

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DESTINADA A ESTABLECER LAS
CAUSAS QUE HAN MOTIVADO LOS INCUMPLIMIENTOS EN LAS
GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD Y ACCESO AL PLAN AUGE.**

52° PERIODO LEGISLATIVO.

355ª LEGISLATURA

**SESIÓN 2ª., ORDINARIA, CELEBRADA EN LUNES 29 DE OCTUBRE DE
2007, DE 16:30 A 18:10 HORAS.**

SUMA.

- Se recibió a la Ministra de Salud, quien efectuó una exposición sobre el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES).

- Se inició la sesión a las 16:30 horas.

ASISTENCIA.

Presidió el Diputado señor Saffirio Suárez, don Eduardo.

Asistieron los siguientes señores Diputados integrantes de la Comisión: Accorsi Opazo, don Enrique; Cristi Marfil, doña María Angélica; Forni Lobos, don Marcelo; Lobos Krause, don Juan; Masferrer Pellizzari, don Juan; Monsalve Benavides, don Manuel; Núñez Lozano, don Marco Antonio; Robles Pantoja, don Alberto; Rossi Ciocca, don Fulvio; Rubilar Barahona, doña Karla, y Sepúlveda Hermosilla, don Roberto.

Concurrió, además, el Diputado señor Aguiló Melo, don Sergio.

Asistieron, asimismo, la Ministra de Salud, doña María Soledad Barría Iroume; la Subsecretaria de Salud Pública, doña Lidia Amarales Osorio; el Subsecretario de Redes Asistenciales, don Ricardo Fábrega Lacoa; la Jefa de Gabinete de la Ministra de Salud, doña Nidia Contardo Guerra; el Director del Fondo Nacional de Salud, don Hernán Monasterio Irazoque; el Superintendente de Salud, don Manuel Inostroza Palma; el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud de la Superintendencia, don Raúl Ferrada Carrasco; el Intendente de Prestadores de Salud de dicho organismo, don José Concha Góngora; el Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, señor Sebastián Pavlovic Jeldres; el asesor de la Ministra de Salud, don Alan Mrugalski Meiser y el asesor del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, don Fabio Badazaluce Maturana.

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

ACTAS.

El acta de la sesión 1ª., constitutiva, fue puesta a disposición de los señores Diputados.

CUENTA.

La señora **Skoknic**, doña Ana María, (Secretaria) dio cuenta de:

1. Un documento proporcionado por el Diputado señor Núñez, en virtud del cual se formulan consultas a la Ministra de Salud.
2. Un listado con propuestas de invitados entregado por el Diputado señor Lobos.

ORDEN DEL DÍA.

Durante el curso de esta sesión, la Ministra de Salud efectuó una exposición sobre el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES).

Acto seguido, **la Comisión adoptó, por la unanimidad de sus integrantes presentes, los siguientes acuerdos:**

- 1)** Prorrogar la sesión por diez minutos.
- 2)** Invitar al Superintendente de Salud y al Director del Fondo Nacional de Salud a la sesión que se celebrará el próximo lunes 5 de noviembre.
- 3)** Invitar a la Ministra de Salud a la sesión que se celebrará el lunes 12 de noviembre, a fin de que se sirva dar respuesta a las inquietudes y consultas que formulen sus integrantes en relación con la exposición efectuada el pasado 29 de octubre.
- 4)** Solicitar a la señora Ministra que, en dicha oportunidad, dé respuesta, en primer término, a las consultas formuladas por escrito por el Diputado señor Núñez.

- Se levantó la sesión a las 18:10 horas.

EDUARDO SAFFIRIO SUÁREZ,
Presidente de la Comisión

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS,
Abogada Secretaria de la Comisión

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

Sesión 2ª celebrada en lunes 29 de octubre de 2007, de 16.30 a 18.10 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside el diputado señor Eduardo Saffirio.

Asisten las diputadas señoras María Angélica Cristi y Karla Rubilar, y los diputados señores Enrique Accorsi, Sergio Aguiló, Marcelo Forni, Juan Lobos, Juan Masferrer, Manuel Monsalve, Marco Antonio Núñez, Alberto Robles, Fulvio Rossi y Roberto Sepúlveda.

Concurre como invitada la ministra de Salud, señora María Soledad Barría.

TEXTO DEL DEBATE

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

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

La señora Secretaria va a dar lectura a la Cuenta.

-La señora SKOKNIC, doña Ana María (Secretaria) da lectura a la Cuenta.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Sobre la Cuenta, tiene la palabra el diputado señor Marco Antonio Núñez.

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, en función del acuerdo asumido en la sesión constitutiva, solicito que las preguntas enviadas por escrito sean las primeras que se le formulen a la ministra. Sólo después de que sean respondidas se podrán formular más preguntas.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- La modalidad de trabajo con los invitados será la siguiente: se les dará la palabra en primer lugar para que realicen una exposición. Mi intención es que no se produzcan interrupciones -a veces de mala manera- a fin de que los invitados puedan hacer su exposición con tranquilidad.

Ahora, no habría problema en prorrogar la sesión 10 ó 15 minutos, si fuese necesario, para que todos los diputados terminen de formular sus preguntas.

Respecto del planteamiento del diputado Núñez, se debe premiar la diligencia de los miembros de la Comisión que enviaron por correo electrónico sus preguntas.

De acuerdo con lo informado en la Cuenta los diputados Núñez, Lobos y Roberto Sepúlveda entregaron por escrito sus preguntas y éstas se formularán a la ministra de acuerdo al orden de recepción en Secretaría.

La señora SKOKNIC, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, los diputados señores Lobos y Sepúlveda entregaron un listado de propuestas de invitados, no consultas.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Entonces, al término de la exposición de la ministra de Salud se leerán las

preguntas del diputado Núñez y después se entregará la palabra a los demás diputados.

El señor SEPÚLVEDA.- Señor Presidente, es importante escuchar la exposición completa de nuestros invitados, pero también es prudente colocar un tiempo máximo de exposición para que todos alcancemos a formular las preguntas.

En segundo lugar, si bien es cierto decidimos iniciar la sesión a las 16.30 horas, debido a compromisos contraídos con anterioridad por algunos diputados, me gustaría que las futuras sesiones comenzaran más temprano.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Eso tendríamos que discutirlo al final de la sesión, porque se dieron argumentos que demostraban que no era posible sesionar a otra hora. Personalmente, me resulta indiferente la hora, pero no todos los colegas están en la misma situación. En todo caso, lo discutiremos a final de la sesión.

Reitero, no va a ocurrir que no haya espacio para hacer preguntas. Imagino que los invitados traerán presentaciones acotadas a un tiempo inferior a una hora y media, que es lo que dura la sesión, sin perjuicio de lo cual tomaremos los resguardos necesarios para asegurar que se formulen todas las preguntas que los diputados quieran hacer, porque no tiene sentido citar nuevamente a una persona, quienquiera que sea, para que asista a otra sesión.

Tiene la palabra el diputado señor Juan Lobos.

El señor LOBOS.- Señor Presidente, me complace escuchar de usted algunos de los preceptos que se aplicarán en el funcionamiento de esta Comisión, que me parecen del todo atinentes, como lo es, sin duda, el respeto por las normas de urbanidad.

