo que significa que en las de más alta demanda, que en la mayoría de los establecimientos de salud se producen entre las 18 y las 23 horas, las horas de espera promedio pueden llegar a ser cuatro. A su vez, en los servicios de urgencia de establecimientos privados los pacientes igualmente tienen períodos de espera para ser atendidos por los especialistas, pero no tanto como en el sector público, ya que la carga es muchísimo menor. Ninguna clínica privada tiene a disposición de un paciente crítico la cantidad de especialistas que tiene un hospital público, todas las horas del día y todos los días del año, por razones de costos. La complejidad de las patologías sigue siendo mayor en los hospitales públicos que en el sector privado, en situaciones críticas; en estos últimos hay que esperar a los especialistas de llamada, lo que provoca problemas.

Turnos. Consultada su opinión sobre la composición de los turnos en los hospitales del país, admitió que hospitales como los de Iquique o Copiapó carecen de ciertos especialistas por turno, como por ejemplo, de traumatólogos, pese a desconocer si la cantidad de patologías traumáticas lo justificaría. La solución planteada por el Ministerio de Salud la constituyen los especialistas de llamada, los que justificarían su presencia permanente en el establecimiento de salud si debiesen concurrir ocho o diez veces por turno. Precisó que para ello se requiere contar tanto con la existencia de los cargos como con especialistas dispuestos a asumirlos, lo que no es un problema menor, a la vez que se debe estandarizar un mínimo de especialidades que no deberían estar ausentes en los servicios de urgencia, por lo menos de los hospitales cabecera de cada región.

Recursos humanos. Se debe analizar periódicamente la necesidad de reforzar y mejorar la cantidad y la calidad de los equipos de salud en algunos sectores; sin embargo, se debe considerar la realidad de los servicios de urgencias de la Región Metropolitana y pues si se contratasen más médicos, no habría más atenciones, porque no habría dónde atender. Actualmente, se requiere personal en algunas estructuras de apoyo, lo que tal vez permitiría mover más rápido las camas, como las de pabellones. Indicó la falencia de anestelistas a lo largo del país, porque la mayoría se encuentra en Santiago. Para determinar la cantidad necesaria de especialistas se requiere resolver primeramente la capacidad de hospitalización.

Ambulancias. Consultada su opinión sobre la creación de una especie de pool regional de ambulancias, con gestión de flota y GPS, a fin de que éstas no pertenezcan a un hospital, sino que sean intercambiables y móviles, planteó que los Samu son regionales y están definidos como un sistema de atención prehospitolaria médica, que requiere de un centro que reciba todas las llamadas y que las regule, en términos de priorizar aquellas que parecen más importantes que otras y que, además, derive al paciente al hospital más adecuado, de acuerdo con lo que padece. Indicó que el carácter regional de los Samu y de los centros reguladores obedece a la necesidad de optimizar el recurso humano, sobre todo médico, en zonas con gran demanda. Manifestó estar convencido de que hay localidades pequeñas que no necesitan

tener un Samu, como, por ejemplo, Puerto Cisnes, donde hay una ambulancia que se demora un minuto en hacer el recorrido entre el pequeño hospital y cualquier otro lugar de esa ciudad, de modo que sólo se requiere que alguien llame por teléfono para que se acuda a buscar al paciente.

Explicó que los Samu son independientes de los hospitales, pues éstos tienen sus propios servicios de movilización, y que atienden las llamadas de urgencias y los traslados de pacientes críticos. Los servicios de movilización de los hospitales están a cargo del traslado de los pacientes a los controles, motivo por el cual hay tantas ambulancias detenidas, que no guardan relación con los Samu. En general, el hecho de que las ambulancias del Samu estén detenidas en los hospitales se debe a que el paciente trasladado no ha sido atendido y permanece en la camilla a la espera de una atención, que, a veces, se demora horas.

Informes digitalizados de exámenes de imagenología. Consultada su opinión, expresó que la radiología digital constituye un avance fundamental, que debiera ser implementado prontamente. A su juicio, da solución a un problema muy importante de capacidad resolutive de los servicios de urgencia; es la manera adecuada para enfrentar la carencia de radiólogos en el país. Permite que los neurorradiólogos informen los escáneres al cerebro realizados en la Región Metropolitana desde su domicilio, para lo cual sólo sería necesario que contaran con el software adecuado. Por lo demás, agregó, son de mejor resolución.

4) Opinión sobre situación de la salud actual y planteamientos técnicos sobre la crisis hospitalaria.

Presidente de la Sociedad Chilena de Salubridad Pública, señor Manuel Ipinza Riveros⁵².

Su exposición tuvo por objeto aportar la visión del estado actual de la salud desde la perspectiva de un salubrista, para lo cual entregó cifras en relación a la existencia y necesidad de camas en el país, el índice de consultas médicas y de urgencia, y de los egresos hospitalarios. Se refirió a los recursos humanos y su capacitación profesional, al gasto público en salud, y a la oferta hospitalaria.

Camas hospitalarias. En 1985, la población beneficiaria del SNSS era de 10.054.000 personas. Las camas disponibles -no camas de dotación-, que son las que están en uso, alcanzaban a 29.713, por lo que el promedio de camas era de 3 por mil beneficiarios. En 1996, la población beneficiaria había decrecido significativamente, alcanzaba sólo a 8.538.000 personas, y las camas disponibles habían disminuido a 29.004. Debido a la disminución de la población beneficiaria, a pesar de la disminución de las camas disponibles, el índice de camas por cada 1.000 beneficiarios había aumentado a 3,4. En 2006, en cambio, debido a los cambios en los sistemas públicos y seguros privados, la población beneficiaria aumentó significativamente: 11.479.384 personas y las camas disponibles eran 26.228. Por lo tanto, el índice bajó a 2,3 camas por cada 1.000 beneficiarios. De esa manera, en 2006, el Sistema Nacional de Servicios de Salud chileno contaba con 3.485 camas menos que en 1985. Ello, por cuanto en 2006 habían 27.918 camas de dotación, pero sólo estaban disponibles 26.228. Por lo tanto, habían 890 camas que pudiendo ser usadas, no estaban disponibles.

A nivel referencial, otros países -comparables con Chile por su desarrollo y otros europeos desarrollados con sistemas de salud públicos muy fuertes- contaban, en 2003, con el siguiente índice de camas: Alemania, 6,8 por 1.000 personas; en Japón, 8; Canadá, 3; Francia, 3,8, y el Reino Unido, 3,7. Al año 2005, Uruguay, 2,9; Argentina, 4,1, y Cuba, 4,9.

⁵² El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 104, de 7 de julio de 2008.

Según el Ministerio de Salud, en Chile, a diciembre de 2007, el número de camas de dotación había descendido de 27.918 que había en 2006 a 27.345. Las camas disponibles también habían disminuido a 26.024. La tendencia a la disminución absoluta de las camas persiste en los últimos años.

Consultado sobre la existencia suficiente o no de camas, un estudio⁵³ demostraba que, luego de efectuado un catastro de camas, incluidas las de los servicios de las Fuerzas Armadas y de Orden, el 78% de las localidades del país no tenía camas privadas; sólo el 22% de las localidades del país contaba con ellas. A su vez, el 74% de las camas privadas estaba en la Región Metropolitana y el 13%, estaba concentrado en Arica, Antofagasta, Viña del Mar y Concepción. El 13% restante estaba en otras localidades del país. En suma, el 87% de las camas estaba en la Región Metropolitana, Arica, Antofagasta, Viña del Mar y Concepción.

En 2007, de acuerdo a los estándares del Ministerio de Salud, en el Servicio de Salud había un déficit de 100 camas UCI y 336 camas UTI, que es un déficit importante, de acuerdo a los estándares del Ministerio de Salud, que toma como referencia el estándar de España, que es el país europeo menos exigente en esta materia.

Índices sobre egresos hospitalarios, consultas médicas y consultas de urgencia. Hubo 1.599.280 egresos hospitalarios en 2003; 1.187.224, en 2005; y 1.190.079, en 2007. Es decir, entre 2005 y 2007 los egresos se estabilizaron, no obstante que la población beneficiaria aumenta, y la concentración de ellos por cada mil beneficiarios disminuyó. Las consultas médicas totales eran 36.487.779, en 2001; 35.848.988, en 2005; y 37.659.674, en 2007. Es decir, en consultas médicas ha habido un leve aumento entre 2001 y 2007; sin embargo, la concentración de consultas por población beneficiaria muestra un estancamiento de las mismas. Dicho aumento, fundamentalmente, se debe a las consultas médicas de urgencia que, en 2001, eran 12.433.225; en 2005, 13.991.759; y, en 2007, fueron 15.229.153. Las consultas de urgencia, de acuerdo a datos que aparecen en la página web del Ministerio de Salud, no son propiamente urgencias, por lo que debieran haber estado resueltas en el primer nivel de atención. Esos antecedentes muestran deficiencias evidentes en ese nivel de atención del sistema.

Recursos. Comparado el porcentaje de horas médicas del Servicio Nacional de Salud en relación con el total de horas médicas disponibles en el país, las cifras han evolucionado: en 1995 representaban el 52%, en 1999 disminuyeron al 47%, en 2003 al 37%, y en 2006 al 36%. Eso indica que, en la actualidad, dos tercios de las horas médicas de que dispone el país, incluidos las de los médicos extranjeros, están fuera del sistema público de salud.

Gasto público. A menudo se escucha que el país gasta muchos más recursos en salud que antes, al igual que en educación. Se dice que el gasto público en salud ha aumentado tres o cuatro veces, pero que las cosas siguen igual. Efectivamente, si se compara en moneda constante, resulta que en 1989, último año del gobierno militar, el gasto público era de \$ 465.000.000.000 (cuatrocientos sesenta y cinco mil millones de pesos), en tanto que en 2005 llegó a \$ 1.549.000.000.000 (un billón quinientos cuarenta y nueve mil millones). O sea, subió casi cuatro veces. Esos montos implican el aporte fiscal, más el 7% de la cotización de salud, más los aportes propios.

En cuanto a la composición de ese gasto, en 1973, que fue el año en que se alcanzó el mayor nivel, el gasto público total en salud (como porcentaje del PIB) fue de 4%, y el gasto fiscal en salud alcanzó al 2.5%. En 1989, dichos porcentajes descendieron al 1,9 y al 0,6%, respectivamente. En 1999, el gasto público total alcanzó a 3,1% y el gasto fiscal el 1,7%. En

⁵³ De autoría del expositor, señor Ipinza, de 1987.

conclusión, el gasto total y el gasto fiscal, como porcentaje del producto interno bruto, se mantienen estacionarios.

En términos comparados, en 2001, Costa Rica gastó el 7,4% de su PIB en salud, y el 71% de ese gasto fue público; Suecia gastó el 8,7% de su PIB en salud, del cual el 85% fue gasto público; Francia gastó 9,6% del PIB en salud, del cual el 76% fue gasto público; Alemania, el 10,8% por ciento del PIB en salud, y el 75% fue gasto público, y finalmente, el Reino Unido, que es un ejemplo para los salubristas porque tiene un servicio nacional de salud con cobertura universal, al igual que el de Costa Rica, gastó el 7,8% de su producto interno bruto en salud, del cual el 82% fue gasto público⁵⁴.

No obstante los indicadores de salud presentados, se ven niveles positivos si se toma en cuenta para la realidad económica y social nacional. Lo preocupante es que han empezado a mostrar signos de estancamiento o deterioro, lo cual tampoco es menor, porque evidenciaría que se ha llegado a un techo y que el sistema ya no da para más. Será difícil superar ese techo si las condiciones no cambian.

La situación descrita -insuficientes recursos y prestaciones pero buenos resultados-, sólo puede ser explicada por el compromiso de servicio público y el trabajo sacrificado de la mayoría de los trabajadores del sistema público, pero con costos graves para su salud física y mental y para sus relaciones sociales y familiares, lo que explica en cierto modo las altas tasas de licencias y la prolongación de las mismas.

Sólo un enfoque sistémico expresado en políticas de salud explícitas, integrales, consistentes y coherentes, a través de un plan nacional de salud -que no existe-, se podrá avanzar positivamente para mejorar el sistema.

Situación de las camas críticas, y el personal que las atiende. Hace varios años se ha planteado el déficit de camas críticas y su implicancia. Ha disminuido el total de camas hospitalarias, pero una parte importante de ellas se ha hecho más compleja, o sea, han disminuido las camas, pero también se han hecho más complejas porque así lo requieren los pacientes y las nuevas circunstancias. Por un lado, cada día llegan enfermos más graves y más añosos, y por otro, existen nuevas técnicas que han obligado a que un Jefe de Servicio que en el Hospital Barros Luco, por ejemplo, hace treinta años tenía a su cargo una UCI de seis camas, ha pasado a tener la UCI más grande del país con veintidós. No da abasto. Hace quince años que se viene planteando la necesidad de efectuar una reingeniería en el sector y que se ha propugnado crear la unidad de pacientes críticos, para permitir los intermedios y después las unidades de agudos, para absorber las grandes demandas. Sin embargo, aun cuando ese centro hospitalario (Barros Luco) ha sido favorecido por las grandes inversiones (en infraestructura y equipos) continúan los problemas, sobre todo referidos a los recursos humanos. En la nueva ampliación y contratación en el Hospital Barros Luco sólo hay jóvenes recién egresados, incluso sin terminar su beca de medicina interna, quienes tienen que afrontar un ambiente altamente complejo. Las UTI tienen ventilación mecánica, diálisis, sistemas de circulación extracorpórea, trasplantes. Es una cosa que no se aprende de un día para otro. Lo mismo ocurre con el personal de enfermería. Eso genera grandes tensiones dentro de los equipos. Entonces, el problema básico es un mal enfrentamiento de la formación del recurso humano, con el agravante de que las antiguas becas primarias han desaparecido.

⁵⁴ Mencionó que los indicadores seleccionados en la exposición son gruesos, pero se trata de aquellos que están presentes en los documentos de organismos nacionales e internacionales. No obstante, hay muchos otros que también se utilizan.

Capacitación y formación de especialistas. Antiguamente, un médico con tres o cuatro años como general de zona optaba a una beca de retorno. Actualmente, están castigadas por un período de nueve años. ¡Impensable! Un médico que se recibe alrededor de los veintiséis años, debe esperar nueve; cerca de los treinta y cinco empieza a postular a una beca, que puede tardar dos o tres años más. O sea, está cercano a los 40. En ese momento inicia su formación y va a llegar prácticamente junto con la jubilación. ¡Ridículo!. Lo básico es la formación del recurso humano; la solución está en disponer de becas primarias en determinadas disciplinas. La gente que trabaja en la medicina de urgencia, en las UCI, no puede formarse a los cuarenta y cinco años. El gasto es el mismo, pero hay que hacerlo antes. Y la solución no va por la entrada de especialistas desde el extranjero que no acrediten su idoneidad.

Sobre el número de médicos existente en el país, y el porcentaje de ellos con formación de especialistas, se señaló que si bien, efectivamente, faltan médicos en Chile, en un futuro cercano habrán muchos más atendido que en 1990 habían seis escuelas de medicina y ahora existen veintitrés; aparte de los extranjeros (que sobrepasan los dos mil), anualmente egresan casi mil médicos de las universidades chilenas, de manera que hay alrededor de veintiséis mil médicos. Pero el problema es que dos tercios de ellos no están dentro del sistema público. Deben existir políticas adecuadas para incentivar la contratación de médicos que están fuera del sistema público, pagándoles lo que se les deba pagar. Hizo presente que su Asociación propuso contratar mil especialistas con una remuneración adecuada, que incluyera un componente variable -asociado a los resultados en términos de efectos y no necesariamente de productividad como lo entienden los economistas, pues medir por cantidad no necesariamente va vinculado a calidad-; lo que interesa es el efecto, el resultado en la salud de las personas y no cuántas consultas, cuántos egresos, cuántas operaciones hay, sin saber qué significa eso para la salud de las personas.

Consultada su opinión sobre las razones que tienen los especialistas para emigrar al sector privado: sólo económica o también vinculada con la formación, indicó que las causas son mixtas. Por un lado, es una carrera de alto costo académico y las especialidades muchas veces las pagan los mismos estudiantes. Por otra parte, los servicios de medicina quedan solos en las tardes, porque, a menudo, el docente está en otras labores. Por lo tanto, los especialistas asumen la responsabilidad ciento por ciento y gratis. Cómo retenerlos: una buena medida sería volver al sistema en que ellos tengan una remuneración mínima, como ocurría antes; es un estímulo. Si se quiere invertir en formación, hay que hacerlo cuando son jóvenes, aún cuando se apliquen penas del infierno si no cumplen el futuro proceso de destinación. Además, deben enviarse grupos importantes, que produzcan impacto; no basta con mandar a un pediatra especialista formado, sino hay que mandar a dos o tres a la misma zona.

Autogestión hospitalaria. Debiera entenderse como autogestión en red, no como la autonomía absoluta. pues significa incorporar a los hospitales al mecanismo de competencia, que es contrario a una mirada sistémica (donde exista cooperación y no competencia). Es contrario a que por el solo imperio de la ley, en 2009, todos los hospitales sean autogestionados.

Modelo de concesiones. No hay objeción de índole doctrinaria. Hay países en que ha operado con éxito y otros con fracaso. Por lo tanto, hay que mirarlo, sin sectarismos ideológicos, como una posibilidad a la cual hay que estar abierto, tanto para la construcción como para algunos servicios que no sean estrictamente médicos.

Morbilidad, egresos y oferta hospitalaria. El tema, en Chile, representa una gran debilidad del sistema. Existen algunos estudios sobre equidad, que ha debido efectuarlos sobre la base

de los egresos hospitalarios, porque sobre eso hay información. Se sabe cuáles son las causas de los egresos hospitalarios -las estadísticas están al día en el Ministerio de Salud-, pero respecto de morbilidad ambulatoria no existen datos de los consultorios, lo cual es una insuficiencia gravísima, debido a lo sesgada que es la información de egreso hospitalario. Muestra claramente que las diferencias fundamentales que se observan entre las causas de egreso en Arica, Punta Arenas, Santiago y Temuco, no obedecen a diferencias epidemiológicas o demográficas, sino que básicamente tienen que ver con la oferta. Es decir, se hospitaliza lo que el hospital ofrece. A veces no hay listas de espera sobre ciertas patologías, simplemente porque el centro hospitalario respectivo no ofrece dicha prestación. Por lo tanto, la información hospitalaria es una información sesgada; Chile no cuenta, salvo algunos estudios de salud específicos y encuestas, con información sobre morbilidad, no obstante que se trata de una información básica para poder planificar.

Profesión o capacitación que debieran tener los jefes o directores de los hospitales. Existen destacados médicos que, con estudios de administración, son excelentes administradores. A su juicio, es más fácil enseñar a un médico administración que a un ingeniero medicina.

Presidente de la Sociedad Chilena de Administradores de Atención Médica y Hospitalaria⁵⁵, señor Osvaldo Artaza⁵⁶.

Su exposición mostró las conclusiones de un congreso internacional efectuado con expertos de España, Italia, Brasil y Perú, que trató exclusivamente el tema de la sostenibilidad hospitalaria, que se refiere a cómo lograr que los hospitales superen la percepción de crisis permanente que tiene la ciudadanía. El nombre de dicho congreso fue: "El hospital del 2015", y tuvo por objeto analizar cómo hacer sostenible en la próxima década los hospitales públicos. Aclaró que la percepción de crisis de los hospitales no es sólo un hecho nacional, sino que todos los países viven la misma percepción, desde el punto de vista de la ciudadanía.

Los aspectos cruciales a responder para la sostenibilidad hospitalaria, y que fueron tratados en dicho congreso, son los siguientes:

- Las consecuencias del cambio de la población;
- La adecuada implementación de la reforma de salud, y
- La implantación de tecnologías de la información.

a) Cambio poblacional. El aumento de la población adulta mayor en el país muestra una curva ascendente preocupante, que implica un cambio, para el que no se está preparado. A su juicio, el país está haciendo lo correcto, pero el cambio de la población obliga a seguir con más velocidad, dado que las medidas que se han tomado, aun siendo correctas, son insuficientes. La conclusión del estudio, sólo por el fenómeno del aumento de la población del adulto mayor, es que el país va a tener que prepararse para un aumento de dos puntos adicionales en su Producto Interno Bruto, sólo por ese defecto. El aumento del índice de ocupación de camas supera el 80%, lo que quiere decir que no se pueden usar mejor, sino que es un

⁵⁵ Institución que nació al alero de la Escuela de Salud Pública en la década de 1970. La actual directiva está conformada por los médicos Ricardo Quezada (Director del Instituto Nacional del Tórax), Rodrigo Castillo (Director Médico de la Clínica Indisa), Santiago Venegas (Gerente del Hospital Clínico José Joaquín Aguirre), Marcelo Yévenes (Director del Servicio de Salud de O'Higgins), y Werther Araya (Director del Hospital Militar). Por tanto, hay profesionales del mundo privado, público y de los hospitales institucionales.

⁵⁶ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 104, de 7 de julio de 2008.

problema de más eficiencia del uso recurso cama. Se han disminuido los días de estada, pero llegando a un punto de inflexión que, en la medida que se hospitalizan pacientes más graves, complejos y añosos, será difícil seguir disminuyendo los días de estada. Lo más probable, salvo que se tomen las medidas pertinentes, es entrar en un punto de reversa.

A su vez, ha aumentado la dependencia de los pacientes hospitalizados, según la metodología de capitalización de pacientes. Y lo que es más importante es que hay un aumento sostenido de la complejidad. En eso, guiado por una metodología introducida en el país (que lleva más de dos décadas de utilización en Europa y Estados Unidos), que es la de los grupos relacionados de diagnóstico, que permite objetivamente medir y comparar la complejidad de los pacientes hospitalizados. Se ha visto el aumento de la proporción de las camas destinadas a pacientes agudos en medio de pacientes electivos, particularmente en desmedro de la cirugía electiva. Y aunque no hay aumento sostenido del número de consultas de urgencia, sí ha aumentado la presión de hospitalizar a dichos pacientes, dada su mayor gravedad, lo que ha constituido que dicho fenómeno explique la principal causa de hospitalización en los hospitales básicos de la Región Metropolitana. Por consiguiente, la realidad es evidente: pacientes más ancianos y más graves, y además más impacientes, porque tienen mayor conciencia de sus derechos.

Chile ha hecho bien las cosas; ha logrado excelentes indicadores desde el punto de vista de la sobre vida. Pero, el gran desafío es determinar cómo se atiende a esos pacientes con mayor sobre vida. Por lo tanto, la presión legítima de los ciudadanos es por mejor calidad de vida. Esto implica que nuestro sistema hospitalario ve gran presión en este nuevo desafío. El problema se plantea en que la capacidad de oferta aún no ha logrado superar el desfase para las nuevas exigencias de salud. Esto, por el cambio tan brutal desde el punto de vista del perfil demográfico y epidemiológico. ¿Qué se necesita? La disminución de las camas no fue un capricho. ¿Por qué? La explicación está en que hay mayor eficiencia en utilizar el recurso camas, que sumado al estudio de César Oyarzo (hace diez años) que concluía que no se necesitaban más camas en Chile porque habían muchos hospitales con un índice ocupacional de 35%. El problema es que aún no se ha logrado reconvertir esos hospitales. Pero, eso, que se pensaba hace una década, hoy nadie lo sostiene. Hoy, hay consenso que se necesitan más camas. El tema o la pregunta es ¿cuál es el tipo de cama? Y eso es lo que se debe responder.

El Ministerio de Salud ha impulsado un nuevo modelo de atención que propugna enfatizar nuevas estrategias que descarguen a los hospitales. Pero hay otras instancias que no existen en el país como la hospitalización domiciliaria; aún es incipiente y embrionaria. Construir una red socio-sanitaria ha sido exitoso en países como España y otros de Europa, ya que permiten una vinculación entre la atención primaria y los hospitales de mediana y alta complejidad con dispositivos de las propias comunidades que se hacen cargo del adulto mayor, y que tienen capacidad para manejos médicos del adulto mayor y que están vinculadas con la atención médica. En Europa se ha construido una exitosa red de dispositivos capaces de hacerse cargo de los adultos mayores, conectados y supervisados por los sistemas sanitarios (denominada red socio-sanitaria).

Para enfrentar el aumento de la población adulto mayor, Chile requerirá más médicos y enfermeras, más camas y recursos, pero no cualquier cama o cualquier recurso. Desde el punto de vista de la cantidad de médicos, hay que hacer un gran esfuerzo para contar con mayores generaciones de médicos y de enfermeras disponibles para enfrentar el desafío del adulto mayor.

b) Implementación de la reforma de salud. La reforma sanitaria dispuso favorecer a los hospitales, sobre todo a los grandes, a fin que pudieran modificar su oferta a las nuevas necesidades de salud. La autogestión está a cargo del director y de la gerencia hospitalaria, quienes cuentan con facultades que permiten modificar el hospital y hacerlo más sensible a las necesidades de la población. Sin embargo, quienes estuvieron en la propuesta inicial de la autogestión hospitalaria (entre los cuales se incluye el expositor) no previeron lo complejo que sería el proceso, lo difícil que sería lograr que los hospitales tuvieran las competencias para acceder a la autogestión.

La autogestión hospitalaria, hizo presente que tiene la convicción de que es una poderosa herramienta para adecuar la oferta de hospitales a las nuevas necesidades de salud de la población y para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios. Sin embargo, las cifras demuestran que el proceso para que los establecimientos accedan a dicha categoría ha sido más difícil de lo esperado inicialmente por el Ejecutivo y por los legisladores. Se requiere priorizar e invertir energía en capacitación. Se sabe que sólo once establecimientos han accedido a la categoría de autogestionados; de los cuarenta y ocho restantes, hay un grupo cercano a los dieciséis que están muy lejos de alcanzar los estándares requeridos. La velocidad actual de desarrollo de competencias por parte de los establecimientos permite concluir que recién en cinco años más la mayoría de los establecimientos estarían en reales condiciones de ser autogestionados en propiedad (Según el reglamento de autogestión, los establecimientos requieren, para acreditar, una puntuación superior a 80 puntos en las auditorías que aplican un instrumento especial que evalúa competencias en diversos ámbitos esenciales de la gestión hospitalaria, tales como su organización interna; cumplimiento de metas asistenciales; equilibrio financiero, etcétera). Sin embargo, ello no ha sido alcanzado por la mayoría de los hospitales. Dicha situación es extremadamente preocupante pues, el 2009, por el sólo ministerio de la ley, todos pasaran a ser autogestionados, aún sin estar preparados, lo que puede afectar gravemente la seriedad y credibilidad del proceso de mejora hospitalaria.

Además de los aspectos mencionados, que guardan relación con la completa aplicación de las leyes de la reforma, hay otros temas críticos que mencionó a continuación:

-Se debe fortalecer el liderazgo en los hospitales públicos. Para ello hay que seguir avanzando en la Alta Gerencia Pública y mejorar los incentivos para tener directivos por la vía de los concursos, porque a cinco años de instalado el sistema de alta gerencia, menos de un 40% de los directivos han sido seleccionados por ese mecanismo.

-Es clave ligar las remuneraciones del personal de la salud al desempeño, a los resultados y el impacto sanitario. Los avances en relación a remuneración variable son aún insuficientes y muchas veces sólo de carácter formal, particularmente con relación al grupo médico. Ya es hora de plantearse audazmente la implementación de un sistema de remuneraciones en que el componente variable se acerque al 50% de ésta.

c) Implementación de tecnologías de la información. A estas alturas del desarrollo de los sistemas de salud, es inexplicable que todo el país aún no tenga sistemas de información en los ámbitos de gestión clínica, hospitalaria y de redes. Las tecnologías de la información han demostrado en todo el mundo su efectividad en apoyar la eficiencia de los sistemas sanitarios. Es crítico salir de los estadios de atraso que en esta materia están gran parte de los establecimientos chilenos.

Indicó que ha recorrido muchos países y, con mucho orgullo, ha comprobado que la información en Chile, aunque tenga una serie de problemas, es la de mayor calidad en Latinoamérica. Si se pregunta a los otros países del continente acerca de la información que dis-

ponen en salud, Chile debe estar orgulloso. Obviamente debe mejorar, para aportar datos duros respecto de qué se entiende por productividad en el sistema sanitario chileno. Por otro lado, los sistemas informáticos de información con que cuentan los hospitales están muy atrasados. Los hospitales no tienen sistemas de información que interactúen entre ellos; hay multiplicidad de sistemas como Sigfe, Sirh, Sigges, pero no se comunican entre ellos ni con los sistemas base de los hospitales. De modo que obtener información para la gestión es tremendamente difícil, pero fundamental.

Es muy fácil decir, por ejemplo, que Chile es menos productivo como sistema público, porque el egreso es más caro, y que con más recursos no se están aumentando los egresos. Por eso, es tan necesario introducir metodologías que dan información dura, como la herramienta informática GRD, porque, por ejemplo, un hospital que tenía un indicador de complejidad 1 y pasa a un indicador de complejidad 2, que duplica la complejidad a los pacientes, obviamente no puede ser medido con la misma vara de un hospital que ha tenido estable su nivel de complejidad.

Hoy recién se cuenta con un programa piloto; dos hospitales del sistema público tienen esa metodología. Se espera que de aquí al próximo año muchos hospitales hayan introducido la misma metodología y se pueda comparar un hospital con otro, de manera de poder decir: “Éstos son los recursos para este número de egresos, pero éste es el nivel de complejidad”. Sólo así se podrán sacar conclusiones válidas; hoy no se puede, porque si no se ingresan datos como la polipatología de la persona, su edad, etcétera, no se puede comparar un hospital con otro, ni un año con otro. En conclusión: hay buena información, pero faltan indicadores e información claves para la toma de decisiones desde el punto de vista de la gerencia del sistema. Ése es el camino que se está desplegando ahora.

Propuestas.

1. Continuar aumentando resolutiveidad de la Atención Primaria. Para ello se debe continuar aumentando la proporción del gasto público hacia la APS (se debería llegar a cerca de un 40% en la próxima década).
2. Creación de hospitales de larga estancia: cuatro en Santiago (de doscientas cincuenta camas); uno en Valparaíso y uno en Concepción.
3. Desarrollar servicios de geriatría en hospitales base.
4. Financiar por Isapres y por Fonasa la hospitalización domiciliaria.
5. Creación de red de dispositivos de internación con cuidados básicos (red socio-sanitaria) con soporte social y sanitario de carácter multiprofesional y con soporte intersectorial, integrados a la Atención Primaria, para la atención de adultos mayores con grados de dependencia y de postrados. Reconversión de hospitales de baja complejidad a dispositivos de este tipo, con el objeto de llegar al año 2020, a tener al menos veinte mil camas de este tipo, las cuales pueden ser de carácter público o privado, necesariamente integradas en red.
6. Fortalecer los dispositivos de resolución terciaria ambulatoria (CRS y CDT)
7. Aumentar médicos y profesionales de la salud (prioritariamente enfermeras) generando incentivos para aumentar productividad y cierre de brechas en especialidades en falencia y en lugares alejados (discutir sistema de incentivos. El 50% de la remuneración debería ser variable, sujeta a resultados o a necesidades del sistema).
8. Profundizar la autogestión, aumentando el apoyo al proceso y a los hospitales con mayores dificultades.

9. Fortalecer el liderazgo en los hospitales, mejorando las condiciones para el sistema de alta gerencia.

10. Aumentar el gasto en salud de 6 a 8 puntos del PIB en la próxima década, subiendo el gasto público a 4 puntos del PIB

Adaptación a los cambios. Consultado sobre la viabilidad para efectuar los cambios, teniendo en cuenta la reticencia de los factores humanos que trabajan al interior del sistema para adaptarse y aceptar los cambios, el señor Artaza indicó que viabilidades políticas se construyen con paciencia y persistencia y no por arte de magia. En el tema de generar un cambio de cultura en el recurso humano del sector público se han ido realizando algunas iniciativas. Hay que seguir intensificando esas iniciativas y hacerlas más efectivas en los próximos años. La autogestión hospitalaria ofrece una tremenda perspectiva; de hecho, los once hospitales autogestionados han experimentando fórmulas distintas para generar incentivos para que sus especialistas se queden.

Su gran temor, señaló es que no se haya hecho el cambio de switch cultural, de modo que a futuro la decisión se traduzca en más camas y más especialistas, pero para los hospitales. Es cierto que esos establecimientos los necesitan, pero la solución del problema no está ahí, sino en que haya más camas, pero de distinto tipo, con las que hoy no se cuenta. Si bien resulta curioso que como representantes de la Sociedad Chilena de Administradores en Atención Médica y Hospitalaria se diga que para salvar a los hospitales se tiene que invertir fuera de los hospitales, lo que se quiere decir es que, es innegable el dinero que se coloque en la atención primaria constituirá un buen negocio, desde el punto de vista del rédito de la rentabilidad social. En Chile existe la evidencia de que ha ido aumentando la resolutivez en la atención primaria, gracias a los laboratorios que se han instalado, a la atención dental, a los Sapu y a la atención en salud mental, en el ámbito kinesiológico y en otros campos.

Ex Ministro de Salud, señor Pedro García⁵⁷.

En su intervención, efectuó un análisis sobre el estado actual de la salud en Chile, a la luz de la situación habida a mediados de la década de 1950. También mencionó los avances producidos en virtud de la reforma de salud instaurada hace algunos años, los problemas que se deben enfrentar a futuro, y las propuestas para efectuar cambios institucionales necesarios. Se refirió, asimismo, a algunos temas puntuales cuya opinión fue consultada, como la ventaja del sistema de concesiones, la falencia de camas y el gasto e inversión públicas en salud.

Inició la exposición enfatizando que Chile no vive una crisis hospitalaria, no obstante que ello no es sinónimo de tranquilidad o ausencia respecto de los requerimientos que la población formula, así como tampoco significa desconocer, pese a los avances, que hay ineficiencias en ciertas áreas, que pueden y deben ser mejoradas.

Contexto nacional en salud. La mortalidad infantil de Chile, en comparación con la del resto de América, constituye un logro tras muchos años de esfuerzo. La tuberculosis, que en otras zonas está emergiendo, en nuestro país está controlada, gracias a los seguimientos y a las políticas públicas implementadas. Ha habido disminución sustantiva de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, que coincide con el período en que se incluye en el Plan Auge el tratamiento del infarto agudo al miocardio, con trombolisis, en zonas periféricas. También ha bajado la mortalidad por enfermedades respiratorias, en el período comprendido entre 1995 y 2006.

⁵⁷ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 108, de 28 de julio de 2008.

Por otra parte, ha aumentado el porcentaje de la población adscrito a Fonasa, lo cual representa carga importante de gestión en administración y en el desarrollo de los mecanismos para hacerse cargo de esa mayor exigencia de la población. Dicho incremento se produjo después de la crisis económica de fines de la década de los 90, y que pese al mejoramiento de las condiciones no ha habido una reversión hacia el sector privado. Ha disminuido el porcentaje de personas que carecen de previsión.

Señaló que los recursos destinados al sector salud han aumentado significativamente en los últimos ocho años como consecuencia de la bonanza económica de que goza el país y que obliga a usar adecuadamente los recursos.

Las expectativas de vida de la población chilena desde una eventual ineficiencia del sistema de salud, aún cuando en este buen resultado tienen influencia los conceptos de agua potable, organización social, electrificación y una serie de otros aspectos.

Impulsos que ha provocado la reforma de salud. A pesar de los esfuerzos y adelantos, existen inequidades⁵⁸, lo que es perjudicial para una sociedad que pretende alcanzar el desarrollo en un sistema de cohesión social, motivo por el cual se impulsó la reforma a la salud, mediante leyes que abordaron las siguientes materias:

- Cambios institucionales, que diferenciaron las funciones de las Subsecretarías.
- Acceso Universal o GES.

El concepto “salud responde” como sistema de llamado telefónico que ha permitido a las personas quedarse en sus casas en lugar de saturar los hospitales para realizar trámites.

Uso de tecnologías de la información para fortalecer el sistema de redes pues Chile tiene excelentes mecanismos de comunicaciones, con buenos niveles de acceso a los celulares y a Internet. Debieran ser utilizadas para enviar exámenes a los médicos especialistas en la atención ambulatoria, que disminuiría los desplazamientos y sus costos asociados.

- El fortalecimiento de la atención primaria.
- El fortalecimiento hospitalario.
- El aumento de la dotación, a través de las contrataciones de recursos humanos todos los años e incremento de las camas críticas.
- El incremento de cirugías, procedimientos y exámenes, realizados en los servicios de salud entre 2006 y 2007.
- El avance en el tratamiento de patologías.

Problemas que se deben enfrentar.

- Listas de espera, tanto en especialidades, camas y uso de pabellones.
- Gestión, a través de la mejora en calidad de los directivos, la información para la gestión, y los incentivos, especialmente para los especialistas.

Horas médicas de especialistas. Dio a conocer que, en 2006, había 261.280 horas médicas de especialistas disponibles por semana en los Servicios de Salud, cifra que no considera las

⁵⁸ En su presentación se mencionan las inequidades de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera; el cambio del perfil epidemiológico y la obsolescencia del modelo de atención; la necesidad de mayor eficacia y eficiencia en la gestión y la insatisfacción usuaria, en lo que respecta al trato, a las estructuras y a la espera de atenciones. Asimismo, se señalan como objetivos sanitarios los siguientes: mejorar los logros sanitarios alcanzados; enfrentar el envejecimiento de la población y los cambios de la sociedad; disminuir las desigualdades en salud y proveer servicios acordes a las expectativas de la población.

horas de urgencias⁵⁹. Asimismo, señaló que en el sistema nacional de servicios de salud, incluyendo la atención primaria, en 2007 se proporcionaron 6.649.722 atenciones de especialidades y que la lista de espera fue de 423.593⁶⁰, equivalente al 6,37% de la producción de ese año. Si bien esta cifra es baja, el siguiente cálculo permite demostrar que, no obstante que el sistema hospitalario no se encuentra en crisis, sí puede mejorar. En efecto, planteó que si se dividen las horas médicas de especialistas disponibles semanalmente en los Servicios de Salud (261.280 horas) por los cinco días de la semana, se obtienen 52.256 horas por día, en contratos de 22 horas; si de esas 52.256 horas, sólo una hora se destina a policlínico, a consultorio, mientras que las otras tres son destinadas a cirugía, a visitas de sala y a la docencia, entre otros aspectos, y se otorga a estas horas de policlínico un rendimiento de tres pacientes por hora, se concluye que, diariamente, se debieran atender en el país 39.192 pacientes. Si esa cifra se multiplica por 20 días hábiles, y luego, se multiplica el resultado por 12 meses en el año, arroja un total de 9.406.080 pacientes por hora de atenciones de especialidades. Si de esta cifra se restan 6.649.722 (número oficial de atención de especialidades), habría una oferta disponible de lo que tiene contratado el sistema, para atender a 2.756.358 personas. Indicó que estos cálculos pueden aplicarse para los procedimientos y las intervenciones quirúrgicas, sin incluir partos ni cesáreas, lo que permitiría demostrar que existe una capacidad de oferta real con los elementos de que se dispone⁶¹.