Por otra parte, creo que debemos apegarnos estrictamente al Reglamento, por lo cual quiero partir felicitándolo por expresar su intención de que ése sea el espíritu con que funcione esta Comisión investigadora. Eso sí, me gustaría hacer una excepción en cuanto a que se pueda interrumpir a aquellos invitados que sistemáticamente eludan responder las preguntas que se le hayan formulado o no se refieran al tema por el cual fueron invitados, porque a veces -es lo que me indican las experiencias vividas en otras comisiones investigadoras- hay gente que decide, por la vía de la dilación, provocar el aburrimiento de los diputados y permitir el paso del tiempo sin llegar a lugar alguno.

Ese sería el único caso para el que solicito se permita interrumpir a algún invitado, obviamente, por su intermedio, señor Presidente.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Alberto Robles.

El señor ROBLES.- Señor Presidente, sólo quiero saber si la Secretaría envió las preguntas que hicimos la sesión pasada en relación con la lista de espera de las patologías no Auge.

La señora SKOKNIC, doña Ana María (Secretaria).- Se envió el oficio, señor diputado.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- El oficio se envió en los términos acordados.

En cuanto a lo que solicita el diputado señor Lobos, por supuesto. Se trata de que quienes asistan en calidad de citados o invitados contesten las preguntas que le formulen los señores diputados. Y si llega a ocurrir que advirtamos en alguien una intención manifiesta de eludir las preguntas, por supuesto que se lo haremos presente, porque

cuando un diputado formula una pregunta tiene el legítimo derecho a pedir que se le responda.

Si les parece, haré ingresar a la ministra de Salud, la doctora María Soledad Barría, para escuchar sus planteamientos.

¿Habría acuerdo para permitir el ingreso de la prensa?

Acordado.

-Ingresan los invitados.

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

En primer lugar, le daré la palabra para que realice su exposición y posteriormente las señoras diputadas y los señores diputados harán las preguntas que estimen conveniente.

Tiene la palabra la ministra de Salud, señora María Soledad Barría.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero agradecer esta invitación y señalar que las garantías explícitas de salud, como el Auge, constituyen la aplicación de una política pública de gran trascendencia para las personas de nuestro país.

En esta materia, he preparado una presentación que paso a enseñar.

Cuando nos referimos a la Comisión Investigadora del Plan Auge, debemos pensar por qué surgió este Plan, cuál fue el contexto y el debate que se produjo a raíz de estas garantías explícitas en salud.

Al hacer una mirada histórica, debo recordar que el Servicio Nacional de Salud fue creado en 1952 y constituyó un gran avance desde todas las perspectivas. Tiene una representación territorial en cada una de las regiones, a lo largo y ancho del país.

A través de su historia ha tenido vaivenes, épocas de mayor y de menor inversión, pero sobre todo una continuidad histórica muy importante que ha llevado a que el reporte de salud de 2000 de la Organización Mundial de la Salud mostrara un mapa con resultados, desde el punto de vista sanitario, que tienen los distintos sistemas y países en el mundo.

En la imagen se puede ver que Chile se caracteriza por los colores más azules, más oscuros, es decir, con las mejores condiciones sanitarias. Sin embargo, desde el punto de vista de la equidad, desigualdad en el financiamiento y aportes en salud, mostraba que Chile era uno de los sistemas más desiguales, lo cual resultaba contradictorio, pues estamos hablando de una gran organización y distribución del sistema que ha permitido y sustentado importantes mejorías de la salud de la población. No obstante, la carga y la distribución de la misma para las poblaciones eran muy desiguales, de acuerdo con el mismo reporte.

A ello se sumaba la insatisfacción de los usuarios, tanto del sistema público, por falta de acceso, listas de espera, como del sistema privado, por poca protección de las personas frente a situaciones de salud muy caras, en las que se sentían que las isapres no daban cuenta. Es decir, insatisfacción usuaria en ambos sistemas de salud, enfrentados por el mismo éxito que habíamos tenido en los cambios.

Actualmente nuestra población vive más. En la década del 40 el promedio era de 40 ó 50 años. En cambio hoy, el promedio de expectativas de vida es sobre los 75 años. Incluso, 81 años para las mujeres y 76 años para los hombres. Ha cambiado el tipo de enfermedad y el tipo de población al cual debe enfrentarse.

Entonces, de allí nace la idea de la reforma de la salud, tan importante en el gobierno del Presidente Lagos, y se establecen los principios de la reforma.

Lo primero que se plantea son los objetivos sanitarios para la próxima década. Es decir, los objetivos que tenía que cumplir Salud en el período 2000-2010. Ése es el pilar que sustenta gran parte de lo que hizo el gobierno pasado y que estamos revisando hoy.

Ahora bien, los objetivos sanitarios son: mejorar los logros sanitarios alcanzados, disminución de las enfermedades infecciosas. No basta con decir que ya se solucionó sino que hay que mantener toda una atención del sistema para seguir mejorándolo aún más y mantener esos éxitos.

En segundo lugar, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento. No es lo mismo un sistema de salud como el nuestro, en el que se dio prioridad para lo materno infantil durante 40 ó 50 años.

Logramos enormes éxitos, pero muchas veces se dejó de lado la salud del adulto y ahora estamos enfrentados a una población que requiere una nueva priorización, volver a poner sobre la mesa las necesidades de nuestra población.

La gente ya no se muere por enfermedades infecciosas, se muere de cáncer, de hipertensión, de enfermedades cardiovasculares, de traumatismos; de enfermedades que están ligadas a los estilos de vida que antes no tenían mayor cuestión.

En tercer lugar, disminuir las desigualdades, abordar efectivamente las inequidades en salud.

La semana recién pasada me tocó participar en un encuentro en la Organización Mundial de la Salud. Chile fue invitado a la comisión que estudia los determinantes sociales en salud, porque se considera que nuestro país, al haber puesto como uno de los objetivos disminuir las desigualdades e inequidades en salud, ha sido absolutamente vanguardista en un tema que hoy está siendo puesto a nivel internacional.

Chile tiene datos y acciones concretas donde se están abordando las desigualdades.

En cuarto lugar, satisfacer las necesidades y expectativas de la población. Es importante porque, técnicamente, la reforma podría ser muy adecuada, pero no preocuparse de la dimensión humana que conlleva lo que tiene que ver con salud. Por lo tanto, el cuarto objetivo se radicó en satisfacer dichas necesidades y expectativas.

Para ese objetivo se estableció un modelo de atención con algunos instrumentos, uno de los cuales es el Plan Auge.

El modelo, como primer punto central, debía tener énfasis en la promoción y prevención. A modo de ejemplo, las actuales enfermedades del adulto tienen que ver con estilos de vida, con problemas como el tabaco, donde no basta que nos preocupemos de curar los cánceres, sino de que la gente no llegue a fumar y ojalá nunca caiga en la adicción del tabaco ni en cada uno de los problemas sanitarios.

Un segundo punto central del modelo es la integración de la red asistencial.

La red pública es una potencia a nivel mundial que nos ha permitido tener los resultados que están a la vista. Aún tenemos algunas discusiones, como la que genera la atención primaria de salud, eje estratégico que atraviesa el sistema público.

De los proyectos de ley de la reforma, el primero -que no fue aprobado en su momento- fue el de los derechos y deberes de las personas en salud. Y como ustedes saben -en su calidad de miembros de la Comisión de Salud-, la reforma se basó en un cambio de concepto muy importante: la dignidad en la atención de las personas. Dicho proyecto no fue aprobado en su momento.

El Auge -motivo que nos ocupa- es la voluntad de hacer que un derecho teórico pase a ser un derecho exigible y efectivo, desde el punto de vista de las personas.