Recalcó la injusticia que representa mantener un único sistema de rentas, independientemente del rendimiento. Debería analizarse la situación de los médicos liberados de guardia, que gozan de este beneficio, que constituye un importante incentivo para que los médicos con experticia, que han cumplido 20 años de turno, permanezcan en el sector público. Por ello, si bien es valorable que se discuta sobre la contratación de nuevos médicos especialistas, debe analizarse la situación de quienes ya se encuentran prestando servicios en el sistema.

Propuestas sobre cambios institucionales.

Reclutamiento de mejores directivos. Se requiere contar con profesionales de altísima experticia, que se entiendan en igualdad de condiciones con los jefes de servicios clínicos y los profesionales especialistas, y que tengan vocación de servicio público. No es contrario a la exclusividad de la atención, pero con incentivos y buenas rentas -que actualmente no están acordes a las exigencias del mercado-.

Apoyo al tránsito hacia la autogestión. No obstante que existen 11 hospitales autogestionados en red y que al 1 de enero de 2009, por ministerio de la ley, deberán haber 58, la situación no está resuelta. Hay materias administrativas respecto de las cuales no existe certeza si han sido discutidas, como los presupuestos de los Servicios de Salud y de los hospitales, que a partir de esa fecha, deberán tener contabilidades diferenciadas. Para resolver el problema, hay tres alternativas. La primera -sería la ideal-: solicitar a los hospitales planillas y sistemas computacionales en los que, dentro de un plazo de treinta días, se comience a diferenciar el

⁵⁹ En la presentación se informa que las horas médicas de especialidades disponibles por semana ascienden a 6.924 en la atención primaria de salud municipal.

⁶⁰ Se entiende por lista de espera aquella que está conformada por pacientes que esperan ser atendidos por más de sesenta días.

⁶¹ Las listas de espera de procedimientos en el año 2007 asciende a 68.712, de un total de 864.128, por lo que representan el 7,95% de la producción de ese año. Por su parte, se realizaron 981.888 intervenciones quirúrgicas y las listas de espera estuvieron conformadas por 82.602 personas, por lo que equivalen al 8,41% del total de la producción de 2007.

funcionamiento del establecimiento a partir del 1 de enero de 2009, en relación con el Servicio de Salud al que pertenece, para poder saber qué presupuesto y qué cantidad de recursos humanos maneja cada uno, con lo cual quedarán en evidencia las carencias que tienen los hospitales para concretar la autogestión. La segunda -menos aconsejable-: presentar un proyecto de ley a fin de postergar la fecha en que los hospitales deben pasar a ser autogestionados. El tercero -igualmente poco conveniente-: disminuir los requisitos que se exigen para la autogestión en red.

Tareas que se deben asumir.

El cumplimiento de las leyes vigentes y de la igualdad ante la ley, que se vincula con la garantía de calidad del GES, que aún está pendiente.

La fiscalización de Fonasa, por parte de la Superintendencia de Salud, que constituye una aplicación de la igualdad ante la ley, por cuanto actualmente este organismo no tiene las mismas prerrogativas de control sobre las acciones de Fonasa que las que ejerce respecto de las Isapres.

El perfeccionamiento del Sistema de Información de Gestión de Garantías en Salud (Sigges). Si bien tuvo un desarrollo adecuado cuando había 400.000 transacciones diarias, actualmente es insuficiente, debido al incremento de éstas.

-El mejoramiento en el acceso a la información relativa al Plan Auge.

-El incentivo de la ambulatorización, con el propósito de descongestionar el sistema, por la vía de aumentar el porcentaje de cirugías ambulatorias.

-El mejoramiento de la calidad y la oportunidad de las inversiones. Aseguró desconocer los motivos por los cuales se postergaron las inversiones que se realizarían a través de concesiones importantes que habían sido resueltas en Santiago, en la época en que se desempeñó como Ministro de Salud, como la del Hospital del Salvador.

-El incremento y mejoramiento de los procesos de auditoría. Sostuvo que se debería contar con los profesionales más idóneos como auditores, ya que, en la actualidad, los auditores en los hospitales son, en general, profesionales médicos en vías de jubilar.

Se deben determinar las razones por las cuales un hospital tiene el doble de eficiencia respecto de otro que cuenta con igual número de cirujanos o por qué dos hospitales que tienen el mismo gasto en farmacia, tienen distinto nivel de producción. De este modo, se podría identificar a los hospitales que están en mejores condiciones, lo que es parte importante, tanto en materia de auditoría como de punto de referencia hospitalario para la autogestión.

Respecto de los pacientes del sector público que son atendidos en hospitales privados (compra de servicios), Fonasa debe ser responsable del pronto rescate de esas personas que se encuentran en el extra sistema, a fin de evitar un gasto innecesario para el sistema público de salud. Se debe privilegiar la compra de servicios bajo modalidades de PAD, con protocolos muy definidos y donde se comparte el riesgo.

Gasto público en salud. La idea de duplicar el gasto público, tanto en la atención primaria como en la atención hospitalaria, pero conociendo en qué se va a invertir y utilizando sistemas de planificación y de seguimiento poblacional más eficientes a los actuales.

Ventajas del sistema de concesiones. Las concesiones son herramientas financieras que permiten, entre otros aspectos, que quien construye se haga cargo del mantenimiento durante todo el período de la obra, con la ventaja de que esta última se paga una vez terminada, es decir, cuando empieza a funcionar y a generar los retornos esperados como consecuencia de

la inversión. La otra supone realizar pagos a medida que se construye, sin tener certeza respecto del cumplimiento de los plazos.

Destacó la importancia de las concesiones y opinó que si se utiliza el sistema de gasto público tradicional en hospitales grandes de Santiago, como el del Salvador, el presupuesto se concentrará en la capital, en detrimento de las regiones. Indicó que, en cambio, si se utiliza la concesión para financiar las obras de infraestructura, las regiones pueden mantener el nivel de inversión actual e incluso aumentarlo.

Pérdida de 3.000 camas en el sector público durante la última década. A su juicio, éstas pertenecían a un sistema sanatorio del siglo XIX, por lo que no son las apropiadas para la época actual. Hizo hincapié en que carece de sentido mantener ocupadas las camas de los hospitales con personas que no necesitan permanecer en el hospital, debido al gasto enorme que ello implica.

Asociación Chilena de Clínicas Privadas A.G, representada por la Gerente General y la Gerente de Estudios, señoras Ana María Albornoz y María Eugenia Salazar, respectivamente⁶².

Su exposición se abocó a explicar la incidencia del sector privado en el ámbito de la salud, desde la perspectiva de la libre elección, y de la compra de servicios por parte del sector público. Se hizo referencia a la necesidad de que exista una mayor complementariedad en salud de ambos sectores, y entregó cifras sobre la utilización de la población en ambos sistemas.

Cobertura de clínicas privadas. Como tema previo, aclaró que si bien se tiende a asociar al sistema público a los prestadores públicos y al sistema privado a los prestadores privados, estos últimos son transversales, porque atienden tanto a los afiliados de las Isapres, como a los particulares que carecen de previsión y a los beneficiarios de Fonasa, que utilizan la modalidad libre elección o bien la modalidad institucional y que, en este últimos caso, eventualmente deberían ser derivados al sistema privado cuando hay un colapso, ya sea con motivo del Plan Auge, de la falta de oferta disponible o de eventos de crisis hospitalarias estacionales.

Incidencia de las clínicas privadas en el sistema de salud chileno. En Chile, los prestadores privados son relevantes en términos de la oferta disponible y de las prestaciones de salud otorgadas. De las 39.156 camas de que dispone el país, el sistema público tiene 27.462 y el resto está repartido entre las clínicas privadas (5.255), las mutuales (1.090), los hospitales de las Fuerzas Armadas (3.413), y otro tipo de establecimientos⁶³.

El 38% de las clínicas privadas se encuentra en la Región Metropolitana; el 17% en la Quinta Región, el 10% en la Octava, y el 35% restante se distribuye en todas las otras regiones del país, con excepción de la Undécima Región.

A fin de dimensionar la actividad del sector privado en el país, se informó que en el año 2005, se otorgaron 190.452.308 prestaciones, de las cuales 155.976.975 corresponden a beneficiarios del sistema público y 34.475.333, a beneficiarios del sistema privado, (Isapres). Preciso que si se desglosan las prestaciones del sistema público, se concluye que 43.856.330 se otorgaron en la atención primaria, o sea, en consultorios y postas; 83.361.546, en la atención institucional, y 28.759,099, a través de la modalidad de libre elección.

⁶² El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 110, de 4 de agosto de 2008.

⁶³ Según la presentación, hay 1.544 camas en las clínicas psiquiátricas, los centros de geriatría y de recuperación, y 392, en instituciones como Conin y la Teletón.

Si se elimina del análisis la atención primaria, que no es exactamente comparable con el sector privado, ya que se aboca a los controles preventivos, en el país se otorgaron 146.595.978 prestaciones⁶⁴, de las cuales 112.120.645 corresponden al sistema público (83.361.546 fueron otorgadas a través de la atención institucional y 28.759.099, a través de la modalidad libre elección, de modo que el 23,5% de las prestaciones de cierta complejidad se otorgaron a los beneficiarios de las Isapres y el resto a los beneficiarios del sistema público (56,9% en la modalidad institucional y 19,6% en la modalidad de libre elección). Del total de esas prestaciones -sin considerar la atención primaria ni las prestaciones consistentes en días camas de recuperación-, los prestadores públicos otorgaron 84.468.904 (58%) y los prestadores privados, 62.127.074 (42%), lo cual demuestra que la situación de los prestadores privados es bastante transversal al sistema previsional que tiene la persona, lo que demuestra la importancia de la presencia de estos últimos en las prestaciones ambulatorias, como consultas y exámenes, pues representan el 44%; en las intervenciones quirúrgicas, incluyendo los PAD y los honorarios médicos, el 34% son otorgadas por prestadores privados, en tanto que en días camas (hospitalizaciones), el porcentaje baja al 10%. Esto último obedece fundamentalmente a la estructura del arancel de Fonasa, donde las personas pueden acceder fácilmente a prestadores ambulatorios y a los honorarios médicos, ya que en ambos casos el costo es bastante acotado y puede ser pagado por la persona. Sin embargo, el referido arancel otorga escasa cobertura a las hospitalizaciones y ninguna en lo relativo a los medicamentos e insumos de los hospitalizados, motivo por el cual el paciente se encuentra imposibilitado de ejercer la libre elección, pues no está en condiciones de pagar lo que se le cobra.

En 2006, la bonificación o cobertura real de las Isapres en las prestaciones ambulatorias era del 63% del valor de la factura y, en intervenciones quirúrgicas, del 81%, en circunstancias que la cobertura de Fonasa era del 45% en prestaciones ambulatorias y del 13 por ciento en hospitalización, con lo que las personas tenían que asumir el 87% del valor facturado, que generalmente es alto. Esta situación es responsable de la mínima presencia de prestadores privados en hospitalizaciones de beneficiarios del sistema público.

En relación con los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD), que son paquetes de prestaciones establecidos por Fonasa, que permiten a las personas acceder a prestadores privados, por una cantidad más acotada, desde que se implementaron, la demanda ha crecido en forma progresiva, particularmente para las operaciones de apéndice y partos. En 1999, la gente utilizó 8.407 PAD y, en 2006, 54.141.

Igualmente, han aumentado los beneficiarios del Fonasa que optan por la modalidad de libre elección, en la que se aplica el copago, pese a que hay un desincentivo para que la gente lo use, ya que alternativamente pueden usar los consultorios, sin costo. En 1998, sólo el 39,3% de las personas usó la modalidad de libre elección, mientras que, en 2006, el porcentaje aumentó al 49,6%. A través de dicha modalidad, la población exhibe una demanda creciente por los prestadores privados para solucionar sus problemas de salud. El sector público, en cambio, no muestra el mismo dinamismo, a pesar de estar diseñados los mecanismos legales para ello, puesto que está contemplada la posibilidad de que dicho sector compre prestaciones a los privados ante fallas del Plan Auge o cuando se trata de servicios que no otorga directamente, mecanismo que se utiliza escasamente. No obstante, un grupo de prestadores privados diseñó convenios de salud, ha habido poca compra del sector público para solucio-

⁶⁴ SE incluyen las consultas médicas, los días cama, los exámenes y procedimientos, y las intervenciones quirúrgicas.

nar, por ejemplo, las listas de espera en el área oftalmológica, pese al interés de los oftalmólogos del sector privado de satisfacer más requerimientos.

En 2007, la Ministra de Salud y el Director de Fonasa exhibieron como un logro del sector salud el hecho que las patologías del Plan Auge obtuviesen crecientemente soluciones por parte de los prestadores del sistema público, pues en ese año sólo el 17% de las prestaciones habían sido resueltas el sector privado, recalcando dichas autoridades que únicamente se habían comprado servicios de diálisis. Sin embargo, hay un estudio de Altura Management, presentado en noviembre del mismo año, que señala que en 2001 había 50.000 personas en las listas de espera de las patologías seleccionadas, en tanto que en 2007 -con el plan Auge en marcha- aquéllas habían aumentado, destacándose que dichas listas eran menores en el caso de las patologías comprendidas en el referido plan, por cuanto se habían incrementado las de las patologías que no están comprendidas en el Plan Auge⁶⁵.

Manifestó dudas en torno a si tiene sentido que en un país de recursos escasos exista duplicidad de infraestructura y el mundo de los prestadores privados sea totalmente independiente al de los prestadores públicos, por cuanto ese modelo encarece el sistema de salud. Ambos sectores puedan comunicarse y complementarse. Debiera primar la racionalidad técnica en las decisiones, atendido que las inversiones en infraestructura y equipamiento son muy costosas, y las decisiones de efectuar inversiones públicas (como construir un hospital), toma mucho tiempo.

Es erróneo no considerar la complementariedad de ambos sistemas (público - privado) en salud, en circunstancias que ello opera satisfactoriamente en otros ámbitos (alimentación, educación, vivienda, infraestructura y carreteras).

El sector de prestadores privados tiene la capacidad y la disposición necesarios para vender servicios al sector público y ayudar a disminuir una eventual crisis hospitalaria. Los indicadores muestran que las personas desean esa complementariedad, valoran ser atendidas en una clínica privada, donde pueden acceder a una habitación individual o bipersonal, recibir visitas y una atención digna, sintiéndose con derecho a plantear exigencias, porque pagan por el servicio que reciben.

Hay disposición del sector privado para celebrar convenios marco que permitan disminuir la brecha pero no está disponible toda la información actualizada respecto de las compras del sector público a los prestadores privados. En efecto, precisó que sólo es posible obtener las cifras correspondientes a las compras efectuadas por Fonasa, porque forman parte de la ejecución presupuestaria de esa entidad, pero no las relativas a la compra de los servicios de salud, pese a que, igualmente, deberían ser de público conocimiento.

Retención de pacientes en clínicas, en caso de compra de servicios. El eventual interés que podrían tener los establecimientos del sector privado para dilatar la estadía de las personas, a fin de cobrarles más, afirmó que las clínicas funcionan en forma eficiente, mantienen internados a los pacientes el tiempo necesario y cuentan con una cantidad suficiente de pacientes, de modo que no necesitan recurrir a esas artimañas para generar recursos. A su vez, los PAD son un ejemplo de lo contrario, pues al comprar los servicios se comparten los riesgos con el prestador privado. Ej: el riesgo de una complicación en un parto atendido por el PAD es asumido por los prestadores privados, situación que demuestra que estos últimos están disponibles a otro esquema de pago por evento y no sólo por prestación.

⁶⁵ Según Altura Management, había 60.719 personas en lista de espera: 49.233 correspondían a patologías no comprendidas en el Plan Auge y 11.486 a las que están incluidas en este último.

Disminución de listas de espera. En general, las instituciones privadas cuentan con las capacidades instaladas para satisfacer la demanda del sector público y han firmado con este último acuerdos marco, de modo que los prestadores integran una lista para ser convocados, a fin de que el sector público compre, por ejemplo, soluciones de operaciones de cataratas. Indicó que se trata de una oferta muy clara y conveniente, a precios competitivos y con tiempos determinados, pero que no es considerada por los servicios públicos que tienen pacientes en listas de espera.

Entre las instituciones que han celebrado este tipo de convenios⁶⁶, mencionó al Instituto Oftalmológico Profesor Arentsen (IOPA), que pese al esfuerzo realizado para brindar una oferta al sector público a precios adecuados, no ha sido requerido para proporcionar las prestaciones pertinentes. No obstante, hizo presente que algunos servicios de salud han celebrado convenios con centros oftalmológicos para atender los días sábados y domingos a niños para el diagnóstico de estrabismo, sistema que ha funcionado de manera perfecta y que demuestra que sólo falta voluntad para aprovechar de mejor manera la oferta del sector privado.

Remuneraciones que perciben los especialistas en el sector privado. Aclaró que no maneja datos respecto de los salarios del sector privado y que la capacidad para llenar las vacantes de médicos especialistas dependerá de las condiciones de trabajo que se ofrezcan, particularmente de que la oferta sea seria, clara y atractiva profesionalmente. Sin embargo, recordó que una consultora experta en estudio de remuneraciones planteó que le llamaba la atención el monto anunciado para atraer a los médicos hacia el sector público, porque, según los datos que manejaba, las remuneraciones del sector privado eran bastante menores en algunos casos. Hay gran variedad de sueldos en el sector privado, que depende de las especializaciones y de las capacidades de cada profesional.

**Director del Programa Social del Instituto Libertad y Desarrollo,
señor Rodrigo Castro⁶⁷.**

Indicó que el objetivo de su exposición fue efectuar un diagnóstico de la situación actual del mundo hospitalario con una mirada proactiva respecto del modelo de hospital público moderno que se aspira alcanzar en el Bicentenario. Hizo una reseña general, mediante la entrega de índices, que reflejen el estado actual de la salud en Chile, comparando el costo-efectividad, y la utilización eficiente de los recursos gastados. Finalmente, efectuó propuestas para crear una mayor competencia entre prestadores, y fomentar la asociatividad público-privada.

Reseña general sobre el estado de la salud en Chile. Explicó que, para esos efectos, efectuaría una comparación con otros países de América Latina (Brasil, Argentina, Paraguay, Perú y Uruguay) y con todos los países industrializados de la Oecd en lo que respecta a los resultados en salud en materia de esperanza de vida, mortalidad de menores de cinco años por cada mil nacidos vivos y tasas de vacunación, particularmente la DPT y la rubéola. Lo anterior debido a los diversos antecedentes que se manejan sobre la gestión deficitaria en la dirección de los establecimientos, la carencia de profesionales y de especialistas, la falta de insumos clínicos y de camas disponibles en los hospitales, como también respecto de la acreditación institucional ocurrida en su momento. Preciso que la comparación debe considerar la

⁶⁶ La señora Salazar acotó que en las páginas de ChileCompra aparecen los convenios marco que están disponibles, a fin de dar publicidad a las prestaciones convenidas y los precios acordados.

⁶⁷ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 102, de 30 de junio de 2008.

cantidad de recursos -insumos físicos y monetarios- que se utilizan, los médicos y las camas hospitalarias por cada mil habitantes y el gasto por habitante realizado tanto en el sector público como privado. Igualmente, deben tenerse en cuenta algunos factores extra sistema que también inciden en los resultados de salud, como los niveles de urbanización, que pueden afectar a la eficiencia y a la capacidad del país para estos efectos y el nivel de educación.

Manifestó que nuestro país aún tiene brechas, a pesar de que, en términos generales, en materia de salud se encuentra en un estado de mayor eficiencia, en cuanto a los resultados de mortalidad infantil, a la esperanza de vida al nacer; a los niveles de cobertura e inmunización, que se condicen con los recursos de que se dispone y la inversión que se realiza, que son relativamente altos y comparativamente equivalentes a los de los países de la Oecd.

Para un mismo nivel de resultados, desde el punto de vista de la esperanza de vida al nacer, como también de la cobertura de inmunización y la mortalidad infantil de los menores de cinco años, los insumos que se utilizan en recursos humanos y los gastos se podrían reducir entre el 5 y el 14%, dependiendo de la metodología que se utilice, lo que da cuenta de una brecha si se compara a Chile con países del mismo nivel de ingreso y con otros más desarrollados.

Asimismo, si se considera la cantidad de recursos de que se dispone (camas, recursos humanos y gasto per cápita), se podría obtener un mejor resultado en esperanza de vida, inmunización y mortalidad infantil, que podría fluctuar entre el 0,2 y el 18%.

El ingreso per cápita de Chile al 2005 es del orden de US\$ 11.270 comparables, y su gasto per cápita es de US\$ 668, lo que es comparado favorablemente, desde el punto de vista de los resultados que se obtienen y del ingreso, con Uruguay, Costa Rica, Argentina, Polonia, Portugal, Grecia y España, entre otros países.

Respecto de la composición del gasto total, como porcentaje del producto, planteó que el sector público tiene mayor relevancia, a pesar de que el gasto total asciende al 5,4% del PIB, porcentaje que es bastante menor que otros países y muy cercano al gasto de Polonia, en el que hay mayor incidencia del sector público⁶⁸.

A nivel general, Chile está entre los países más eficientes de la muestra, sin perjuicio de lo cual se podrían lograr mayores avances desde el punto de vista de la forma de invertir los recursos, es decir, de la eficiencia asignativa. El gasto per cápita se podría reducir en el 31%, manteniendo los resultados alcanzados en términos de la esperanza de vida y de las tasas de sobre vida infantil. Dicho análisis no se hace cargo de las brechas que todavía existen y de los niveles de desigualdad actuales, que son un reflejo de la desigualdad de ingresos que hay en el país.

Se han realizado bastantes evaluaciones desde el punto de vista de la eficiencia y de la productividad en el gasto hospitalario y, en particular, de la gestión de un grupo de hospitales. Destacó el énfasis en inversión pública en salud para el período 2009-2010, ya que en el mensaje de 21 de mayo de 2008, la Presidenta de la República comprometió US\$ 600.000.000 (seiscientos millones de dólares). Sin embargo, de acuerdo con los antecedentes técnicos, se desconoce si estos recursos serán garantía de mejoramiento en la eficiencia o de los resultados de 196 hospitales, considerando que hay 23 de mayor complejidad. Explicó que esta afirmación obedece a que, de acuerdo con diversos estudios -uno de ellos del Instituto de Administración de Salud, dependiente del Departamento de Economía de la Universidad de Chile-, entre los años 2001 a 2006, la eficiencia o productividad del sistema hospitalario cayó el 30% porque el gasto fiscal en los

⁶⁸ Este porcentaje se descompone en el porcentaje correspondiente al gasto público (51,4% del gasto total) y al gasto privado (48,6% del referido gasto).

hospitales aumentó en el 42%. Por el contrario, el número de personas, considerando los egresos hospitalarios, que recibió atención en la red pública sólo creció en el 0,5%.

Sostuvo que si se observan períodos particulares, por ejemplo, entre 2005 y 2006, se aprecia el incremento del gasto público en hospitales, con un alza de 10,4%, pese a lo cual disminuye el número de personas egresadas del sistema público en 0,78%, por lo que el gasto anual en ese período aumenta 12% por paciente. En este sentido, se plantea la hipótesis de que los mayores recursos inyectados en el período no se han concretado en la atención de pacientes, sino que han tenido un uso menos eficiente, lo cual se podría explicar por el énfasis que se produce en el gasto de recursos humanos. Hay limitaciones de gestión de la red, que incluye a los 196 hospitales públicos, pues, en la práctica, del total de ingresos públicos operacionales, entre el 70 y el 80% se destinan en forma constante a recursos humanos, y el resto, a funcionamiento y a la entrega de servicios. Puntualizó que, de acuerdo con la OMS y los estudios del Banco Mundial, el gasto en las personas no debiese superar el 65% del total.

Entre 1990 y 2007, el gasto en personal en el sector público aumentó, en términos reales, en el 428%, y en 2007 alcanzó a \$ 26.000.000 en promedio anual por profesional, considerando a médicos y enfermeras. Por otra parte, hizo presente que entre 2001 y 2006, el gasto público hospitalario aumentó a un promedio anual del 7,43%, mientras que el número de pacientes sólo se incrementó 0,1%, por lo que el gasto por paciente egresado creció en el 7,97%.

Propuestas.

1) Avanzar en un subsidio directo a las personas. Si se analiza el presupuesto público en salud, al separar los bienes públicos, los copagos y sobre la base de una población de 12.413.101 de habitantes en ese sector, habría disponibles aproximadamente \$ 14.587 por persona al mes. Es posible cuantificar el subsidio fiscal para una familia tipo de menores ingresos, con el objeto de focalizar en ella esos recursos y darle la posibilidad de elegir entre el sistema público y el privado. Si se supone disponible la referida suma por persona al mes en una familia con cuatro integrantes y con un ingreso familiar de 350.000 pesos mensuales, la cotización legal sería de 24.500 pesos y el gasto mensual asignado de manera implícita para esa familia por el sistema público de salud ascendería a 59.000 pesos, por lo que el subsidio fiscal mensual entregado a esa familia sería de 34.000 pesos. Lo anterior obedece al propósito de implementar un instrumento que, eventualmente, otorgue más competencia al sistema de salud, a fin de lograr mayor integración público-privada.

2) Enfatizar la asociación público-privada, que se ha comenzado a acoger en dos programas pilotos de concesiones, tanto en La Florida como en Maipú, pero que todavía es insuficiente a la luz de la experiencia internacional, lo que se evidencia desde el punto de vista de los resultados en costos de construcción, de operación, del beneficio directo de las familias y en sus niveles de satisfacción. Se debe impulsar un mayor grado de competencia en la participación público-privada si en lo futuro se considera no solamente una concesión de construcción, sino también de gestión y de operación de los hospitales. Para lograrlo se deben evitar las condiciones monopólicas, de tal manera de alcanzar a través de la competencia mejores beneficios para los usuarios, motivo por el cual hay que empoderar a los gestores, en términos de que los niveles de inversión, mantención y reposición sean los óptimos y de que la localización sea la más adecuada. En relación con el gasto en las garantías explícitas en salud por tipo de prestador, comentó que ha aumentado el énfasis de las compras de Fonasa en la red hospitalaria pública, del 74% en 2005 al 83% en 2007. En cuanto a la composición

de las adquisiciones, hizo presente que, de acuerdo con el presupuesto público de Fonasa, en 2007 se compraron principalmente prestaciones asociadas a diálisis, y el 6% de ese presupuesto se utilizó en la compra de otras prestaciones.

3) La implementación de sociedades anónimas hospitalarias, esto es, de un nuevo gobierno corporativo o estructura organizacional para los hospitales, de manera que los incentivos estén correctamente asignados y que éstos tengan autonomía real, independencia desde el punto de vista de su organización, con objeto de que sean responsables de su gestión y de sus inversiones y que estén sujetos al marco regulatorio general que rige tanto para el sistema público como para el privado.

La idea es traspasar a los médicos y a los funcionarios un porcentaje de esa sociedad anónima hospitalaria, en la que el Estado mantiene la propiedad de los inmuebles y sigue siendo el principal accionista, de manera que se constituya en una empresa pública del Estado. A partir de ese modelo se debería abordar el tema de los estatutos administrativos que rigen el marco laboral del sector, de modo que todos los hospitales que se transformen en sociedades anónimas hospitalarias cambien el sistema de recursos humanos y mantengan dos plantas simultáneas, lo que permitirá a los trabajadores elegir entre la actual, regida por el Estatuto Administrativo, o por una más flexible y con mayores incentivos. La planta actual debería ser declarada en extinción, a la vez que debería impedirse el reemplazo de los cargos vacantes, con el propósito de generar una modificación en la estructura organizacional, sin perjuicio de que deberá abordarse en conjunto el aspecto referido al doble estatuto laboral, que supone la presentación de un proyecto de ley en ese sentido.

Consultado respecto de si el modelo de sociedad anónima hospitalaria ha sido implementado en otro país, dio a conocer que no hay experiencias concretas en ningún país respecto del cambio en la estructura organizacional de los hospitales públicos y de la implementación de una sociedad anónima hospitalaria. No obstante, afirmó que hay mayor flexibilidad, independencia o autonomía hospitalaria en países comparables al nuestro. Ej: varios Estados federados de Brasil, cuyos hospitales públicos se asemejan más a la referida modalidad de funcionamiento que a la de un hospital autogestionado en red.

Gasto eficiente de los recursos económicos. Consultada su opinión sobre la forma en que se puede lograr el objetivo de gastar eficientemente los recursos económicos y establecer parámetros de evaluación adecuados, así como también respecto de los elementos estadísticos de medición que habría que tomar en consideración de manera permanente en el tiempo para tener una muestra eficiente de la productividad del sector salud, afirmó que se requiere de una institucionalidad nueva. Indicó que en alguna oportunidad se propuso la creación de un observatorio de la reforma a la salud, aspecto que debería ser reconsiderado, ya que el Banco Central, por ejemplo, debería ser la instancia adecuada para analizar, desde el punto de vista técnico, los diferentes parámetros e instrumentos de evaluación. Preciso que los indicadores, que muchas veces hacen falta para complementar y tener una visión más integral de la evaluación de desempeño en el sistema público de salud, son los de satisfacción o de calidad. Comentó que, en forma esporádica, se realizan encuestas de calidad, muchas de las cuales cuentan con prevenciones, pero se deben complementar con datos objetivos de egreso hospitalario y depurar al considerar aspectos de calidad técnica y la percepción que tienen los usuarios sobre el sistema de salud. Dio a conocer que la cuarta garantía del Plan Auge considera ese aspecto, al que no se ha dado toda la importancia que debería tener, tanto desde el punto de vista de la celeridad de la aplicación de la acreditación como del empoderamiento de los usuarios. A su juicio, ello podría constituir una válvula de escape del sistema, en tér-

minos de los incumplimientos de las garantías, a pesar de que hay información respecto de las listas de espera.

Visión sobre crisis hospitalaria. Consultada su opinión respecto de si hay crisis hospitalaria o si se trata sólo de desafíos o de necesidades de modernización, manifestó que hace bastante tiempo Chile carece de organización, de incentivos y de una mejor gestión en el ámbito de los hospitales públicos, tanto en la entrega de prestaciones de salud como en la planificación de las inversiones. Indicó que en la actualidad no hay incentivos similares a los que se aplican en cualquier ámbito de la gestión pública para que los equipos directivos de los hospitales realicen mejor sus tareas y logren obtener los mejores desempeños y resultados. Por ello, la propuesta formulada se orienta en avanzar, a partir de los hospitales autogestionados en red, hacia un esquema de mayor independencia de los hospitales públicos, con objeto de convertirlos directamente en empresas públicas con patrimonio y autoridad propia para definir políticas, para lo cual, evidentemente, se requiere de una política general a nivel nacional, con una normativa definida desde el Ministerio de Salud, pero con mayor autonomía que la que establece la ley.

Gestión y acreditación. Señaló que, según los indicadores, hay déficit en la gestión o desorden en la acreditación en más de cien centros de salud, tanto de consultorios como de hospitales de diferente nivel, a los que se suman los Hospitales de Talca, Curepto, San José y otros. Puntualizó que una situación similar se produce con la demora en la aplicación de la ley que dispone que 56 hospitales se conviertan en autogestionados en red. Indicó que, actualmente, hay sólo 11 con esa categoría, circunstancia que tensiona aún más las garantías explícitas en salud, puesto que, en la medida en que se incorporan más enfermedades, las listas de espera o la falta de gestión se hacen más latentes.

Gasto en el sector salud. En cuanto a la política que debería adoptarse en esta materia, señaló que la tendencia, tanto en el ámbito público como en el privado, es al aumento sostenido en los costos, situación que ha quedado en evidencia con el alza en los precios de los planes de salud de las Isapres. En ese sentido, indicó que Chile se comporta como el resto de los países, que están en la búsqueda de contener los costos en salud, a fin de evitar la disminución, en el largo plazo, de recursos que se destinan a otras áreas que pueden tener mayor rentabilidad social. Aclaró que no se trata de reducir los recursos públicos ni los privados, sino de evaluar, desde el punto de vista de la eficiencia, el nivel de gasto de dichos recursos. Sostuvo que no sería problemático continuar con el aumento del gasto público-privado en salud, porque, de hecho, en la medida en que los países se desarrollan invierten más en esa área, siempre que el rendimiento aumente.

Costo-efectividad y la difusión de buenas prácticas. Esa es la forma en que debiera procederse para mejorar los indicadores, sobre la base de la experiencia de países que han seguido una transición demográfica, epidemiológica y de tipo de enfermedades similar a la de Chile.

Aumento de patologías Ges. Consultado sobre si, en cierta medida, se podría explicar la mayor producción o productividad en relación con el gasto por el advenimiento de las patologías comprendidas en el GES, estimó que hay mayor énfasis en estas últimas, dado que han sido priorizadas sanitariamente, en términos económicos y de recursos, tal como lo demuestran el diseño de los protocolos y la importancia a nivel hospitalario que tiene el rol de las prestaciones correspondientes al referido régimen. Puntualizó que ello ha traído como consecuencia que las patologías que no están consideradas en el GES sean postergadas, lo que eventualmente podría tener un efecto en la calidad, aspecto que tampoco se ha constatado. A su juicio, la gradualidad es fundamental, de manera que es importante la forma en que debe

promoverse el incremento de dichas patologías por el Consejo Consultivo del Auge y la responsabilidad que en ese ámbito caben a los Ministerios de Salud y de Hacienda. Manifestó que no se pueden aumentar a 80 las enfermedades consideradas en el mencionado régimen si las 56 actualmente consideradas en él todavía tienen importantes brechas desde el punto de vista de la oferta y la demanda.

5) Temas coyunturales varios.

Inauguración Hospital de Curepto⁶⁹.

Subsecretario de Redes Asistenciales, don Ricardo Fábrega Lacoa.

Explicó que el Hospital de Curepto está inserto en una gran red, a cargo del Servicio de Salud del Maule, compuesta por 1.000.000 de habitantes, tres hospitales de mayor complejidad y diez de menor complejidad, dentro de los cuales se encuentra el mencionado establecimiento. Indicó que cada una de sus 33 comunas cuenta con departamento de salud municipal y un número elevado de consultorios y postas de salud rural.

El Hospital de Curepto dispone de 12 camas básicas instaladas en una construcción de 1.500 metros cuadrados, con una fuerte orientación a la atención ambulatoria, y que ha sido dimensionado adecuadamente según las características de la población, donde existe mucha ruralidad y se privilegia el interés de las personas en tener la posibilidad de hospitalizarse más cerca de sus familias. El establecimiento es, en términos de complejidad, más simple que muchos consultorios, por lo que su puesta en funcionamiento no entraña mayores dificultades.

Cuando un director de servicio, por escrito o en forma verbal, señala que está en condiciones de poner en marcha el Hospital de Curepto, la responsabilidad legal y política de la puesta en marcha y funcionamiento es absolutamente de él, de modo que la autoridad central no puede más que confiar en que aquél está cumpliendo con su deber. Indicó que en este caso, el Director del Servicio de Salud señaló que las dificultades encontradas eran fáciles de solucionar y en tiempos bastante breves. Sin embargo, advirtió que no se les informó toda la verdad, motivo por el cual se hizo efectiva la responsabilidad de la autoridad local, ya que resulta incomprensible que al día siguiente de la inauguración, el hospital no estuviera funcionando. A su juicio, hubo un apresuramiento y falta de franqueza, pues nunca se dio a conocer que la puesta en marcha sería gradual, así como tampoco se informó a la población que se ofrecería, en una primera etapa, atención en el área de urgencia, y que la hospitalización comenzaría quince ó veinte días después. Advirtió que, no obstante, se puede apreciar que la situación no era tan difícil de resolver, ya que estaba en el 91% operativo y una vez detectado el problema por el Ministerio a inicios de abril de 2008, habiéndose nombrado como interventor del establecimiento al Director del Hospital de Curicó, en sólo tres días se logró hospitalizar pacientes, de modo que actualmente está funcionando.

Consultado sobre si fue informado por el asesor ministerial, don Alan Mrugalski, respecto de la falta de elementos necesarios para poner en marcha el Hospital de Curepto, y respecto de las medidas adoptadas al respecto, explicó que el problema fue dado a conocer, en primer término, a través de un medio de comunicación local, vía por la que tomó conocimiento del mismo el Ministerio de Salud, que resolvió comprobar su veracidad con el Servicio de Salud respectivo. Acotó que recibió notas por escrito del Director de éste, en las que insiste en que

⁶⁹ El detalle in extenso de las intervenciones consta en las actas de las sesiones de la Comisión de Salud N° 86 y 91, de 5 y 15 de mayo de 2008.

el hospital estaba funcionando, que las camas no eran de utilería y estaban destinadas a la hospitalización de los pacientes.

Dio a conocer que en la misma época en que se tomó conocimiento de esta situación, se encontraba en paro el Complejo Hospitalario San José, de modo que optó por concentrarse, junto a sus principales equipos, en la resolución de este último, que parecía más complejo en ese instante, delegando en el Servicio de Salud del Maule, lo relativo al funcionamiento del Hospital de Curepto. Precisó que, por ello, se designó al Director del Hospital de Curicó, funcionario de gran experiencia en esta materia, para poner en marcha el establecimiento y para ayudar al equipo local a resolver los problemas que se presentaran.

Reconoció la existencia de un correo electrónico del señor Mrugalski, por el que informa a un miembro de la Avanzada Presidencial que estarían por resolverse todos los problemas, tal como informa el Director del Servicio, al sostener textualmente que “por lo tanto, podemos inaugurar”. Acotó que según este último, tales dificultades se resolverían días antes de la fecha de la inauguración, lo que no cumplió, de modo que, frente a un error de esa gravedad, debió responder con su cargo.

Afirmó que su relación con el ex Intendente de la Región del Maule se redujo al hecho de estar ambos presentes en la inauguración, acto en el que participó en calidad de Ministro subrogante y en el cual nadie hizo presente la existencia de problemas. Por el contrario, el ambiente era de absoluta alegría porque se colocaba en marcha un hospital largamente anhelado por la comunidad. Recordó que en esa oportunidad realizó el discurso de rigor, en el cual se refirió no sólo al Hospital de Curepto, sino también a las inversiones que se llevarán a cabo en la Región del Maule durante los próximos tres años. Aseguró que si en ese momento hubiese sabido que el hospital no estaría en condiciones de hospitalizar a los pacientes por los siguientes treinta días, inmediatamente habría tomado las medidas del caso.