Otro proyecto consideró modificaciones a la ley de Isapres, a la estructura del sistema público y del régimen del personal del sistema público, con la separación de funciones al interior del ministerio de Salud y en todas las Secretarías Regionales Ministeriales.

Hubo un positivo debate en torno a la reforma. Todos queríamos, de alguna manera, asegurar el acceso y el derecho que tenían las personas a su atención. Sin embargo, se produjeron dos visiones en ese momento. Una postulaba un acceso universal y, la otra, un listado de prestaciones. Se discutió mucho si el Auge tenía que ser sólo un listado acotado o un listado acotado dentro de todo un sistema universal.

Muchos de los aquí presentes estuvimos en aquella discusión y no siempre concordamos en que Auge fuese un listado aparte, distinto, una especie de plan básico de salud. Tenía que formar parte -como lo es hoy en nuestra legislación- de los derechos de las personas.

Lo central del Plan Auge es el sistema de acceso universal a todas las prestaciones de salud para los beneficiarios del sistema público y privado, algunas de esas prestaciones tienen garantías explícitas en términos de oportunidad, acceso, calidad y protección financiera.

En primer lugar, me referiré a la idea general del Auge, luego al sistema de regulación y, finalmente, al rol de cada uno de los actores del sistema. Posteriormente, explicaré cómo fue el diseño de su implementación y su puesta en funcionamiento en el sistema público.

¿Qué es y de qué se trata el acceso? Se trata de que algunas enfermedades o problemas de salud tendrán garantizados el acceso para el ciento por ciento de los beneficiarios, tanto de Fonasa como de Isapres, en términos de un tiempo establecido en la guía clínica, de calidad a través de estándares adecuados para su tratamiento, y de protección financiera. Lo que se busca es limitar el gasto de bolsillo en estos problemas o enfermedades declarados prioritarios. Esto no quiere decir que se dejen de lado otros asuntos, sino como en algún momento se priorizó lo materno-infantil, porque era una necesidad país, en este momento estamos priorizando otras enfermedades.

¿Qué son las garantías exigibles de acuerdo a ley? Las garantías explícitas en salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios, y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fonasa, las Isapres, la

Superintendencia de Salud y las demás instancias que corresponda. La persona -sea el afectado o quien lo represente- podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud.

Se establece, por tanto, un sistema que no busca judicializar sino proteger los derechos de las personas, instalando distintos mecanismos de reclamo, ante Fonasa, ante las Isapres y ante la Superintendencia, y así dar cumplimiento efectivo a las garantías de las personas con problemas de salud.

Para exigir este cumplimiento, las personas se pueden dirigir, según corresponda, a la Isapre o a Fonasa. Si sienten que no hay un cumplimiento debido de la garantía, tanto la Isapre como Fonasa tienen la obligación de establecer un segundo prestador. Por ejemplo, si una persona se trata una catarata y la Isapre tiene convenio con un determinado prestador, si ésta no da respuesta y la persona reclama, la Isapre está obligada a poner un segundo prestador, porque el primero no ha dado fiel cumplimiento a la garantía.

Lo mismo pasa en el caso de Fonasa. Si el hospital público no da cuenta de la garantía, está obligado a dar un segundo prestador. Además, el seguro, la Isapre o el Fonasa tienen que asignar este segundo prestador en un plazo máximo de dos días, debiéndose entregar la atención en diez días. Si eso no ocurre, se puede apelar a la Superintendencia de Salud, quien también puede establecer un tercer prestador, tanto para la Isapre como para el Fonasa, y así obligar al cumplimiento de la garantía.

En el sistema público contamos con todo el sistema de informaciones y reclamos, donde las personas pueden reclamar el eventual incumplimiento de las garantías.

Respecto de la protección financiera, ésta también debe establecerse ante el Fonasa o la Isapre. El hecho, por ejemplo, de que no se le está cobrando demás o si se está cobrando más allá de lo señalado o no se están dando las facilidades, la Superintendencia será quien dirima el conflicto administrativo y, desde el punto de vista de calidad, las personas también pueden reclamar ante la Superintendencia de Salud.

Entonces, el Ministerio de Salud es el encargado responsable del diseño y la regulación del sistema; la Superintendencia de Salud es la que va a fiscalizar que tanto las isapres como el Fonasa den cuenta de las garantías con este primer prestador, segundo o tercero en caso de que sea necesario. Por lo tanto, el rol de la Superintendencia en el sistema Auge es muy importante: vigilar y controlar a las isapres para que se cumpla el régimen de garantías y lo mismo respecto de los derechos de los beneficiarios del Fonasa.

En Fonasa ha habido 9 mil reclamos, de los cuales el 22 por ciento ha sido por garantías explícitas; en la Superintendencia se han tramitado 241, de los cuales el 13 por ciento es por garantías explícitas.

En las isapres ha habido 4.800 reclamos, de los cuales el 5 por ciento es sobre garantías explícitas; han sido tramitados en la Superintendencia 2.400 reclamos. Es decir, hay un sistema de reclamos que está operando, aunque probablemente flojo de lo que se quisiera como ejercicio real de los derechos de las personas.

Período julio 2005 agosto de 2007.

Remitiéndome a los reclamos que tienen que ver con las garantías del Auge, que son las garantías explícitas, en Fonasa ha habido 3.500 reclamos, y sólo han pasado a la Superintendencia 58; es decir, 1,6 por ciento.

En las isapres se han presentado 500 reclamos por garantías explícitas, de los cuales 270 han pasado a la Superintendencia por no haber sido respondidos.

Causas de los reclamos.

En total, por acceso, en Fonasa, 26 reclamos; en isapres, por acceso, 106 reclamos; por protección financiera, 153, y, en Fonasa, 15 reclamos; por otras materias, en isapres, 11, y, en Fonasa, 17 reclamos.

En Fonasa, la primera causa es el acceso y, la segunda, la protección financiera, y en otras materias la cifra es menor.

Éstas serían las causas de por qué la gente llega a la Superintendencia de Salud.

Por lo tanto, respecto de los reclamos, hay un sistema para los beneficiarios públicos y privados que funciona, que cuenta con mecanismos y tiempos establecidos para presentarlos y así ejercer este derecho de manera efectiva.

Entonces, establecidos cuáles son los mecanismos de regulación, la definición del Auge y los roles de los distintos actores, quiero tratar un segundo tema importante.

¿Qué cosas se incluyen en la priorización para que sea una garantía explícita? ¿Qué fue, en su momento, buscado como lo más prioritario?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Perdón, señora ministra. Para el buen funcionamiento de la Comisión, quiero plantear dos cosas: primero, no tiene mucho sentido televisar una sesión de esta Comisión si hay celulares prendidos, ya que al recibir una llamada produce serios problemas con la transmisión. Segundo, les ruego a los señores diputados y señoras diputadas que nos concentremos en la exposición de la señora ministra y que no tengamos diálogos con asesores u otras personas, ya que no avanzaremos debidamente.

Repito, les ruego apagar los celulares, porque genera problemas para la transmisión y las preguntas formúlenlas directamente a la señora ministra al término de su exposición.

Puede continuar, señora ministra.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Señor Presidente, estábamos hablando sobre la priorización, porque ya no es sólo la materia infantil lo prioritario, sino que estamos cambiando con el objeto de incluir nuestros problemas actuales.

Al respecto, sé parte de los problemas en cuanto a lo más frecuente, lo más grave, pero también hay dimensiones muy importantes que antiguamente no tenían importancia como, por ejemplo, lo que daña la calidad de vida. Hace 30 ó 40 años estábamos concentrados en lo que producía mortalidad. Hoy, además, estamos preocupados de las enfermedades que producen deterioro en la calidad de vida de las personas, de aquellos problemas que significan un desembolso muy grande, porque uno de nuestros objetivos sanitarios es responder a lo que son las expectativas y necesidades de la población, o combatir la desigualdad cuando el tratamiento de una enfermedad significa millones de pesos para una familia. No cabe duda de que hay familias

que pueden acceder a ello, pero hay otras que no, si no está garantizado de alguna manera.

Existe una mezcla entre prioridades que tienen que ver con enfermedades que matan, que producen un problema desde el punto de vista de la calidad de vida; por ejemplo, una cojera debido a una artrosis puede ser muy dolorosa e impedir el movimiento, que no produce la muerte de la personas, pero que es indispensable preocuparnos del tema.

También hay mezclas de enfermedades que son menos frecuentes, como la fibrosis quística, pero que significan un tremendo desembolso si es que como sociedad no nos preocupamos de estas personas. Estas enfermedades también deben tener algunas intervenciones que sean efectivas, porque no basta que sea una enfermedad muy grave, sino que además debe tener algún tipo de tratamiento o de intervención que haga posible una mejoría de esa persona, ya sea desde el punto de vista de su calidad de vida o de su pronóstico. Es probable que esto tenga que ver con promoción, con prevención, con curación o con rehabilitación, dependiendo del problema. Además, tiene que ver con la factibilidad país de abordarlo, porque vivimos en un país concreto, no es teórico, ya que tenemos determinados tipos de recursos humanos, y es necesario saber qué recursos están disponibles, qué recursos humanos tenemos, que son más dificultosos que los recursos financieros.

Para esto nos apoyamos en distintos tipos de estudios que quedaron instalados en el diseño de la ley, como el estudio de carga de enfermedad, que hace una mezcla entre las enfermedades que producen mortalidad con las que producen discapacidad; un estudio de priorización social de atención en salud, en el sentido de saber cuál es la evaluación social que se le da a esas enfermedades. No es lo mismo que sólo yo determine qué enfermedades ingresan a que haya estudios que nos aporten una sensibilización para determinar, por ejemplo, que el problema de las presbicias, probablemente desde el punto de vista técnico de salud, nunca habría sido priorizado si no hubiese sido por las personas, por la comunidad, por los interminables diálogos ciudadanos que se hicieron al inicio de la reforma, en que dentro de los temas prioritarios estaba el que la gente no veía para poder trabajar. No veía para poder seguir haciendo sus labores.

Es por ello que, desde el punto de vista de la civilidad, la valoración social es muy relevante también.

En tercer lugar, tenía que ser un sistema que fuera posible para el país. Eso obligó a un estudio de determinación del costo esperado para que los sistemas, tanto de Fonasa, sistema público solidario, como las Isapres individuales, no estuvieran sometidos a un costo voluntarista del Ministerio de Salud. Fue estudiado por entidades externas y, por lo tanto, corresponden al estudio de licitación del costo esperado para las prioridades con las intervenciones correspondientes.

Para el diseño de estas enfermedades y de esta priorización, el Ministerio de Salud ha tenido una ardua labor en la cual han participado miles de profesionales.

Se ha realizado un trabajo, no sólo interno, sino con las universidades, entidades de salud pública, con ayuda externa, pero también ha habido mucho trabajo con

comisiones de especialistas que nos han dicho cómo tratar mejor estas enfermedades.

Existe en salud un tema que, probablemente, no existe en otras áreas y que es una gran cantidad de bibliografía y de información, que ayuda a determinar si una cosa es útil o no, ya que se publican demasiados artículos, muchas veces de manera contradictoria, y existe un mecanismo, una manera de hacer salud pública, que se relaciona con la ponderación de esos distintos estudios para decidir si una intervención sirve o no. Es decir, tiene que existir un análisis de evidencia científica de lo que se está realizando con los especialistas y en que se elaboran guías clínicas para establecer el tratamiento de cada una de estas enfermedades.

Se forma un grupo de trabajo con los especialistas y se establece el diagnóstico, qué exámenes se deben realizar, cuál sería la terapia efectiva y cuál es la garantizada o las garantizadas, en algunos casos, con tratamiento y, en otros casos, con seguimiento.

Este sistema se empezó a armar en 2002. En 2000 se implementaron los objetivos sanitarios, estableciendo el modelo. En 2002 partió un piloto del Auge, mientras se tramitaban los decretos y, el primer decreto legal, parte a mediados de 2005, cuando se establecen los 25 problemas de salud. Es en ese momento en que se inicia el Auge propiamente tal.

En el segundo decreto se agregan 15 problemas más. Esto sucedió el 1 de julio de 2006.

En el decreto 44, de 2007, ingresan los últimos 16 de esta primera batería de 56 problemas de salud que habían sido priorizados al inicio de la reforma.

Este es un sistema que se ha ido construyendo, y es por ello que ha habido algunos cambios de decretos, indispensables para poder ir asegurando la marcha.

No existe en el mundo un ejemplo como éste. Quiero decir que, muy probablemente, estamos haciendo historia en el sentido de que no hay otro país que haya osado -y permítanme decirlo- poner garantías legalmente exigibles en enfermedades de salud, con tiempo, con sistemas de calidad, con guías clínicas y con protección financiera para las personas.

También ha habido un aprendizaje, señor Presidente. Se han corregido algunos errores administrativos. Por ejemplo, este año hubo un error en los decretos y en el listado de prestaciones. Son legajos de 300 ó 400 páginas, ya que para cada enfermedad puede haber varias canastas de prestaciones. Es el caso del gran quemado, en que hay 3 ó 4 canastas distintas, dependiendo de la complejidad de la quemadura. Lo mismo ocurre con otro tipo de enfermedades.

Por otra parte, hay variados tipos de cáncer y cada uno de ellos tiene especificaciones concretas e individuales. En consecuencia, por el mero hecho de hacer una enorme cantidad de canastas hay algunos errores administrativos. Por ejemplo, este año se dio un problema con la artritis reumatoídea del adulto, porque en una parte en lugar de decir anual, decía mensual, o al revés; el costo debía decir anual, pero decía mensual, y ese sólo hecho puede cambiar de una manera importante, lo cual nos ha obligado a hacer mejorías y correcciones de acuerdo con la legalidad vigente.

Hemos tenido que hacer -ustedes también lo van a ver- algunas modificaciones. Por ejemplo, hay una enfermedad, la retinopatía diabética, respecto de la cual se garantizaba un tratamiento, pero no todas las personas tenían indicación de tal tratamiento, en circunstancias de que habíamos estipulado que todas debían tenerlo, incluso, más allá de lo que la ciencia médica permitía, por lo cual hay que arreglarlo y dejarlo conforme con la indicación necesaria.

Respecto de la prima, se fija una general, tanto para Isapres como para Fonasa.

El objetivo de la ley es que no cueste más de un determinado monto, el cual fue fijado. Hasta ahora, todos nuestros estudios de costo han estado por debajo de la prima, por lo cual no ha habido problemas con la legalidad.