Contestando una pregunta sobre cómo puede entenderse que se permita la hospitalización en establecimientos, como el de Curepto, que no cuentan con autorización sanitaria para funcionar, así como respecto de las medidas que se adoptarán en relación con los hospitales que se encuentran en esta situación, opinó que el defecto principal de este episodio, más allá del mal gusto de la inauguración, fue haber puesto un paciente que no correspondía y que al día siguiente no se pudiese hospitalizar. Indicó que debería haber estado todo debidamente chequeado, tal como informó el Director del Servicio, dentro de lo cual se incluye la autorización sanitaria. Hizo notar que, en el marco de la reforma a la salud, se ha querido posibilitar que se juzgue con el mismo parámetro a los hospitales y consultorios del sector público y a los del sector privado de todo el país. Los permisos sanitarios eran otorgados por los Servicios de Salud, situación que cambió en enero de 2006. Hizo presente que para que tenga efecto, debe haber certeza de que la normativa sea la misma, con un igualitario criterio de aplicación para el sector público y privado en todo el país, para lo cual habrá normas específicas que deben regularse a través de un proceso de consultas con los entes y expertos correspondientes. Expresó que ese proceso de consultas de autorización sanitaria se realizó durante los años 2006 y 2007 y la información pertinente está disponible en la página web. Acotó que la antigua autorización sanitaria era muy fácil, ya que las revisiones eran más simples y se guiaban por un parámetro o pauta muy genérica establecida en el reglamento existente, de aspectos básicos que todos los hospitales cumplen, pues se entiende que previamente hubo una aprobación del proyecto y una recepción municipal, en que se determinó que las instalaciones de electricidad y alcantarillado estaban en perfectas condiciones sanitarias. En el caso del Hospital de Curepto, la obtención de la autorización sanitaria con poste-

rioridad a este episodio, obedece a que cumplía con esta pauta general y a que fue construido de acuerdo con un proyecto arquitectónico de primer nivel. Planteó que, a partir de la reforma de 2006, se apunta a un tipo de autorización exigente en términos de calidad, que es el cuarto eje del Auge, la cual entrará en vigencia una vez que se publique el decreto que contempla autorizaciones sanitarias, acreditación y certificación por especialidad. Precisó que si bien podría estimarse que faltaban algunos insumos o equipos para hospitalizar a las personas, esto podría haberse resuelto antes de la inauguración, tal como lo hizo el Director del Hospital de Curicó.

Consultado sobre si tiene alguna autocrítica respecto de la forma en que se llevan a cabo los proyectos hospitalarios, señaló que debió haber sido mucho más exigente, a fin que hubiese una unidad de puesta en marcha en el Ministerio de Salud, sin perjuicio de que la responsabilidad en esta materia compete a los directores de los servicios de salud. Indicó que el Ministerio carece de una unidad formada por profesionales idóneos, que se trasladen a distintas zonas del país para verificar lo relativo a las inauguraciones de establecimientos y ocuparse de que calcen los distintos componentes de la puesta en marcha de los establecimientos de salud, que es de suyo compleja (los recursos humanos, el equipamiento, la infraestructura, la gestión y el nombramiento de los directivos, entre otros).

Ha insistido en la creación de esta unidad, que se justifica por la gran cantidad de proyectos de inversión que desarrolla el sector salud.

Contestando una pregunta sobre si existe alguna otra autoridad con tuición sobre la puesta en marcha del Hospital de Curepto que hasta ahora no haya asumido su responsabilidad en esta materia, recalcó que sólo le corresponde pronunciarse respecto de la responsabilidad del Director del Servicio de Salud, mas no del ex Intendente Regional o de otra autoridad. Insistió en que el referido director, durante los días previos a la inauguración y en los meses de marzo y abril afirmó que el hospital estaba bien.

Consultado sobre las facultades de la Avanzada Presidencial y su participación en ese episodio, indicó que no tiene relación alguna con la Avanzada Presidencial ni con el equipo que organizó la inauguración, a la cual asistió en forma excepcional, ya que no suele participar en este tipo de actos.

Contestando una pregunta respecto de si tuvo la sensación de que el hospital, médicamente, no estaba funcionando, aseguró que durante el acto nunca pensó que se estaba montando un show. Comentó que sólo con posterioridad tomó conocimiento de que a una mujer embarazada, que ese día había sido citada para realizarse una ecografía, le pidieron que se quedara para que la Presidenta de la República pudiese verla. Puntualizó que no se imaginó que ello fuese una farsa, ya que fue testigo de la realización del examen por un especialista con un equipo ecógrafo de verdad. Indicó que, del mismo modo, no tuvo sospechas de la persona que estaba hospitalizada.

Contestando una pregunta respecto del problema que debió resolverse para poner en marcha el establecimiento y de la rapidez con que ello se produjo, expresó que el Director del Hospital de Curicó tendría que dar a conocer en su informe las razones de haber procedido de esta forma y si hubiera sido posible solucionar el problema, al menos parcialmente, durante los días previos a la inauguración. No obstante, sostuvo que para el caso de algunas hospitalizaciones, era relativamente fácil de resolver, así como también señaló que una de las dificultades mencionadas, cual era la ausencia de una campana en la cocina del establecimiento, no era causal suficiente como para impedir el funcionamiento de este último. A su juicio, la

rapidez en la solución de los problemas obedeció, en parte, a la experiencia del interventor y, en otra proporción, a que ya se habían completado los procedimientos para ello.

Consultado sobre si el Director del Hospital de Curepto lo puso en antecedentes sobre las falencias en el funcionamiento, dio a conocer que el día de la inauguración el director titular del hospital no estaba presente, por encontrarse de vacaciones, de modo que sólo tuvo contacto con el subrogante, quien no le manifestó ninguna preocupación, sino por el contrario, era partícipe del clima de alegría reinante por haber concretado esta obra. Indicó que tampoco hubo notas por escrito que lo alertaran de la existencia de algún tipo de problema.

Contestando una pregunta respecto de las medidas que se están aplicando, por medio de la autoridad sanitaria respectiva, en los 112 hospitales o instalaciones de salud que hoy no cuentan con la correspondiente autorización sanitaria y las eventuales fiscalizaciones realizadas, sostuvo que se ha determinado acelerar el proceso del decreto respectivo, a fin de que pueda otorgarse la autorización sanitaria de acuerdo con la nueva normativa, que es igual para el sector público y el privado.

Consultado sobre el rol que cumplió el Secretario Regional Ministerial de Salud del Maule en la inauguración, señaló que esta autoridad participó en el acto y no advirtió ninguna dificultad ni durante la celebración del mismo ni posteriormente. A su vez, recalcó que carece de antecedentes sobre las razones por las cuales hizo exigible la responsabilidad del Intendente Regional.

Contestando una pregunta respecto de si efectivamente existe o no independencia de los directores en el nivel decisorio de los servicios de salud, explicó que estos funcionarios son seleccionados por el sistema de Alta Dirección Pública y están encargados de ejecutar políticas públicas, aunque no participan del diseño. Tienen el carácter de autoridad pública y una altísima autonomía, de modo que el nivel central sólo tiene facultades para coordinarlos y hacer notar sus problemas a la autoridad superior, mas no para removerlos.

Contestando una pregunta respecto de los antecedentes de que dispone sobre el retraso en la tramitación de los sumarios, especialmente el instruido con motivo de un fraude en contra del Servicio de Salud del Maule por más de \$ 700.000.000, admitió estar en conocimiento de que había un número importante de sumarios que él habría reactivado, lo que en su momento fue bien evaluado. Comentó que cuando fue intervenido el Hospital de Talca, en 2007, se detectó la paralización de los sumarios, de modo que recomendó al director que reemplazase al fiscal que estaba a cargo del tema, lo que permitió avanzar en la tramitación de los mismos. Hizo presente que el personal de la auditoría ministerial está a cargo de hacer un seguimiento a la situación de los sumarios administrativos.

Contestando sobre la participación del Ministerio respecto a que uno de sus asesores habría enviado un correo electrónico, en el que daba seguridad de que todo estaría listo para la inauguración, afirmó desconocer quién cursó las invitaciones. En el Ministerio de Salud no causa sorpresa que se señale que las camas que se instalarán en el Hospital provienen de otro establecimiento, ya que es frecuente en el sector que cuando falta algún elemento en un lugar se traiga desde otro sitio, todo lo cual está orientado a optimizar el funcionamiento de la red en un ambiente de escasez. Se entendió que las camas debían permanecer en el Hospital de Curepto y no ser devueltas a Talca al día siguiente. El hecho de llevar recursos mal utilizados o subutilizados a lugares donde se necesitan es premiado por el Ministerio.

Director del Hospital de Curepto, don Gonzalo Rojas.

Se refirió al contenido del informe final elaborado, entre el 14 y el 30 de abril de 2008, por la Comisión de Apoyo a la Gestión Directiva Administrativa del Hospital de Curicó, sobre el trabajo realizado en el Hospital de Curepto. Indicó que en él se señala que el equipo encabezado por el Director del Hospital de Curicó, doctor Rojas, así como la unidad de Recursos Físicos del Servicio de Salud del Maule y el personal del Hospital de Curepto, verificaron en terreno los problemas y falencias de este último que, a su juicio, no permiten el funcionamiento, y de común acuerdo determinaron que en un plazo no superior a quince días hábiles debían ser subsanados para que la comunidad cuente con un hospital nuevo, equipado y funcionando al ciento por ciento, de acuerdo con el proyecto original y a lo esperado, luego de haber sido inaugurado el establecimiento el 29 de febrero de 2008.

Sostuvo que el Subdirector del Hospital, que a la fecha de la inauguración actuó como Director subrogante, logró comunicarse con él mientras se encontraba de vacaciones, y se notaba angustiado, porque se sentía presionado, ya que dicho acto debía llevarse a cabo como fuese. Alabó la actitud de dicho funcionario, que pudo enfrentar el tema sin renunciar a su cargo. Afirmó que le aconsejó que se opusiera a las hospitalizaciones y a tener a una embarazada en urgencia; pero que, en todo caso, si el ex Director del Servicio insistía, éste debía asumir la responsabilidad de su exigencia.

Contestando una pregunta respecto de las razones por las cuales, luego de la inauguración, no se siguió hospitalizando pacientes ni efectuando tratamientos dentro del hospital, dio a conocer que aquélla se realizó en un momento inoportuno, toda vez que las condiciones no eran óptimas para hospitalizar pacientes. Precisó que las camas eran prestadas y no había recurso humano suficiente, dado que si bien el hospital tenía un proyecto de expansión de personal, éste no estaba disponible en la fecha de la inauguración. Asimismo, indicó que no se contaba con la sala de hospitalización, ni con paramédicos ni enfermeras para atender a los pacientes que eventualmente debían empezar a hospitalizarse. Aclaró que la dirección del Hospital exigió condiciones básicas y óptimas para dar inicio a la hospitalización de pacientes, esto es, con la central de alimentación en funcionamiento, con noticias sobre cuándo serían recibidas las camas definitivas y con el recurso humano necesario para atender a los potenciales pacientes.

Contestando una pregunta respecto del grado de información exacta que tenía la Avanzada Presidencial en relación con la situación del Hospital, sostuvo que sus miembros pudieron apreciar en terreno en qué condiciones estaba, esto es, que se encontraba vacío, sin camas ni equipamiento, de modo que no había nada que permitiera poner en funcionamiento el Hospital en el momento en que sus instalaciones fueron abiertas para la Avanzada Presidencial y la Intendencia. Acotó que se encontraba de vacaciones desde el 15 de febrero de 2008 y que el día anterior se habían entregado las llaves del recinto a la dirección del hospital, para que se comenzara a traer el equipamiento, se efectuaran modificaciones y se resolvieran los problemas que emergieran durante el período previo a la puesta en marcha. Agregó que siempre se contó con la información de que la inauguración se efectuaría en marzo, por lo que muchos funcionarios solicitaron vacaciones en febrero.

Consultado sobre la efectividad de que se haya negado la autorización sanitaria por problemas en la techumbre, en cierto equipamiento y en la infraestructura, refirió que la resolución N° 1.152, de 23 de abril de 2008, de la Seremi de Salud de la Séptima Región, que está incorporada en el documento que elaboró el Hospital de Curicó, aprobó el local y la instalación del establecimiento.

Contestando una pregunta respecto de si el equipamiento recibido por el Hospital corresponde a lo planificado o si, en definitiva, excedió a lo solicitado, manifestó que había recursos para desarrollar la gestión durante los quince días en que estuvo a cargo del proceso el Director del Hospital de Curicó, pues había un comité asesor que no había existido antes. Aclaró que si bien la inauguración se llevó a cabo antes de tiempo, una vez que sucedió la crisis, el grupo humano y la asesoría proporcionada permitieron materializar todo el trabajo comprometido con el Servicio de Salud y con el Ministerio. Aseguró que actualmente el Hospital está operativo en el ciento por ciento, pues tiene todo su equipamiento instalado y se están realizando los procesos médicos o de salud. Asimismo, aseveró que se logró más de lo que estaba originalmente presupuestado, particularmente en materia de inmobiliario, como veladores, mesas de alimentación, cunas y otros elementos que no estaban contemplados y que se consiguieron gracias a la gestión del grupo de trabajo que se instaló en el Hospital.

Consultado sobre el ambiente reinante durante el día de la inauguración, manifestó que era de alegría, ya que Curepto es un pueblo muy pequeño y la visita de la Presidenta de la República a un acto de inauguración fue muy emocionante para sus habitantes. Manifestó que durante todo el período de la implementación estuvo preocupado por el hecho de que las camas no estuvieran funcionando, por lo que el día de la visita de la Presidenta se manifestó al ex Director del Servicio de Salud la necesidad de solucionar este problema rápidamente. Comentó que la inauguración fue entendida por los funcionarios del hospital como un hecho mediático.

Contestando una pregunta respecto de las razones por las cuales fue necesaria la concurrencia de un equipo de otro hospital para resolver el problema, explicó que el Hospital de Curepto es pequeño y carece de recursos humanos y de capacidad de respuesta para hacer frente a una puesta en marcha, motivo por el cual se necesitaba asesoría.

Consultado sobre la descoordinación que se produjo entre la licitación y los plazos que se dieron a la empresa respectiva para proveer el equipamiento necesario, explicó que hubo dos líneas de trabajo o de compra. Indicó que una de ellas se desarrolló a través del Servicio de Salud, por medio del Departamento de Recursos Físicos, que básicamente se encargó de los muebles de escritorio, la lavandería, la esterilización y las camas. Comentó que, en lo que respecta a la resto del equipamiento, el Hospital participó solamente en la elección del equipo a comprar. Señaló que el 20 de diciembre de 2007 se efectuó la adjudicación del equipamiento, lo que supone conocer las características de este último y las especificaciones técnicas, así como también el plazo de entrega, que en el caso de las camas, era de noventa días. Puntualizó que en el momento de la adjudicación se sabía, además, qué equipamiento no tenía oferta.

Contestando una pregunta respecto de la eventual hospitalización el 17 de abril de 2008 de una paciente debido a una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, recordó que el día anterior se había trabajado con el equipo del Hospital de Curicó, oportunidad en que se acordó que no se efectuaría ninguna hospitalización mientras no estuvieran las condiciones para hacerlo. Por ello, el día en que se internó a la primera paciente, se contaba con los elementos básicos que ella requería, como recursos humanos, oxígeno y antibióticos, pues de lo contrario, habría sido derivada.

Contestando una pregunta sobre las razones por las cuales no habría suspendido sus vacaciones una vez que tomó conocimiento de que el Hospital iba a ser inaugurado, comentó que no adoptó una decisión en tal sentido, por motivos personales y que desde el año 2006 no tomaba vacaciones.

Consultado respecto de si manifestó, telefónicamente o por escrito, al ex Director del Servicio de Salud la inconveniencia de que ello se llevara a efecto en esa fecha, manifestó que no estaba de acuerdo con la inauguración, negativa que hizo saber verbalmente a la dirección del Servicio, a través del subdirector, y no tenía importancia, para efectos prácticos, la manera de expresar su desacuerdo.

Subdirector del Hospital de Curepto, don Marcelo San Martín.

Señaló que le correspondió actuar como director subrogante en la inauguración del Hospital. Explicó que, aproximadamente, a las 19 horas del 21 de febrero de 2008, fue visitado por el jefe de gabinete de la Intendencia, señor Patricio Peñailillo, quien le exige, dada la presencia de la Avanzada Presidencial, que abra el recinto de la nueva construcción, el cual estaba absolutamente cerrado, encontrándose las llaves en poder de una funcionaria encargada de los inventarios. Aseguró que le manifestó la imposibilidad de acceder a tal exigencia, puesto no había sido avisado de la realización de esa visita, frente a lo cual el señor Peñailillo, se comunicó con el Director del Servicio de Salud para conseguir que se abrieran las puertas del edificio. Preciso que, posteriormente, recibió una llamada del jefe de gabinete del Servicio, quien le pidió que procediera a hacerlo, de modo que ingresaron al recinto y pudo ver, al igual que sus acompañantes, un hospital absolutamente vacío, pues no había nada en las zonas de urgencia, de pabellón, de esterilización, de alimentación, de laboratorio, de hospitalizados, ni en el área administrativa.

Comentó que la única persona de la Avanzada Presidencial que se identificó fue el señor Eduardo Núñez, quien había expresado que el hospital no estaba en marcha blanca, como aparentemente le habrían informado. Sin embargo, el señor Peñailillo, sostuvo que no había que preocuparse, pues todo estaría listo para la visita de la Presidenta de la República, que, según lo comunicado, se llevaría a cabo cinco días después.

Señaló que durante el período comprendido entre los días 25 y 28 de febrero, se destacó la presencia diaria de los funcionarios de Recursos Físicos, que se abocaron a instalar equipos y a coordinar adquisiciones, entre otras funciones, a lo cual se agregó la visita personal del ex Director del Servicio de Salud, quien solicitó que se acelerara la implementación y que se trasladara el área de urgencia antigua a la parte nueva del edificio. Indicó que cuestionó esta última petición, pues había muchas falencias que impedían proceder con rapidez, razón por la cual llamó al Director titular del Hospital para consultarle su opinión. Manifestó que éste le sugirió que no siguiese adelante, lo que hizo saber al ex Director del Servicio, quien le señaló que se arreglaría lo relativo a los teléfonos y la radio, de modo que, finalmente, el traslado del área de urgencias se hizo efectivo el 27 de febrero.

Negó haber tenido información oficial respecto de la adquisición de las camas, no obstante lo cual reconoció que, en forma extraoficial, el delegado de Recursos Físicos de Curepto, señor Luis Rojas, le comentó que las camas serían prestadas aparentemente por otro hospital, debido a que la empresa proveedora no las podía entregar antes de la visita de la Presidenta de la República.

Sostuvo que los días de la supuesta inauguración se fueron aplazando hasta el límite del 21 de febrero y que un día antes de la inauguración, acudió nuevamente la Avanzada Presidencial, la cual pudo observar algunos avances, principalmente en el sector de urgencias, y la presencia de equipamiento nuevo, lo que hacía aparecer “apto” el hospital para la visita, según le habrían comunicado. Sin embargo, hizo presente que el día de la inauguración el único servicio que funcionaba en el Hospital era el de urgencias.

Hizo hincapié en que la organización del acto, esto es, las invitaciones, el préstamo de las sillas, y otros aspectos, fue coordinada por la Avanzada Presidencial y el Alcalde de Curepto, quien actuó como catalizador de dicho acto, pues fue la única persona que habló en esa ocasión. Manifestó que todos los funcionarios del Hospital se sintieron ajenos y alienados en la supuesta inauguración de su lugar de trabajo.

Expresó que lo señalado a través de los medios de comunicación respecto del paciente don Clemente Opazo, quien se desempeña como Jefe del Departamento de Personal del Hospital, es meridianamente falso. Explicó que fue ingresado, acogiéndose al programa de hospitalización domiciliaria por una celulitis en su pierna derecha, lo que está documentado en su ficha y por lo cual se cursó una licencia médica. Trajo a colación que el ex Director del Servicio le ordenó que algunos de los pacientes que se encontraban en estas condiciones estuvieran presentes durante la visita de la Presidenta de la República al Hospital. Indicó que como médico tratante, le solicitó personalmente al señor Opazo que permaneciera algunas horas en el establecimiento y luego continuara el tratamiento en su domicilio, petición a la cual accedió. Asimismo, informó que el ex Director del Servicio le ordenó personalmente que también estuviera presente ese día una paciente en control obstétrico, que no estuviera hospitalizada, para controlar los latidos cardiorfetales con un instrumento llamado sonicaid, de modo que su presencia tuvo un carácter más bien mediático.

Sostuvo que su deber ético era no mantener falsas expectativas en la población, aunque se haya llevado a cabo la inauguración, por lo cual, previa consulta con el Director titular, se dirigió a la radio local para informar que sólo se encontraba funcionando la zona de urgencia y que paulatinamente se implementaría el resto de los servicios.

Consultado sobre la persona que le dio la instrucción de abrir el hospital, aclaró que la Avanzada Presidencial no tuvo ninguna injerencia en ella, ya que la orden fue dada por el ex Director del Servicio.

Consultado respecto del equipamiento disponible el día de la inauguración, hizo notar que sólo se había implementado la urgencia en un ciento por ciento, ya que no se encontraban operativo para efectuar hospitalizaciones y no funcionaban la esterilización ni la lavandería. Preciso que nadie se percató de que las camas eran prestadas, porque eran nuevas.

Consultado sobre si habría manifestado su preocupación por la situación del Hospital a alguna autoridad distinta al ex Director del Servicio, manifestó que como depende directamente de este último sólo a él le refirió su reticencia y sus dudas respecto de la implementación.

Consultado sobre si pensó en renunciar al cargo de director subrogante o al cargo de subdirector del Hospital, debido al montaje que estaba presenciando, señaló que su experiencia en cargos directivos era muy escasa, por lo que haberse desligado de sus funciones habría significado dejar abandonado el establecimiento. Acotó que, dado que el Director estaba ausente, la idea era que hubiese una persona a cargo.

Ex Intendente de la Región del Maule, señor Alexis Sepúlveda.

Señaló que los hechos que derivaron en la inauguración del Hospital pueden ser agrupados en dos etapas, a saber, la correspondiente a la decisión de inaugurarlos con todos los elementos y antecedentes de que se disponía y la relativa a la producción o al diseño que tuvo este acto.

En relación con la primera etapa, aseguró que siempre manifestó no estar de acuerdo con la inauguración del hospital, no tanto por los detalles técnicos, sino más bien porque no había

sido considerado en la agenda en esa época. Comentó que la incorporación de este episodio en esta última se realizó con motivo de la inauguración del puente Mataquito, ubicado a 20 kilómetros de Curepto. Indicó que siempre se planteó la necesidad de avanzar en la inauguración del Hospital y del CDT Talca, en una visita específica vinculada al área de salud durante abril o mayo de 2008, una vez que ambos recintos hospitalarios estuvieran listos.

Señaló que días antes de haberse incorporado a su trabajo luego de las vacaciones, lo que ocurrió el 22 ó 24 de febrero, habían trabajado los equipos de la Avanzada Presidencial en la Región, a fin de visitar los lugares, chequear sus condiciones y programar la visita.

Hizo presente que manifestó su discrepancia en la primera reunión de coordinación, ante la presencia de numerosas personas de la Avanzada, de equipos asesores, de Seremis y de directores regionales. Indicó que en esa oportunidad expresó sorpresa por la decisión que no había sido planificada, así como su preocupación porque, en atención a los antecedentes que manejaba, se sabía que se estaba en la etapa de compra y adquisición de equipamiento, la cual, generalmente, presentan demoras.

Comentó que el Alcalde de Curepto manifestó públicamente su preocupación respecto de las camas, pero la Dirección del Servicio de Salud dio todas las garantías de que el hospital iba a estar en condiciones de satisfacer íntegramente los requerimientos pendientes. Acotó que, de este modo, la autoridad edilicia y el ex Director del Servicio de Salud dieron a conocer a los medios de comunicación que los problemas vinculados a las camas, que se habían manifestado antes de la inauguración del hospital, estaban absolutamente solucionados, dándose el alcalde por satisfecho con las explicaciones que el ex Director le había dado.

En lo relativo a la segunda etapa, señaló que la Intendencia acompañó a la Avanzada Presidencial para facilitar el trabajo que sus miembros desarrollan, que comprende el traslado y el contacto con las autoridades y jefes de servicio, práctica que es usual. Sostuvo que en una sola ocasión llamó al ex Director del Servicio de Salud para preguntarle por el tema de las camas, quien le respondió que había sido solucionado. Planteó que, de este modo, se llega a la inauguración de un recinto que tenía inconvenientes, pues no estaban todas las instalaciones habilitadas. Comentó que dentro de la discusión, primó la opinión de que se estaba inaugurando un hospital que iba a entrar en funcionamiento y que en tres o cuatro meses iba a estar todo subsanado. Sin embargo, el mensaje transmitido era distinto, ya que se dio a entender que el establecimiento estaba funcionando. No obstante, hizo notar que para nadie era un misterio que el hospital estaba entrando en un proceso de marcha y que no atendía público normalmente.

Señaló que como consecuencia de este episodio, debió asumir la responsabilidad política que le correspondía, tal vez por no haber tenido la fuerza suficiente para manifestar que ello no era conveniente o por no haber podido detectar los antecedentes del caso. Aclaró que la producción del evento y el diseño, que comprende la llegada de la Presidenta a la Región, el camino que realiza para llegar al Hospital, el recorrido al interior de este último, y otros aspectos de esta índole, corresponde exclusivamente a una definición que realiza la Avanzada Presidencial.

Señaló que lo que se pudo apreciar en el acto era una infraestructura que estaba funcionando, donde había enfermos, de modo que no podría haberse tenido conocimiento de alguna situación distinta que se estuviera presentando o dudas en torno a la condición del recinto hospitalario, dado que días antes de su inauguración la Dirección del Servicio de Salud había dado plenas garantías de que cumplía con todos los requisitos, pese a las aprensiones que inicialmente se manifestaron.

Agregó que la responsabilidad administrativa del ex Director del Servicio de Salud radica en que, habiendo tenido temas pendientes que resolver en el Hospital, algunos de los cuales eran de carácter doméstico, hayan pasado treinta o cuarenta días sin que se hubieran podido resolver. Sostuvo que si bien el diseño de un hospital siempre tiene inconvenientes que le son propios, hubo falta de acción y de gestión para subsanarlos. Indicó que siempre se pensó que en una puesta en marcha de tres o cuatro meses deberían haber estado absolutamente resueltos esos problemas y se avanzó con lentitud.

Consultada su opinión respecto de la responsabilidad asumida por el ex Director del Servicio de Salud y de otras autoridades que no hayan asumido su costo político, afirmó que la responsabilidad administrativa está radicada en el ex Director del Servicio de Salud, por no haber un manejo prolijo de la información que señalaba que el Hospital tenía inconvenientes y por la falta de prontitud para resolver los temas que estaban pendientes. Por otra parte, descartó la existencia de responsabilidades en el nivel ministerial, por cuanto aseguró manejar los mismos antecedentes que tenía el Subsecretario de Redes Asistenciales, entonces Ministro subrogante, los que indicaban con certeza que todo iba a estar resuelto al momento de la inauguración, motivo por el cual se avanzó en el proceso.

Contestando una pregunta sobre la manera en que hizo presente a las autoridades de Gobierno que el Hospital no estaba listo, indicó que fue en forma verbal en dos ocasiones. La primera de ellas fue en una reunión de coordinación, llevada a cabo el 24 ó 25 de febrero, con la que se iniciaba el trabajo de la agenda Costa en el marco de la visita presidencial programada para el 29 de febrero. Preciso que a dicha reunión asistieron el ex Director de Servicio de Salud, los Seremi, los integrantes de la Avanzada Presidencial, los equipos de la intendencia regional, y los equipos de trabajo vinculados con las áreas de salud y obras públicas. Planteó que, posteriormente, en una reunión con el encargado de la Avanzada Presidencial, don Eduardo Núñez, le manifestó la misma preocupación, y las respuestas siempre fueron que, de acuerdo con los antecedentes que había entregado la Dirección del Servicio de Salud, el hospital podría estar en condiciones de ser inaugurado.

Consultado sobre las respuestas de los integrantes de la Avanzada Presidencial y de las autoridades del Ministerio de Salud a nivel regional y nacional a sus peticiones de rechazar la puesta en marcha, señaló que argumentaron, principalmente, que el Hospital ya había terminado sus obras civiles y estaba recepcionado como construcción, y que si bien tenía algunos problemas con el equipamiento médico requerido, gran parte de ellos debían estar solucionados al momento de la inauguración. Preciso que en ese entendido, no había ningún inconveniente para avanzar, aún cuando el establecimiento no prestaba atención médica a personas, con la inauguración de la infraestructura y el equipamiento básico que se pudiese obtener para iniciar un proceso de marcha blanca de tres meses que permitiera ponerlo en funcionamiento. Puntualizó que este proceso en el área de salud siempre es necesario, ya que es prudente probar los equipos y su instalación.

Contestando una pregunta respecto de quiénes fueron los que le insistieron en llevar adelante la inauguración, pese a su negativa y a los antecedentes que indicaban que no estaba en condiciones para ello, y los argumentos que esgrimieron para defender su postura, explicó que cuando existe una obra que debe ser inaugurada, la responsabilidad de avanzar en ese sentido es de los equipos de Avanzada Presidencial. Expresó que en ello no participa ni la región ni el sector respectivo, que sólo establece las condiciones técnicas que eventualmente puede cumplir un requerimiento. Indicó que cualquier propuesta sobre la materia, ya sea que

provenga del nivel regional o central, debe ser chequeada por los equipos especialistas, que dan el visto bueno para avanzar en la inauguración de que se trata.

Comentó que, para ello, se contaba con los antecedentes correspondientes a las etapas preliminares, a saber, los informes técnicos, las certezas establecidas por la Dirección del Servicio de Salud y las visitas inspectivas. Precisó que la decisión final fue adoptada por don Eduardo Núñez, integrante de la Avanzada Presidencial, quien estaba a cargo del equipo de trabajo.

Consultado sobre la autoridad que firmó el mensaje electrónico enviado con fecha 22 de febrero, en el que se señalaba que los elementos que faltaban se traerían desde Talca, negó tener copia del mismo e indicó que, según entendía, quien lo envió es la persona que dio a conocer esos antecedentes.

Contestando una pregunta respecto de quién dio la orden para que hubiese pacientes en el Hospital el día de la inauguración, señaló no tener conocimiento sobre el particular, ya que ello forma parte de un diseño de producción. Aseguró que el funcionario del Servicio de Salud que se encontraba hospitalizado aquel día estaba efectivamente enfermo. Hizo presente que su falta de conocimiento al respecto obedece a que, al igual que la Presidenta de la República y el Subsecretario de Redes Asistenciales, participó de un proceso que no le permitía haber ingresado con anterioridad al Hospital para interiorizarse de los detalles, pues no tiene injerencia en el diseño. Por lo tanto, afirmó que tal como las mencionadas autoridades, una vez conocidos los antecedentes, se sintió engañado.

Sostuvo que el Subsecretario de Redes Asistenciales se basó en la seguridad que brindó la Dirección Regional del Servicio de Salud, en forma verbal, respecto de que el Hospital cumplía con todos los requisitos y de que los requerimientos pendientes serían resueltos.

Consultado sobre la participación del intendente regional subrogante en este episodio durante los días previos a la inauguración, así como respecto a la del Alcalde y de la Seremi de Salud del Maule, señaló que retornó de vacaciones el 25 de febrero y ya había recibido antecedentes de que un equipo de la Avanzada Presidencial había estado en la zona para chequear algunas de las obras que serían inauguradas. Sin embargo, no tuvo noticia respecto del Hospital de Curepto, sino hasta el día de la reunión realizada el 25 o el 26 de febrero, en la Intendencia, con los equipos de coordinación. Indicó que en esa oportunidad supo que se había mantenido la agenda y que se llevaría a cabo la inauguración del Hospital de Curepto, por lo cual manifestó su sorpresa y preocupación por el estado en que podría estar este último, en términos de si cumplía con las condiciones de inicio. Comentó que para la Intendencia era más atractivo efectuar la inauguración, en el marco de una visita presidencial, junto con el CDT de Talca. Señaló que en esa época, se desempeñaba como intendente subrogante don Luis Suazo, quien carece de responsabilidad en la materia. Manifestó estar seguro de que prestó toda la colaboración necesaria al ser contactado por la Avanzada Presidencial para poder continuar en este diseño, en el cual no era considerado, pues a la fecha de la inauguración habría cesado de desempeñarse como subrogante, por el retorno del titular.

Aclaró que si bien la Seremi de Salud es la responsable política del Ministerio en la región, en todo lo relacionado con infraestructura en la red hospitalaria, la autoridad regional trabaja directamente con el Director del Servicio de Salud y con la Seremi solamente en los temas de contaminación, de fiscalización a empresas, de rellenos sanitarios y en otras materias vinculadas a la acción propia de la autoridad sanitaria. Precisó que esta autoridad se suma en el proceso de inauguración propiamente tal, o en los casos de contingencia o conflictos que pudieren surgir, que obviamente le son consultados como a cualquier otra autoridad.

Contestando una pregunta respecto de si informó a la Presidenta de la República o al Ministro que la acompañaba en ese momento de que era evidente que no todo estaba listo para que el Hospital fuese inaugurado, aclaró que se produjo una diferencia conceptual respecto de lo que se estaba haciendo: la inauguración de una infraestructura que empezaba a funcionar y que, por lo tanto, requería de un andamiaje y de una puesta en marcha de los equipos médicos y profesionales que ahí trabajarían, que hace algunos días terminaron sus jornadas de capacitación. No obstante, la ciudadanía vio a través de las imágenes que efectivamente se inauguró un hospital que estaba funcionando ciento por ciento, que nunca fue considerado en esos términos en el trabajo inicial. Faltaban elementos que hacían tener el convencimiento de que el recinto no estaba en condiciones, no obstante que en la visita propiamente tal, todo el diseño de producción lo hace aparecer como un hospital que estaba funcionando, convicción que tuvieron tanto él como la Presidenta y el Subsecretario.

Sostuvo que para la Intendencia estaba claro que el hospital no estaba ciento por ciento en funcionamiento, y que la inauguración se limitaría a la infraestructura que se iba a poner en marcha, cosa distinta a lo que se mostró en el acto. En el trabajo anterior a la inauguración nunca se habló de que iba a haber enfermos.

Su preocupación por el tema fue expresada también a don Eduardo Núñez, encargado de la Avanzada Presidencial. No efectuó ninguna apreciación a un superior jerárquico ni verbalmente ni por escrito.

Ex Director del Servicio de Salud Maule, don Gerardo Herrera.

Señaló que asumió dicho cargo tras haber concursado en el Sistema de la Alta Dirección Pública. En lo que respecta a la inauguración del Hospital de Curepto, declaró que asume la responsabilidad que le correspondía en ese momento por haber aceptado dicho acto, así como por haber participado y colaborado en él. Igualmente, admitió que debió haber sido más enfático al sostener que no era conveniente inaugurar el hospital porque no estaban dadas las condiciones para ello, ya que sólo contaba con el 60% del equipamiento. No obstante, hizo presente que el hospital debió haber sido inaugurado con anterioridad, por cuanto el término de la obra estaba programado para octubre de 2007. Indicó que, sin embargo, cuando asumió la dirección del Servicio, en diciembre de ese año, el hospital estaba terminándose aún; faltaba la recepción de la obra de arquitectura y no se habían efectuado las adquisiciones, muchas de las cuales fueron licitadas ese mismo mes, a través del portal del Estado, donde el procedimiento demora, por lo menos, noventa días.

Relató que, pese a que no estaban las condiciones apropiadas para inaugurar el Hospital, por razones de compromiso y lealtad, se esmeró en cumplir con las instrucciones que recibió, y se entusiasmó ante el anuncio de que la Presidenta de la República asistiría al acto.

Sostuvo que recibió el hospital el 7 de febrero e hizo entrega formal del edificio al Director don Gonzalo Rojas y a su equipo, en presencia del Consejo de Desarrollo de dicho establecimiento. Preciso que había planificado con el Intendente Regional que la inauguración se llevase a cabo a fines de marzo, pero se les dijo que difícilmente la Presidenta volvería a la zona pronto. Comentó que en la página web del Servicio de Salud del Maule se publicó un comunicado en relación con la entrega del Hospital, en el que se hace presente que esta actividad permite a los trabajadores del centro asistencial hacerse cargo de la infraestructura y así realizar las adecuaciones pertinentes, instalar el mobiliario y equipamiento requerido como antesala de la entrega definitiva del hospital a la comunidad, que significó una inversión de más de \$ 1.300.000.000. Igualmente, se señala que la entrega del edificio equivale a reci-

bir las llaves de la casa, ya que a partir de ese instante el director del hospital es responsable de todo lo que se encuentre en él. Asimismo, el comunicado aclara que la entrega administrativa no es una inauguración del recinto, lo cual habría sido manifestado a la comunidad y a los funcionarios, por cuanto ésta se llevaría a cabo durante el mes de marzo, cuando la Presidenta de la República visitara la región.

Comentó que tras la inauguración efectuada el 29 de febrero de 2008, los procesos clínicos asistenciales no avanzaron con la diligencia y eficiencia necesarias, por lo que comisionó al Director del Hospital de Curicó como interventor para apoyar la gestión del Director del Hospital de Curepto, quien con menos de dos años en el cargo reconoció la lentitud de los procesos y que por ello podrían pedirle la renuncia, lo que en definitiva no ocurrió, pues simplemente se optó por brindarle apoyo.

En relación con su gestión en el Servicio de Salud Maule⁷⁰, comentó que este último es muy complejo y con una fuerte demanda de trabajo. Indicó que, además, durante gran parte de febrero de 2008 subrogó a la Secretaria Regional Ministerial de Salud del Maule, y debió enfrentar problemas tales como el brote del vibrión parahemolítico, la clausura del mercado de Pelluhue y la sequía. Señaló que el Servicio ha tenido múltiples problemas, por lo que ha sido necesario implementar una serie de medidas, tales como la instalación de una fuerza clínica y de un observatorio ciudadano, entre otras. Indicó, a vía ejemplar, que en el Hospital de Talca, que integra la red dependiente de dicho Servicio, han ocurrido situaciones lamentables, como cambios de niños al nacer, muerte de lactantes e infecciones intrahospitalarias graves, a lo que se suma el hecho de ser uno de los hospitales más endeudados del país, motivo por el cual se le asignó un aporte extraordinario de \$ 1.400.000.000.