Tenemos un actor importante, cual es el Consejo Consultivo del Auge. Así como hablé de los actores en el capítulo referido a las regulaciones, los estudios, que deben estar conforme con la ley, son licitados y los hacen entidades externas al Ministerio de Salud, como el de carga-enfermedad, el de percepción de los usuarios o el de costo. De la misma forma, de acuerdo con la ley funciona un consultivo cuya tarea es asesorar al ministro de Salud en estas materias. Aquí no hay obligatoriedad en asumir el consultivo, pero sí una interacción importante para avanzar. En este consultivo fundamentalmente hay académicos.

Una vez definido lo que es la regulación y el diseño, quiero pasar a lo que ha sido la implementación del Auge en el sistema público de Salud.

Al respecto, tenemos una gran red pública que funciona con niveles de atención. De acuerdo con el modelo que hemos señalado, queremos trabajar con un sistema basado fundamentalmente en atención primaria, un trabajo comunitario con atención ambulatoria en un segundo nivel y que llegue al hospital lo que sea necesario.

En el Auge, las garantías se despliegan en cada uno de estos niveles. No todo es hecho en un nivel, sino que también recorre la red de atención.

Esta red del sistema público significa una superficie de más de un millón y medio de metros cuadrados construidos a lo largo de todo Chile, 183 hospitales, con más de 26 mil camas y una atención primaria de salud fundamentalmente de administración municipal, con más de 1.600 establecimientos, la mayor parte de ellos postas de salud rural y 450 unidades entre consultorios y centros de salud que componen la atención primaria.

¿Qué pasa con el Auge y el sistema público?

El Auge ha significado un fortalecimiento y tensionamiento -es necesario decirlo- de todo el sistema público de salud, fortalecimiento que se ha traducido en inversiones en recursos. Ha tensionado el sistema, en el sentido de que se realicen aquellas cosas que han sido priorizadas para todas las personas. Es decir, el qué hacer se establece prioritariamente, se debe seguir haciendo en su totalidad. Sin embargo, así como antes se priorizaba la salud en lo materno-infantil, ahora deben realizarse las acciones para dar cuenta de esa garantía. Hay definiciones presupuestarias y gestiones para poder incluso capacitar o formar cuando se requiera.

Cada vez ha sido más necesaria, y se ha hecho de manera muy interesante, una interacción entre los distintos niveles de atención de la red pública para ponerse de acuerdo en qué cosas va a realizar la atención primaria, cuáles llevará a cabo el nivel secundario ambulatorio y cuáles el nivel hospitalario.

Todos los años, en los veintiocho servicios de salud del país se han hecho talleres AUGE para poder ir analizando y poniéndose de acuerdo en cómo se hace esta interacción, cómo se realizan las adecuaciones y las orientaciones en la práctica y no solamente en la "teoría de Mac-Iver 541", sino capitaneados por los servicios de salud, donde participan -por supuesto- los distintos actores con los municipios. Ello ha significado el fortalecimiento del sistema: 38.528 horas médicas semanales adicionales. El 70 por ciento de esto -no la totalidad- ha sido destinado al AUGE. Y muy importante para nosotros es que el 70 por ciento de las horas AUGE han sido dirigidas a regiones. Porque cuando hablábamos de desigualdades en materia de objetivos sanitarios nos referíamos a la distribución territorial. No es lo mismo estar en Arauco con alguna enfermedad -bien lo sabe nuestro ex director de servicio y actual diputado- que estar en Santiago. Allí ha sido muy importante el direccionamiento de los profesionales.

Del total de incremento de horas médicas, por ejemplo, un número muy importante se relaciona con los cargos que se obtuvieron para este año. De hecho, sólo en 2007 se pudo incorporar el equivalente a 379 médicos en jornada completa y a 124 cargos de urgencia, de 28 horas -para los que conocen más-. O sea, el 2007 es responsable de casi un tercio del incremento 2001-2007.

En materia de tecnología, que ha sido fundamental para poder dar cuenta de esos requerimientos, debo señalar, por ejemplo, que en 2004 no teníamos resonancias nucleares magnéticas en el sistema. A fines de 2007 podremos contar con seis equipos a lo largo de Chile.

Se han incorporado mamógrafos; arco C, un equipo que sirve para hacer intervenciones quirúrgicas; ecotomógrafos, es decir, una gran cantidad de implementos que de verdad están fortaleciendo el sistema.

Aquí es un poco difícil, señor Presidente, poder separar qué inversiones corresponden exactamente al AUGE y cuáles son no AUGE. Porque si se tiene un cineangiógrafo que permite hacer un buen diagnóstico de una cardiopatía coronaria y que también posibilita la realización de otro tipo de exámenes, sin lugar a dudas no sólo se beneficia a los pacientes AUGE, sino también a los no AUGE.

Así como es difícil decir exactamente a cuánto asciende la inversión en tecnología, si bien la que tenemos valorizada alcanza a casi los cien mil millones de pesos, el financiamiento del GES en el sistema público también se relaciona con prestaciones valoradas, que es lo que a los establecimientos les gusta, porque hacen uno y les transfieren uno. Sin embargo, ése no es el único mecanismo de financiamiento del sistema público. Hay financiamiento en inversiones, en recursos humanos e insumos que no necesariamente pasan por las prestaciones valoradas, así como tampoco los recursos humanos están exclusivamente para el AUGE, puesto que si tenemos un psiquiatra, por supuesto debe atender la depresión, pero también otro tipo de

patologías que no necesariamente están contempladas. Entonces, no hay una línea divisoria. Eso es muy importante porque tiene que ver con lo que queremos. No queremos que sea una línea divisoria, porque las garantías explícitas son una priorización, son garantía. Eso no quiere decir que las personas no tengan derecho a todo, pues van a tener prioridad en el Auge. No quiere decir que se deban dejar de lado.

Por otra parte, respecto del nivel de crecimiento de las transferencias asociadas a las garantías y a las patologías no garantizadas en el sistema, en 2007 hemos pasado a 1 billón 160 mil millones de pesos, de los cuales aproximadamente 300 mil millones correspondían al Auge y un poco más de 864 mil millones al no Auge, con las consideraciones que he señalado, porque no siempre es fácil dar esta línea absolutamente clara. Así se ha implementado el Auge en el sistema público de salud.

A mediados de 2005, el decreto N° 170 da inicio a la garantía legal. En ese sentido, en el sistema público de salud partimos con un piloto que consideraba tres patologías para 2002; cinco para 2003; 17 para 2004; alrededor de 25 para 2005; 40 para 2006 y 16 nuevas patologías para 2007. Es decir, hubo una preparación gradual del sistema público para ir respondiendo a esas garantías.

Por lo tanto, tenemos claramente más acciones de salud. Por ejemplo, en 2001 se realizaron 340 intervenciones quirúrgicas o tratamientos por cáncer de próstata y en 2006, 569 intervenciones. Para 2007 tenemos previstas más de 750 intervenciones. Asimismo, en 2001 se realizaron 780 intervenciones quirúrgicas por cáncer gástrico y en 2006 más de mil intervenciones. Es decir, más personas están accediendo a un tratamiento normado y garantizado en términos de lo que se le hace a la persona de acuerdo con una guía clínica, lo que indudablemente es muy importante. Por ejemplo, respecto de otras acciones de salud, en 2001 se atendieron 120 cánceres infantiles y para 2007 se prevé una atención de 785 cánceres infantiles. No estamos hablando de teoría, sino de personas que están viendo solucionados sus problemas. Además, hemos pasado de 7.046 atenciones de cáncer cérvico uterino en 2001 a 10.270 atenciones en 2007. Es decir, estamos interviniendo antes y no esperando a que el cáncer esté avanzado para hacer una intervención quirúrgica.