Sostuvo que, en su calidad de Director del Servicio, decidió llamar a concurso para proveer todos los cargos directivos; se abocó a acelerar la tramitación de 168 procesos sumariales e investigaciones que se encontraban pendientes hace diez años, para lo cual decidió crear una fiscalía administrativa; dispuso que se efectuara una auditoría, a fin de analizar el funcionamiento del Servicio en las áreas financiera y de recursos humanos, a la vez que recorrió los hospitales y procuró acercarse a los funcionarios y potenciar su liderazgo. Expresó, asimismo, por otro lado, su preocupación por la escasa capacidad de gestión y conocimiento que tienen los directores de hospitales de mediana y baja complejidad, que son responsables de conducir este tipo de organizaciones en comunas urbanas y rurales.

Entre las tareas que realizó y que, a su juicio, deberían ser abordadas en la gestión de los servicios de salud, mencionó las siguientes: el reemplazo de algunos directores de hospitales, ya sea por deficiencia en la gestión o por término de destinación; la dirección del proceso de reorganización de la red de urgencia regional, que estaba pendiente desde hace mucho tiempo y fundamentalmente centralizada en Talca, con una serie de descoordinaciones; la creación de un centro regional de banco de sangre; la implementación de una red de cardiología en Linares para toda la región; la obtención de aportes por el Gobierno Regional, del orden de mil millones de pesos, para abordar las listas de espera, entre otras tareas.

Hizo hincapié en la necesidad descentralizar y profundizar la gestión de los servicios públicos de salud. Por otra parte, manifestó su tranquilidad en lo que respecta al Hospital de Curepto, por cuanto si bien la decisión final de inaugurarlo careció de un proceso de coordinación adecuado en lo tocante a establecer las reales posibilidades de brindar un atención al

⁷⁰ Se trata de uno de los Servicios de Salud más extensos, con trece hospitales, cerca de un millón de habitantes y más de doscientos establecimientos de atención primaria, que dependen de los municipios de treinta comunas.

ciento por ciento, hoy está funcionando, como consecuencia de la gestión que realizó para tales efectos.

Aseguró la veracidad de lo expresado por el Director y Subdirector del Hospital de Curepto. Preciso que es efectivo que los pacientes que estuvieron presentes durante la inauguración estaban enfermos y que se había preocupado de que asistieran al acto por su propia voluntad y no fueran obligados. De igual modo, concordó con lo expresado por el ex Intendente de la Región del Maule respecto del rol de la Avanzada Presidencial y puntualizó que, fundamentalmente, sólo tuvo dos contactos con esta última, la que primeramente concurrió directamente al hospital, pero posteriormente, asistió a una reunión en la Intendencia, con la presencia del Intendente subrogante, señor Suazo, en la cual se acordó que la inauguración del Hospital formaría parte del programa de la visita de la Presidenta de la República. Planteó que en esa oportunidad, junto al Intendente subrogante, hicieron presentes que habían planeado que dicho acto se realizara conjuntamente con el del CDT de Talca, a fines de marzo, pero finalmente accedieron a efectuar antes la inauguración, en atención a que se les indicó que sería difícil que la Presidenta de la República pudiera volver a visitar la zona en tan poco tiempo. Indicó que durante la reunión se señaló que el Hospital no estaba listo para ser inaugurado y que si bien existe un correo electrónico en el que él sostuvo que el establecimiento estaba en condiciones para que tal acto se realizara, ello era efectivo de acuerdo con lo que se había solicitado y lo acordado con la Avanzada Presidencial, esto es, que estuviera funcionando el servicio de urgencia, que fue habilitado dos días antes, y el área de hospitalización. Preciso que también se encontraba en funcionamiento gran parte de sus áreas, como la atención primaria, las vacunas y la atención infantil. Recordó, además, que se les había informado que la Presidenta de la República iba a pasar rápidamente por el Hospital. Preciso que, a través del correo electrónico, se refirió a los elementos que eran necesarios para la inauguración y adjuntó tres documentos relacionados con el equipamiento, en los que se detallaba lo que estaba recepcionado, lo que estaba comprometido a recepcionar el 26 de febrero y lo que se encontraba pendiente, en el marco del proceso de adquisición y de contratos celebrados con los proveedores.

Puntualizó que durante la reunión con la Avanzada Presidencial se acordó en conjunto el programa de la inauguración, sobre la base de una predefinición efectuada por aquella, ya que la coordinación de las visitas es de su responsabilidad. Indicó que Alan Mrugalski le consultó reiteradamente si la inauguración iba a ser parcial o total, a lo cual él respondió que se procedería de acuerdo con lo que había solicitado la Avanzada, pero que luego seguiría el proceso de puesta en marcha del Hospital, que comenzaría a funcionar parcialmente.

Admitió que, una vez que hizo presente que el Hospital no estaba en condiciones de ser inaugurado, la Avanzada Presidencial le habría señalado que la Presidenta no inaugura edificios y que, por lo tanto, correspondía inaugurar un hospital con pacientes hospitalizados, ordenándole que adoptara las medidas para ello. Reconoció que compartió en ese momento el parecer de la Avanzada, ya que no era conveniente que la Presidenta inaugurase simplemente un edificio y muebles y se requería que hubiese pacientes que estaban realmente enfermos y camas, a fin de demostrar que los equipos del establecimiento funcionaban. Afirmó que sintió que formaba parte de un equipo, en el que la Avanzada cumplió adecuadamente su rol al ordenar la organización de la inauguración. Señaló que hizo todo lo posible para el éxito de este acto y para iniciar el funcionamiento del Hospital, lo cual tuvo complicaciones porque había que esperar los procesos de compras. Planteó que si bien debió ser mucho más inflexible y haberse opuesto a que se inaugurara, ello habría supuesto tener que presentar su

renuncia, lo que no tenía sentido pues la comunidad esperaba la apertura del Hospital y existía el compromiso de llevar a cabo la inauguración.

Aseveró que la decisión de llevar pacientes al Hospital durante la inauguración fue tomada por el equipo en su conjunto, en el entendido que era más conveniente demostrar que estaba funcionando. Preciso que estos pacientes estaban en hospitalización domiciliaria, una experiencia muy buena del Hospital de Curepto, por lo que se preocupó de pedirle al Director que el paciente, que sufre de úlcera varicosa, fuera a hospitalizarse con consentimiento informado.

Dio a conocer que la conversación que sostuvo con la Jefa del equipo de Avanzada Presidencial, doña María Eugenia Paris, se centró en la obtención de antecedentes respecto de Curepto, ya que necesitaba información sobre su historia, los programas que se estaban desarrollando en el Hospital, así como también saber si todavía existía preocupación en la comunidad por el atraso que había tenido la construcción del establecimiento y los conflictos potenciales que podían surgir durante la inauguración, a fin de ponerlos en conocimiento de la Presidenta de la República. Indicó que en esa oportunidad le proporcionó antecedentes sobre los problemas de salud que enfrentan los habitantes de la comuna, así como también respecto del excelente proyecto de atención domiciliaria que se encuentra en marcha. Sostuvo que no le informó que la inauguración era apresurada ni que se contaba con un equipo insuficiente, toda vez que había un acuerdo que él compartía sobre el particular. Hizo hincapié en que la inauguración inicia un proceso de puesta en marcha, que de por sí es extenso en todos los hospitales.

Aclaró que las doce camas que se consiguieron con proveedores no fueron devueltas porque, según los plazos fijados, éstas debían llegar a fines de marzo. Preciso que las camas se movieron porque hubo goteras que cayeron en una sala, pero se mantuvieron en todo momento en el Hospital, pese a las declaraciones del Alcalde, quien sostuvo lo contrario. Agregó que, incluso, había tomado la decisión de comprar las camas que se habían conseguido, en caso de que no llegasen las nuevas. No obstante, fueron reemplazadas una vez que estas últimas, cuyo costo es dos veces superior a las conseguidas, fueron recibidas.

Aclaró que por esos días debió asumir como Secretario Regional Ministerial de Salud sustituto, por lo que la titular no tuvo ningún rol activo en la materia.

En relación con la supuesta presión que había recibido para llevar a cabo la inauguración, aseguró que la única presión que sintió fue la de responder, con lealtad, frente a la oportunidad de recibir a la Presidenta de la República. Comentó que un equipo de recursos físicos consiguió con los proveedores las camas que faltaban para el día de la inauguración, ya que, de acuerdo con el programa, se supone que llegarían a fines de febrero, lo que sucedió, en definitiva, durante la segunda semana de abril. Puntualizó que un hospital no se inaugura de un día para otro, ya que debe procederse luego a la puesta en marcha. En relación con la carencia de directores con capacidad para gestionar, hizo notar que el Director del Hospital le habría manifestado que la cocina no estaba funcionando debido a la falta de utensilios de cocina, pese a que tenía los elementos para efectuar las compras.

En relación con una consulta sobre la participación del Alcalde de Curepto en una conferencia de prensa radial sobre la situación del Hospital, aclaró que en ella sólo intervino él y simplemente se limitó a declarar que dicho establecimiento estaba preparándose y que iba a ser inaugurado.

Proyecto de reposición del Hospital Gustavo Fricke (Viña del Mar)⁷¹.

Exposición del Intendente de la V Región, señor Iván de la Maza.

Señaló que durante muchos años se habló de mejorar la salud hospitalaria y la infraestructura del Hospital Dr. Gustavo Fricke, para lo cual se realizaron convenios de programación que nunca se cumplieron y se dieron noticias vagas respecto de la decisión formal de crear un nuevo hospital y de avanzar en el proceso de tratamiento de las personas, a través de mecanismos de ampliación y del mejoramiento de su tecnología.

Dio a conocer que, en un principio, solicitó a las autoridades que durante su gestión se definiese la construcción de un Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), dado que si bien se había acordado asignar \$ 22.000.000.000 (veintidós mil millones de pesos) para esos efectos, no se habían invertido y no se contaba con el respectivo estudio preinversional. Indicó que el Gobierno le comunicó que, en lugar de la implementación del CDT, se iniciaría un proceso de normalización íntegro del hospital, que suponía en ese momento, en que no existían estudios preinversionales, una inversión de alrededor de \$ 50.000.000 (cincuenta millones de pesos).

Hizo presente que manifestó su preocupación respecto de los procesos técnicos que el Servicio de Salud debía ejecutar para que los programas y proyectos se resolvieran a la brevedad, y se cumplieren los compromisos iniciales, es decir, los plazos del proceso de construcción y los montos involucrados. En definitiva, se confirmó la inversión para realizar una nueva construcción en la región, de aproximadamente \$ 100.000.000.000 (diez mil millones de pesos), gracias a la cual se conseguiría mejorar la red hospitalaria que tenía problemas de déficit.

Informó que el estudio preinversional se comenzó a elaborar en 2007 y culminó recientemente, lo que permitió anunciar el inicio de la construcción del nuevo Hospital Dr. Gustavo Fricke, que involucra el proceso consistente en definir parámetros, ámbitos arquitectónicos e ingeniería necesarios para que la obra se desarrolle.

Manifestó que si bien estaba consciente de que la magnitud de esta iniciativa no permitirá que se concrete en un plazo breve y que, por tanto, el nuevo Hospital no podrá ser inaugurado durante el actual período presidencial, se había comprometido a estar presente en la colocación de la primera piedra, para lo cual previamente es necesario contar con el estudio preinversional, analizar el lugar en que el hospital se construirá y comenzar con la elaboración del estudio de arquitectura e ingeniería.

En cuanto al lugar de emplazamiento del hospital, señaló que se tuvo en consideración dos posibilidades: construirlo sobre el terreno que actualmente ocupa, o buscar otro. La elección de la primera alternativa supondría una demora en el proceso constructivo y una molestia para los usuarios, debido a que los trabajos se ejecutarían en una calle muy concurrida y con bastante congestión, por lo que se aprecia más viable la segunda opción, para lo cual se eligió un sitio de cinco hectáreas que se encuentra en el Camino del Alto, en Viña del Mar, de propiedad del Ministerio de Bienes Nacionales, que había sido entregado a la Dirección de Vialidad, y en otras cinco hectáreas, que había que comprar a privados. Planteó que, no obstante, el terreno presentaba problemas con los títulos y hubo dificultades en la negociación con los dueños, por lo que se llamó a una licitación pública y surgió una oferta de un sitio que reunía la extensión que se requería, pero cuyo valor era tremendamente oneroso. Recordó, asimismo, que realizó una gestión con el Almirante Codina, para acceder a terrenos

⁷¹ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 99, de 12 de junio de 2008.

del sector Achupallas-Santa Julia, donde se está construyendo una carretera de alta tecnología, que permitiría un acceso muy fluido, pero que pese a los buenos resultados de dicha gestión, se llegó a la conclusión de que la comunidad y las autoridades de la zona querían que el hospital se construyera en el mismo lugar donde estaba, por lo que se adoptó la decisión en tal sentido y se elaboró un cronograma para esos efectos.

Comentó que la Ministra de Salud ratificó recientemente que se iniciaría el proceso de demolición del edificio que ocupa la Dirección de Salud Viña del Mar-Quillota, para lo cual se llamó a licitación, a fin de arrendar inmuebles para instalar todas esas dependencias, en un proceso que culminaría el 13 de junio de 2008 y que cuesta alrededor de \$ 7.000.000.000 (siete mil millones de pesos). Indicó que una vez efectuada la demolición, se comenzará a construir parte de lo nuevo. En 2008 se procederá a licitar el proyecto de arquitectura y de ingeniería para determinar exactamente las obras que se ejecutarán y su valor. Los recursos para la demolición e instalación del nuevo Servicio de Salud están en poder del Ministerio, y la Dirección de Presupuestos ha entregado un monto equivalente a \$ 1.780.000.000 (mil setecientos ochenta millones de pesos) para ese efecto; el Servicio de Salud ha dispuesto del resto.

Comentó que, una vez terminado el estudio dentro del primer semestre de 2009, se convocará inmediatamente a licitación y, posiblemente en octubre, se iniciarán las obras dentro de un proceso de normalidad. No se han asignado recursos en los convenios de programación de la construcción del hospital, pues los que existían no han operado adecuadamente.

Reconoció que hay una sobrecarga en los hospitales, que los usuarios coinciden en que la atención es deficiente y que hay una crisis hospitalaria, que queda de manifiesto al considerar la cantidad de personas que se encuentran en lista de espera en los hospitales, no obstante lo cual en la V Región se han realizado esfuerzos importantes para mejorar la gestión, que no han permitido solucionar todos los problemas. Indicó que, por ello, se ha pensado ampliar el Hospital Dr. Gustavo Fricke, el de Quilpué y el de Quillota, a la vez que mejorar toda la red hospitalaria.

Enfatizó que la Ministra de Salud confirmó explícitamente, en el mes de junio de 2008, que en la Ley de Presupuestos está contemplada la asignación de \$ 30.000.000.000 (treinta mil millones de pesos) para la primera etapa del proyecto de reposición del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Exposición de la Directora del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, doña Dafne Secul.

Se refirió primeramente al modelo de red. Explicó que dicho Servicio abarca 18 comunas de la Quinta Región, con una población que bordea el millón de habitantes. Precisó que cuenta con un hospital de alta complejidad, que es el Hospital Dr. Gustavo Fricke, dos hospitales tipo 2, a los que se agregan los de Quillota y Quilpué, entre otros.

Entre los problemas que se deben abordar mencionó el acceso inequitativo e insuficiente a la atención de salud, el desarrollo inorgánico de la red, las carencias estructurales, la respuesta alejada de las concentraciones poblacionales y la sobre demanda en el período estival. Se han definido las siguientes áreas hospitalarias: a) Área costera, que comprende desde Papudo a Viña del Mar, la cual en 2007 tenía una población de 388.000 personas y proyectada a diez años llegaría a 422.000; b) Área Marga-Marga, que corresponde a las comunas que van a conformar esa nueva provincia; en 2007, su población era de 315.000 personas y se estima que en diez años más estará compuesta por 381.000, por lo que representa una de las zonas con mayor crecimiento poblacional proyectado en el país; c) Área formada por las demás

comunas de la región, que en 2007, tenía una población de 259.000 personas y, según el crecimiento proyectado a diez años, estará compuesta por 282.000 personas.

Manifestó la necesidad de desarrollar tres hospitales de alta complejidad para el área costera. Indicó que el Hospital Dr. Gustavo Fricke conforma la macrorred nacional de trasplante cardíaco, ya que es el único centro público del país que efectúa este tipo de intervenciones, a la vez que constituye la macrorred suprarregional de cirugía cardíaca; de paciente crítico pediátrico para el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y el Servicio de Salud Aconcagua; de paciente crítico adulto para el área costera; de paciente crítico neonatal para el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y el Servicio de Salud Aconcagua, y de especialidades para el área costera.

La producción de 2006, a partir de la cual se retomó el estudio preinversional para el Hospital Dr. Gustavo Fricke, da cuenta de la cantidad de consultas médicas de especialidad, de intervenciones quirúrgicas y de egresos hospitalarios por cada 10.000 beneficiarios, la cual es inferior a la de los Servicios de Salud Valparaíso-San Antonio y Aconcagua.

Informó, en el tema relativo a la normalización del Hospital Dr. Gustavo Fricke, que se inició con su estudio preinversional -diagnóstico-, el establecimiento de la brecha actual, la formulación de una propuesta de solución y el señalamiento de las alternativas a seleccionar. Comentó que entre los años 2000 y 2005 se advirtió sobre la necesidad de normalizar completamente el hospital, de modo que en agosto de 2007, se reestructuró el equipo de trabajo para llevar a cabo la tarea, obteniéndose los siguientes logros:

- El 1 de agosto de 2007 se reorganizó la Unidad de Estudios Preinversionales.
- El 6 de enero de 2008 se congeló el Programa Médico Arquitectónico, referido a todos los recintos que debe tener el hospital.
- El 5 de marzo de 2008 se comenzó a trabajar en el anteproyecto de arquitectura.
- El 27 de mayo de 2008 se sancionó al partido general.

Señaló que el hospital crece de 26.000 metros cuadrados a 71.500, lo que implica un aumento del 174% de superficie. Indicó que para analizar las alternativas de emplazamiento se utilizaron indicadores de factibilidad técnica, los costos usuarios internos y externos, y la participación ciudadana. Agregó que se desarrollaron ocho partidos generales, los cuales se compararon por funcionalidad, forma, ejecución y vulnerabilidad, seleccionándose el partido general 5. Informó que para ello, se requiere, en forma previa, desocupar y demoler la Dirección del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, donde se trasladarán las dependencias, que ocupan prácticamente el 50% del terreno disponible, y se comenzará a construir la primera etapa, de modo que una vez concluida esta última, se demolerán el edificio clásico y el quirúrgico, dándose inicio a la construcción de la segunda etapa. La primera etapa se completará en 2012, mientras que la segunda se iniciará en 2012 y terminará en 2014. Indicó que los montos asociados a la ejecución del proyecto completo ascienden a 101.692.849 millones de pesos.

Breve resumen de la exposición del Presidente de la Asociación de Funcionarios Médicos, Odontólogos y Químico Farmacéuticos del Hospital Dr. Gustavo Fricke, don Hugo Reyes.

Manifestó sus dudas respecto de la materialización del proyecto de reposición del Hospital, toda vez que en el año 2002 se ilusionó al personal del establecimiento con la construcción del CDT, que no se concretó, pese a que habían recursos asignados para ello. Por ello, advirtió que los sindicatos del hospital están atentos a la llegada de la partida presupuestaria, a fin de que el nuevo Hospital pueda construirse efectivamente.

En relación con el equipamiento disponible actualmente, comentó que de un total de 525 equipos, sólo el 3,4% tiene vida útil residual, mientras que el 96,6% tiene una vida útil sobrepasada, lo cual conduce a preguntarse por la garantía de calidad que el hospital puede ofrecer y si está en condiciones de ser acreditado y obtener la calidad de autogestionado. Sostuvo que el déficit o brecha en recursos humanos está entre el 30 y el 35%, y alcanzaría el 45 por ciento si se ajustara a los parámetros de la OMS.

En lo referente a la relación entre el número de camas y la población, aseguró que en el Hospital Dr. Gustavo Fricke hay menos de la mitad de las camas de que dispone el Hospital Van Buren.

Informó que en el consultorio de especialidades se atiende a 21.581 pacientes y que hay 8.098 personas en la lista de espera quirúrgica. A ello se agrega una lista de espera oculta, conformada por aquellos pacientes que, en atención a la patología que sufren o la situación en que se encuentran, no siquiera ingresan a la lista de espera formal, como es el caso de un paciente con una lesión del túnel carpiano, que tenga 40 años y una vida útil absoluta.

Afirmó que la brecha de recursos humanos y de equipamiento impide garantizar la oportunidad, el acceso y la calidad de la salud.

Breve resumen de la exposición del Presidente de la Fenats del Hospital Dr. Gustavo Fricke, don Jorge Araya.

Sostuvo que en Viña del Mar debió haberse construido un Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT), tal como lo recomendaban los estudios efectuados en su momento, dada la cantidad de población que no tiene posibilidades de recibir atención médica. Indicó que se ha argumentado que no se justificaba construir dicho Centro, desde el punto de vista epidemiológico, planteamiento que no es compartido por la población. Planteó que la verdadera razón se vincula a la corta permanencia de los directores del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en sus cargos, ya que duran en promedio un año. Se deberá esperar doce años para contar con un nuevo hospital y que la instalación de centros de familia que se ha ofrecido no tiene la capacidad resolutoria de un CDT en la región. Se refirió a la crisis en materia de recursos humanos y al compromiso contraído por la Ministra de Salud en orden a que en 2006, habría 2.000 personas más en la planta de funcionarios del país.

Manifestó que en Hospital Dr. Gustavo Fricke hay problemas de gestión, falta de recursos humanos y poca confianza por parte del Ministerio de Salud para entregar más cargos al establecimiento.

Breve resumen de la exposición de la Presidenta de la Asociación de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud, del Hospital Dr. Gustavo Fricke, doña Rosa Leyton.

Únicamente el Hospital Dr. Gustavo Fricke otorga atención terciaria y que el presupuesto asignado a este establecimiento es de \$ 27.278.000.000 veintisiete mil doscientos setenta y ocho millones de pesos), mientras que la deuda hospitalaria al 30 de mayo de 2008 es de \$ 1.396.000.000 (mil trescientos noventa y seis millones de pesos). Preciso que la población asignada a este establecimiento está conformada por 994.152 personas, donde se destaca el incremento de adultos mayores, y que cuenta con 451 camas.

Proyecto de reposición del Hospital del Salvador (Santiago)⁷².

El Subsecretario de Redes Asistenciales, don Ricardo Fábrega, aclaró que dentro de los proyectos del Ministerio de Salud se encuentra el de reposición del Hospital del Salvador, el

⁷² El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 114, de 18 de agosto de 2008.

cual no ha adquirido el relieve que le corresponde, porque se encuentra en la fase inicial de desarrollo, a diferencia de otros que están en etapa de obra, que tiene mucho más relevancia tanto desde el punto de vista de la ejecución presupuestaria como de la credibilidad de la población.

El resumen de los recintos médicos relevantes que dan origen al proyecto arquitectónico del Hospital del Salvador, a partir de los estudios de demanda efectuados en parte de la población beneficiaria, considera los box médicos, los box de otros profesionales, las salas de procedimientos, los box dentales, los pabellones centrales de los módulos 1 y 2, el pabellón de angiografía y 528 camas, en sus distintas complejidades, desde las de diferenciadas médico-quirúrgicas, de pensionado hasta las de paciente crítico y de psiquiatría, que tienen características especiales.

El actual establecimiento del Instituto Nacional de Geriátría es antiguo, por lo que el proyecto contempla 100 camas (de unidades indiferenciadas) y nuevos patrones respecto del número de estas últimas por habitación, en tanto se pretende que las salas cuenten con tres camas y un baño, lo que implica un aumento en los metros cuadrados de construcción y constituye un avance que, en todo caso, aún no permite alcanzar el estándar de países como Inglaterra, que cuenta con habitaciones con una o dos camas.

Admitió que el proyecto considera la modificación del estándar del recurso humano que se va a necesitar. Hizo presente que si bien la normativa vigente establece que debe haber dos estacionamientos comunes por cama, se agrega el 15% adicional por visitas, lo que totaliza 1.482 estacionamientos (por las exigencias del plano regulador comunal).

En lo referido a la selección de la ubicación del proyecto, comentó que la alternativa de emplazamiento dentro del actual terreno, elegida por los arquitectos, mantiene algunas dependencias y elimina otras, por lo que quedará un terreno disponible, cuyo destino aún se desconoce. Esa opción es la más limpia en términos de la capacidad de ejecutar el proyecto, de su desarrollo y de la fase de transición que implica, ya que para construir se deben realizar obras complementarias en la misma zona en que funciona el establecimiento. Asimismo, dio a conocer que esta alternativa es la de menor costo en relación con los traslados y permite edificar en una sola etapa, lo cual acorta los plazos y facilita la puesta en marcha, sobre todo respecto del funcionamiento de las áreas clínicas, lo que no impacta el desarrollo hospitalario futuro.

Explicó las restricciones, tanto de costos del proyecto como de la altura de edificación. Hubo negociaciones con el municipio, porque se proyectaba construir una nueva calle para la descarga del tránsito en dirección oriente-occidente al interior de la comuna de Providencia.

En relación con los estándares de calidad del proyecto, se refirió a los siguientes: hospital amigo; amplias áreas de circulación para pacientes, familiares y funcionarios; salas de hospitalización amplias con el menor número de camas posibles; mantención de las áreas verdes y del parque interior del Hospital del Salvador, y conservación del monumento histórico nacional; incorporación de luz natural en los edificios; altos y recientes estándares de tecnología; edificios antisísmicos, con climatización completa y uso eficiente de la energía, y redes eléctricas respaldadas.

Se repondrá completamente el complejo hospitalario, que es uno de los más grandes de Chile, y que sólo se contempla mantener el monumento histórico nacional, en cuyo segundo piso hay oficinas administrativas, una capilla y un convento.

Los costos totales de desarrollo del proyecto, calculados con un dólar a \$ 511, al 6 de agosto de 2008, ascienden a US\$ 287.261.290, en el que se incluyen las obras complementarias.

El Instituto Nacional del Tórax y el Instituto Nacional de Neurocirugía no serán remodelados en virtud de este proyecto, ya que son objeto de otros de menor envergadura y han funcionado bien. Algunas dependencias del Hospital del Salvador datan del período comprendido entre 1870 y 1903, a diferencia de los edificios sólidos de los referidos institutos, construidos en la década del 50.

Se han concluido los estudios de preinversión y en cuanto al plano regulador, se encuentran pendientes algunos aspectos relacionados con los estacionamientos. Se debe efectuar el llamado a licitación del proyecto, el plan maestro y los proyectos de traslados, que ya están listos; el desarrollo del proyecto de arquitectura y especialidades, que comenzará el próximo año, junto con los traslados provisorios y demoliciones, entre los años 2009 y 2010. Puntualizó que la licitación de la obra de construcción y reposición del Hospital del Salvador-Instituto Nacional de Geriátrica debe efectuarse durante 2010.

Consultado sobre la razón por la cual se adoptó la decisión política de invertir una enorme cantidad de recursos para reponer un hospital completo en el área central de Santiago, en circunstancias de que la Región Metropolitana, según sus planos reguladores e intercomunales, se está expandiendo fuertemente hacia el sector norte de dicha ciudad, señaló que la combinación de beneficiarios público-privado no será alterada sustantivamente en el futuro y que la cantidad de beneficiarios públicos se mantendrá, pero más envejecido. Indicó que muchos de ellos viven en el centro de Santiago, en Providencia o en Ñuñoa, de modo que concurren a atenderse al Hospital del Salvador, establecimiento alrededor del cual se ha desarrollado toda una cultura, puesto que cuenta con un cuerpo médico cuyo conocimiento está vinculado a la facultad oriente de la Universidad de Chile, que es considerada una escuela de gran prestigio en el país y que merece contar con las mejores condiciones para seguir aportando a la salud pública.

Contestando una pregunta acerca de si se evaluó en el desarrollo de este megaproyecto la posibilidad de prescindir de parte de la infraestructura pública que permita al Estado comprar servicios en el sector privado, dio a conocer que esto último se presenta en la realidad y que los usuarios del sector público afiliados a Fonasa, se atienden con bonos en el sector privado.

Consultado sobre las razones por las cuales no se optó por el modelo de las concesiones para reponer el Hospital del Salvador, manifestó que se optó por otorgar las concesiones en Maipú y La Florida, dado que son proyectos más pequeños y acotados, y se carecía de experiencia en la materia. Justificó esta decisión en el sentido de que ha sido extraordinariamente complejo llevar a cabo dichos proyectos. Explicó que la concesión es una fuente más de financiamiento, que seguirá utilizándose en proyectos no tan grandes como el del Hospital del Salvador.

Funcionamiento del sistema informático implementado en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente⁷³.

Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Ricardo Fábrega. Destacó la relevancia de los sistemas de información como uno de los soportes claves para consolidar el proceso de reforma de la salud, por lo que resulta imperioso que la gestión en esta materia sea acorde a las

⁷³ El detalle in extenso de la intervención consta en el acta de la sesión de la Comisión de Salud N° 113, de 12 de agosto de 2008.

nuevas tecnologías. Para estos efectos, se ha elaborado un plan nacional de desarrollo del sistema de información de las redes asistenciales, una de cuyas aplicaciones ha sido llevada a cabo por el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, la cual destaca por su integralidad.

Dada la heterogeneidad de los sistemas en 2006, era necesario efectuar una apuesta macro consistente en un sistema integrado completo y el Director del Servicio de Salud Metropolitano Occidente manifestó estar dispuesto a implementarlo, con una serie de condiciones relativas al presupuesto y financiamiento. En razón de los fracasos de los sistemas integrados en red en otros países, se procedió con cautela al tomar conocimiento de la existencia de sistemas que funcionaban adecuadamente, como el implementado en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, que en la medida en que sea exitoso, podría ser aplicado en Chile, en 2010, de acuerdo con el presupuesto de que se disponga.

Jefe del Departamento de Agenda Digital en Salud del Ministerio de Salud, don Rodrigo Caravantes. El plan de iniciativa de Tecnologías de Información (TI), está asociado a los seis elementos considerados como estrategias globales del proceso de reforma, entre los que destacó el fortalecimiento de la atención primaria.

Hay tres pilares que sustentan la estrategia y son esenciales para entender los tiempos que se requieren para construir cualquier modelo de sistema, a saber, la definición de una arquitectura para el sector; un modelo de apropiación social y gestión de cambio para el uso de tecnologías, que no es sólo capacitación, y la priorización de iniciativas con una visión integrada, a partir de mediados de 2006.

En general, la experiencia internacional demuestra que, en el evento de que los proyectos fracasen o se demoren más de lo que se tenía planificado inicialmente, el 30% del costo global de la iniciativa tecnológica, en particular la incorporación de sistemas de información, está asociado a esos componentes.

Para implementar sistemas de información se requiere: a) Red de telecomunicaciones completa, con anchos de banda que puedan transmitir los datos, la voz y las imágenes asociadas; b) Plataforma de integración, que consiste en una gran pieza de software que permite a los sistemas interactuar y posibilita la interoperabilidad de las aplicaciones, que ya está en funcionamiento; c) Renovación del parque computacional. Se estimó que hacia fines de 2006, el 70% estará obsoleto, pues los computadores tienen, a lo menos, cuatro o más años de uso.

En cuanto al modelo de referencia asociado al motor de integración, explicó que la posibilidad de que los sistemas que actualmente existen en establecimientos hospitalarios, en centros de atención primaria, en el Ministerio de Salud y en Fonasa, se conecten entre sí depende de que haya interfases o integración entre ellos. Una modalidad para ello consiste en efectuar interfases entre dos establecimientos, lo que tiene un costo altísimo; por ello, se construyó la plataforma de integración, motor que permite que la información pase a través de los servicios para lograr la integración de los sistemas a lo largo del país. Gracias a ello, los establecimientos que estén unidos y conectados a la referida plataforma de integración, podrán intercambiar información entre sí, a partir de la construcción unívoca de los datos ingresados y de la reproducción del lenguaje del sistema, que es reconocido y transmitido por la plataforma de modo que el otro sistema pueda recibirlo.

En el ámbito de la red asistencial, se ha implementado el sistema de calidad de hospitales (Sicars), que permite monitorear los procesos asociados a infecciones intrahospitalarias, de alto costo para el sector. Igualmente, se ha iniciado la instalación de un modelo de visita virtual, que próximamente será inaugurado, el cual permitirá que las personas de sectores rura-

les, cuyos parientes estén internados en los servicios hospitalarios y que no pueden concurrir a la visita por condiciones económicas, climáticas o territoriales, puedan hacerlo bajo un sistema de video conferencia, a través de la red de los centros comunitarios que actualmente existen.

Director del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, don Enrique Ayarza.

Explicó que el territorio en que se ha implementado el proyecto de sistema de información hospitalaria abarca toda la zona poniente de Santiago, es decir, el Instituto Traumatológico, el Hospital San Juan de Dios, el Hospital Félix Bulnes, el Centro de Referencia Sanitaria Salvador Allende, el Hospital de Peñaflor, el Hospital de Talagante, el Hospital San José de Melipilla, el Hospital de Curacaví, y el servicio de urgencia de este último.

Para implementar el proyecto orientado a la informatización de la red del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, hubo que llevar a cabo las siguientes iniciativas previas habilitantes: 1) Desarrollo de carretera digital, que comprende la banda ancha y la interconectividad entre todos los hospitales y consultorios de atención primaria, siendo el primer Servicio de Salud del país donde fue instalada; 2) Exitosa implementación del Sigges, del Sistema de Integración de Recursos Humanos (Sirh) y del Sistema de Gestión Financiera del Estado, con Hacienda (Sigfe); 3) Desarrollo de hardware y renovación de equipo básico (350 nuevos computadores en la atención primaria y 500, en los hospitales), como primera etapa, lo cual posibilita el funcionamiento de la ficha clínica electrónica; 4) Participación en el motor de integración, junto con el piloto de los Servicios de Salud Atacama y Aconcagua; 5) Incorporación de la ficha clínica electrónica. (cuatro comunas iniciaron el proyecto “consultorio sin papeles”: Cerro Navia tres años con registro clínico electrónico-, Pudahuel, Lo Prado y Melipilla). Consiste en el registro electrónico, a vía ejemplar, de la citación, la incorporación, el agendamiento, la receta, los fármacos, el problema de salud del paciente, el diagnóstico y el tratamiento prescrito. El registro de la derivación a una interconsulta al hospital forma parte de la integración.

Adicionalmente, se dispuso llamar a licitación centralizadamente para instalar esta tecnología de registro clínico electrónico en la atención primaria en otras diez comunas que tienen más brechas y forman parte de la red de este Servicio, la cual se pagará en forma descentralizada, en cada comuna. Actualmente, de las 15 comunas, 14 cuentan con el sistema y el 79% ha incorporado toda la parte clínica, mientras que el 15% sólo la parte administrativa, la agenda y los fármacos, de modo que podrían disponer del registro clínico electrónico completo a fines de 2008.

La informatización del sistema de laboratorios. A fines de 2006 e inicios de 2007, se llamó a licitación para la instalación de equipos nuevos y de un sistema de información de laboratorio. La red de laboratorios del Servicio de Salud está informatizada, de modo que los resultados de los exámenes se entregan a través de la página web, en menos tiempo, con prácticas de bioquímica estandarizadas.

Para integrar la atención primaria, se optó por la incorporación en el piloto de motor de integración, pero faltan los hospitales y el CRS de Pudahuel, que requieren ficha clínica electrónica que pueda integrarse con la atención primaria, con la idea de que ésta pueda ser única en toda la red.

El tema comenzó a ser estudiado en mayo de 2006 y se dio a conocer a todos los proveedores que había en la industria unas bases de borrador, para que hubiese transparencia y pudiesen participar en la licitación. Se priorizó la disminución de las barreras de entrada, con

competencia y transparencia, a fin de obtener un mejor producto a un mejor precio. Las bases de licitación fueron elaboradas con el Ministerio de Salud, de acuerdo con el borrador y lo planteado por las industrias, y aprobadas en treinta y cinco días por la Contraloría General de la República, de modo que en noviembre de 2007 fueron publicadas en ChileCompra. Se licitó un sistema world class, esto es, apto para funcionar en otras partes del mundo y probado. Cinco empresas internacionales presentaron propuestas y la adjudicación se produjo en marzo o abril de 2008, de modo que el contrato cumplió el trámite de toma de razón por Contraloría en junio.

En el marco del proceso, hubo una evaluación del usuario final y de médicos, enfermeras, administrativos y químicos farmacéuticos que probaron el sistema en cada una de las empresas que participaron en la licitación, a las que se les asignaron puntajes. La licitación fue adjudicada, en definitiva, a la empresa internacional InterSystems, que tiene el software TrakCare, desarrollado en Australia, que funciona en 25 países, en 300 hospitales grandes y cuya fortaleza radica en la integración de sistemas. Sobre esa base se construye el sistema de ficha clínica electrónica, que tiene todas las funcionalidades vinculadas a la atención del paciente e integra laboratorios y los sistemas de infección intrahospitalaria, a través de la plataforma que permite acceder a los registros clínicos electrónicos de la atención primaria.

El sistema adjudicado contempla el pago de arriendo del software por cinco años, extensible por dos años más, si resulta exitoso, con interfase con los sistemas actuales, de modo que puede integrarse e interactuar con ellos en forma progresiva y paulatina, a fin de capacitar al personal, a partir de las funcionalidades de transmisión y agenda en cada uno de los hospitales. El registro de datos por responsable directo es un sistema mediante el cual los médicos, las enfermeras o los técnicos serán los responsables del mismo, de manera que no habrá digitadores, porque cada usuario deberá ingresarlos. Se adjudicaron licencias de uso del sistema de información hospitalario de red Trakcare, versión 6.8, actualizaciones de esas versiones y servicios de data center externos, es decir, el almacenamiento de los datos en forma externa y la consultoría de implantación y gestión del cambio. Además, se contrataron servicios para el monitoreo, la mesa de ayuda y el soporte y mantenimiento del programa, lo que se integra con un sistema administrativo, a la vez que se han efectuado integraciones con el Sigges, el Sigfe, el SIRH, con el motor de integración del Ministerio de Salud, con la ficha clínica médica de traumatología del Instituto Traumatológico y con el sistema de atención primaria en salud, el de infección intrahospitalaria, el de información de laboratorios Omega 2000 y el de imagenología RIS-PACS, el cual permite la digitalización de las radiografías.