Ahora bien, todavía tenemos problemas con las cataratas. Teníamos un gran stock de pacientes que no habían sido operados durante muchos años. No sólo teníamos las que se venían produciendo, sino las que se habían acumulado durante muchos años. Por ejemplo, en 2003 atendimos a menos de 7 mil personas con cataratas y en 2006 a 22.031 pacientes. O sea, hemos dado un salto enorme que ha significado más soluciones para las personas, aun cuando todavía tenemos algunos problemas en esta materia.

Como he señalado, las garantías no sólo han servido a las garantías, sino también para aquellas cosas que no están garantizadas. En este caso, se trata de crear un sistema que sea capaz de ir modulando lo que es Auge y lo que no es Auge.

Hoy, nuestro gran problema como país son las enfermedades cardiovasculares, debido a las cuales debemos hacer intervenciones quirúrgicas por el consumo de tabaco. Eso lo

estamos abordando con la legislación y con campañas antitabaquismo. Además, estamos abordando la atención primaria a través del Auge en hipertensión y en diabetes, cuyos tratamientos están considerados en el Auge. Por eso, hemos tenido enormes mejorías en la cobertura de la población que está siendo tratada. Todo eso repercutirá en el futuro en una mejoría de las enfermedades cardiovasculares. También está considerado el tratamiento del infarto, pero no así el tratamiento de las angioplastias que, sin embargo, ha tenido un crecimiento notable. Esta enfermedad, pese a no estar dentro de las patologías incluidas en el Auge, ha subido de manera sustancial en el número de pacientes intervenidos, que van de 518 a 3.173. La angioplastia es una intervención cardiaca no quirúrgica, destinada a solucionar un problema de obstrucción del corazón utilizando un cineangiógrafo. Eso no era posible hace unos años, porque no teníamos dicho instrumento ni los equipos necesarios. Hoy, son muchos los pacientes que pueden acceder a esta intervención, aún cuando no está en el Auge. Así, se va articulando lo Auge y lo no Auge para dar solución a los principales problemas de salud de la población.

Se dice que por culpa del Auge hemos dejado de lado las patologías que no están en ese plan. Sin embargo, las operaciones de amígdalas en niños, que no está dentro del Auge, han pasado de 7.000 a 8.500; en el caso de las hernias, los pacientes intervenidos se han mantenido en alrededor de 22.500; en el tratamiento de várices hemos aumentado en casi 50 por ciento las soluciones. También aumentaron las intervenciones por colelitiasis, enfermedad que no está considerada en el Auge. Es decir, también estamos haciendo un seguimiento de las enfermedades que no están en el Auge.

En cuanto a los sistemas de gestión, hemos visto cómo se implementó el auge en el sistema público, lo que ha significado en materia de fortalecimiento y de resultados en las acciones de salud.

¿Cuáles son nuestros mecanismos para asegurar que esto se va cumpliendo?

El primer mecanismo son los equipos GES, el segundo un sistema de gestión de garantías explícitas en salud, Sigges, que es un sistema informático, el tercero, la fiscalización de Fonasa y el último son los directorios de compras regionales.

En cuanto al equipo GES, en el Ministerio funciona todas las semanas un directorio Auge dirigido por mí, pero además, en cada servicio de salud hay un equipo dirigido por el director del servicio que está preocupado del Auge. Asimismo, en los establecimientos hay personas encargadas de registrar los procesos, hacer gestión de contingencia, ver qué pasa con la información y los reclamos de los usuarios y supervisar los procesos. Por ejemplo, si una persona sufre cataratas se vigila todo el proceso en sus distintos momentos a lo largo de toda la red asistencial, es decir, lo ve el servicio de salud, pero también en cada uno de los establecimientos hay etapas que cumplir.

En segundo lugar, está el Sigges. Efectivamente hemos tenido problemas con el sistema de registro. Es un sistema de gestión de las garantías que no tiene relación con el cumplimiento definitivo, sino que con el reclamo. Tal como lo planteé al comienzo de mi intervención, cuando hablé de

la regulación, en el sistema GES el incumplimiento tiene que ser reclamado ante el Fonasa o la Superintendencia de Salud para ser efectivo. Como cualquier garantía, la gente tiene que reclamar para hacer efectivo el cumplimiento de su garantía. Estamos tratando de adelantarnos a eso y, por ello, hemos creado este sistema de gestión que no necesariamente tienen las isapres para no tener problemas de retrasos, porque lo que queremos es garantizar la salud a las personas.

Hemos tenido problemas. Ha habido subregistro en el caso de algunas enfermedades por deficiencias en la definición de los sistemas. Como ésta es una innovación chilena, no hay sistemas informáticos adecuados que se puedan adquirir en el extranjero, por lo que ha habido que ir desarrollando sistemas propios a medida que se ha ido avanzando.

Otra fuente de problemas es lo que hemos calificado de errores forzados. Un ejemplo es lo que ocurre con el cáncer cérvico uterino, ya que la garantía obliga a brindar acceso total a radioterapia o a quimioterapia, que son dos alternativas de tratamiento que se pueden utilizar conjuntamente o en forma separada, pues no existe obligación de utilizar los dos. Sin embargo, en nuestros registros aparecían como incumplimiento los casos en que se había determinado que se aplicara sólo uno de los tratamientos y no los dos. Ése es un problema que proviene de la forma cómo eso quedaba registrado en el sistema informático.

Hay otros problemas que hemos llamado "de decreto". Como lo que señalé respecto de la retinopatía diabética. Resulta que no por cumplir con el AUGE vamos a sobre tratar a los pacientes si no hay indicación terapéutica que así lo determine. Desde luego, ése es un problema del decreto que hay que arreglar por otra vía, no por el sistema informático.

Otra fuente de problemas con el sistema informático consiste, precisamente, en la duplicación de sistemas. No nos sirve tener un sistema que sea adicional a otro distinto, como el que tienen los consultorios para trabajar sin papeles. Que se digite para los registros de las GES y separadamente para los registros propios o para el Fonasa hace que las cosas sean demasiado engorrosas. Es por eso que estamos buscando una integración de sistemas. La idea es que el sistema de gestión se unifique con los sistemas informáticos de los consultorios, para lo cual estamos avanzando en lo que hemos llamado "consultorios sin papel". De hecho, ya contamos con más de cien establecimientos que no tienen ficha clínica, sino registro. Y desde allí se debe sacar la información para no volver a digitarla, ya que se generan una gran cantidad de errores, de duplicaciones o de no llenado o de llenado inadecuado de los formatos.

Hemos ido avanzando. Hicimos una auditoría interna y nos dimos cuenta de que el Sigges no estaba funcionando bien, por lo cual desde este año se empezaron a introducir modificaciones que permitirán funcionar de manera unificada a partir de 2008, gracias a esta informatización creciente del sistema público de salud.

En la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados mostramos la estadística, desglosada por años, de los casos cerrados, de los pendientes y de los que están con retraso, aunque

basada en este sistema que aún no es del todo adecuado, ya que -insisto- hay casos que aparecen como incumplidos cuando en realidad están cumplidos. Como señalé, eso se debe a un problema informático.

La información que les estamos mostrando ahora incluye la estadística registrada hasta fines de septiembre del presente año, por lo que contiene datos más nuevos que la información que entregamos a la Comisión de Salud, que sólo incluía los datos registrados hasta fines de agosto. En todo caso, las cifras son bastante similares a las que habíamos mencionado respecto de retrasos: 7,4 por ciento de los casos.