Actualmente, se está en la etapa denominada SOW, que corresponde a la definición del programa de trabajo y la revisión de todos los procesos y sus flujos, de admisión en servicios clínicos y mantenimiento, para posteriormente abocarse a la implementación de las primeras etapas de explotación, de modo que en diciembre de 2008 se encuentren operativas las primeras funcionalidades en los hospitales San Juan de Dios y Félix Bulnes.

Consultado sobre el impacto económico que espera lograr con la implementación de este sistema, expresó que habrá un importante porcentaje de ahorro en exámenes de laboratorio y en el manejo de stock de los medicamentos, ya que estará disponible la información sobre la prescripción de los mismos, con lo cual el sistema disminuirá los riesgos y errores en la práctica médica.

Consultado sobre la evolución del proyecto, explicó que éste considera un business intelligence, cuya primera medición se realizará entre octubre y noviembre de 2009.

V. INFORMES Y DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN A SOLICITUD DE ÉSTA.

1) Documentos que contienen un análisis de índices críticos de los hospitales que visitó la Comisión, e información de los respectivos Servicios de Salud a que pertenecen dichos centros de salud.

2) De Biblioteca del Congreso Nacional, en respuesta a un oficio solicitado por la Comisión para que evaluara la magnitud de las listas de espera por atención de especialidad, identificándose los déficit más críticos en cuanto a número de usuarios y en proyecciones de probabilidad de resolución, asumiendo igualdad de condiciones respecto del año anterior.⁷⁴

“Resumen Ejecutivo -

Listas de Espera por Atención Médica Especializada en el Sistema Nacional del Servicio de Salud

En lo que sigue se resume la evaluación y análisis de la información proporcionada por los servicios de salud a la Comisión Investigadora de “la crisis hospitalaria”, en respuesta al oficio 112-08 enviada por dicha Comisión a los 28 servicios del Sistema Nacional de Salud del país.

En este oficio se solicitó a los diferentes servicios que informen las listas de espera en los establecimientos hospitalarios que conforman la red asistencial, separando las correspondientes a la atención de patologías GES y no GES, y especificando los tiempos de espera en diferentes rangos (30, 60, 90 días y más).

El control del cumplimiento de las garantías de oportunidad de atención para patologías GES

Considerando la falta de respuesta y/o la parcialidad en los datos proporcionados por algunos servicios, con la información recibida por la comisión no fue posible determinar de manera confiable la magnitud de los incumplimientos de garantías a nivel país asociadas a cada problema de salud, ni identificar la oportunidad atención para las diferentes etapas garantizadas en dichas patologías.

Para el monitoreo y evaluación de los retrasos en el cumplimiento de estas garantías el Ministerio de Salud cuenta con un Sistema de Información de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (Sigges) administrado por Fonasa, que empieza a funcionar junto con el primer Régimen de Garantías Explícitas en Salud (Auge-GES). A este respecto se evidencia la necesidad de introducir mejoras sustantivas en los niveles de confiabilidad y validez de los reportes extraídos a partir de la base de datos del Sigges, por cuanto presenta problemas críticos en el registro, codificación y validación de las prestaciones efectivas.

Cabe recordar que Fonasa además desarrolla un sistema de fiscalización para determinar los atrasos efectivos respecto al total de atrasos registrados por el sistema. Hasta la fecha de este informe no fue posible obtener de Fonasa ni el reporte de atrasos por patologías y servicio, ni el correspondiente a las fiscalizaciones sobre atrasos efectivos.

Entre las falencias que presenta el manejo del Sigges cabe mencionar los problemas de sub o sobre-registro (lo que varía según patología), la complejidad del sistema asociado a la

⁷⁴ El informe completo y detallado que entregó la Biblioteca del Congreso Nacional a la Comisión de Salud, se encuentra dentro de los antecedentes recibidos por ésta en la Sala de la Comisión, a disposición de los Diputados. En dicho informe se transcribe sólo una minuta, también entregada por la Biblioteca, que da cuenta de las principales conclusiones sobre el tema.

especificidad de cada problema de salud (que redundan en problemas de codificación) y sobre todo la falta de profesionalización del recurso humano (debilitado por la insuficiente calificación y/o la alta rotación del personal destinado a esta labor).

Listas de Espera en Consultas por Especialidad

De cierto modo las listas de espera reflejan las deficiencias de atención especializada en el sistema público de salud. Luego, si bien estas deficiencias están directamente relacionadas con la disponibilidad de recursos médicos de especialidad (horas de especialistas) en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, también están determinadas por otros factores, como la infraestructura, el equipamiento, y los profesionales de apoyo vinculados a la atención especializada.

A modo de referencia en lo que respecta a las horas de especialista, se puede señalar que según la dotación de recursos del año 2006 se estima un promedio nacional de 2.462 hrs. de especialidad por 100.000 beneficiarios Fonasa (población 2005)⁷⁵. Sin embargo, este promedio oculta una gran dispersión en lo que respecta a los recursos con que cuentan los diferentes servicios, especialmente si se comparan los de región Metropolitana respecto a otras regiones, donde la amplia mayoría de los servicios se ubican bajo el promedio (ver figura N° 1).

Luego, la construcción de un sistema de información sobre los recursos humanos del sector salud que pueda dar cuenta de la oferta actual y futura de profesionales, es un factor crítico para enfrentar el déficit de especialistas a través de instrumentos adecuados para la planificación y regulación de recursos humanos en el territorio nacional.

De un total de 393.068 usuarios en lista de espera de más de 60 días a marzo del 2008, la cuarta parte se concentra en los servicios de oftalmología (99.343 pacientes acumulados). Le siguen en magnitud de lista de espera los servicios clínicos de Traumatología Adulto y Otorrinolaringología⁷⁶ (ver tabla 1, a continuación)

Una forma de dimensionar la capacidad que tiene el sistema de resolver la lista de espera en las condiciones establecidas, es comparar su volumen con la actividad realizada el año anterior. Así, para el caso de Oftalmología, la lista mayor a 60 días representa el 21% de la producción total de la especialidad en el 2007.

Con un orden de magnitud 10 veces menor en cuanto a la cantidad de pacientes antiguos que se mantienen en lista espera, la especialidad de Cirugía Vasculor Periférica lidera el ranking cuando ponderamos el peso de la lista respecto a la producción anual de la especialidad. Este índice alcanza una cifra cercana al 30%, lo que refleja la dificultad de resolver la lista de Cirugía Vasculor con las mismas condiciones y recursos disponibles el 2007.

La siguiente tabla muestra las especialidades con mayores porcentajes de listas de espera comparado con la producción anual de la especialidad. Aquí se presentan sólo 8 de las 47 especialidades que diferencia el Minsal, seleccionadas por tener a marzo del 2008 listas de espera acumuladas del 10% o más que la producción anual del país en la especialidad respectiva (según actividad del 2007). Los datos se presentan en orden decreciente según el porcentaje calculado a nivel de la especialidad en el país.

⁷⁵ Minsal - División De Gestión y Desarrollo De Las Personas; "Informe de análisis de brechas de Atención Médica Especializada en el Sistema Nacional de Servicios de Salud", octubre de 2007

⁷⁶ De las 47 especialidades diferenciadas por el Minsal, estas 3 acumulan poco menos de la mitad de las listas de espera con mayor rango de antigüedad.

Cabe señalar que consecuentemente con las diferencias en la disponibilidad de recursos médicos que existe entre los servicios de salud, las listas más críticas (con menor probabilidad de ser resueltas) difieren también en cuanto a especialidad entre los diferentes servicios.

En otro orden, importa recordar que la implementación de un sistema unificado de registro para las listas de espera en especialidades no GES es un proceso bastante reciente (año 2008), de aquí que las diferencias que se pueden observar entre los servicios de salud, están influidas también por las formas con que cada uno de ellos maneja sus sistemas de registro e información.

Tabla 1. Especialidades con mayor % de lista espera respecto a la actividad anual (Consultas año 2007 y Listas de Espera a marzo 2008)

Tiempo de Espera	PAÍS		OTRAS REGIONES		REGIÓN METROP.		% LISTA DE ESPERA R/ ACTIVIDAD 2007		
	Actividad 2007	Espera >60 días	Actividad 2007	Espera >60 días	Actividad 2007	Espera >60 días	País	Otras Regiones	Reg. Metrop.
Cirugía Vascul ar Periférica	48147	13893	21524	6998	26623	6895	28,9%	32,5%	25,9%
Oftalmología	478011	99343	275597	56390	202414	42953	20,8%	20,5%	21,2%
Gastroenterología Adulto	71655	11765	41784	6717	29871	5048	16,4%	16,1%	16,9%
Otorrinolaringología	277089	39164	162788	19932	114301	19232	14,1%	12,2%	16,8%
Dermatología	179359	24498	85893	14092	93466	10406	13,7%	16,4%	11,1%
Cirugía Máxilo Facial	20932	2841	11460	2072	9472	769	13,6%	18,1%	8,1%
Neurología Adulto	191654	24631	125870	14137	65784	10494	12,9%	11,2%	16,0%
Traumatología Adulto	431958	42879	245882	26494	186076	16385	9,9%	10,8%	8,8%

Fuente: Elaboración propia en base a datos Minsal”.-

VI. LISTADO DE OFICIOS DESPACHADOS Y DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN EN EL MARCO DE SU INVESTIGACIÓN.

Durante el ejercicio de su cometido, la Comisión despachó los siguientes oficios, formulando las consultas o requiriendo la información que a continuación se detalla:

N°	Fecha	Destinatario	Materia	RESPUESTA
74-08	06.05.08	Ministra de Salud	Solicita información sobre actuales proyectos de esa Secretaría de Estado que contemplan inversiones en infraestructura hospitalaria (hospitales y centros de referencia de salud).	105ª, 08/07/08.
75-08	06.05.08	Ministra de Salud	Solicita listado de los bienes que conforman la infraestructura hospitalaria actual y dar a conocer la situación de las camas críticas en los distintos establecimientos hospitalarios.	103ª, 01/07/08
76-08	06.05.08	Ministra de Salud	Solicita información respecto de la distribución de las listas de espera en los hospitales públicos del país, desglosada por regiones, por especialidades y por patologías	103ª, 01/07/08.
82-08	06.05.08	Ministra de Salud	Solicita información respecto de la distribución de las horas médicas de los especialistas, desglosada por hospital y por Servicio de Salud	117ª, 02/09/08.
83-08	06.05.08	Ministra de Salud	Solicita información sobre cantidad de horas adicionales de especialidades que se requerirían para satisfacer la demanda de atención hospitalaria en cada región del país.	
84-08	06.05.08	Ministra de Salud	Solicita información sobre cantidad de horas médicas semanales por las que están contratados los médicos que prestan servicios en el sistema público, desglosada por establecimientos hospitalarios y por Servicios de Salud	99ª, 12/06/08.
85-08	06.05.08	Ministra de Salud	Solicita información sobre el porcentaje del presupuesto hospitalario destinado al pago de prestaciones otorgadas por terceros, sean éstos clínicas privadas, mutualidades y hospitales institucionales de las Fuerzas Armadas	117ª, 02/09/08.
86-08	06.05.08	Ministra de Salud	Solicita información respecto del estado en que se encuentran los hospitales que se han inaugurado a partir del año 2000	103ª, 01/07/08.
87-08	06.05.08	Directora Ejecutiva Altura Management	Solicita remitir estudio realizado por esa entidad en relación con las listas de espera en los hospitales públicos del país.	
88-08	06.05.08	Ministro Mideplan	Solicita información sobre el plazo que, como promedio, transcurre entre el inicio del estudio de prefactibilidad hasta la obtención de la recomendación técnica económica del diseño de los proyectos hospitalarios	
112-08	15.05.08	Directores de Servicio de Salud Araucanía Sur - Temuco (a todos los servicios de salud del país.)	Solicita proporcionar, a la mayor brevedad: a) Información respecto de las listas de espera correspondientes a cada una de las patologías comprendidas en el Régimen Ges, en los establecimientos hospitalarios que conforman la red asistencial del territorio de su competencia; b) Antecedentes respecto de las listas de espera de las patologías No Ges y que son atendidas en dichos establecimientos, con especificación, en ambos casos.	-99ª, 12/06/08. Araucanía Norte: Angol y Victoria -100ª, 16/06/08. Maule -101ª, 18/06/08. Atacama

N°	Fecha	Destinatario	Materia	RESPUESTA
			<p>En ambos casos, se requiere información de los tiempos de espera por patología, según sean éstos de menos de treinta días; de más de treinta y menos de sesenta días; de más de sesenta y menos de noventa días, y de más de noventa días.</p>	<p>Sur-Oriente RM Concepción Arauco Llanchipal -102ª, 30/06/08. Arica, Iquique, V.Mar-Quil. Talcahuano. -104ª, 07/07/08. Magallanes. Aconcagua. -105ª, 08/07/08. Metrop. Occi- dente Aysén. -106ª, 14/07/08. Bio- Bio. Osorno. Valdivia. O'Higgins -108ª, 28/07/08. Ñuble -109ª, 29/07/08. Metrop. Central Metrop. Norte -111ª, 05/08/08. Coquimbo -116ª, 01/09/08. Antofagasta Metrop. Orien- te -121ª, 15/09/08. Valpo.-Sn.Ant.</p>
113-08	15.05.08	Ministra de Salud	<p>Solicita antecedentes respecto de la administración del Sistema Integrado de Gestión de Garantías Explícitas de Salud (Sigges), particularmente en relación con las entidades y las personas que están a cargo de su manejo y de efectuar una auditoría a dicho Sistema</p>	<p>115ª, 19/08/08.</p>

N°	Fecha	Destinatario	Materia	RESPUESTA
114-08	15.05.08	Director Fonasa	Solicita antecedentes respecto de la administración del Sistema Integrado de Gestión de Garantías Explícitas de Salud (Sigges), particularmente en relación con las entidades y las personas que están a cargo de su manejo y de efectuar una auditoría a dicho Sistema.	102ª, 30/06/08.
115-08	15.05.08	Ministra de Salud	Solicita antecedentes respecto de las prestaciones correspondientes a las patologías comprendidas en el Régimen Ges para cuyo otorgamiento, de conformidad con lo dispuesto en la letra c) del artículo 4° de la ley N° 19.966, se ha procedido a designar a prestadores distintos a aquellos a los que correspondía proporcionarlas en primer término, desglosadas por Servicio de Salud y por patología.	117ª, 02/09/08.
116-08	15.05.08	Ministra de Salud	Solicita información sobre la cantidad de compras efectuadas en los últimos años para otorgar prestaciones a aquellos pacientes que sufren una patología comprendida en el Régimen Ges, respecto de los cuales hay riesgo de incumplimiento de la garantía de oportunidad, con indicación de los montos que han sido pagados por este concepto.	115ª, 19/08/08.
117-08	19.05.08	Ministra de Salud	Solicita información, en concordancia con documentos que acompaña: - La adjudicación, por parte de los Servicios de Salud Metropolitano Occidente y Central, de dos licitaciones a la empresa Tsacon Ltda. entre los años 2006 y 2007, que habría presentado las propuestas más caras y que tendría entre sus socios al actual director suspendido de la División de Presupuesto e Inversiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, don Sergio Teke. - La adjudicación, por parte del Servicio de Salud Arica, a la empresa Lo Vial, de una licitación para proporcionar una asesoría de inspección técnica al Hospital de Arica en el año 2007, en circunstancias de que la citada empresa habría presentado la propuesta más cara y que uno de sus socios- don Luis Fuenzalida Alcerreca- se desempeñaba al mismo tiempo como profesional a honorarios de la unidad de arquitectura e infraestructura hospitalaria del Ministerio de Salud, dependiente de la División de Presupuesto e Inversiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.	113°, 12/08/08.
118-08	19.05.08	Contraloría General de la República	Solicita pronunciamiento respecto de las siguientes situaciones, de acuerdo con el documento que en copia se acompaña: - La adjudicación, por parte de los Servicios de Salud Metropolitano Occidente y Central, de	110ª, 04/08/08.

N°	Fecha	Destinatario	Materia	RESPUESTA
			<p>dos licitaciones a la empresa Tsacon Ltda. entre los años 2006 y 2007, que habría presentado las propuestas más caras y que tendría entre sus socios al actual director suspendido de la División de Presupuesto e Inversiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, don Sergio Teke.</p> <p>- La adjudicación, por parte del Servicio de Salud Arica, a la empresa Lo Vial, de una licitación para proporcionar una asesoría de inspección técnica al Hospital de Arica en el año 2007, en circunstancias de que la citada empresa habría presentado la propuesta más cara y que uno de sus socios- don Luis Fuenzalida Alcerreca- se desempeñaba al mismo tiempo como profesional a honorarios de la unidad de arquitectura e infraestructura hospitalaria del Ministerio de Salud, dependiente de la División de Presupuesto e Inversiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p>	
119-08	19.05.08	Contraloría General de la República	Solicita pronunciamiento, a la luz de los antecedentes que en copia se acompañan, respecto de la compra de servicios de enfermeras y técnicos paramédicos que habría efectuado el Hospital Barros Luco a la empresa Fast sourcing Servicios Limitada, R.U.T. 76.421.220-7, de acuerdo con la factura número 00107, por un monto de \$ 9.868.571, en el marco de la cual se habría pagado a los técnicos paramédicos remuneraciones superiores a las que percibirían los funcionarios de planta de dicho establecimiento hospitalario por el mismo turno en que los profesionales contratados habrían prestado sus servicios durante el mes de febrero del año en curso.	113ª, 12/08/08.
120-08	19.05.08	Subsecretario de Redes Asistenciales	Solicita información sobre los montos que destinan los hospitales que conforman el sistema público de salud, a la compra de servicios externos de profesionales no médicos y técnicos paramédicos.	
121-08	19.05.08	Ministra de Salud	Solicita proporcionar los antecedentes que obran en vuestro poder respecto de la compra de servicios de enfermeras y técnicos paramédicos que habría efectuado el Hospital Barros Luco a la empresa Fast sourcing Servicios Limitada, R.U.T. 76.421.220-7, de acuerdo con la factura número 00107, por un monto de \$ 9.868.571, en el marco de la cual se habría pagado a los técnicos paramédicos remuneraciones superiores a las que percibirían los funcionarios de planta de dicho establecimiento hospitalario por el mismo turno en que los	116ª, 01/09/08.

N°	Fecha	Destinatario	Materia	RESPUESTA
			profesionales contratados habrían prestado sus servicios durante el mes de febrero del año en curso, en conformidad con el documento que en copia se acompaña.	
122-08	19.05.08	Ministra de Salud	Solicita información, a la mayor brevedad, sobre los montos destinados por cada uno de los Servicios de Salud a las compras de servicios a terceros y el porcentaje que dichas sumas representan respecto del presupuesto total de aquellos y, específicamente, de la asignación correspondiente al subtítulo 22 de la partida Ministerio de Salud-Subsecretaría de Salud, de la Ley de Presupuestos, relativo a los bienes y servicios de consumo.	115ª, 19/08/08.
123-08	19.05.08	Ministra de Salud	Solicitar información, a la mayor brevedad, qué porcentaje del presupuesto de los Servicios de Salud corresponde, por una parte, al subtítulo 21 de la partida Ministerio de Salud-Subsecretaría de Salud, de la Ley de Presupuestos, relativo a los gastos en personal y, por otra, al subtítulo 22, referente a los bienes y servicios de consumo.	113ª, 12/08/08.
125-08	19.05.08	Ministra de Salud	Solicita información, a la mayor brevedad, sobre la cantidad de pacientes atendidos y la morbilidad en la atención primaria de salud y en los hospitales públicos, desglosados estos últimos por Servicio de Salud, y la evolución que han experimentado las cifras respectivas en los últimos diez años.	113ª, 12/08/08.
126-08	19.05.08	Ministra de Salud	Solicita se remita, a la mayor brevedad, los estudios que obren en su poder respecto de las falencias que se presentan en materia de recursos humanos en los Servicios de Salud y de la carga de trabajo de estos últimos. Asimismo, acordó solicitar a US. tenga a bien dar a conocer los estándares que eventualmente habría establecido esa Secretaría de Estado respecto de la cantidad de funcionarios (médicos, profesionales, técnicos paramédicos y personal auxiliar) que se requieren según el número de camas con que cuentan los hospitales.	
127-08	19.05.08	Ministra de Salud	Solicita las estadísticas que obran en su poder respecto de la evolución que ha tenido en los últimos diez años la cantidad de consultas de urgencia en los hospitales públicos, así como también el porcentaje de estas últimas que debería haber obtenido una resolución en la atención primaria de salud. Redes Asistenciales	
128-08	19.05.08	Ministra de Salud	Solicita información sobre cuál es el índice ocupacional de los hospitales de baja, mediana y alta complejidad, así como también el índice	113ª, 12/08/08.

N°	Fecha	Destinatario	Materia	RESPUESTA
			relativo a la rotación de camas.	
129-08	19.05.08	Ministra de Salud	Solicitar proporcionar los estudios de gestión de redes asistenciales que haya realizado esa Secretaría de Estado y que se encuentren disponibles, cualquiera sea la fecha en que se hubieren efectuado, así como también los protocolos de referencia y contrarreferencia que se hayan elaborado en relación con esta materia (envío de pacientes desde la atención primaria a la hospitalaria), en el marco del mandato otorgado por la Sala a esta instancia para que se constituya en Comisión Investigadora, con el propósito de reunir antecedentes y establecer las causas que han originado la crisis hospitalaria.	105ª,08/07/08.
130-08	19.0508	Subsecretario de Redes Asistenciales	Solicita su opinión sobre el contenido y la exactitud de los datos expuestos en el documento que en copia se acompaña y que fuera proporcionado por los dirigentes de la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud y de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud.	121ª, 15/089/08.
131-08	19.05.08	Subsecretario de Redes Asistenciales	Solicita información referida al porcentaje de funcionarios que se estimaría faltante en los hospitales públicos del país, desglosado por Servicio de Salud, así como también las tasas de licencias médicas otorgadas a los trabajadores de la salud.	106ª, 14/07/08.
135-08	23.05.08	Ministra de Salud	Manifiesta preocupación por situación que afectaría a funcionarios de atención primaria en comuna San Fernando, a quienes la Corporación Municipal de Educación, Menores y Salud adeudaría las imposiciones correspondientes a los últimos tres años. Asimismo, acordó solicitar a US. se sirva adoptar las medidas pertinentes en orden a establecer la efectividad de estos hechos e informar si posee antecedentes respecto de situaciones similares que se hayan presentado en otras comunas del país.	117ª, 02/09/08.
149-08	22.05.08	Ministra de Salud	Solicitar a US. tenga a bien dar a conocer la normativa que deben cumplir los Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecof) para ser recepcionados por la autoridad sanitaria, precisando el grado de discrecionalidad que tienen en esta materia las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.	117ª, 02/09/08.
150-08	22.05.08	Ministra de Salud	Solicita listado de los hospitales de baja, mediana y alta complejidad, y de los consultorios que carecen de autorización sanitaria para su funcionamiento, así como de aquellos que no han obtenido la recepción municipal de las	117ª, 02/09/08.

N°	Fecha	Destinatario	Materia	RESPUESTA
			obras respectivas.	
151-08	22.05.08	Ministra de Salud	Solicita se remita estudio efectuado en 2004 sobre especialistas en Chile, y estudio referido al proyecto de especialistas en oftalmología (tecnólogos médicos y oftalmólogos) realizado en los últimos años	117ª, 02/09/08.
152-08	22.05.08	Ministra de Salud	Solicita antecedentes respecto de las licitaciones públicas convocadas y las asesorías contratadas por esa Secretaría de Estado, con especificación de la Subsecretaría de que se trate, y por el Fondo Nacional de Salud, a partir del año 2003.	113ª, 12/08/08.
167-08	03.06.08	Ministra de Salud	- Se sirva concurrir personalmente al Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, de Iquique, o disponer que, en su defecto, así lo haga el Subsecretario de Redes Asistenciales, a fin de dar una pronta solución al problema que afecta a dicho establecimiento con motivo de la renuncia presentada por los médicos especialistas que allí se desempeñan, la que se haría efectiva el próximo viernes 6 de junio.	105ª, 08/07/08.
168-08	03.06.08	Ministra de Salud	Solicita se adopten las medidas pertinentes con la finalidad de permitir que se proceda en forma inmediata, en carácter de urgente, a la contratación de 500 médicos especialistas con jornada completa en los hospitales del país, medida anunciada por S.E. la Presidenta de la República el pasado 21 de mayo, y que se entregue con prontitud, de una sola vez y en forma completa, el incentivo económico de \$ 200.000 a que se hizo referencia en el acuerdo celebrado entre esa Secretaría de Estado y los gremios de la salud, hace algunos meses.	105ª, 08/07/08.
169-08	03.06.08	Director Hospital de Temuco,	Solicita información sobre la cantidad de atenciones de urgencia que se proporcionaron en ese Hospital entre el 26 y el 30 de mayo del año en curso, desglosada por día y por horas, así como también informar si se habría aplicado alguna sanción de carácter administrativo al doctor Patricio Smith Riquelme o si se habría dispuesto la instrucción de un sumario administrativo en su contra tras la visita inspectiva efectuada por la Comisión en ese Hospital	102ª, 30/06/08.
170-08	03.06.08	Ministra de Salud	Solicita estudios preinversionales realizados respecto del Hospital de Chimbarongo y los montos involucrados en éstos.	113ª, 12/08/08.
171-08	03.06.08	Ministra de Salud	Solicita se adopten las medidas pertinentes en orden a que se pueda dar inicio a la construcción del servicio de urgencia del Hospital de Chimbarongo	105ª, 08/07/08.
172-08	03.06.08	Ministra de Salud	Solicita analice posibilidad asignar recursos para estudios preinversionales correspondien-	105ª, 08/07/08

N°	Fecha	Destinatario	Materia	RESPUESTA
			tes a los Hospitales de San Vicente de Tagua Tagua y de Chimbarongo	
178-08	03.06.08	Ministra de Salud	Solicita remitan copias de contratos celebrados en 2007 entre ese Ministerio o sus Subsecretarías y servicios dependientes, y las personas que se mencionan en el documento que se acompaña.	113ª, 12/08/08.
179-08	03.06.08	Contraloría General de la República	Solicita se sirva emitir un pronunciamiento respecto de la eventual duplicidad de contratos de funcionarios a contrata y a honorarios que se habría producido dentro del Ministerio de Salud en el año 2007, especialmente en lo tocante a las labores realizadas por la nómina de personas que se detalla en el documento adjunto, los tipos de contratos que éstas celebraron y el grado de cumplimiento de las funciones para las cuales fueron	
181-08	03.06.08	Ministra de Salud	Solicita se analice la posibilidad de destinar mayores recursos financieros para suplementar el sistema público de salud de la IX Región, con la finalidad de abordar la contingencia del plan de invierno, atendidas las condiciones de alta contaminación y las especiales características de marginalidad y pobreza de la población.	
192-08	11.06.08	Ministra de Salud	Solicita información sobre cantidad de compras efectuadas a privados por Servicios de Salud y por Fonasa durante año 2008. Asimismo, proporcione información referida a Fonasa desglosada por patología, con especificación del número de compras programadas, así como también de la cantidad de compras por anticipación al incumplimiento legal, por garantías explícitas de oportunidad retrasadas y por garantías explícitas de oportunidad incumplidas.	117ª, 02/09/08.
193-08	11.06.08	Ministra de Salud	Solicita información dotación de los diferentes tipos de camas con que cuentan los hospitales públicos, desglosada por Servicio de Salud.	115ª, 19/08/08.
194-08	11.06.08	Ministra de Salud	Solicita su opinión respecto de los resultados del estudio efectuado por el Instituto de Administración de Salud (IAS), de la Universidad de Chile, sobre la eficiencia del gasto público en el sistema hospitalario.	
197-08	11.06.08	Ministra de Salud	Solicita información sobre los siguientes antecedentes respecto de la deuda hospitalaria: - Evolución de su monto, a partir del año 2006 hasta la fecha; - Proyección de la deuda para fines de 2008, sin considerar eventuales asignaciones adicionales de recursos por parte del Ministerio de Salud, que pudieran destinarse al pago de la misma, y	113ª, 12/08/08.

N°	Fecha	Destinatario	Materia	RESPUESTA
			- Monto que involucran las facturas impagas que no serían incluidas en la contabilidad de los Servicios de Salud, con el eventual propósito de disminuir ficticiamente la deuda.	
198-08	11.06.08	Ministra de Salud	Solicita se remitan las presentaciones efectuadas en marzo de 2006 y a comienzos de 2008, en reuniones celebradas con los Directores de los SS, a través de las cuales se dieron a conocer los calendarios de inversiones del Ministerio. Asimismo, información sobre: - Porcentaje en que el calendario de inversiones de 2006 habría sido cumplido hasta la fecha; - Montos ejecutados en inversiones durante el año 2007, hasta el 31 de octubre y hasta el 31 de diciembre; - Montos de los recursos que se asignaron a cada Servicio de Salud y a las instituciones autónomas desde octubre de 2007 hasta febrero de 2008, y - Montos asignados al Ministerio de Salud en la Ley de Presupuestos de los años 2007 y 2008, con especificación de las cantidades destinadas al financiamiento de la deuda hospitalaria, del equipamiento y de las inversiones.	105ª, 08/07/08.
199-08	11.06.08	Ministra de Salud	Solicita antecedentes sobre término contrato de inspección técnica de obras celebrado con Lo Vial S.A. en el marco de la construcción del nuevo Hospital de Arica, e informar si se ha llamado a licitación para adjudicar a otra empresa la referida inspección técnica de obras y las medidas adoptadas para asegurar la supervisión técnica de la construcción.	121ª, 15/9/08.
200-08	11.06.08	Ministra de Salud	Solicita información sobre estado del estudio preinversional correspondiente al Hospital Regional de Antofagasta	105ª, 08/07/08.
201-08	11.06.08	Ministra de Salud	Solicita información sobre estado del estudio preinversional correspondiente al Hospital de Calama e informar si se pretende efectuar el diseño del establecimiento en Santiago.	105ª, 08/07/08.
202-08	11.06.08	Ministra de Salud	Solicita antecedentes respecto del estado de avance de la construcción del Centro de Radioterapia de Calama.	103ª, 01/07/08.
203-08	11.06.08	Ministra de Salud	Solicita información sobre estado de avance de estudio preinversional del Hospital de Rancagua; antecedentes respecto de las respectivas bases de licitación y de las razones que habría tenido en consideración el SS O'Higgins para adquirir el terreno en el cual sería emplazada la construcción de dicho establecimiento	116ª, 01/09/08.

N°	Fecha	Destinatario	Materia	RESPUESTA
206-08	12.06.08	Ministra de Salud	Solicita informar si efectivamente se destinarán los recursos anunciados- del orden de treinta mil millones de pesos- para inicio de construcción del proyecto de reposición del Hospital Dr. Gustavo Fricke, de Viña del Mar.	105ª, 08/07/08.
211-08	17.06.08	Director del Instituto de Administración de Salud (IAS) de la Universidad de Chile, don Vito Sciaraffia Merino.	Solicita se sirva señalar si ese Instituto ha realizado estudio sobre la eficiencia del gasto público en el sistema hospitalario referido en medios de comunicación y, en caso de ser ello efectivo, remitirlo a esta instancia, o bien dar a conocer en qué estado se encuentra.	
212-08	17.06.08	Ministra de Salud	Solicita informar la glosa o el ítem de la partida del Ministerio de Salud de la Ley de Presupuestos de 2008, con cargo a los cuales se habrían destinado recursos (ocho mil millones de pesos) que se invertirían durante el año en curso para el inicio de las obras complementarias correspondientes a la ejecución del proyecto de reposición del Hospital Dr. Gustavo Fricke.	113ª, 12/08/08.
231-08	20.6.08	Ministra de Salud	Solicita información si existe algún convenio vigente entre el Hospital Clínico Universidad de Chile y esa Secretaría de Estado o el SS Metropolitano Norte y especificar, en caso de que ello sea efectivo, los términos en que habría sido suscrito.	115ª, 19/08/08.
238-08	01.07.08	Director del SS Antofagasta.	Reitera el oficio N° 112-08, de 15 de mayo de 2008, a fin remita información respecto de las listas de espera de las patologías Ges y No Ges.	Reiteración.
239-08	01.07.08	Subsecretario de Redes Asistenciales	Reitera oficio N° 112-08, de 15 de mayo de 2008, a fin remita información respecto de las listas de espera de las patologías Ges y No Ges. Que adopte medidas pertinentes para que Directores de SS que hasta la fecha no han remitido sus respuestas (Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso-San Antonio, Aconcagua, O'Higgins, Ñuble, Bío-Bío, Araucanía Sur, Valdivia, Osorno, Aysén, Magallanes, Metropolitano Central, Metropolitano Norte, Metropolitano Sur, Metropolitano Oriente y Metropolitano Occidente). Se hizo presente fecha de vencimiento plazo del mandato de Comisión.	Reiteración.
240-08	01.07.08	Ministra de Salud	Solicita información sobre ejecución presupuestaria e inversión del sector salud al segundo trimestre de los años 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 y 2008, con especificación de los montos correspondientes al presupuesto, a la ejecución y al porcentaje de esta última en cada uno de los años señalados, así como también de los recursos efectivamente invertidos	115ª, 19/08/08.

N°	Fecha	Destinatario	Materia	RESPUESTA
			en la construcción de hospitales, en el diseño de arquitectura y en los estudios preinversionales llevados a cabo, con indicación del estado de avance de las inversiones durante el año en curso.	
241-08	01.07.08	Ministro de Hacienda	Solicita información sobre ejecución presupuestaria e inversión del sector salud al segundo trimestre de los años 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 y 2008, con especificación de los montos correspondientes al presupuesto, a la ejecución y al porcentaje de esta última en cada uno de los años señalados, así como también de los recursos efectivamente invertidos en la construcción de hospitales, en el diseño de arquitectura y en los estudios preinversionales llevados a cabo, con indicación del estado de avance de las inversiones durante el año en curso.	121ª, 15/9/08.
263-08	14.07.08	Contralor General de la República	Reitera oficios números 118-2008 y 119-2008.	
264-08	14.07.08	Ministra de Salud	Solicita aclare si es efectiva la información que habría proporcionado el Ministro de Obras Públicas, en el sentido de que se habría iniciado la construcción de los Hospitales de Maipú y La Florida,	115ª, 19/08/008
267-08	14.07.08	Ministra de Salud	Solicita proporcionar antecedentes respecto de la modalidad de financiamiento de los Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecof), en cuanto a su implementación, mantención, material terapéutico y dotación de personal	119ª, 19/09/08.
268-08	14.07.08	Ministro de Transportes.	Solicita de a conocer en qué medida el rediseño de recorridos del Transantiago afectará la atención de los usuarios del sistema público de salud, en lo que respecta a sus posibilidades de acceder con facilidad a los hospitales, centros de referencia de salud y consultorios de las comunas de la Región Metropolitana donde opera dicho plan de transporte público.	
269-08	14.07.08	Ministro de Transportes.	Solicita de a conocer en qué medida el diseño de recorridos del Transvalparaíso afectará la atención de los usuarios del sistema público de salud, en lo que respecta a sus posibilidades de acceder con facilidad a los hospitales, centros de referencia de salud y consultorios de la V Región,	
270-08	14.07.08	Ministra de Salud	Solicita su opinión respecto del análisis contenido en el documento titulado "Financiamiento de la atención primaria municipalizada, comuna de San Joaquín".	119ª, 19/08/08.
271-A	14.07.08	Ministra de Salud	Solicita adoptar medidas en orden a que la información sobre la determinación del aporte mensual por persona en los consultorios de la	119ª, 19/09/08.

N°	Fecha	Destinatario	Materia	RESPUESTA
			atención primaria de salud (per cápita) y los criterios utilizados para su establecimiento, sea proporcionada oportunamente a las direcciones de salud de las Corporaciones Municipales de Desarrollo Social de las comunas de todo el país,	
280-08	18.07.08	Presidente Asociación Chilena Municipalidades	Solicita estudio que efectuado por esa Asociación sobre aporte mensual por persona en los consultorios de la atención primaria de salud (per cápita),	Documentación recibida.
291-08	05.08.08	Presidente Comisión Salud de Asociación Ch. de Municip.,sr. Daniel Verdessi Belemmi	Reitera solicitud formulada en sesión de lunes 28 de julio: remita, en conformidad con el compromiso contraído en esa oportunidad con la Comisión, estudios de Asociación de Municipalidades, por doña Cecilia Casanova y por la Pontificia Universidad Católica de Chile, a que se hizo referencia en esa oportunidad, en relación con el aporte mensual por persona en los consultorios de la atención primaria de salud (per cápita).	Documentación recibida.
292-08	05.08.08	Ministra de Salud	Solicita, a petición del Dip. Melero, se sirva dar a conocer en qué medida se han cumplido los objetivos de la autogestión hospitalaria, como asimismo, informar si se ha analizado la posibilidad de presentar una iniciativa legal con el propósito de disminuir los requisitos exigidos para estos efectos, o bien, para postergar la fecha establecida para que los hospitales a que se refiere el artículo decimoquinto transitorio de la ley N° 19.937, que aún no han sido calificados como establecimientos autogestionados en red, tengan dicha calidad por el solo ministerio de la ley.	

VII. CONSIDERACIONES QUE SIRVAN DE BASE A LAS CONCLUSIONES O A LAS PROPOSICIONES RECHAZADAS POR LA COMISIÓN.

No hay.

VIII. CONSIDERACIONES QUE SIRVEN DE BASE A LAS CONCLUSIONES O A LAS PROPOSICIONES APROBADAS POR LA COMISIÓN.

La Comisión aprobó, con el voto unánime (nueve a favor) de los Diputados Juan Lobos Krause (Presidente), Guido Girardi Briere, Juan Masferrer Pellizzari, Patricio Melero Aba-
roa, Manuel Monsalve Benavides, Marco Antonio Núñez Lozano, Alberto Robles Pantoja, Roberto Sepúlveda Hermosilla y Gabriel Silber Romo, las siguientes consideraciones, conclusiones y proposiciones:

CONSIDERACIONES.**I. Antecedentes y causas de la crisis hospitalaria**

A la luz de los indicadores tradicionales de salud pública (mortalidad infantil, expectativa de vida y mortalidad materna), Chile presenta cifras líderes en Latinoamérica, y muy destacables a nivel mundial. Es muy claro el avance experimentado con respecto a las políticas públicas implementadas desde la creación del Servicio Nacional de Salud, en los años cincuenta.

Desde el año 1990 a la fecha, el presupuesto público del sector salud se ha cuadruplicado, retomando las inversiones públicas en el sector. Durante el período 2002-2004 se discutieron y aprobaron, en el Congreso Nacional, los proyectos de ley propuestos por el Ejecutivo que configuraron la Reforma a la Salud (Auge, Autoridad Sanitaria y otras). Aún así, es posible constatar, a través de los medios de comunicación y denuncias de usuarios, casos de negligencia, de incumplimientos de las GES, el aumento en las listas de esperas, los colapsos en urgencias, la hospitalización en pasillos, las movilizaciones y paros de los gremios de la salud, entre otros problemas. A lo anterior, se suma el evento particular del Hospital de Curepto, que motivó la formación de la Comisión, en el cual dicho establecimiento -nuevo- inició públicamente su funcionamiento sin contar con todas las condiciones instaladas para asegurar su capacidad de respuesta.

Llaman la atención los continuos problemas en el sector. La salud siempre ha sido un tema prioritario para la ciudadanía y, al interior del Congreso Nacional, los proyectos de ley convocan gran interés y debate. Los sectores relacionados con la salud pública presionan constantemente por más recursos, del mismo modo que los aumentos presupuestarios que se verifican año a año son respaldados por la totalidad de las bancadas políticas. Por lo anteriormente señalado, es posible aseverar que las causas de la crisis hospitalaria van mucho más allá de un mero problema económico.

Sin embargo, lo ya logrado, fruto de políticas serias, no puede ser el único mecanismo de evaluación. Esos parámetros, en el largo plazo, no permitirán que se avance de acuerdo a las necesidades, pues no se logra medir las verdaderas deficiencias de la estructura del Ministerio, los desafíos de los hospitales del futuro, y las técnicas necesarias para anticiparse a los desafíos que vendrán en el futuro.

-Elementos demográficos

Nuestro país se encuentra viviendo un rápido proceso de cambio demográfico, lo cual se explica por la siguiente información que demuestra el envejecimiento de la población:

a) Esperanza de vida: En el período 1960-1965 era de 58,05 años, mientras que para el período 2000-2005 fue de 77,7 años.

b) Grupo social sobre los 65 años: En el período 1960-2000 el grupo de personas con 65 y más años ha aumentado de 4,3% a 7% respecto del total.

c) Mortalidad infantil: Ha descendido de los 117,08 por 1.000 habitantes entre los años 1960-61, a los 8,46 por 1.000 proyectados para el período 2000-02.

d) Tasa de fecundidad: En el período 1960-65, la tasa era de 5,3 hijos por cada mujer, para luego pasar a los registros del año 2004, donde por cada mujer se observa un índice de 1,9 hijos.

e) Tasa de crecimiento poblacional: Ha experimentado un descenso desde el 2,4% el año 1960, al 1% anual, provocando que las generaciones de hoy no logren renovar la población

de los padres. En efecto, los 230.606 nacidos el año 2004 distan mucho de los 292.510 nacidos en el año 1990⁷⁷.

f) Descenso en tasa de mortalidad por enfermedades en particular: De acuerdo a información oficial, desde el año 2000 se ha experimentado un descenso, tanto en mortalidad por enfermedades respiratorias, especialmente en los adultos mayores y niños, como por enfermedad isquémica del corazón.

La transformación demográfica responde a modificaciones sociales y económicas que enfrenta la sociedad, a partir de los cambios vividos a causa de programas educativos, en el aumento de la vida urbana, y en la apertura del sistema económico, entre otros fenómenos. Todo ello implica que los cambios de hoy se seguirán produciendo, por lo que resulta necesario proyectar cuanto antes, en base a la información disponible, cuáles serán los requerimientos que caracterizarán a la nueva composición social.

-Elementos epidemiológicos.

Fuera del logro en salud, el cambio también experimentado en el perfil epidemiológico involucra una serie de sucesos. Entre ellos, que las enfermedades infectocontagiosas dejan de ser las patologías con mayor incidencia en la ciudadanía, para dar paso a enfermedades más complejas, como las cardiovasculares, las crónicas no transmisibles, las del sistema digestivo, las genitourinarias, y los diversos tipos de cáncer.

Por otro lado, los pacientes internados en los establecimientos de salud registran más edad y se hospitalizan por más tiempo que antes, lo que involucra mayores costos por paciente, y menos disponibilidad de camas.

En suma, el fenómeno es complejo, y junto a ello el desarrollo de la tecnología ha provocado, con el tiempo, una creciente demanda por prestaciones más sofisticadas de salud, lo cual obliga constantemente a las redes asistenciales a perfeccionar los mecanismos de atención, tratamientos e investigación de nuevas patologías que se vislumbran para los años venideros.

-Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Promoción de la salud: Las actividades de promoción de hábitos saludables constituyen tareas fundamentales para cualquier tipo de planificación que pretenda avanzar en logros de salud, ya que incide de manera directa en todo tipo de mejora en calidad de vida de la población.

Frente a ello, se considera clave determinar con claridad las condicionantes sociales por los cuales atraviesa la sociedad, los alcances del perfil demográfico y epidemiológico, las características del clima, los riesgos aparejados a la contaminación de las urbes, y los eventuales desastres naturales.

Para abordar la estrategia de promoción, se debe partir de la tesis que la exposición a los daños, del mismo modo como su vulnerabilidad frente a ello, se determina por los condicionantes de situación socioeconómica, distribución geográfica, nivel de marginalidad, acceso a la educación, y exposición a elementos contaminantes. Fruto de la existencia de dichas variables, se debe enfrentar sus eventuales efectos perniciosos con planes de promoción diferenciados, a fin de posibilitar una respuesta adecuada a los riesgos que se ven expuestos.

En ese sentido, existen en nuestro país una serie de medidas para promover la salud; sin embargo se requiere el fortalecimiento de un plan nacional, que tenga por objeto estimular un

⁷⁷ Donoso Sina, Enrique. Descenso de la natalidad en Chile: Un problema país. Revista chilena obstetricia y ginecología, 2007, vol.72, no.2, p.73-75. ISSN 0717-7526.

estilo de vida saludable, que incentive la buena alimentación, el ejercicio físico y el control regular ante un equipo de salud.

Prevención de la enfermedad: De acuerdo al cambio del perfil demográfico y epidemiológico ya mencionado, la sociedad se ve expuesta en mayor medida a cierto tipo de patologías, la cual se encuentra en constante cambio en base a los avances tecnológicos, el cambio en las condiciones del clima, la internación de especies y enfermedades emergentes, el nivel de desarrollo educacional, entre otros.

A lo largo de la historia, nuestro país ha realizado efectivas campañas nacionales de inmunización, con mucho éxito de diversas enfermedades infecciosas a la población infantil, a las embarazadas y al adulto mayor. Con ello hablamos de programas a nivel nacional que no sólo comprendan inmunizaciones periódicas, sino que también fomenten la higiene personal, la manipulación apropiada de alimentos y equipos, el adecuado contacto con animales y productos de origen vegetal o mineral, consultas periódicas ante equipos médicos, entre otros.

De esa manera, los exámenes preventivos que tiene que efectuar la ciudadanía, deben ir acompañados de diversas medidas, con promoción constante en los medios de comunicación, y cuyos mensajes puedan exponer situaciones que deban tomarse en cuenta tanto para efectuar revisiones constantes frente a posibles enfermedades, como para fortalecer hábitos saludables.

-Atención primaria.

Si bien esta Comisión Investigadora debía centrarse en la situación de los hospitales, debido al funcionamiento en red de los establecimientos públicos de salud y por su implicancia para el modelo de atención, se determinó analizar también la situación de la atención primaria de salud, como puerta de entrada al sistema y espacio privilegiado para la prevención de las enfermedades y la atención integral de las personas y familias.

El Ministerio de Salud informó que, mientras en el año 2000 los recursos destinados a la atención primaria correspondían al 20% del total del presupuesto sectorial, ascendiendo a M\$ 151.212.583; en 2008, el 30% del presupuesto sectorial se destinó a la atención primaria, ascendiendo a M\$ 521.724.752, equivalentes a tres y media veces el presupuesto de ocho años antes.

Cabe señalar que en los últimos años se ha producido una tendencia a la disminución relativa del aporte municipal respecto de la transferencia sectorial, la que se explica sólo en parte por el incremento neto de los aportes del Minsal. Sin embargo, la Comisión estima que deben aumentarse aún más los aportes estatales ministeriales, de tal manera que se garantice la cobertura de los gastos fijos en administración y gestión de la atención primaria, tales como las remuneraciones del personal a un costo razonable, los insumos, y la entrega equitativa de prestaciones a los ciudadanos. El aporte financiero que realicen los municipios, en el ámbito de la salud, debe estar dirigido a solventar mejoras adicionales, por sobre el estándar general, en la medida de lo posible.

En términos de atención médica, es importante destacar que se ha producido un incremento cercano al 40% entre el año 1999 y el 2007. No obstante, es posible apreciar un descenso en la consulta de morbilidad entre los años 2004 y 2007 que, según se señaló a esta Comisión, podría corresponder a una insuficiente oferta de servicios en cantidad, tipo y calidad de la atención primaria dada su baja resolutivez y la insatisfacción usuaria. Pero el descenso de las consultas de atención primaria ha ido acompañado de un incremento del 57% de las atenciones de urgencias.

Según se ha explicado por el Ministerio de Salud, la atención de morbilidad está focalizada en los problemas agudos, y el modelo de atención pretende poner el foco en las atenciones preventivas, representadas por los controles de las personas adscritas a los programas de control de crónicos y/o por las consultas preventivas.

Se debe trasladar el discurso sobre la importancia de la atención primaria a la realidad de hoy. Los fondos destinados son insuficientes, pero también se requiere de indicadores de gestión que permitan conocer la eficiencia del gasto, las fortalezas, las debilidades y las modificaciones que se deben efectuar al sistema. En fin, que el mayor gasto que se efectúe sea costo-eficiente.

Un ámbito de debate de esta Comisión radicó en la discusión respecto de la posibilidad de fortalecer la presencia de especialistas directamente en la atención primaria.

Un elemento central del modelo de atención es ser el primer contacto de las personas con el sistema de salud y la continuidad de la atención. Por esta característica la atención primaria debe, además, buscar un alto nivel de capacidad resolutoria de los problemas de salud más frecuentes en la población. Esa impronta significa: 1) Especialización del recurso humano, fundamentalmente, en habilidades y conocimientos relacionados con una visión holística del ser humano y un enfoque biosicosocial para abordar la promoción y prevención en salud, así como los problemas de salud más frecuentes y de origen multifactorial de las personas y comunidades, que se conoce como salud y medicina familiar; 2) Incorporar, a lo menos, las cuatro especialidades básicas de la medicina (pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia y psiquiatría) y cobertura de salud visual, en un trabajo colaborativo y efectivo, coordinado por el equipo de salud de la Atención Primaria de Salud (APS).

Con relación a la atención de urgencia (Sapu), la Comisión pudo reunir información que daba cuenta de una disminución en el número de consultas en consultorios, el cual se contrasta con un incremento del 57% de atención de urgencias en Sapu durante el período 2004-07. Si bien aquella alza puede considerarse como positiva, el aumento registrado responde al sistema de trabajo de los consultorios, ya que para ser atendido en dichos centros se debe reservar en forma previa una hora de consulta, la cual debe obtenerse por teléfono, o asistiendo al consultorio. Sumado a lo anterior, el horario de funcionamiento concuerda normalmente con la jornada laboral habitual (nueve de la mañana a seis de la tarde), lo cual obliga a ausentarse del trabajo para ser atendido.

Estas dificultades llevan al beneficiario de Fonasa a atenderse a nivel comunal a través de los Sapu, ya que en dichas unidades no es necesario reservar hora de consulta, y funcionan durante las veinticuatro horas, por lo cual se puede asistir después o antes del trabajo.

El grado de efectividad de la atención primaria no es el óptimo esperado debido a que, por un lado, su resolutoria es baja, (limitándose, en la mayoría de los casos, a urgencias simples), lo que provoca la derivación a la atención secundaria. Más grave que lo anterior es el hecho que las unidades de atención primaria no están integradas en red con el sistema de salud hospitalaria.

En relación a la información entregada a la Comisión Investigadora, se han aumentado en los últimos años el número de atenciones médicas en atención primaria; sin embargo ello no ha ido necesariamente de la mano con un aumento en la capacidad de resolución. El hecho antes mencionado provocó la discusión acerca de la utilidad de la lógica actual de salud familiar en los consultorios (bajo el formato de los Centros de Salud Familiar -Cesfam-, y los Centros Comunitarios de Salud Familiar -Cecof-), en lugar de una mayor presencia de médicos especialistas en atención primaria.

Los servicios médicos que se llevan a cabo en consultorios y Sapu comprenden medicina familiar, pediatría, cirugía menor, y atención domiciliaria. Si bien ellos pueden ocuparse de un gran número de consultas médicas a nivel global, no es suficiente como para consolidar a la APS como “la puerta de entrada” de la salud pública chilena. Para alcanzar tal objetivo se requiere más personal médico, más especialidades en consultorios y Sapu, de modo que la ciudadanía pueda acudir a dichos centros con la seguridad que su problema de salud va a ser resuelto en la red primaria, o al menos evaluado por un equipo médico antes de ser derivado a la unidad especializada que corresponda.

Se discutió acerca de la cantidad de médicos extranjeros que trabajan en consultorios. El motivo de su extendida presencia se debe a la escasa motivación de profesionales de salud nacionales para trabajar en la red primaria, lo cual obliga a proveer los puestos de médico con postulantes de otras nacionalidades. El problema que se produce con ese hecho es que muchos de ellos no requieren de una certificación especial para trabajar en el país, debido a que la mayor parte está beneficiado por el llamado “Convenio Andrés Bello”, mediante el cual los profesionales integrantes de los países firmantes del Acuerdo no necesitan rendir exámenes de validación de títulos; basta con presentar el certificado de título profesional para ejercer. Ello ha provocado que, en algunos casos, los facultativos no tengan la formación ni el conocimiento de patologías regionales necesarios como para efectuar una labor satisfactoria.

En este tema, la Comisión valora el aporte de los médicos extranjeros a la salud primaria. Sin embargo, estima que debe establecerse un período mínimo de permanencia de tres años en los cargos, como también someterse, en igual período, a un examen de competencia y destrezas, elaborado por el Ministerio de Salud, que acredite la calidad de las prestaciones que otorgan. A dicho examen debieran, también, someterse los médicos formados en el país.

Respecto a la entrega de medicamentos, a partir de las visitas inspectivas realizadas y de las exposiciones de los invitados, la Comisión pudo detectar la precariedad en la disponibilidad de arsenal terapéutico básico en la atención primaria, tanto en los consultorios como en los Sapu, y carencias de éstos para satisfacer las necesidades de los usuarios.

II. Financiamiento hospitalario, rendimiento y eficiencia del gasto

-Gasto público en salud

A la hora de evaluar el nivel de gastos en materia de salud, la Comisión pudo, a través de sus invitados, recibir una cantidad importante de antecedentes que demostraron su evolución. Las cifras que se entregaron son las que se informan a continuación:

1. Presupuesto asignado a salud: El crecimiento de dicho presupuesto ha sido significativo, al comprobar los siguientes datos:

i. Presupuesto salud período 2000-2008: El monto asignado en el primer año del período fue de \$ 1.185.904.000.000, el cual se aumentó al 2008 a la cifra de \$ 2.531.153.989.000, lo que constituye un incremento del 113%;

ii. Presupuesto asignado a hospitalización 2001-2006: En dicho lapso, el monto asignado al sector pasó de los \$ 1.108.362.000.000, a los \$ 1.582.446.000.000, lo cual implica un aumento del 42,7%.

2. Porcentaje del PIB destinado a salud pública: En relación al PIB nacional, durante el período comprendido entre los años 1989 - 2005, la cifra asignada al sector salud aumentó del 0,6% al 1,5%.

3. Estructura del porcentaje total del PIB destinado a salud en Chile en la actualidad:

- 1,4% corresponde al aporte fiscal;
- 1,1% comprende las cotizaciones a Fonasa;
- 0,5% se refiere a copagos de beneficiarios y otros ingresos, y
- 4% otros gastos (isapres, mutuales y FFAA).

4. Gasto total en salud en Chile: Si se suman todos los sectores relacionados con la salud anteriores (Minsal, Fonasa, Isapre, Mutuales, y FFAA) el resultado de dicha operación demuestra que en Chile el gasto total actual en salud constituye un 7% del PIB.

5. Gasto total anual per cápita al año 2000:

- Fonasa: \$ 129.000 (pesos chilenos)
- Isapre: \$ 381.000 (pesos chilenos)

6. Crecimiento del aporte en Atención Primaria en el período 1999-2008: 117%.

Si bien el gasto público en salud, en cifras absolutas, ha crecido entre 1989 y 2005 en casi cuatro veces en términos de porcentaje del PIB, esto se concentró entre 1989 y 1999, para luego permanecer estable.

Año	Gasto Público Total	Gasto Fiscal
1973	4,0%	2,5%
1989	1,9%	0,6%
1999	3,1%	1,7%
2005	2,8%	1,5%

A modo de referencia, es posible señalar que en 2001 en Alemania se gastaba en salud el 10,8% del PIB, del cual el 74,9% era gasto público; en Francia se gastaba el 9,6% del PIB en salud, del cual el 76% era gasto público; en Suecia se gastaba en salud el 8,7% del PIB, del cual el 85,3% era gasto público; en el Reino Unido se gastaba en salud el 7,8% del PIB, del cual el 82% era gasto público; en Costa Rica se gastaba el 7,4% del PIB en salud, del cual el 71% era gasto público. En nuestro país, en estricto rigor, el gasto total es del 7% del PIB, del cual sólo el 20% es gasto público; el resto, es decir, el 80% proviene de los propios beneficiarios, ya sea a través de sus cotizaciones o directamente de sus bolsillos.

-Eficiencia del gasto en salud

Como se pudo comprobar con la información entregada a la Comisión, el presupuesto asignado a salud aumentó en forma notoria; sin embargo ¿Aumentó la productividad en la salud pública? Para determinar ello es necesario revisar los siguientes antecedentes:

1. Control de hipertensión arterial período 2002-2007: En ese lapso dicho control ha aumentado a casi el doble, llegando a la cifra de 1.277.425 personas, en 2007.

2. Aumento atención cardiovascular período 2005-2008:

- Angioplastías: 116%,
- Corionagrafías: 56%; y
- Cirugías cardiovasculares: 28%.

3. Aumento producción hospitalaria lapso 2004-2008:

- Colelitiasis-mayores y menores de 65 años: 39%;
- Cataratas: 151%;
- Hernia abdominal infantil y adulto: 16%;
- Prolapso uterino en menores de 65 años: 39%; y
- Endoprótesis total de cadera: 206%;

4. Aumento producción hospitalaria período 2001-2005:

- Tomografía axial computarizada: 154%;
 - Exámenes de laboratorio: 13%; y
 - Cirugías mayores: 8%.
5. Aumento producción hospitalaria lapso 2005-2007:
- Coronariografías: 42,2%
 - Angioplastías: 92,2%
 - Problemas en la eficiencia del gasto en salud.

Es difícil poder enjuiciar la productividad en salud aislada del concepto de calidad (seguridad) de la prestación. Sin embargo, no puede dejar de señalarse que, evidentemente, se puede mejorar la gestión de los actuales recursos a fin de optimizar su utilización.

Se necesita hacer una redistribución del gasto destinado a salud; debe primar un concepto de salud pública que fortalezca las acciones de promoción, prevención y atención primaria. Los costos siempre crecientes en la atención secundaria y terciaria deben ser cautelados a través de protocolos de atención y medicina basada en la evidencia, a fin de racionalizar las terapéuticas médicas.

Si bien el total de egresos hospitalarios durante el período 2001-2005 tuvo un crecimiento de sólo 3,93%, es importante destacar que actualmente los problemas de salud enfrentados en cada caso corresponden a situaciones de mayor complejidad, en muchos casos, con pacientes polipatológicos, que ha obligado a modificar la cartera de servicios de los hospitales, agregando gran cantidad de productos intermedios para el adecuado diagnóstico y tratamiento de cada persona que, habitualmente, son de alto costo y están asociados a la necesidad de personal más calificado y costoso.

Los incumplimientos en las enfermedades Ges, la leve alza de egresos hospitalarios en los últimos ocho años, y la baja resolutivez que se evidencia en la atención primaria sugieren que, en relación a eficiencia en el gasto en salud, aún hay mucho que hacer.

Los indicadores de salud pública (esperanza de vida, mortalidad infantil y mortalidad materna) dan cuenta no sólo de las actuales políticas de salud, sino también de la implementación de medidas en políticas sociales, y de avances tanto en materia de educación, como en materia económica, e incluso en políticas de vivienda. Por todo ello, es necesario evaluar la eficiencia en salud bajo otros parámetros, como los señalados a continuación:

-Es imposible separar el concepto de productividad si no se analiza la calidad de la prestación (ejemplos: un anestesista por pabellón, introducción de tecnologías de punta, entre otros).

-Limitada capacidad de gestión en la administración hospitalaria.

-Alta incidencia de ausentismo laboral en los hospitales (el sistema registra, en promedio, 20 días de licencia médica anuales por funcionario).

-Baja validación, en el área de administración, de las jefaturas de las unidades y servicios que, de mantenerse, será un escollo insalvable en la gestión de camas del modelo de atención de camas indiferenciadas.

-Sin perjuicio del avance que constituye el sistema actual, que asocia metas con el desempeño colectivo, parece insuficiente como estímulo de productividad. Por ello, se hace necesario desarrollar elementos que permitan asociar las remuneraciones a los rendimientos personales, a fin de aumentar la eficiencia.

-Se debe reestudiar el sistema de calificaciones, y la creación de un instrumento que permita un estímulo al rendimiento personal de excelencia.

-Se debe evaluar la actual política de recursos humanos, a la luz del Estatuto Administrativo, del sistema de remuneraciones y de la productividad, tendiente a corregir falencias de especialistas y enfermeras.

III. Estructura Hospitalaria.

-Recursos físicos.

En materia de salud pública, nuestro país se divide en 28 Servicios de Salud, a los cuales se suma el de Chiloé, que se encuentra actualmente en formación. En relación a los recursos físicos, la composición es la siguiente:

-Recintos Hospitalarios:

-60 de alta complejidad;

-23 de mediana complejidad;

-99 de baja complejidad; y

-14 hospitales delegados.

-Establecimientos ambulatorios de salud:

-1168 Postas de salud rural;

-572 Centros de salud urbanos y rurales;

-200 Servicios de atención primaria de urgencia (Samu);

-144 Centros de salud familiar (Cesfam);

-44 Centros de salud mental;

-6 Centros de referencia mental (CRS); y

-4 Centros de diagnóstico terapéutico.

Respecto de los hospitales, se constata que un grupo importante de ellos, construidos hace más de cincuenta años, se encuentran en una situación de franca obsolescencia, y requieren de una pronta reposición para adecuarlos a los nuevos estándares de atención. Otros, de más reciente data, presentan problemas de infraestructura variable, por falta de mantenimiento adecuado, que se debe solucionar para que su planta física tenga pleno uso. Especial mención merecen los hospitales de baja complejidad, cuya funcionalidad en la red debe ser revisada, adaptándola a cada realidad local y aumentando su nivel de resolutivez en las cuatro especialidades básicas.

-Problemas en la infraestructura.

La Comisión Investigadora tuvo la posibilidad de acceder a la información que daba cuenta de la infraestructura actual y la que se proyecta para los años venideros, lo que permitió conocer los recursos físicos disponibles, y los proyectos que se encuentran en movimiento.

Sin embargo, de igual modo se presentaron antecedentes que dan cuenta de los problemas que se han suscitado en los diversos establecimientos que componen la red pública de salud, los cuales son los siguientes:

-En relación a mantención, el Minsal informó que durante 2008 se han destinado \$ 2.885.569.000 para el arreglo de los hospitales; y \$ 1.778.000 para reparar diversas deficiencias en la atención primaria de salud. Dicha suma demuestra la asignación de recursos para hacer frente a los diversos problemas que se presentan en la red pública. No obstante, en el transcurso de la investigación se aclaró que la “mantención” corresponde, en primer lugar, a los directores de los establecimientos, y que según información que dispone el Jefe de la División de Presupuestos e Inversiones del Minsal, los montos asignados para esos fines en los hospitales en numerosas ocasiones no se destinan a dichos objetivos.

-Certificaciones y acreditaciones de los centros de salud: El decreto supremo N° 161, de 1982, de Salud, establece las condiciones exigibles para el correcto funcionamiento de los establecimientos de salud. Hay antecedentes que un número importante de ellos funciona sin la correspondiente autorización sanitaria, siendo imprescindible avanzar en la regularización del cumplimiento de este requisito. La norma reglamentaria respectiva todavía se encuentra en trámite de dictación.

Respecto de la acreditación de los centros asistenciales, cabe señalar que es un proceso tremendamente retrasado, y sin el cual no es posible hablar de calidad en las prestaciones que se realizan.

-Problemas en el equipamiento.

A pesar del importante esfuerzo en la adquisición de equipamiento, especialmente en imagenología, se constata -con las visitas inspectivas efectuadas- un nivel de deterioro de éste, similar al existente en infraestructura física.

-Camas hospitalarias.

El número total de camas en hospitales, al 11 de junio de 2008, es de 26.832 unidades, de las cuales 1.479 (de acuerdo a la expansión proyectada a fines de año) corresponden a camas críticas. En otras palabras, hay 1 cama por cada 560 habitantes, y 1 cama crítica por cada 10.100 habitantes.

Hacia 1990, el sistema público de salud disponía de 30.000 camas (1 por cada 400 habitantes). Dicha baja, justificada por el Ejecutivo debido al cambio del perfil demográfico y epidemiológico, no es entendible dado el hecho evidente del aumento de las expectativas de vida, y de que el referido cambio, aumenta el número de hospitalizaciones por enfermo y hace cada vez más compleja la atención de un paciente portador de polipatologías. Si bien, los avances tecnológicos permiten la ambulatorización de muchos tratamientos, el aumento de edad y la complejidad de las patologías que requieren atención hace necesario revisar las reales necesidades del sistema.

El Ministerio anunció, el 16 de junio de 2008, que para fines de año habría un incremento de 430 camas nuevas (250 de ellas en Santiago), más el cambio de complejidad de otras, cifra que es menor que el déficit actual que de acuerdo a la información oficial del año 2007, es de 100 camas UCI y 366 camas UTI, sin mencionar camas de urgencia e indiferenciadas. Hoy no existe el personal de salud preparado para dicho aumento, sobre todo, de enfermería, y no hay certeza de que se contará con él en forma rápida.

-Recursos Humanos

Situación actual. De acuerdo al Comité de Educación Superior de la Academia Chilena de Medicina, actualmente existen más de 25.000 médicos trabajando en el país, de los cuales cerca del 13% (3.239) ha obtenido el título fuera de Chile; 8.649 han certificado su especialidad correspondiente ante la Corporación Nacional de Especialidades Médicas.

Incluso, de acuerdo al Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el promedio de médicos en Chile es mayor al del resto de los países de Latinoamérica, siendo superado sólo por Cuba (1 por 169), Argentina (1 por 332), Uruguay (1 por 274), México (1 por 505), y Venezuela (1 por 515).

Ahora bien, de acuerdo a lo informado a la Comisión por el Minsal, en Chile se están formando 1.074 especialistas: de ellos, 700 a través del sistema nacional de becas (financiado por el Minsal), 374 a través de cupos entregados por las Universidades a los Servicios de Salud, y 228 con financiamiento mixto (Minsal y Servicios de Salud). Sin embargo, actualmente, existe un déficit aproximado de 1.500 jornadas completas de atención médica.

A objeto de hacer frente a esa situación, la Ministra informó que se han tomado las siguientes medidas durante este año:

- Facilidades para la especialización, a médicos de atención primaria;
- Otorgamiento de ciento cinco becas de especialización a profesionales del área pública;
- Numerosas actividades de especialidad a las cuales tienen acceso los profesionales de la red pública que permiten obtener, para quienes las ejecutan, certificaciones en breve plazo;
- Publicación de la ley N° 20.261, que contempla mejoramientos en gestión hospitalaria y en las condiciones laborales de los médicos, y
- Anuncio presidencial de contratación de quinientos nuevos médicos especialistas a jornada completa en la red pública de salud, con un sueldo aproximado de \$ 2.500.000 mensuales.
- Problemas en la dotación de médicos.

De acuerdo a la información entregada a la Comisión, no se pudo obtener con claridad el dato sobre el déficit estimado de facultativos, ni respecto de las condiciones con que ingresarían los nuevos médicos al sector público. Ello se explica porque a pesar de la reciente dictación de una ley referente a las condiciones laborales, la situación aún está lejos de resolverse, a juicio de muchos invitados a la Comisión. En efecto, los representantes de los diversos gremios de la salud denunciaron la situación actual que impera al interior de los hospitales, donde la sobrecarga de trabajo, la relación con el nivel directivo, el equipamiento en mal estado y atrasado respecto a la tecnología actual, y las condiciones insatisfactorias para desarrollar su trabajo conspiran contra el buen ambiente laboral.

-Otros funcionarios de la salud.

Según los antecedentes obtenidos por la Comisión, existe un déficit en el número de funcionarios no médicos en la red pública de salud, que se agravará con el proceso de reconversión y aumento de camas hospitalarias.

-Reflexiones.

En lo que respecta a los recursos humanos disponibles en el sector público de la salud, la Comisión constató que, al margen del número actual de funcionarios, las condiciones laborales no son las esperadas. En ese sentido, debería someterse a discusión el sistema fijo de remuneraciones en base al horario trabajado, para pasar a un sistema flexible, con asignación de premios por desempeño, que incentive a los funcionarios a desarrollar su labor.

De la misma manera, se considera adecuado establecer regímenes laborales flexibles, que permitan desempeñarse tanto en el ámbito privado como en el público, con un sistema de bonos en los casos que opten por los turnos en los cuales se necesiten más profesionales.

Sumado a lo anterior, se considera apropiado establecer estímulos para retener a los profesionales y demás funcionarios en la red pública, permitiendo y facilitando las condiciones para que continúen con su desarrollo profesional, de modo que su trabajo pueda constituir un incentivo para obtener la acreditación necesaria.

De esa manera, se podrá efectuar una estimación sobre la actual disponibilidad de médicos y funcionarios en el país, y saber con mayor certeza si se necesitan más, en qué especialidad y en qué establecimiento hospitalario con mayor urgencia.

IV. Procesos.

-Listas de espera. La Comisión ofició a todos los Servicios de Salud del país, para obtener información referida a las garantías incumplidas y listas de espera existentes en los establecimientos bajo la competencia de cada uno de ellos, según un formato que distinguiera las

patologías GES y las no GES, con la debida especificación de si los tiempos de espera son de 30, 60, ó 90 días o más. Con ello, se buscó contar con los datos suficientes para poder contrastarla con el informe otorgado por la Consultora Altura Management el 12 de mayo pasado, el cual se llevó a cabo en base al análisis de 14 patologías GES⁷⁸, e igual número de enfermedades no GES⁷⁹, y a partir de ellos, efectuar una proyección con respecto al resto de las enfermedades no analizadas y de los servicios de salud que no entregaron la información solicitada por dicha consultora privada.

Según los datos recopilados por la Comisión, a septiembre de 2008, se concluye que la información obtenida por parte de los Servicios de Salud es muy dispar. Se analizan, en primer lugar, los resultados obtenidos respecto de las enfermedades no GES, para luego mencionar los alcances de las patologías GES:

a) Enfermedades No GES: De acuerdo a la información otorgada por 24 Servicios de Salud que entregaron documentación completa o parcial, se obtuvo la siguiente información:

-La implementación del sistema piloto unificado de enfermedades no Auge constituye un procedimiento que comenzó en 2008, por lo cual aún no existe un estándar único en la entrega de información de los distintos servicios de salud. Ello puede provocar que los datos aportados no siempre sean comparables, y que los antecedentes entregados no reflejen con exactitud los mismos datos ni que abarquen la misma cantidad de tiempo.

-De acuerdo a las cifras obtenidas en las distintas especialidades que reconoce el Minsal, se puede concluir que la lista de espera asciende a los 393.068 casos, lo que constituye un 6,12% del total de la actividad médica del año 2007. El porcentaje puede considerarse menor; sin embargo, no existen antecedentes sobre análisis previos con este nivel de impacto, por lo cual, no se pueden deducir conclusiones sobre un posible avance o retroceso en la atención pública en salud.

-En relación al análisis efectuado con respecto a la disponibilidad de horas de los especialistas por cada 100.000 habitantes, en los distintos Servicios de Salud, es posible advertir grandes diferencias entre las distintas regiones. Si bien el promedio nacional observado es de 2.600 horas disponibles, los indicadores extremos muestran que el mínimo se registra en el Servicio de Salud Arauco con 1.300 horas disponibles al año, muy lejano a las 5.000 horas que registra el Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

-De acuerdo a la comparación efectuada, es posible comprobar que los servicios metropolitanos son los que cuentan con la mayor disponibilidad de médicos a nivel nacional, lo que habla de la concentración de especialistas en la región donde se encuentra la capital.

b) Enfermedades GES: No se pudo obtener información concluyente. La razón es que de los oficios enviados a los 28 Servicios de Salud que existen en el país, sólo 19⁸⁰ de ellos en-

⁷⁸ Las patologías GES analizadas en el estudio son las siguientes: Diabetes Mellitus 1, Escoliosis, Cáncer de Testículo, Marcapasos, Equizofrenia, Cáncer de Próstata, Hiperplasia de Próstata, Endoprótesis de Cadera, Cáncer Gástrico, Retinopatía Diabética, Ortesis Adulto Mayor, Cáncer de Mama, Colectomía, y Cataratas.

⁷⁹ En lo que respecta a las enfermedades no GES consideradas, éstas fueron las siguientes: Endoprótesis de Rodilla, HNP, Hernias, Reemplazo Multivalvular, Angioplastía, Adenoidectomía, Colostomía, Hallus Valgus, Hemorroidectomía, Histerectomía, Litiasis Renal, Tiroidectomía, Varices, y Colostomía.

⁸⁰ Los servicios que cumplieron con entregar la información solicitada fueron los siguientes: Arica, Iquique, Antofagasta, Coquimbo, Viña del Mar-Quillota, Ñuble, Talcahuano, Arauco, Araucanía Norte, Valdivia, Llanquihue-Chiloé-Palena, Aysén, Magallanes, Metropolitano Central Metropolitano Norte, Metropolitano Occidente, Metropolitano Oriente y Metropolitano Sur Oriente.

tregaron los antecedentes solicitados, mientras que 981 Servicios de Salud simplemente no proporcionaron información alguna sobre listas de espera de las patologías GES, o señalaron que no las registran como listas de espera sino que como garantías vigentes (pues no procede listas de espera -de acuerdo a la ley-en estos casos). Con antecedentes tan limitados no es posible efectuar un análisis serio, cuyo estudio permita obtener conclusiones respecto al cumplimiento de la garantía GES de oportunidad.

Actualmente, Fonasa se encuentra desarrollando un sistema que permita fiscalizar los atrasos que se registran, en orden a poder clasificarlos en relación a si constituyen meros retrasos en la entrega de prestaciones que pueden ser subsanados, o bien si se trata de incumplimientos que deben ser solucionados de otra manera. Lo concreto es que información acerca de ese nuevo sistema no fue entregado hasta la fecha a la Comisión. De esta manera, la información susceptible de análisis es la entregada por la Superintendencia de Salud, la cual señala que durante el período 2005-2007, el sistema informático Sigges registró 7,43% (305.850 casos) de incumplimiento respecto del total de las prestaciones efectuadas en dicho lapso (4.115.643).

-Urgencias

De acuerdo a los antecedentes recibidos por la Comisión Investigadora, se pudo constatar que las atenciones de urgencia han disminuido de manera notoria con la creación de las unidades de atención primaria de urgencia (Sapu). Sobre el mismo punto, información oficial señala que en el período 2004-2007 las consultas de urgencia en hospitales que pueden ser resueltas en atención primaria han disminuido del 70% al 40%.

Como ejemplo, el médico especialista en urgencias a nivel público y privado, señor Leonardo Ristori, señaló a la Comisión que el número de atenciones de urgencia al día en el Servicio de Urgencia de la Asistencia Pública, la unidad más grande de urgencias de Chile, bajó de las 1.000 iniciales en el año 1985, a 600 prestaciones diarias actuales. Ahora bien, la disminución en el número de atenciones de urgencia no quiere decir que la dificultad haya disminuido, o que no se requieren tantos recursos como antes. El cambio demográfico y epidemiológico ha determinado la situación actual de las urgencias, según lo mencionó ese profesional. En efecto, el aumento en la complejidad de los casos que hoy se atienden, la gravedad en la cual se encuentran muchos pacientes, el aumento de adultos mayores que sobreviven a patologías antes mortales, obliga a extremar los recursos para dar respuesta a todos estos casos.

Aún así, el desempeño de las unidades Sapu no ha sido el esperado. Como ya fue mencionado en el apartado sobre atención primaria, el trabajo de la APS de urgencia adolece de baja resolutivez en sus atenciones. Sumado a ello, los pocos especialistas que trabajan en dichos centros no permiten entregar una atención de calidad en relación a las patologías o accidentes que se presentan en los recintos de atención. Además, es necesario recordar lo mencionado antes con respecto al hecho que no existe conectividad con la atención secundaria o terciaria, impidiendo de esa manera la derivación oportuna a la unidad especializada que cuente con disponibilidad.

Esos conflictos que se producen en la atención primaria de urgencia provoca que los problemas se multipliquen en las unidades de urgencia en la atención secundaria. De acuerdo a información oficial, se ha registrado durante 2008 (hasta el 30 de junio), del total de casos en

⁸¹ Nos referimos a los servicios de salud de Atacama, Valparaíso-San Antonio, Aconcagua, O'Higgins, Maule, Concepción, Araucanía Sur (Temuco), Osorno y Metropolitano Sur.

la red pública de salud, 84,5% de problemas que se puede resolver en APS, mientras que 15,5% corresponde a problemas de salud que requieren atención especializada.

Los antecedentes mencionados dan cuenta que, si bien ha disminuido el número de atenciones de urgencia en hospitales que debido a su complejidad podrían resolverse en atención primaria, la baja resolutivez de los Sapu impide seguir bajando los porcentajes. De este modo, la congestión de urgencias depende del nivel de resolución de la APS.

Sumado a lo anterior, el reducido número de especialistas que trabaja en sus dependencias es insuficiente para cubrir la exigencia actual; lo mismo ocurre con las camas, ya que el déficit de dicho equipamiento en este área es el que produce mayores deficiencias en la red de salud, por su gravedad y porque las camas son las más complejas de reconvertir, debido al equipo médico y a la alta tecnología que necesita. A ello se refirió el Presidente de la Sociedad Chilena de Salubridad Pública, señor Manuel Ipinza, al mencionar que al año 2007 existe un déficit de 100 camas UCI y 336 camas UTI.