Aquí hay algunos problemas que claramente son de tipo informático, como es el caso de las infecciones respiratorias agudas, donde aparecen 50 mil casos de incumplimiento, cuando en realidad esos casos sí están cumplidos. Y como ése hay muchos otros casos.

Eso no quiere decir que no haya retrasos; de hecho, sí los hay, como sucede con las cataratas, respecto de las cuales todavía no logramos ponernos al día en todos los servicios de salud.

La información de incumplimientos y de retrasos en lo plazos de las garantías está desglosada por servicio de salud. Hay algunos servicios, como los de Coquimbo, Talcahuano y Llanchipal, que aparecen con un mayor número de retrasos que otros servicios.

Hemos estado abocados a verificar los problemas, uno, de registro. En muchos de ellos, sigue habiendo problemas de registros importantes; en otros, problemas reales, como falta de especialistas: psiquiatras, en algunos casos; oftalmólogos, en otros.

Por ejemplo, hay casos en que se compran servicios a privados, y esos no son incorporados como solucionados, porque fueron solucionados en el privado. Por lo tanto, no queda registro en nuestro sistema informático.

Es decir, debemos seguir trabajando con el sistema de información, a la vez que con aquellas enfermedades o patologías con mayores problemas.

Quisiera ser muy clara, porque se sacó a colación un informe de Fonasa que hablaba de un 40 ó 50 por ciento de incumplimiento en algunos lugares y de retraso en determinados cumplimientos de garantías.

¿Qué hace Fonasa para verificar el GES? Tenemos a los equipos de gestión, el Sigges, que es este sistema. Fonasa toma los casos que le parecen dudosos, justamente este sistema de información, y hace una fiscalización dirigida a aquellos casos con mayores probabilidades de incumplimiento. Y eso, que fiscaliza, es lo que apareció, y que los señores diputados aquí conocieron, como un porcentaje importante de retraso en el cumplimiento, porque efectivamente eran sacados de aquellos en que había más posibilidades de incumplimientos.

Por lo tanto, es un tema importante que Fonasa lo siga haciendo, porque se lleva a reuniones en el cuarto punto de fiscalización, que son estos directores de posta, donde está Fonasa, en conjunto con las direcciones de servicios buscando solucionar estos problemas.

Con esta transparencia puedo demostrar cómo estamos trabajando, en 2006 y en 2007, las compras por riesgo. Es decir, Fonasa se da cuenta de que hay riesgo de retraso y pide un segundo prestador; o bien, cuando ya hay retrasos.

Vemos que en 2006 el 83 por ciento de las compras de Fonasa fueron por retraso, y sólo el 16 por ciento por riesgo. En cambio, por riesgo en 2007 fueron la gran mayoría. Estamos adelantándonos mejor, porque se trata de todas de largo riesgo y no por retraso.

De la misma manera, también hemos ido solucionando mejor los problemas al interior del mismo sistema público, donde vemos que en 2007 el 63 por ciento de los casos se solucionó al interior del mismo sistema público y no necesariamente con compras a plazo.

Para nosotros, el Auge ha tenido un impacto importante, que significa dar protección a más de 4 millones de beneficiarios, entre Fonasa e Isapres. Aquí están los del primer decreto, que son 3 millones en Fonasa, que ya tienen dos años -van acumulándose-, y los del segundo decreto, en que solamente tienen un año, y los del tercer decreto, que son 112, pero éstos consideran sólo tres meses, porque, desde el 1 de julio hasta fines de septiembre, en que ya en esos tres meses se han atendido más de 115 mil personas por estas nuevas dieciséis patologías, acumulamos 4 millones de beneficiarios del Auge.

¿A quiénes está fundamentalmente dirigido? Es interesante. De estos 3 millones 800 mil beneficiarios de Fonasa, la gran mayoría han sido Fonasa A, es decir, que no cotizan, son indigentes, 1.264.000, y 1.452.000 son aquellos Fonasa B, es decir, beneficiarios de Fonasa, pero que ganan hasta el mínimo en la práctica, y que son la gran mayoría de los beneficiarios por el Auge.

Desde el punto de vista de la satisfacción usuaria, la Superintendencia solicitó una encuesta el año pasado que mostró que los usuarios decían que con la puesta en marcha del plan Auge se mejoró la atención. Los resultados fueron los siguientes: mucho, 21 por ciento; algo, 48 por ciento. Es decir, el 69 por ciento da una respuesta positiva.

La encuesta Casen hizo el 2006 varias preguntas, una de ellas relativa al Auge y vemos una satisfacción por sobre el 70 por ciento. Esa encuesta es estratificada y, por lo tanto, para nosotros es muy importante. También hubo una buena respuesta respecto de los tiempos.

Asimismo, ha significado mejorías en situaciones de salud. Por ejemplo, en el cáncer de mamas tenemos que la atención por especialistas dentro de 30 días ha significado mejorar de manera muy notable los asuntos más específicos y técnicos. El acceso a los tratamientos, a la quimioterapia, a la radioterapia, también ha tenido un impacto, no sólo desde el punto de vista de la satisfacción usuaria sino también desde el punto de vista técnico.

Pero sobretodo significa reorganizar lo que en el sistema público es el concepto de atención de una manera más moderna, poniendo al usuario en el centro y estableciendo el proceso de atención desde la red, pero también de sus enfermedades, con un detalle de lo que debe hacerse en cada lugar, con acuerdo de los especialistas de lo que es o no efectivo.

En salud no todo lo que se hace es efectivo. En salud, calidad no es hacer más, se trata de hacer lo que hay que hacer.

Un ejemplo muy claro son las cesáreas. Hay un porcentaje enorme de ellas que no significan una mayor calidad sino, por el contrario, menor calidad.

Creemos que la consolidación de redes, tanto en lo público como en lo privado, es efectivamente ir a una modernización del sistema.

Tenemos desafíos, como por ejemplo, seguir instalando esta normativa. Estamos a dos años de la implementación del auge, de esas garantías explícitas, estamos por cumplir dos años de la implementación de las primeras 25 garantías. El resto son mucho más nuevas. Pensamos que esto ha significado un gran desarrollo y consolidación.

Deseo solicitar a los diputados un momento de pensamiento y reflexión.

Las garantías significan para las personas pasar de un derecho teórico a un derecho real, pueden hacer exigibles esos derechos. Es un notable avance.

Tal vez hubo imperfecciones, y las seguirá habiendo, como toda cosa humana, tendremos que seguir mejorándolo. Pero de fondo tenemos la posibilidad de instalación de una política efectivamente útil para tener una salud moderna y sobre todo para poner a las personas en el centro, con sus derechos.

Necesitamos que esos derechos sean conocidos por las personas, todavía es insuficiente.

Tenemos que avanzar mucho en calidad.

La superintendencia está desarrollando el proceso, fue aprobado el sistema nacional de acreditación al reglamento por parte de la Contraloría, se están discutiendo los estándares y se ha empezado con el registro de instituciones que van a realizar las acreditaciones. De la misma manera estamos avanzando en la certificación de personas que pueden trabajar en ello.

En estos momentos, el reglamento está en Contraloría, no ha salido aún, esperamos poder cumplir. Octubre de 2007 era nuestro era nuestro cronograma, pero no ha salido de la Contraloría hasta el momento.