En suma, de los antecedentes recogidos por esta Comisión, la baja resolutivez de la atención primaria, el número exiguo de especialistas, y las camas que se necesitan de manera perentoria, configuran un panorama complejo de resolver en las unidades de urgencia de los hospitales.

-Autogestión en red.

Dentro del marco de la Reforma a la Salud, la ley de Autoridad Sanitaria⁸² creó los hospitales autogestionados en red. Se trata de establecimientos que si bien son dependientes del Servicio de Salud respectivo, son descentralizados, lo que implica mayores grados de autonomía en la gestión, especialmente en los aspectos relacionados con la estructura y manejo tanto de los recursos humanos como materiales, lo que les permite funcionar de igual manera como parte de la red asistencial.

Dicha normativa establece que al 1 de enero de 2009, un listado de 56 hospitales deberán funcionar bajo el nuevo modelo, lo que significa mayores facultades a los hospitales en los ámbitos “(...) administrativo, financiero, de gestión de recursos humanos y de celebración de convenios⁸³”, pero también garantizando el cumplimiento de una serie de requisitos de gestión, capacidad de respuesta al GES, medición de costos, calidad y metas; mecanismos de participación y otros aspectos que se requieren para operar correctamente en el sistema de autogestión.

A pesar de la obligación legal, hasta la fecha sólo 11 del total del listado han cumplido con los requisitos exigidos para funcionar como hospital autogestionado. Los 44 restantes aún no cumplen con los estándares necesarios, no obstante lo cual deberán pasar a ser autogestionados, puesto que la norma legal lo establece así. La consecuencia, a juicio de varios invitados a la Comisión, como los ex ministros del ramo Osvaldo Artaza y Pedro García, será que se les exigirá a los directores de hospitales metas que no podrán cumplir, y con autonomía financiera; sin embargo, los problemas actuales impedirán un desarrollo armónico. Asimismo, los conflictos con los funcionarios crecerán de manera exponencial, lo cual refleja que el Minsal no tomó las medidas necesarias en el período 2005-2008 para lograr el efectivo cumplimiento del traspaso de los hospitales a la autogestión en red.

En la sesión del 19 de agosto de 2008, la Ministra señaló en relación a los hospitales autogestionados, que en el curso de este segundo semestre se trabajaría en un mecanismo que

⁸² Ley 19.937, publicada en el diario oficial el 24 de febrero de 2004.

⁸³ “Hospitales Autogestionados”, Clínicas & Entidades de Salud Privadas A.G., Serie Temas de Coyuntura, N° 9, julio, 2008, Santiago, Chile.

no impida el cronograma de certificación, pero sí que flexibilice su gestión. En suma, al parecer, se disminuirán las exigencias de la autogestión de los hospitales en red, lo que permite concluir que no se puede afirmar de manera categórica que existe una solución concreta por parte del Minsal para solucionar el dilema de la certificación de los futuros hospitales autogestionados en red.

-Programa de concesiones hospitalarias.

La discusión acerca del diseño, construcción y mantenimiento de los recintos hospitalarios a través del sistema de concesión, se llevó a cabo durante el transcurso de la tramitación de los proyectos que formaban parte de la reforma a la salud (período 2002-2004). Cabe aclarar que los privados que se adjudican la concesión deben encargarse del diseño, construcción, y mantenimiento del inmueble, además de la externalización de servicios no médicos, como seguridad, alimentación e higiene. Fruto de dicho debate, se anunció por parte del entonces Ministro de Salud, Pedro García, el comienzo de la etapa de las concesiones hospitalarias, la cual se iniciaría con el Complejo Hospitalario Salvador Infante.

Los estudios efectuados para su construcción terminaron a fines de 2005, de modo que bastaba sólo la autorización ministerial para la ejecución de las obras. Sin embargo, el proyecto se suspendió de manera indefinida. El programa de concesiones se volvió a impulsar en 2008, cuando se anunció por parte del Minsal, en las sesiones correspondientes de la Comisión investigadora y a través de los medios de comunicación, la construcción de los establecimientos de La Florida y de Maipú por un costo total de US\$ 218.000.000 millones⁸⁴. Sobre el proyecto del Hospital Salvador nada se mencionó.

Sin embargo, en información de prensa del 21 de julio de 2008, se anunció por parte del Minsal la reconstrucción del Hospital Salvador con recursos exclusivamente públicos, a un costo aproximado de US\$ 310.000.000, información que no se dio inicialmente a la Comisión, sino hasta el 18 de agosto, cuando el Subsecretario de Redes Asistenciales, Ricardo Fábrega, justificó el cambio en el sistema utilizado para llevar a cabo el proyecto de reposición del Hospital. Señaló que la magnitud del proyecto, en relación a las complejidades del sistema de concesiones, hacía más riesgosa la ejecución del plan, por lo cual se optó, finalmente, por comenzar con proyectos de menor impacto, de manera de ir subiendo gradualmente las exigencias en el tiempo. Además, se explicó que el proyecto del año 2004 consideraba valores cuyo reajuste actual encarece en forma sustancial los costos, y además los estándares que exige el Minsal son más altos hoy que los considerados cuatro años atrás.

Los antecedentes recogidos por la Comisión revelan el cambio de política del Minsal para llevar a cabo el programa de concesiones. El sistema de concesiones hospitalarias ha visto retrasado el comienzo de su ejecución durante dos años. El proyecto emblema, el Salvador-Infante, que encarnaba esta nueva etapa, no se llevó a cabo por la vía de concesiones. Si bien se dieron a conocer razones por las cuales se modificó el proyecto del complejo ubicado en la comuna de Providencia, la Ministra reconoció, el 19 de agosto pasado, que se pueden abaratar costos en algunos servicios, que están abiertos a analizar la situación, lo que implica que el detalle de costos que presentó el Subsecretario no es definitivo y que, por lo tanto, se puede modificar el nivel de gastos necesarios para la ejecución de las obras manteniendo la calidad del proyecto.

Asimismo, esta Comisión manifestó su preocupación por el aumento de costos del metro cuadrado hospitalario en general y, en especial, en el caso del complejo Salvador Infante, lo que se analizó con el Jefe de la División de Presupuestos e Inversiones del Minsal y el Sub-

⁸⁴ Información aparecida en los medios de comunicación el 20 de mayo de 2008.

secretario de Redes Asistenciales, por su implicancia en el ejercicio presupuestario del año 2009.

-Complementariedad público-privada.

Otro de los temas tratado con especial preocupación fue el uso de los recursos públicos asignados a Fonasa y a los Servicios de Salud en la compra de servicios al sector privado.

Al respecto, se considera conveniente tener en cuenta la siguiente información oficial:

-Porcentaje del presupuesto total destinado a compras de servicios: Fonasa: 2,8%, que equivale a, aproximadamente, \$ 59.000.000.000; Servicios de Salud: 9,1% del programa de prestaciones valoradas, lo que equivale en forma aproximada a la misma cifra anterior.

-Convenios de provisión de prestaciones médicas: En caso que se requieran más recursos, se pueden celebrar convenios con instituciones privadas. Para ello, de acuerdo a la partida de salud, el presupuesto asignado al año 2008 asciende a la suma de \$ 59.428.000.000.

-Las compras de los servicios de salud a privados representan en la actualidad un monto ligeramente menor al 20% del gasto de lo asignado por la Ley de Presupuestos, al ítem de Bienes y Servicios de consumo del Minsal, que para el año 2008 es de \$ 562.298.912.000.

Durante los últimos tres años se ha experimentado un aumento en la destinación de recursos públicos para pagar servicios privados, lo cual se explica según el Ministerio por la implementación gradual del GES, por la necesidad de ampliar el número de camas durante las campañas de invierno, y por los mayores costos que ha involucrado el cambio en el modelo de atención del programa de salud mental.

Problemas detectados por la Comisión en la complementación público-privada. Las cifras globales expuestas recientemente no dan cuenta con exactitud del número de compra de los servicios utilizados, y de centros que requieren mayor cantidad de prestaciones otorgadas por prestadores privados. De acuerdo a lo señalado por el Minsal a la Comisión, un porcentaje categórico es usado en compras de servicios de diálisis, subiendo del 83% del total en 2005 al 94% en 2008; pero del resto de las compras no se obtiene referencia alguna. La información solicitada por la Comisión es de relevancia debido a que debe primar el uso eficiente del presupuesto asignado a salud. Al respecto, la representante de la Asociación de Clínicas & Entidades Privadas A.G., señaló que no tiene sentido que en un país con recursos escasos exista duplicidad de infraestructura y servicios, ya que el objetivo debe ser el apoyo constante de un sector al otro en las ventajas comparativas, para entregar salud de calidad. Es urgente para ello profundizar la complementación.

Por lo anterior, no son alentadoras las cifras presentadas por el Minsal, que señalan que durante el año 2005, el 26% de las prestaciones del Auge fueron otorgadas por prestadores privados, mientras que en el 2007 sólo el 17%. Los problemas que ha experimentado recientemente la red pública, y en especial el otorgamiento adecuado de las garantías Auge, ha demostrado a los integrantes de la Comisión que la complementariedad del sector público y privado es el camino indicado para avanzar en el desarrollo de la atención de salud en Chile.

Por último, de acuerdo a la información entregada por dicha Asociación, los beneficiarios de Fonasa optan por el sistema privado cuando tienen las facilidades para ello. A modo de ejemplo, citó el caso de la modalidad libre elección del sector público, en donde sólo el 10% de las hospitalizaciones se produce en el sector privado, a diferencia de las prestaciones ambulatorias, consultas y exámenes, que se elevan al 44% del total. La razón se debe a que cuando la persona se debe hospitalizar, el arancel de Fonasa cubre muy poco. Por ejemplo, en un día cama cubre aproximadamente \$ 3.000. No cubre medicamentos ni insumos de los hospitalizados. Por lo tanto, la persona no puede seguir ejerciendo su deseo o libre demanda,

porque ya no puede pagar. Esto explica que la llamada “libre elección” no es tal, ya que limita mucho la baja cobertura en hospitalización. En cambio, cuando el Fonasa dio inicio al sistema de Programas Asociados al Diagnóstico (PAD), permitió en forma creciente la utilización de prestadores privados. Basta ver las cifras: en 1999, la gente demandó 8.407 PAD, y en 2006, 54.141, lo que demuestra que la demanda ha crecido de manera importante.

-Información, informatización y fiscalización.

De acuerdo a los antecedentes recabados por la Comisión, es posible aseverar que el sistema informático no tiene la cobertura necesaria. En ese sentido, todo el esfuerzo realizada a través de las modificaciones legales -en particular del Auge y su coordinación de redes asistenciales-, es imposible que sea llevado a la práctica si no se irrumpe fuertemente en materia de tecnologías de la información y de sistemas de manejo moderno de la evaluación y fiscalización de la gestión en salud.

Información estadística. Los hospitales manejan gran cantidad de información en forma electrónica, sin embargo no se utiliza de manera integrada. Se trata, en consecuencia, de compartimentos estancos que no se conectan entre sí; tampoco hay integración con el nivel primario. Un alto número de interconsultas se pierden, lo que fue reconocido por la Ministra de Salud, quien afirmó que el aislamiento de los Servicios de Salud les impide llevar un registro acabado de las compras efectuadas.

En lo que respecta al trabajo de la Comisión, uno de los principales problemas fue contar con información oportuna y antecedentes fidelizados. La entidad investigadora realizó esfuerzos importantes para homogeneizar los datos y los antecedentes reunidos. Al respecto, y del mismo modo como se explicó en el apartado sobre listas de espera, el Minsal señaló que se encuentra desarrollando el Sistema de Información para la Red Asistencial (Sidra), el cual debería abarcar los siguientes puntos:

- Sistema de referencia y contra referencia;
- Agenda;
- Sistema de registro de población bajo control y sus atenciones en la red asistencial;
- Sistema de registro de atenciones de urgencias;
- Sistema de dispensación de fármacos;
- Sistema de gestión de camas y pabellones;
- Sistema de gestión de aislamiento;
- Diálogo con sistema Sigges del plan GES.

Si bien su implementación se considera un avance en temas de información estadística, hoy se encuentra en fase de programa piloto en los puntos 1 y 3, por lo cual no es posible obtener conclusiones, sobre todo en consideración a que el Minsal pretende que el sistema esté operativo recién en 2010, fecha muy lejana para los urgentes requerimientos de hoy.

Evaluación de la información disponible. En sesión de 19 de agosto de 2008, la Ministra de Salud señaló que los controles por patología se efectúan sólo dentro del plan Auge. En información desagregada, se precisó que sólo se lleva el registro del total de intervenciones quirúrgicas mayores o menores, de urgencia o selectivas.

El problema es que, si bien existe sólo un control de las patologías a través del GES, el sistema informático a cargo (SIGGES), presenta muchas dificultades en su funcionamiento, lo cual ha provocado variadas críticas de los invitados a la Comisión, e incluso se analizó durante el año 2007 por la Cámara de Diputados, en el marco de la Comisión Investigadora del Auge. A tres años de su puesta en marcha, continúa con muchos problemas. El Minsal señaló ante la Comisión que los conflictos con el SIGGES se debían, principalmente, a dos

razones: i. Error humano en la digitación de la información obtenida, y ii. Negativa de profesionales médicos a cumplir con la documentación escrita necesaria para realizar el proceso de cierre de garantías (aludiendo a que existen otros funcionarios encargados de dicha tarea).

Aún así, los continuos problemas que se producen en el sistema informático no justifican los recursos destinados y el tiempo concedido a dicha plataforma para que opere en forma eficiente, lo cual constituye un serio elemento a considerar a la hora de evaluar la gestión de salud.

Fiscalización de la gestión en salud. El 12 de mayo de 2008, el Superintendente de Salud entregó antecedentes a la Comisión sobre las competencias de esa entidad fiscalizadora. En efecto, dicha institución investiga todas las actividades que realizan las isapres, a diferencia de lo que ocurre con Fonasa, caso en el cual controla sólo las patologías dentro del plan GES. Esto ya produce por sí mismo una situación irregular. Sin embargo, ello no es todo, ya que en casos de incumplimiento de las garantías GES, la Superintendencia puede llegar a multar a los prestadores privados, algo que no puede hacer en el sector público, ya que la ley le permite sólo efectuar una amonestación administrativa.

De esa manera, el organismo fiscalizador autónomo, cuyo titular es nombrado a través del Sistema de Alta Dirección Pública, no ejerce una labor de control efectiva y simétrica. Dicha institución controla a isapres y a Fonasa, pero depende del Ministerio de Salud. A los prestadores privados se les fiscaliza todo su actuar, en cambio a los prestadores públicos sólo respecto a enfermedades cubiertas por el sistema GES.

Las medidas que se deben adoptar en esta materia son claras a la luz de los testimonios recibidos por la Comisión: Se debe otorgar mayores facultades a la Superintendencia de Salud, en orden a permitir una fiscalización amplia, tanto a Fonasa como a las isapres, de modo que pueda realizar análisis más objetivos del funcionamiento de los sectores público y privado de salud.

V. Índice de satisfacción del usuario en materia de acceso, calidad y protección financiera

En materia de satisfacción ciudadana, la Comisión recibió sondeos de opinión de prestigiosas instituciones que dan cuenta de la percepción que tienen los chilenos acerca del funcionamiento de la salud nacional. Al respecto, se consideraron cuatro encuestas:

Ellas fueron las siguientes:

Encuesta de la Superintendencia sobre redes de prestadores AUGE: Encuesta anual de la Superintendencia de Salud, efectuada -la última- en diciembre de 2007.

Encuesta Adimark GFK: Encuesta evaluación de gobierno (abarca todas las áreas de gobierno). Se realiza mensualmente, por teléfono, sobre un universo de un poco más de mil encuestados mayores de edad, distribuidos en las diecisiete principales ciudades de Chile.

Estudio Adimark GFK y Clínica Las Condes: La encuesta se hizo en una muestra de 402 personas de entre 18 y 65 años, de los estratos socioeconómicos ABC1, C2, C3 y D, y usuarias de diferentes centros de salud en las distintas comunas de la capital. El 27% es usuario de isapre; el 68%, de Fonasa. Sus resultados se presentaron el 16 de mayo de 2008.

Encuesta Libertad y Desarrollo: Esta encuesta, de carácter telefónico, se realizó el 15 de julio de 2008 a personas mayores de 18 años, de cuarenta y siete comunas urbanas, correspondientes a las principales ciudades, que representan el 70% de los hogares del país (2.800.000).

Las materias consultadas fueron las siguientes:

i. Gestión del gobierno en materia de salud: En relación a la gestión de gobierno en materia de salud, hubo una encuesta que abordó dicha pregunta, la cual fue la de Adimark GFK sobre evaluación mensual de gobierno. En ella, el nivel de aprobación más bajo se produjo en el mes de mayo, cuando obtuvo el 32,5% de aprobación. Esa cifra se explica, principalmente, por la situación ocurrida con el caso Curepto, al comienzo de la labor de la Comisión Investigadora.

En los meses siguientes, el porcentaje subió hasta llegar al 41%, durante junio y julio de 2008; sin embargo, en la reciente versión publicada del mes de agosto, el nivel de aprobación bajó hasta alcanzar el 34,1%, muy cercano a mayo pasado.

ii. Satisfacción sobre el sistema de salud: La encuesta de Libertad y Desarrollo obtuvo que el 76% de los encuestados, es decir 3 de cada 4, independientemente si son de Fonasa o de Isapre, perciben que las personas están insatisfechas con la atención de salud que reciben.

iii. Confianza en las instituciones de salud: Fue abordado por la encuesta de Adimark GFK en conjunto con Clínica Las Condes, en relación a las siguientes instituciones de salud:

-Isapres: 10% de aprobación;

-Hospitales públicos: 17% de aprobación,

-Médicos de la red pública de salud: 42% de aprobación; y

-Clínicas privadas: 63,5% de aprobación.

iv. Uso adecuado de recursos: La encuesta Libertad y Desarrollo preguntó por el uso de los recursos destinados a salud: el 58% de los entrevistados señaló que cree que los mayores recursos que se han destinado a salud están mal o muy mal administrados por el Estado.

v. Gestión Hospitalaria: La misma encuesta anterior abordó el tema de la gestión en los servicios de salud, con el siguiente resultado:

-Hospitales públicos: el 70% considera que esta tarea se lleva a cabo de forma ineficiente;

-Labor de la Superintendencia de Salud: el 66% de las personas consultadas cree que no cumple su rol de fiscalización de los hospitales públicos y privados, mientras que el 16% opina que sí lo cumple, y el 16% no sabe.

vi. Las preocupaciones de los encuestados en materia de salud: La encuesta de Adimark en conjunto con Clínica Las Condes efectuó preguntas en relación al tema. Las conclusiones fueron las siguientes:

-Lo más importante: Lo que más valoran las personas en la construcción de confianzas es “la buena atención, el buen trato” (18% de los votos); seguido de “que les dediquen tiempo” (15% de los votos) y “que les den explicaciones claras” (13% de los votos);

-Lo más negativo: “Mucha espera para ser atendido” (65,8% de los votos), seguido de “mala atención” (39,7% de los votos) y, en tercer lugar, “no dan buenos diagnósticos” (24,1% de los votos);

- Los aspectos negativos más frecuentes: 61,8% de los encuestados ha tenido que esperar mucho una atención de salud, a pesar de haber pedido hora, y de ellos, el 51% no hizo nada; 25% ha sufrido un diagnóstico erróneo; 15,6% sufrió un rechazo al intentar ser atendido; y 8,3% ha tenido problemas en los cobros de la atención.

vii. Auge: Por último, en relación al plan GES, hubo dos encuestas que consultaron sobre el tema, por lo cual se dividen las respuestas:

-Estudio Libertad y Desarrollo: Se consultó sobre el conocimiento de las patologías GES y la información general sobre el plan:

a. Conocimiento de patologías: el 34% de los cotizantes del sistema de salud privada, y el 43% de Fonasa no sabe qué prestaciones están incluidas en el programa.

b. Información sobre el Auge: el 84% de los encuestados de isapres y 73% de Fonasa cree que hay poca información sobre el Plan Auge.

-Estudio Superintendencia de Salud: La encuesta, que se enfocó principalmente en el tema Auge, pudo obtener los siguientes resultados, dependiendo si se trata de usuarios Fonasa o ISAPRE:

- a. Conocimiento Auge: Lo afirma conocer el 78% Fonasa, y el 88% isapre;
- b. Conocimiento plazos de atención: 28% Fonasa y 48% isapre afirman conocerlo;
- c. Conocimiento instancias de reclamo: 16% Fonasa y 31% isapre afirman conocerlo.
- d. Satisfacción con prestadores usuarios: 91% Fonasa y 87% isapre afirman estar satisfechos; y
- e. Satisfacción con plazos de atención: 87% y 91%, respectivamente, afirman estar satisfechos.

-Reflexiones.

1) Al analizar las encuestas, llama la atención que la que presenta los resultados más positivos es la Superintendencia de Salud, organismo fiscalizador del sistema de salud, pero dependiente del Minsal.

2) Todas las otras encuestas indican un alto grado de reprobación al sistema de salud, a la gestión hospitalaria, además de un nivel de insatisfacción notorio (independiente del sistema de salud), y poca confianza en las instituciones públicas.

En definitiva, la Comisión observa, a partir de las encuestas, que la ciudadanía está insatisfecha con el sistema de salud que tiene, y que no confía en los establecimientos públicos de salud.

VI. Hospitales Visitados.

Durante el transcurso de la investigación, la Comisión realizó visitas inspectivas a diversos hospitales del país, con el objeto de conocer y analizar el estado de las recintos actualmente en funcionamiento. Ellos fueron los siguientes: Complejo Hospitalario San José, Félix Bulnes, Exequiel González Cortés (todos de la Región Metropolitana), Dr. Enrique Torres Galdames (Iquique), Comunitario Dr. Hector Reyno (Alto Hospicio), Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta), Dr. Carlos Van Buren (Valparaíso), y Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Mercedes (Chimbarongo), San Vicente (San Vicente de Tagua Tagua), Hernán Henríquez Aravena (Temuco), y Victoria (Victoria).

Si se revisan las fechas de construcción de dichos recintos, se puede apreciar mucha disparidad:

-Complejo Hospitalario San José: construido en el año 1874, pero la reposición del mismo data del año 1999.

-Dr. Leonardo Guzmán: Inaugurado el año 1981.

Félix Bulnes: Construido en el año 1939, habilitado como hospital el año 1944, inauguración de torre el año 1980, y en el año 1984 se terminó de remodelar el edificio.

-Dr. Hernán Henríquez Aravena: Construido en el año 1933, ha sido objeto de diversas remodelaciones hasta el año 2007.

-Victoria: Inaugurado en el año 1961.

-Enrique Torres Galdames: Comenzó en el año 1918 como hospital de beneficencia, para luego, después de sucesivas modificaciones, inaugurar el nuevo recinto en el año 1995.

-Gustavo Fricke: Construido en el año 1878, ha sido objeto de diversas modificaciones, la última de ella el año 1993.

- Exequiel González Cortés. Comenzó con las primeras instalaciones en 1950.
- Carlos Van Buren. Construido en la década de 1830; fue ampliado con las Torres Quirúrgica en 1976 y Médica en 1982.
- Mercedes de Chimbarongo: Su construcción comenzó en 1908, y se inauguró por completo en 1916.
- San Vicente de Tagua Tagua: Data de 1969.

De acuerdo a las actas suscritas con ocasión de las visitas, es posible constatar que todos los establecimientos presentan problemas de diversa gravedad en lo que se refiere a diseño, infraestructura, mantenimiento y renovación de equipos médicos, sobrecarga de trabajo, relación entre los funcionarios y los profesionales médicos, en calidad de los directores (titulares o suplentes), entre otros.

Lo anterior permite a la Comisión constatar que antes de ejecutar la totalidad de los proyectos presentados por el Minsal para los años venideros, se debe dar respuesta clara, y entregar los recursos necesarios a los actuales recintos de salud, de modo de no seguir construyendo unidades de atención que posteriormente no serán capaces de responder a la demanda creciente que se produce, y de renovar su equipamiento.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

Como consecuencia de la investigación efectuada por la Comisión, es posible afirmar de modo conclusivo que estamos ante una situación preocupante y crítica en algunas áreas y recintos hospitalarios que, a través de esfuerzos financieros, de gestión y legislativos, es perfectamente subsanable en el mediano plazo.

La Comisión estima que, a pesar de la condición prioritaria en la cual se encuentra el sector salud, los actuales niveles de resolutivez en la atención primaria, la precariedad del plan de promoción de conductas saludables y de autocuidado a nivel nacional, el déficit de camas críticas y de hospitalización prolongada, la falta de especialistas en el sistema público y su inequitativa distribución a nivel nacional; las voluminosas listas de espera en patologías no comprendidas en el Ges y los plazos vencidos en aquellas consideradas en dicho régimen, así como la deteriorada infraestructura de algunos hospitales, sugieren cambios urgentes en materia sanitaria, que permitan una mejor capacidad de gestión, la optimización de los recursos financieros, físicos y humanos, con control de gastos y de proyectos ejecutados, la instauración de un moderno portal informático con una plataforma común que integre toda la red asistencial y recopile la información que permita una adecuada planificación, gestión y evaluación en salud y una mayor complementación público-privada para establecer alianzas en materias en que el sector público no está en condiciones de proporcionar un servicio de calidad.

Lo anterior, obedece a la evaluación del cumplimiento de los objetivos sanitarios realizada a mediados de la década, y a que pese a los esfuerzos efectuados, es posible distinguir un estancamiento en algunos de los indicadores relevantes asociados a las metas, especialmente, vinculados a temáticas que demandan un efectivo cambio cultural para su enfrentamiento. Sobre el particular, el Ejecutivo ha señalado que se encuentra desarrollando un significativo proceso de análisis de la estrategia implementada y de la sinergia que entre ellas se produce, de manera de asegurar una pronta redefinición de ámbitos específicos que incrementen el impacto de la política pública.

Por lo expuesto, la Comisión ha acordado efectuar las siguientes recomendaciones:

Atención primaria.

1) Aumentar la capacidad resolutive y la calidad de la atención, para lo cual se sugiere corregir la carencia en recursos humanos mediante la contratación de más horas, profesionales y no profesionales, a las actualmente existentes, e incorporar médicos de las especialidades básicas al modelo de atención de salud familiar.

2) Corregir las falencias en recursos humanos, especialmente, el déficit de horas de distintos profesionales de la salud, mediante la contratación de un número significativo de especialistas de media jornada, para poner fin a la sobre demanda de los servicios de urgencia que colapsa los hospitales, y a las derivaciones e interconsultas innecesarias hacia los niveles secundario y terciario.

3) Duplicar el per cápita basal, de modo que permita financiar una buena atención al usuario y garantizar la cobertura de los gastos fijos en administración y gestión de la atención primaria, tales como las remuneraciones del personal a un costo razonable, los insumos, y la entrega equitativa de prestaciones a los ciudadanos. Ello, con la finalidad de destinar el aporte municipal, en la medida de lo posible, a solventar mejoras adicionales en salud por sobre el estándar general.

4) Fortalecer y modernizar un sistema eficiente de control del gasto y de evaluación de la gestión y de los programas.

5) Mejorar la articulación y la coordinación dentro de la red asistencial, entre los distintos niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria), para evitar la duplicidad de esfuerzos.

6) Avanzar en la informatización de la atención primaria, a la luz de la experiencia piloto que se proyecta utilizar por el Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

7) Exigir a los médicos que se desempeñan en la atención primaria la rendición del examen único nacional de conocimientos de medicina. Asimismo, exigir un período mínimo de permanencia de tres años en el cargo, en el caso de los médicos extranjeros.

8) Mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria de urgencia (Sapu) con la finalidad de descongestionar los servicios de urgencia de los hospitales.

9) Asegurar la existencia adecuada de insumos y avanzar en la implementación de una política general de medicamentos y en la capacidad del Estado para garantizar la bioequivalencia, como una forma de abaratar los costos y mejorar la disponibilidad de aquéllos. Similar situación se produce frente a la falencia de los exámenes de diagnóstico (de laboratorio e imagenología), cuyo acceso debiera darse en este nivel de atención primaria, con la consiguiente resolutive para el diagnóstico y eventual tratamiento.

Financiamiento, productividad y eficiencia del gasto público en salud.

1) Promover mecanismos de asociación público-privada, según corresponda, en la construcción y servicios administrativos de hospitales y consultorios, tales como lavandería, mantención, aseo, vigilancia, seguridad, estacionamiento y otros, a fin de contribuir a controlar y mejorar los costos y la calidad de los servicios.

2) Seguir en el camino de la autonomía e independencia de gestión de los establecimientos hospitalarios, para lo cual se debe avanzar en la autogestión hospitalaria en red, y en la pronta acreditación y certificación, según lo dispuesto en las leyes que conforman la Reforma de Salud, sin que ello implique disminuir el estándar y los requisitos establecidos en ellas.

3) Extender, respecto de los sistemas de pago a prestadores, la experiencia piloto de los sistemas de pago asociados a diagnóstico y prospectivo (PAD y PPP) a todos los hospitales.

4) Introducir mecanismos para mejorar la eficiencia y la calidad en salud, como centros de responsabilidad y de costos.

5) Establecer sistemas adecuados de evaluación y seguimiento a los proyectos de infraestructura y equipamiento, y a los programas sanitarios, para fiscalizar sus estados de avance.

6) Recalcar que la determinación de las patologías con garantías explícitas deberá efectuarse con estricto apego al procedimiento establecido en la ley N° 19.966.

La Comisión estima pertinente solicitar al Ministerio de Salud, ser especialmente cauto en la incorporación de nuevas patologías mientras persistan deficiencias en el otorgamiento de los actualmente vigentes.

7) Avanzar en la cobertura de patologías del régimen de garantías generales (No Ges), con el fin de disminuir sustancialmente, por ejemplo, las 83.597 personas que se encuentran en lista de espera por más de sesenta días para cirugías de distinta índole.

8) Mejorar la calidad, mediante el establecimiento de estándares de atención (protocolos terapéuticos) que sean claros y específicos.

9) Existe un alto endeudamiento en la mayoría de los hospitales del país, derivado de la circunstancia de no contar con un sistema adecuado de pago de prestaciones por Fonasa. Se sugiere que las prestaciones sean pagadas a costo real.

Recursos físicos.

-En infraestructura.

La infraestructura hospitalaria del país presenta déficit, falta de mantenimiento en numerosos casos, dificultades de seguimiento y control de los plazos de ejecución y diseño de los proyectos, y atrasos o inexistencia de certificaciones de autorización sanitaria y de acreditación. Por ello, se propone:

1) Establecer un sistema de seguimiento y control a los proyectos recientes y en etapa de diseño (para inmuebles y equipamiento). A su vez, establecer mecanismos que aseguren la sustentabilidad en el tiempo de la construcción y reposición de hospitales.

2) Reducir sustantivamente la brecha temporal existente en los proyectos de inversión, entre el anuncio de estos últimos y su materialización.

3) Financiar, mediante glosa presupuestaria específica, la mantención de la infraestructura actual, de manera de dar una rápida solución a las múltiples necesidades que requieren los hospitales y centros de salud en funcionamiento.

4) Consolidar el sistema de certificación de autorización sanitaria para los centros de salud, a objeto de evitar la situación actual de varios establecimientos que no cuentan con la debida autorización, y que no pueden validarse en razón que aún no ha entrado en vigencia la normativa reglamentaria respectiva.

-En camas hospitalarias.

La evolución epidemiológica y demográfica del país obliga a reorientar la oferta de camas para garantizar un equipamiento que asegure, al menos, 430 nuevas camas críticas (UCI-UTI).

La ocupación de camas, por largos períodos por pacientes crónicos con problemas respiratorios o neurológicos debe ser progresivamente absorbida por centros especialmente habilitados, que descongestionen la sobre demanda de pacientes que requieren ser estabilizados o atendidos, para disminuir el déficit de camas de hospitales de alta complejidad. Por tanto, se valora la política de camas indiferenciadas, para lo cual se hace necesario avanzar en la categorización, junto con la validación del equipo que debe gestionar el sistema. A ese respecto,

es necesaria la creación de un equipo en cada establecimiento de salud que pueda liderar la gestión de camas disponibles en los recintos respectivos, para reorientarlas en base a las necesidades que surjan en cada momento, especialmente, la reconversión de camas en las campañas de invierno, y la inversión en camas de agudos. Dicha reconversión e implementación de nuevas camas debe ir acompañado del personal médico y de salud, proporcional a los cambios surgidos, como también del equipamiento necesario.

Recursos humanos.

1) De acuerdo a los testimonios recibidos por la Comisión y a las visitas efectuadas a diversos hospitales, se observa un déficit en el número de funcionarios médicos y no médicos en la red pública de salud, lo cual se hará patente con el régimen de reconversión, de extensión horaria y de aumento de camas hospitalarias.

Constituye un tema recurrente en la mayor parte de los hospitales, la existencia de gran desgaste laboral de los funcionarios de la salud, que se traduce en el sostenido ausentismo laboral por licencias médicas. Ello ocasiona recarga de trabajo para el resto del personal, que debe asumir las tareas de quienes no están, creando un círculo vicioso sin fin, que produce desgaste generalizado y, a su vez, consecuentes licencias médicas.

2) El personal de salud que se requiere con mayor urgencia está conformado por médicos especialistas, enfermeras y paramédicos.

3) La Comisión sugiere capacitar en competencias adicionales a las matronas a fin de habilitarlas para asumir el déficit de enfermeras en la red hospitalaria.

4) Se estima imprescindible dar un uso más racional y efectivo a las horas de especialistas hoy disponibles, así como mejorar los mecanismos de control de ellas, y generar los estímulos necesarios para crear un ambiente laboral positivo.

5) Respecto de la necesidad de médicos especialistas, la Comisión valora positivamente la contratación de quinientos nuevos profesionales, experiencia que debe evaluarse en sus resultados, luego de lo cual, se debe continuar con el proceso de contratación, hasta satisfacer la demanda que no se ha logrado cubrir y que aparece reflejada en las listas de espera.

6) Desarrollar una política de recursos humanos que permita optimizar la utilización de los recursos físicos disponibles, así como del personal contratado (horas contratadas), para habilitar el funcionamiento de policlínicos y pabellones en jornadas de tarde y recuperar camas en desuso.

7) Se considera apropiado establecer estímulos para atraer y retener a los profesionales y demás funcionarios en la red pública, permitiendo y facilitando las condiciones para su desarrollo y perfeccionamiento profesional.

8) Aumentar los estímulos e incentivos al desempeño individual, valorando la mantención de aquellos existentes referidos al desempeño colectivo.

Procesos.

-Listas de espera.

1) Transparentar las listas de espera. Los 28 Servicios de Salud del país deben informar, mediante sus respectivas páginas web, sus listas de espera según patologías trazadoras no AUGE, tipo de prestación, así como los tiempos y el número de pacientes con incumplimiento de garantías AUGE. Se debe explicitar, también, el sistema previsto para disminuir o eliminar las listas de espera.

2) Implementar o mejorar los procesos de recopilación y procesamiento de la información, a fin de contar con indicadores adecuados que permitan colaborar en la toma de decisiones y en el uso racional de los recursos físicos, financieros y humanos disponibles.

3) Reforzar la labor de supervisión que debe ejercer el Ministerio de Salud sobre los Servicios de Salud, cuya necesidad surge a la luz de los inconvenientes experimentados por la Comisión para obtener la información actualizada y accesible por parte de algunos de ellos.

4) Superar o resolver en forma urgente y con estricto apego a la ley N° 19.966, del Régimen General de Garantías en Salud, la situación de los pacientes (cerca del 5%) que sufren patologías comprendidas en el GES y cuyas garantías han sido incumplidas, por tratarse de un derecho irrenunciable por los beneficiarios.

La Comisión estima que, transcurrido el plazo de la garantía, no debe ser necesario exigir o esperar la existencia del reclamo ante las instancias que correspondan, sino que las prestaciones deben ser otorgadas, sin dilación, a través de la compra en el sistema público o privado.

-Gestión hospitalaria.

Alta Dirección Pública.

A fin de disminuir las dificultades que se han presentado en los últimos años para proveer cargos en el sector salud, es necesario introducir las siguientes modificaciones para perfeccionar el sistema y obtener, como resultado, profesionales altamente competentes para el ejercicio de los mismos:

1) Ampliar las atribuciones del Consejo de Alta Dirección Pública, con el objetivo de que éste pueda: a. Pronunciarse sobre medidas relacionadas con el mejoramiento de la gestión de los cargos que se postulan; b. Regular procesos de selección a objeto de que puedan modificar paulatinamente las dificultades e imperfecciones que se vayan suscitando y que deben ser mejoradas; y c. Tener la posibilidad de efectuar estudios periódicos acerca de las remuneraciones en el sector público y sector privado, para actualizar las ofertas en relación a las cifras actuales.

2) Crear un registro nacional de los cargos del sistema de Alta Dirección Pública, a fin de comprobar el perfil del profesional que postula, así como su desempeño anterior y las eventuales postulaciones sucesivas a cargos sin cumplir con los requisitos exigidos.

3) Transparentar las exigencias que deben cumplir quienes postulen al sistema de Alta Dirección Pública y eliminar el requisito de la dedicación exclusiva, de modo que se pueda compatibilizar el desempeño del cargo con la práctica profesional fuera de las horas contratadas.

4) Establecer, como norma general, que los nombramientos de primer nivel jerárquico se realicen en forma previa a los de segundo nivel de un mismo Servicio. De esta manera, los postulantes con mayores competencias se deciden con anterioridad a los de segundo nivel, permitiendo que los interesados más capacitados puedan acceder en primer lugar a los cargos de mayor relevancia, y los que sean bien evaluados, pero que queden en el camino, puedan postular a los cargos inmediatamente inferiores, evitando así la situación inversa.

-Autogestión en red.

1) Avanzar en el cronograma de reconversión de hospitales, en el marco de la autogestión, y mantener las altas exigencias de certificación, así como los requisitos técnicos para el cumplimiento de los estándares definidos por la ley.

2) Llevar a cabo un proceso de acompañamiento para el desarrollo de capacidades técnicas de gestión e inversión en infraestructura, para la instalación de este modelo de funciona-

miento hospitalario, con el fin de aprovechar las ventajas de la autogestión: la descentralización de la toma de decisiones y del financiamiento, el desarrollo de centros de excelencia clínica, y la flexibilidad en la determinación de incentivos al personal.

3) Enviar un proyecto de ley que regule las condiciones de ingreso al sistema de autogestión en red, mediante la modificación de la ley N° 19.937, de los Establecimientos de Autogestión en Red, con objeto de mantener los estándares de exigencia técnica.

Información, informatización y evaluación de datos:

1) Instaurar una plataforma informática común que pueda conectar las redes de salud pública (atención primaria, secundaria, y terciaria), y posibilitar la conectividad con la entrega de patologías, sea que se encuentren -o no- comprendidas en el Ges, así como asegurar las garantías y facilitar la comunicación con la red privada de salud, con el propósito de permitir su trabajo de complementación como, también, propender a la ficha clínica electrónica.

2) Promover innovaciones, como la del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, en materia informática.

3) Corregir la asimetría existente entre los sistemas público y privado de salud en cuanto a la fiscalización de las prestaciones correspondientes a las patologías que no se encuentran comprendidas en el GES, efectuada por parte de la Superintendencia de Salud, a las Isapres y a Fonasa. Dicha situación se produjo como consecuencia de que, al aprobarse la ley N° 19.966, no se tuvo en cuenta lo dispuesto en el decreto ley N° 2763, de 1979, que entregó directamente al Ministerio de Salud la facultad de velar por el cumplimiento de las normas de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones otorgadas en la Modalidad de Atención Institucional.

Dado que la fiscalización le corresponde al Ministerio y no a la Superintendencia de Salud, la Comisión considera imperioso que se envíe un proyecto ley que corrija dicha asimetría, mediante la modificación del artículo 3° de la ley N° 19.966, y del artículo 50 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud.

Inauguración del Hospital de Curepto.

Respecto de la fallida inauguración del Hospital de Curepto, la Comisión estima, a partir de los antecedentes entregados y del testimonio obtenido por parte de los invitados a las sesiones correspondientes, que la ceremonia de apertura oficial efectuada en febrero de 2008 fue extemporánea, motivada por una actitud irresponsable de quienes estaban a cargo de dicho evento. A la luz de la información obtenida, fue posible concluir que no estaban las condiciones para su adecuado funcionamiento, ya que con el traslado del equipamiento del Hospital de Talca y de otras dependencias, sumado a la incorporación temporal de pacientes que no estaban internados, se quiso dar una falsa imagen de operatividad, que fue denunciada a los pocos meses de efectuada la ceremonia.

-0-

IX. Se designó diputado informante al señor Patricio Melero Abaroa.

Tratado y acordado según consta en las actas correspondientes a las sesiones de los días 29 y 30 de abril; 5, 6, 12, 13, 15, 19 y 20 de mayo; 2, 3, 9, 10, 12, 16, 18 y 30 de junio; 7, 14 y 28 de julio; 4, 11, 12, 18 y 19 de agosto, y 1, 2, 8, 9, 10, 15 y 16 de septiembre de 2008, con asistencia de los Diputados Juan Lobos Krause (Presidente), Francisco Chahuán Cha-

huán, Guido Girardi Briere, Juan Masferrer Pellizzari, Patricio Melero Abaroa, Manuel Monsalve Benavides, Marco Antonio Núñez Lozano, Carlos Olivares Zepeda, Alberto Robles Pantoja, Fulvio Rossi Ciocca, Karla Rubilar Barahona, Roberto Sepúlveda Hermosilla y Gabriel Silber Romo.

Asistieron, además, los Diputados Enrique Accorsi Opazo, Marta Isasi Barbieri, Rosauro Martínez Labbé (en reemplazo de Francisco Chahuán Chahuán), y Samuel Venegas Rubio (en reemplazo de Alberto Robles Pantoja).

Sala de la Comisión, a 16 de septiembre 2008.

(Fdo.): ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS, Abogado Secretaria de la Comisión”.

6. Moción del diputado señor Chahuán.

Autoriza la erección de un monumento a la escritora y poetisa María Luisa Bombal, en la ciudad de Viña del Mar. (boletín N° 6121-24)

Fundamentos del proyecto.

El 6 de mayo de 1980, falleció en Santiago, víctima de una grave complicación digestiva la escritora y poetisa María Luisa Bombal Anthes, que había nacido en la ciudad de Viña del Mar el 8 de Junio de 1910, hija de don Martín Bombal Videla y de doña Blanca Anthes Precht.

Efectuó sus primeros estudios en el colegio de las religiosas de los Sagrados Corazones, pero a temprana edad fallece su padre, razón por la cual su familia compuesta por su madre y dos hermanas se traslada a Santiago, y posteriormente deciden residir en Francia y María Luisa ingresa al colegio de Notre Dame de L' Assomption en París, donde descubre la literatura francesa, y posteriormente se matricula en la Facultad de Letras de la Universidad de La Sorbonne, en la que permanece tres años, hasta que años después regresa a Chile junto a su familia.

Por aquella época conoce a Pablo Neruda, con quien cultiva una amistad literaria, y se traslada a vivir con la familia del poeta a Buenos Aires, ciudad en la que publica en 1935, la obra “La última niebla”, que logró un notable éxito.

Ése mismo año contrae matrimonio con el pintor Jorge Larco, enlace que no duró más de dos años, fracaso sentimental que impacta fuertemente su personalidad, pese a lo cual logra publicar en el año 1938 el libro “La Amortajada”, que fue efusivamente elogiada por la crítica especializada, y tres años más tarde, la obra fue galardonada con el Premio de la Novela de la Municipalidad de Santiago.

En el año 1939, editó un cuento corto denominado “El árbol”, en que narra las desventuras de una mujer que no puede expresar su amor en el matrimonio, lo que indudablemente constituye un testimonio de sus propias vivencias.

Por aquella época también se transforma en crítica de cine, y escribe el guión de la película “La casa del recuerdo”, que fue protagonizada por la recordada actriz argentina Libertad Lamarque.

De regreso a Chile, publicó los relatos poéticos “Mar, tierra y cielo” y “Trenzas” y da inicio al libro “La historia de María Griselda”, que se vio interrumpido por una enfermedad que le sobrevino.

Más tarde, trasladó su residencia a Estados Unidos, donde colaboró en diversos proyectos cinematográficos y se casó con el aristócrata francés, conde Ráphael de Saint Phalle, matrimonio del cual nació su única hija Brigitte.

En el año 1946, completó el texto de “La historia de María Griselda”. Asimismo escribió la obra “El Canciller” y algunas obras de teatro, y en el 1971, después de haber enviudado, decide volver a vivir a Buenos Aires, pero al sentir gran nostalgia de su patria, finalmente regresa en 1973 a Viña del Mar, radicándose junto a su madre.

Por aquella época, en que escribió el cuento “La maja y el ruiseñor”, su obra comienza a ser verdaderamente valorada en nuestro país, y sus admiradores y amigos la postulan sin resultados positivos al Premio Nacional de Literatura. En el año 1974, obtiene el Premio Ricardo Latcham y dos años más tarde, se le otorga el Premio de la Academia Chilena de la Lengua, como reconocimiento a su buen uso del lenguaje.

En el año 1978, la Secretaría de Relaciones Culturales de la Quinta Región le otorga el premio Joaquín Edwards Bello, y el Gobierno le concede una pensión de gracia equivalente a doce sueldos vitales anuales.

Sin embargo, ninguno de estos merecidos reconocimientos, logran mitigar su profunda tristeza al no haber podido acceder al galardón máximo con que nuestro país premia a los cultores insignes de la literatura, como fue su caso, lo que unido al fallecimiento de su madre, la llevan a vivir a Santiago, donde se sume en profundas crisis, hasta que enferma gravemente, falleciendo en el más absoluto abandono en el Hospital El Salvador, en 1980, a los setenta años de edad.

La escritora María Luisa Bombal fue víctima de una injusticia de nuestras autoridades culturales, ya que al decir de los críticos y expertos, cualquiera de las obras que escribió ameritaban con creces el otorgamiento del Premio Nacional de Literatura.

Creemos entonces que como una forma de reparar esta injusticia y rendirle un tributo tardío pero realmente justo a su legado, se hace necesario erigirle un monumento a su memoria, en Viña del Mar, ciudad que la vio nacer.

En mérito a estas consideraciones, sometemos ala aprobación de la Cámara de Diputados, el siguiente

PROYECTO DE LEY:

Artículo 1º: Autorízase erigir un monumento en memoria de la escritora y poetisa María Luisa Bombal Anthes, en la ciudad de Viña del Mar.

Artículo 2º. La obra se financiará mediante erogaciones populares, obtenidas a través de colectas públicas, donaciones y otros aportes. Las colectas públicas se efectuarán en las fechas que determine la Comisión Especial que se crea en virtud de lo dispuesto en el artículo 4º, en coordinación con el Ministerio del Interior.

Artículo 3º. Créase un Fondo con el objeto de recibir las erogaciones, donaciones y demás aportes que se señalan en artículo anterior.

Artículo 4º. Créase una Comisión Especial ad honorem, encargada de ejecutar los objetivos de esta ley, que estará constituida por un Senador y un Diputado, que representen en el Congreso Nacional a la ciudad de Viña del Mar, designados por sus respectivas Cámaras; el Alcalde de la comuna de Viña del Mar; un Concejal de la misma comuna, designado por el Concejo Municipal; un representante de la Sociedad de Escritores de Chile, designado por dicha institución y el Vicepresidente del Consejo de Monumentos Nacionales.

La Comisión elegirá un Presidente de entre sus miembros y el quórum para sesionar y adoptar acuerdos será el de la mayoría de sus miembros.

Artículo 5°. La Comisión tendrá las siguientes funciones:

- a) Llamar a concurso público de proyectos para la obra, fijar sus bases y resolverlo.
- b) Determinar la fecha y la forma en que se efectuarán las colectas públicas, como también realizar las gestiones legales destinadas a que éstas se efectúen.
- c) Determinar la ubicación del monumento, en coordinación con la Municipalidad de Viña del Mar; disponer y supervigilar su construcción, previo cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 18 de la ley N° 17.288, sobre Monumentos Nacionales.
- d) Administrar el Fondo creado por el artículo 3° y abrir una cuenta corriente especial para su gestión.

Artículo 6°. Si al concluir la construcción del monumento resultaren excedentes de las erogaciones recibidas, éstos serán destinados al fin que la Comisión Especial destine.

Artículo 7°. El monumento deberá erigirse en el plazo de tres años, contado desde la publicación de la presente ley. Vencido dicho plazo sin que se hubiere ejecutado la obra, los recursos obtenidos hasta esa fecha por concepto de erogaciones serán aplicados a los objetivos de beneficencia que la Comisión establezca”.

7. Moción de los diputados señores Mulet, Araya, Díaz, don Eduardo; Escobar, Olivares, Valenzuela, y de la diputada señora Sepúlveda, doña Alejandra.

Modifica normas del Ministerio del Interior con el objeto de cambiar la denominación de “provincia de Huasco”, por la de “provincia del Huasco”. (boletín N° 6125-06)

“Considerando:

1. Que las únicas referencias oficiales a la nominación de la Provincia de Huasco, utilizando la preposición “de” en lugar del uso popular de la contracción “del”, están contenidas en un conjunto de normas dictadas por el Ministerio del Interior que sólo tienen como propósito establecer la división de las regiones y las provincias, sin que se haga referencia alguna al origen de esta denominación ni se explica la decisión de fijar determinado nombre.

2. La necesidad de que las designaciones oficiales de las distintas divisiones políticas del país, así como lugares y accidentes geográficos, recojan los usos y costumbres dados por las personas, y en especial por los residentes de esos lugares, como ocurre en el caso de la Provincia de Huasco, que es popularmente conocida como la Provincia del Huasco.

3. La conveniencia de asimilar la denominación de la Provincia de Huasco con el nombre del río o el valle de los que toma el nombre, que son denominados como Río del Huasco y Valle del Huasco, respectivamente.

4. Que la diferencia entre la preposición “de” y la contracción “del” no es relevante desde el punto de vista lingüística, pero sí representa una causa de confusión para los habitantes de esta pujante zona de nuestro país, por lo que no hay mayores inconvenientes en modificar el nombre de la Provincia, pero sí un beneficio concreto para los vecinos de las comunas de Vallenar, Freirina, Huasco y Alto del Carmen, que componen esta unidad territorial.

Por lo anterior, vengo en presentar el siguiente proyecto de ley:

PROYECTO DE LEY

ARTÍCULO 1°: Modifíquese el inciso cuarto del artículo 1° del Decreto Ley N° 1.317 de 1976 del Ministerio del Interior, reemplazando la expresión “Provincia de Huasco” por la de “Provincia del Huasco”.

ARTÍCULO 2°: Reemplácese en el título del numeral 3° del artículo 6° del Decreto Ley N° 2.867 de 1979 del Ministerio del Interior la expresión “Provincia de Huasco” por la de “Provincia del Huasco”.

ARTÍCULO 3°: Modifíquese el inciso primero artículo 10° del Decreto Ley N° 2.868 de 1979 del Ministerio del Interior, reemplazando la expresión “Provincia de Huasco” por la de “Provincia del Huasco”.

ARTÍCULO 4°: Reemplácese en el título del numeral 3° del artículo 3° DFL N° 2 18.715 de 1989 del Ministerio del Interior la expresión “Provincia de Huasco” por la de “Provincia del Huasco”.

8. Moción de los diputados señores Urrutia, Correa, Hernández, Masferrer, Melero, Moreira, Norambuena, Salaberry, y de las diputadas señoras Cubillos, doña Marcela e Isasi, doña Marta.

Agrega nuevo inciso final al artículo 21 bis de la ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Salud Previsional, regulando el funcionamiento de atención de público de las Isapres”. (boletín N° 6126-11)

“Que, las Instituciones de Salud Previsional deberán proporcionar información suficiente y oportuna a sus afiliados respecto de las materias fundamentales de sus contratos, tales como valores de los planes de salud, modalidades y condiciones de otorgamiento.

Que, al contratar una Isapre, dicha institución conoce la calidad de trabajador de quien ingresa, por ello, sería de lógica que dichas instituciones privadas atendieran a sus afiliados en un horario en que estos puedan concurrir a dichas dependencias, en un horario máximo hasta las 21:30 horas.

Que, esto resulta de toda justicia ya que miles de trabajadores chilenos deben realizar peripecias para lograr comprar un bono en las Isapres, debido al corto orarlo de atención.

Que, resultaría de toda lógica que mantuvieran un sistema de turnos, ya que son muchos los trabajadores que deben pedir permisos especiales para ausentarse de su trabajo y acudir a la Isapre.

Que, esta situación es recurrente y muchas personas por los cargos que ocupan no tienen tiempo o no pueden dejar su puesto para acudir a una Isapre

PROYECTO DE LEY

Artículo único: Agregase un nuevo inciso final en el artículo 21 bis de la ley N° 18.933 que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapres y deroga el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de salud, de 1981.

Inciso 3° artículo 21 bis: Las Instituciones de Salud Previsional deberán mantener un horario de comercio para la venta de sus prestaciones, correspondiente al servicio que prestan y a la calidad de afiliados que tengan, que podrá ser de 09.00 hrs. a 21.30 hrs.

9. Moción de los diputados señores Arenas, Forni, Hernández, Melero, Moreira, Norambuena, Salaberry, Uriarte, Ward, y de la diputada señora Cubillos, doña Marcela.

Modifica el artículo 32 de la ley N° 19.496, incorporando un nuevo inciso segundo que exige la información nutricional y rotulación de los productos alimenticios que se venden por Internet. (boletín N° 6127-03)

“1° Las transacciones comerciales que a través de la red de Internet en nuestro país han crecido exponencialmente, lo anterior, debido a la masificación de productos y servicios ofrecidos por empresas del sector.

2° Por su parte, el gran incentivo que en el uso de esta herramienta de comunicación han ofrecido los organismos estatales han hecho que la cercanía de Internet y el mundo real sea cada vez más usual y cotidiana.

3° Bajo este contexto, y en el entendido que las grandes tiendas y cadenas de supermercados hoy en día no sólo venden y transan productos relativo a vestuario, línea blanca y otros, sino que han comenzado a ofrecer y vender a través de este procedimiento, alimentos en línea con el objeto de hacer más fácil aún la vida de los consumidores, considerando que en la actualidad que la optimización del tiempo es lo más requerido en un mundo globalizado y moderno como en el que vivimos.

4° Pues bien, y en este orden de ideas, es que se propone el presente proyecto de ley a través de una moción parlamentaria, con el objeto de que los productos alimenticios que se transen a través de las páginas oficiales de empresas destinadas, autorizadas y certificadas para ello, publiquen de manera clara, precisa y sin inducción a error, el contenido nutricional de los alimentos que están vendiendo, como asimismo la rotulación del mismo, en términos de determinar su procedencia, durabilidad, calidad del mismo, y recomendaciones de consumo cuando se trate de productos dirigidos a adultos en general.

5° Lo planteado en el proyecto de ley, no hace más que hacer extensivo las mismas disposiciones que hoy en día informan lo relativo la obligación de rotular los alimentos que se venden directamente al público, con su respectiva información nutricional e ingredientes con que se fabrica el determinado producto alimenticio.

6° Queremos que a través de este medio, se transparente de manera clara y fehaciente lo que los chilenos adquieren a través de procedimientos previstos en la red de internet, que si bien facilitan la vida de todos los consumidores, el no saber la composición e información nutricional del producto que se adquiere puede provocar una serie de complicaciones tanto desde el punto de vista de la transacción comercial, como lo que promueve con más importancia este proyecto de ley la salud de todos los chilenos consumidores que adquieren productos a través de este mecanismo tecnológico.

Proyecto de ley:

Nuevo inciso 2° del artículo 32 de la ley N° 19.496: “cuando se trate de productos alimenticios que se vendan a través de internet, en su modalidad en línea, deberán contener junto con la imagen del producto que se vende una referencia o la información nutricional del mismo como a su vez (o rotulación relativa a los ingredientes utilizados en la confección de aquél.

10. Moción de los diputados señores Von Mühlenbrock, Bobadilla, Kast, Melero, Moreira, Recondo, Uriarte, Ward, y de las diputadas señoras Cubillos, doña Marcela e Isasi, doña Marta.

Busca accesibilidad de Internet para las personas con discapacidad. (boletín N° 6128-19)

“Que, internet se ha convertido en una herramienta de fácil y barato acceso, un mecanismo de gran utilidad ya sea para prestar servicios, realizar tareas, entre tantas otras utilidades.

Que, cada vez Internet resulta ser una herramienta de ayuda social, ya sea para buscar trabajo, pagar cuentas, acceder a páginas de servicio, etc.

Que, sin embargo las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordo mudas no tienen posibilidad de integrarse a esta red virtual, por ello Las páginas y portales de Internet de titularidad pública o financiados con fondos públicos se adaptarán a los estándares establecidos por las normas legales y reglamentarias para lograr su accesibilidad a las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordomudas mediante dispositivos de acceso a la información, ubicados en los mismos sitios.

Que con lo anterior, se logra una real inserción de la población con discapacidad auditiva, pudiendo tener acceso a la información pública de organismo del Estado. Para ello, es necesario que los portales nacionales, en especial aquellos oficiales del estado de Chile, cuenten con vídeo en donde, a través del lenguaje de señas, se le pueda explicar a la población con esta discapacidad lo más importante del respectivo portal, para lo cual se requiere de la implementación necesaria en los diversos sitios virtuales.

PROYECTO DE LEY

Artículo único: Las páginas y portales de Internet de titularidad pública o financiados con fondos públicos se adaptarán a los estándares establecidos por las normas legales y reglamentarias para lograr su accesibilidad a las personas sordas, con discapacidad auditiva y/o sordomudo mediante dispositivos de acceso a la informen través del lenguaje de señas ubicados en los mismos sitios.

11. Moción de los diputados señores Leal, Aguiló, Díaz, don Marcelo; Ortiz, Robles, y de las diputadas señoras Goic, doña Carolina; Muñoz, doña Adriana; Valcarce, doña Ximena, y Vidal, doña Ximena.

Modifica el Código del Trabajo con el objeto de evitar la vulneración de la prohibición de exigir antecedentes económicos para la contratación de trabajadores. (boletín N° 6129-13)

“Vistos: Lo dispuesto en el artículo 63 Nos. 3 y 20 de la Constitución Política de la República y

Considerando:

1. Que la ley N° 19.812, de 2002, agregó al artículo 2° del Código del Trabajo, con el objeto de proteger la vida privada y favorecer la reinserción laboral de las personas desempleadas, el inciso que establece que “Ningún empleador podrá condicionar la contratación de trabajadores

a la ausencia de obligaciones de carácter económico, financiero, bancario o comercial que, conforme a la ley, puedan ser comunicadas por los responsables de registros o bancos de datos personales; ni exigir para dicho fin declaración ni certificado alguno. Exceptúanse solamente los trabajadores que tengan poder para representar al empleador, tales como gerentes, subgerentes, agentes o apoderados, siempre que, en todos estos casos, estén dotados, a lo menos, de facultades generales de administración; y los trabajadores que tengan a su cargo la recaudación, administración o custodia de fondos o valores de cualquier naturaleza.”.

2. Que la norma señalada tiene como fundamento, según se expresa en su texto original: “la lucha contra la cesantía, junto a acciones gubernativas para ir en apoyo de las familias que han perdido sus fuentes únicas de ingresos. Estas acciones van desde el desarrollo de planes de absorción de mano de obra, pagados con recursos fiscales, hasta la creación de instrumentos especiales de fomento para las actividades productivas o medidas para aliviar la situación, sobre todo de las pequeñas y medianas empresas, en donde la crisis de la economía se expresa con mayor crudeza, como ha sido la aprobación de armas legales especiales para repactar deudas tributarias y previsionales.”.

3. Conforme al proyecto, actual ley N° 19.812, “una medida para facilitar la reinserción laboral de las personas, es limitar los efectos negativos que hoy tiene sobre una gran cantidad de chilenos, el hecho de contar con antecedentes de incumplimientos comerciales, pese a que estas personas han pagado sus deudas o éstas se hayan extinguido por otras causas legales.”.

4. Corresponde al Estado amparar al trabajador en su derecho a elegir libremente su trabajo y velar por el cumplimiento de las normas que regulan la prestación de los servicios, estando entregada la fiscalización de la normativa laboral a la Dirección del Trabajo, conforme lo dispone el artículo 505 del Código del Trabajo.

5. En la actualidad aun se presenta la situación tenida en cuenta por el legislador del año 2002, por los vaivenes propios de una economía en desarrollo, pero con la diferencia de que hoy existe la norma del inciso séptimo del artículo 2° del Código del Trabajo, que prohíbe la exigencia de acreditar antecedentes comerciales para optar a un puesto de trabajo. Sin embargo hemos comprobado en diversas circunstancias, incluso en planes de trabajo impulsados por las municipalidades, el bajo cumplimiento de esta normativa protectora de la vida privada.

Estimamos que ello se debe a la falta de una sanción específica que desincentive la práctica contrae legem, contra ley, de exigir la acreditación de buenos informes comerciales al momento de postular a un trabajo.

En efecto, sólo existe para los infractores la sanción genérica del artículo 506 inciso primero del Código del Trabajo y que consiste en que las infracciones que no tengan señalada una sanción especial, serán sancionadas con multa de una a veinte unidades tributarias mensuales, según la gravedad de la infracción.

Por otra parte, no existe agravante alguna según se trate de instituciones privadas u organismos públicos.

En definitiva, proponemos:

a) Crear una sanción específica para el infractor de la norma que prohíbe la exigencia de antecedentes comerciales.

b) Establecer como una agravante la circunstancia de que el infractor sea un organismo de carácter público, en razón de que corresponde al Estado amparar al trabajador en su derecho a elegir libremente su trabajo y velar por el cumplimiento de las normas que regulan la prestación de los servicios.

Por lo anterior, los Diputados que suscriben vienen en presentar el siguiente

PROYECTO DE LEY

Artículo único: Introdúcense las siguientes modificaciones en el Código del Trabajo, cuyo texto fue refundido, coordinado y sistematizado por el DFL N° 1, de 2002:

Agregase el siguiente inciso final en el artículo 2°:

“La infracción a lo dispuesto en el inciso séptimo de este artículo será sancionada con multa de 20 a 50 unidades tributarias mensuales. Si la infracción fuere cometida en planes de absorción de mano de obra, bolsas de trabajo u otras modalidades destinadas a morigerar la cesantía, administradas u operadas por municipalidades, la sanción se elevará al doble.”

12. Moción de los diputados señores Enríquez-Ominami, Escobar, Aguiló y Valenzuela.

Establece disminución del reembolso del aporte fiscal a campañas políticas en los casos que indica. (boletín N° 6130-05)

1. Fundamentos. El 5 de agosto del año 2003 se publicó en el Diario Oficial la nueva ley núm. 19.884 cuyo objeto es normar el financiamiento de las campañas electorales en el país. Esta regulación establece los procedimientos de aportes a las campañas electorales, tanto del sistema público, vía subsidias, como por parte de aportes privados, definiendo límites a dichos montos y su confidencialidad o publicidad según sea el caso. En este sentido, el legislador busco instaurar ciertos principios rectores que rijan el financiamiento electoral. De esta forma se intentó dar respuesta a la necesidad de controlar campañas electorales excesivamente costosas, otorgando un procedimiento que permita un acceso igualitario al sistema democrático; que verifique transparencia en los gastos efectuados en las campañas electorales y garantice la libertad de expresión política de los ciudadanos.

La ley N° 19.884 define y estatuye tanto el financiamiento privado de las campañas electorales como el financiamiento público que el Estado realice en dichas campañas. Para efectos del financiamiento público la ley establece un subsidio a los partidos políticos, consistente en dinero en efectivo equivalente a la suma resultante de la multiplicación de 0,001 UF por el número de sufragios obtenidos en la última elección de igual naturaleza, incluidos los independientes que hubieran ido en pacto o subpacto con él. En el evento que un partido político no hubiese participado en la elección anterior, tendrá derecho a recibir una cantidad igual a la que corresponda al partido político que hubiere obtenido el menor número de sufragios.

Sobre la marcha, tal normativa ha sido objeto de críticas y reparos, como consta en las enmiendas introducidas por las leyes núm. 19.964 y 20.053 en materia de perfeccionamiento del sistema en materia de límites y sanciones. Sin embargo, un aspecto relevante, no abordado hasta la fecha-, dice relación con la situación de los parlamentarios que deciden ir a la reelección en el cargo. A juicio nuestro, ellos se encuentran en una posición ventajosa, respecto a sus competidores, pues tienen acceso a asignaciones inherentes a su función, de tal suerte que en la práctica, el sistema de financiamiento de las campañas configura un beneficio adicional. Es por eso que, con el objeto de atemperar esta situación, al menos correspondería una atenuación en relación al porcentaje de reembolsos respecto de quienes se encuentran ejerciendo un cargo y en el que aspiran a ser reelegidos.

2. Ideas matrices. El presente proyecto de ley tiene por objeto restablecer el principio de igualdad que debe inspirar el financiamiento las campañas electorales, estableciendo que los parlamentarios en ejercicio, perciban un porcentaje menor (equivalente a un cincuenta por

ciento) del anticipo o reembolso que corresponda según la aplicación de las reglas sobre financiamiento público de campañas electorales de la ley núm. 19.884. En este mismo sentido la política de austeridad implantada por el propio ejecutivo, es coherente con la presente iniciativa.

Es por eso, que sobre la base de estos antecedentes vengo en proponer a esta H. Cámara el siguiente

Proyecto de ley:

Art. Único. Agréguese el siguiente artículo 15 tris al párrafo segundo del Título segundo de la ley N° 19.884 sobre transparencia, límite y control del gasto electoral:

“Artículo 15 tris: En el caso de Diputados o Senadores en ejercicio, que presenten su candidatura para ir a la reelección en cualquiera de estos cargos, gozarán de los beneficios establecidos en la presente ley en una cantidad equivalente al cincuenta por ciento del aporte que resulte de la aplicación de las reglas establecidas en los artículos del presente párrafo”.

13. Oficio del Tribunal Constitucional.

“Santiago, 15 de septiembre de 2008.

Oficio N° 2.311

Excelentísimo señor
Presidente de la Cámara de Diputados:

Dando cumplimiento a la resolución de fecha 12 de septiembre del año en curso, pronunciada por el Tribunal Constitucional, pongo en conocimiento de V.E., el requerimiento Rol N° 1.205-08-INA, acción de inaplicabilidad por inconstitucionalidad del inciso N° 1, del Artículo 161 del Código Tributario, en la causa Rol N° 1403-2007, seguida ante la Corte Suprema, caratuladas “Comercializadora Trasandina S.A. con S.I.I.”. Adjunto las resoluciones de admisibilidad, la que fija las reglas de fines que indica.

Dios guarde a V.E.

(Fdo.): JOSÉ LUIS CEA EGAÑA, Presidente (S); RAFAEL LARRAÍN CRUZ, Secretario

AL EXCELENTÍSIMO SEÑOR
DON FRANCISCO ENCINA MORIAMEZ
PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS
PRESENTE”.

14. Oficio del Tribunal Constitucional.

“Santiago, 15 de septiembre de 2008.

Oficio N° 2.306

Excelentísimo señor
Presidente de la Cámara de Diputados:

Dando cumplimiento a la resolución de fecha 12 de septiembre del año en curso, pronunciada por el Tribunal Constitucional, pongo en conocimiento de V.E., el requerimiento Rol N° 1.203-08-INA, acción de inaplicabilidad por inconstitucionalidad del inciso N° 1, del Artículo 161 del Código Tributario, en la causa Rol N° 1839-2007, seguida ante la Corte Suprema, caratulada “Héctor Alarcón Torres con S.I.I.”. Adjunto las resoluciones de admisibilidad, la que fija las reglas de tramitación y la que ordena dar traslado a V.E. para los fines que indica.

Dios guarde a V.E.

(Fdo.): JOSÉ LUIS CEA EGAÑA, Presidente (S); RAFAEL LARRAÍN CRUZ, Secretario

AL EXCELENTÍSIMO SEÑOR
DON FRANCISCO ENCINA MORIAMEZ
PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS
PRESENTE”.

15. Oficio del Tribunal Constitucional.

“Santiago, 9 de septiembre de 2008.

Oficio N° 2268

Señor Presidente:

En cumplimiento de la resolución de 9 de septiembre de 2008, dictada por el Tribunal Constitucional, tengo el honor de poner en conocimiento de V.E. copia autorizada del requerimiento Rol N° 1212-08-INA, sobre acción de inaplicabilidad por inconstitucionalidad del artículo 220, en su encabezamiento, y N° 16, de la ley N° 18.175, en la causa Rol N° 921-2003, seguida ante el Primer Juzgado de Letras de Osorno. Además, adjunto resolución de admisibilidad y la que fija las respectivas reglas de tramitación del requerimiento ante esta Magistratura.

Dios guarde a V.E.

(Fdo.): JUAN COLOMBO CAMPBELL, Presidente; RAFAEL LARRAÍN CRUZ, Secretario

AL SEÑOR
DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
DON FRANCISCO ENCINA MORIAMEZ
PRESENTE”.

16. Oficio del Tribunal Constitucional.

“Santiago, 11 de septiembre de 2008.

Oficio N° 2.287

Excelentísimo
Señor Presidente:

Dando cumplimiento a la resolución de 10 de septiembre de 2008, pronunciada por el Tribunal Constitucional, pongo en conocimiento el Rol N° 1.201-08-INA, acción de inaplicabilidad por inconstitucionalidad del artículo 4° de la ley N° 19.260 en el juicio ordinario Rol N° 6.082 del 30 Juzgado Civil de Santiago, caratulado “Segura y otros con Fisco de Chile e Instituto de Normalización Previsional”, actualmente en casación en fondo Rol N° 3.708-08 de la Corte Suprema. Adjunto las resoluciones de admisibilidad, la que fija las reglas de tramitación y la que ordena dar traslado a V.E. para los fines que indica.

Dios guarde a V.E.

(Fdo.): JUAN COLOMBO CAMPBELL, Presidente; RAFAEL LARRAÍN CRUZ, Secretario

AL EXCELENTÍSIMO SEÑOR PRESIDENTE
DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
DON FRANCISCO ENCINA MORIAMEZ
PRESENTE”.

17. Oficio del Tribunal Constitucional.

“Santiago, 15 de septiembre de 2008.

Oficio N° 2.296

Excelentísimo señor
Presidente de la Cámara de Diputados:

Dando cumplimiento a la resolución de fecha 12 de septiembre de 2008, pronunciada por el Tribunal Constitucional, pongo en conocimiento de V.E., el requerimiento Rol N° 1.221-08-INA, acción de inaplicabilidad por inconstitucionalidad del artículo 161 del Código Tri-

butario, en la causa Rol N° 1.929-07, ante la Corte Suprema caratulada “Importadora Técnica Limitada con S.I.I.”. Adjunto las resoluciones de admisibilidad, la que fija las reglas de tramitación y la que ordena dar traslado a V.E. para los fines que indica.

Dios guarde a V.E.

(Fdo.): JOSÉ LUIS CEA EGAÑA, Presidente (S); RAFAEL LARRAÍN CRUZ, Secretario

AL EXCELENTÍSIMO SEÑOR PRESIDENTE
DE LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS
DON FRANCISCO ENCINA MORIAMEZ
PRESENTE”.

18. Oficio del Tribunal Constitucional.

“Santiago, 24 de septiembre de 2008.

Oficio N° 2330

Señor Presidente:

En cumplimiento de la resolución de 23 de septiembre de 2008, dictada por el Tribunal Constitucional, tengo el honor de poner en conocimiento de V.E. copia autorizada del requerimiento Rol N° 1.222-08-INA, acción de inaplicabilidad por inconstitucionalidad del artículo 199 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud -que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes 18.933 y 18.469-, recursos de protección Rol N° 301-2008-M, interpuesto por Armando Solano Troncoso contra Isapre Consalud. Además, adjunto resolución de admisibilidad y la que fija las respectivas reglas de tramitación del requerimiento ante esta Magistratura.

Dios guarde a V.E.

(Fdo.): JUAN COLOMBO CAMPBELL, Presidente; RAFAEL LARRAÍN CRUZ, Secretario

AL SEÑOR PRESIDENTE
DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
DON FRANCISCO ENCINA MORIAMEZ
PRESENTE”.

19. Oficio del Tribunal Constitucional.

“Santiago, 24 de septiembre de 2008.

Oficio N° 2.333

Excelentísimo
Señor Presidente:

Dando cumplimiento a la resolución de 23 de septiembre de 2008, pronunciada por el Tribunal Constitucional, pongo en su conocimiento el Rol N° 1.217-08-INA, acción de inaplicabilidad por inconstitucionalidad del artículo 104 inciso 4° de la Ley General de Bancos -DFL 3, en la causa pendiente del Primer Juzgado de Letras en lo Civil de Curicó, Rol N° 02-2007, caratulada “Corpbanca con Rojas Rivera José Tomás”. Adjunto las resoluciones de admisibilidad, la que fija las reglas de tramitación y la que ordena dar traslado a V.E. para los fines que indica.

Dios guarde a V.E.

(Fdo.): JUAN COLOMBO CAMPBELL, Presidente; RAFAEL LARRAÍN CRUZ, Secretario

AL EXCELENTÍSIMO SEÑOR PRESIDENTE
DE LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS
DON FRANCISCO ENCINA MORIAMEZ
PRESENTE”.

20. Oficio del Tribunal Constitucional.

“Santiago, 24 de septiembre de 2008.

Oficio N° 2326

Señor Presidente:

En cumplimiento de la resolución de 23 de septiembre de 2008, dictada por el Tribunal Constitucional, tengo el honor de poner en conocimiento de Ud., copia autorizada del requerimiento Rol N° 1.204-08-INA, acción de inaplicabilidad por inconstitucionalidad del artículo 1891 del Código Civil en la causa sobre juicio ordinario Rol N° 5817-2007, seguida ante el Vigésimo

Cuarto Juzgado Civil de Santiago, caratulada “Sociedad Constructora Sigma Limitada con Banco de Chile”. Además, adjunto resolución de admisibilidad y la que fija las respectivas reglas de tramitación del requerimiento ante esta Magistratura”.

Saluda atentamente a Ud.

(Fdo.): JUAN COLOMBO CAMPBELL, Presidente; RAFAEL LARRAÍN CRUZ, Secretario

AL SEÑOR PRESIDENTE
DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
DON FRANCISCO ENCINA MORIAMEZ
PRESENTE”.

21. Oficio del Tribunal Constitucional.

“Santiago, 22 de septiembre de 2008.

Oficio N° 2323

Señor Presidente:

En cumplimiento de la resolución de 22 de septiembre de 2008, tengo el honor de poner en conocimiento de Ud., copia autorizada del requerimiento Rol N° 1.218-08-INA, acción de inaplicabilidad por inconstitucionalidad “de la tabla de factores” contemplada en el artículo 38 ter de la ley N° 18.933 -que pasó a ser el artículo 199 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Creto Ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes 18.933 y 18.469, en la causa Rol de Ingreso N° 10.913-2008, de la que actualmente conoce el Intendente de Fondos y Seguros de Salud en carácter de árbitro arbitrador, que se sigue por su parte en contra de la isapre Cruz Blanca S.A.. Además, adjunto resolución de admisibilidad y la que fija las respectivas reglas de tramitación del requerimiento ante esta Magistratura.

Saluda atentamente a Ud.

(Fdo.): JUAN COLOMBO CAMPBELL, Presidente; RAFAEL LARRAÍN CRUZ, Secretario

AL SEÑOR PRESIDENTE
DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
DON FRANCISCO ENCINA MORIAMEZ
PRESENTE”.

22. Oficio del Tribunal Constitucional.

“Santiago, 24 de septiembre de 2008.

Oficio N° 2.336

Señor Presidente:

Dando cumplimiento a la resolución de 23 de septiembre de 2008, pronunciada por el Tribunal Constitucional, pongo en su conocimiento el Rol N° 1.200-08-INA, acción de inaplicabilidad de los incisos 1° y 2° del artículo 45 del Título IV, “De la Declaración de Quiebras”, del Código de Comercio y del artículo 26, inciso segundo, del D.L. N° 3.475, Ley de Timbres y Estampillas en la causa Rol N° 60.910-2008 ante el 30 Juzgado Civil de Santiago, caratulada “Servicios Financieros Progreso S.A. con Hinrichsen Trading S.A.”. Adjunto las resoluciones de admisibilidad, la que fija las reglas de tramitación y la que ordena dar traslado a V.E. para los fines que indica.

Dios guarde a V.E.

(Fdo.): JUAN COLOMBO CAMPBELL, Presidente; RAFAEL LARRAÍN CRUZ, Secretario

AL EXCELENTÍSIMO SEÑOR PRESIDENTE
DE LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS
DON FRANCISCO ENCINA MORIAMEZ
PRESENTE”.