Pensamos que la gente valora el Auge porque ha sido una solución concreta a sus problemas. Puede que aún haya problemas de implementación, pero los seguiremos corrigiendo y para eso estamos trabajando.

Ahora bien, hay una mayor necesidad de información, por eso hemos dispuesto un número telefónico para responder las preguntas de todas las personas, puesto que es imposible que sepan el listado completo de prestaciones.

Pensamos que el desafío sólo puede ser enfrentado como responsabilidad social compartida por las diferentes instituciones públicas.

El sistema debe seguir siendo perfeccionado, mejorando la gestión, garantías e información a los usuarios. En general, seguir adelante porque ha habido una gran mejoría con el Auge en todo lo que respecta a los derechos de las personas de Arica a Magallanes.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- La señora ministra nos ha hecho una exposición muy completa, pero ha ocupado más de una hora.

Tenemos dos alternativas y necesitamos tomar un acuerdo con nuestra invitada. La primera es que prorrogemos la sesión hasta las 18:45 horas. Y la segunda, planteada por el diputado Forni, continuar el diálogo el próximo lunes con la presencia de la señora ministra, si es que ella no tiene inconveniente.

Tiene la palabra el diputado Marco Antonio Núñez.

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, quiero plantear una moción de orden.

Se tomó un acuerdo durante la discusión de la cuenta consistente en entregar preguntas puntuales, breves y por escrito.

Estamos por llegar al término de la sesión y pido hacer un esfuerzo para que las preguntas sean respondidas en la presente sesión.

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

El señor FORNI.- señor Presidente, creo que la exposición de la señora ministra ha sido muy completa, me gustaría revisarla con calma y que ella también pueda responder de la misma manera en una próxima sesión. De ese modo, podremos analizar en profundidad la exposición, pues me parece irresponsable hacer preguntas acerca de una exposición muy completa y respecto de la cual necesitamos mayor tiempo para digerir.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- El éxito de una comisión investigadora depende de varias cosas. Fundamentalmente, tiene que ver con la disposición de que el Ejecutivo y el Legislativo asuman de buena fe democrática la evaluación legítima de cualquier política pública.

El planteamiento del diputado Forni, si es que la ministra está en condiciones de agenda, es absolutamente razonable, y tiene que ver con la seriedad con que debiéramos tratar cualquier política pública. Lamentablemente han existido comisiones investigadoras que han sido un *boomerang* de doble sentido y no han evacuado nada útil para rectificar políticas públicas, que como cualquier obra humana tienen problemas.

La exposición que ha hecho la señora ministra nos muestra problemas que parecen bastante increíbles. El hecho que se confunda la fiscalización de Fonasa con esa cifra, como un incumplimiento, establece que la muestra estadística termina convertida en una falla de un ciento por ciento.

Señora ministra, ¿podría concurrir el próximo lunes a las 16.30 horas para los efectos de tener el diálogo necesario en torno a las preguntas que queremos hacer? El diputado Núñez hizo llegar por escrito una serie de ellas, las cuales se hicieron llegar oportunamente al gabinete por parte de Secretaría.

El señor NÚÑEZ.- Existe acuerdo respecto de que en la próxima sesión se empiece respondiendo las preguntas.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Por supuesto, eso está establecido.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Quisiera señalar que siempre hemos tenido la mejor disposición para hablar sobre estos temas. Ya lo hicimos en la Comisión de Salud y no tenemos problema en hacerlo las veces que sea necesario. Pensamos que las políticas públicas se discuten con diversos actores y en forma seria.

Estamos frente a una posibilidad concreta de encontrar una solución. Si la podemos mejorar, nosotros encantados.

Mi problema concreto es que el próximo lunes tengo un viaje a Biobío con el fin de reunirme con nuestras machis. Como ya lo postergué en una oportunidad, sugiero que nos juntemos el sábado o el martes.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Quiero pedir la unanimidad de la Comisión para prorrogar la sesión en 10 minutos.

Acordado.

La señora RUBILAR (doña Karla).- Considero fundamental que tengamos el tiempo suficiente para hacer todas las consultas a la ministra. Fue reiterativo que posterior a la participación del director de Fonasa o del Superintendente, no tuvimos tiempo para preguntas. Por lo tanto, es de total relevancia que le otorguemos las facilidades a la ministra para que venga las veces que sea pertinente.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Podemos llegar a una solución, pero es fundamental escucharnos.

El señor ROSSI.- Si bien la ministra nos pudo dar respuestas, también lo puede hacer el subsecretario de redes, porque básicamente son preguntas que tienen que ver con la subsecretaría de redes asistenciales.

El señor ACCORSI.- Una alternativa puede ser que nos reunamos un día en el Congreso Nacional.

Asimismo, me parece perfectamente factible que vengan a entregar más información y que la semana posterior venga la ministra. Con eso, vamos ganando tiempo.

El señor LOBOS.- Señor Presidente, me parece muy buena la observación del diputado Forni. ¿En qué sentido? Evidentemente, no soy un fanático del Auge; sin embargo, creo que esto llegó para quedarse. En ese sentido, el objetivo de la Comisión no es hacer comentarios ingeniosos sobre lo que haya o no dicho la ministra 'en caliente'. Aquí, estamos para un fin superior: lograr dilucidar dónde están los problemas y sacar una propuesta legislativa que permita mejorar el sistema. Eso es lo que hemos asumido. Me parece muy bien que, nuevamente, podamos juntarnos con la ministra, si fuera necesario varias veces, y nosotros ajustarnos en nuestros horarios, cuando estamos en el Congreso Nacional.

-Hablan varios señores diputados a la vez.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Sobre eso, quiero hacer un planteamiento concreto si es que hay acuerdo, en el entendido de que el espíritu de trabajar con seriedad, escucharnos, dialogar de verdad, es compartido, como debiera ser siempre en una comisión investigadora o de cualquier tipo. No debe ser un espacio para la farándula, sino que para la corrección de eventuales fallas que una política pública pueda tener, si es que las tiene.

Por lo tanto, sobre la base de que la Sala autorice a la Comisión mañana, sería posible que pudiéramos continuar en un diálogo con la señora ministra, en primer lugar, en torno a las preguntas formuladas por escrito a la Secretaría, como lo hizo el diputado Encina, el martes de la próxima semana de 11.30 a 14.00 horas.

Tiene la palabra diputado Rossi.

El señor ROSSI.- Señor Presidente, depende de los proyectos; por ejemplo, mañana se trata el proyecto de ley sobre bosque nativo.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra diputada Karla Rubilar.

La señora RUBILAR (doña Karla).- Señor Presidente, coincide con la hora de la Comisión Investigadora del Transantiago. Personalmente, a mí me complica profundamente.

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

El señor AGUILÓ.- Señor Presidente, una alternativa habría sido la Comisión de Salud, pero el Presidente en ejercicio tiene razón, en el sentido de que hay proyectos vinculados al sistema de reformas, derechos y deberes pendientes; en otros horarios de la Sala, en paralelo está la Comisión Investigadora del Transantiago y otras. Por lo tanto, la mejor alternativa es que la Comisión se dedique todos los lunes al tema.

El próximo lunes, como no está la señora ministra, podrían venir sus asesores, la subsecretaria de Salud Pública, el subsecretario de Redes y el superintendente. Por tanto, cuando asista la ministra vamos a tener, junto con la información de ella, más información del sector público y, eventualmente, del sistema de isapres.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- ¿Habría acuerdo para la propuesta del diputado Aguiló?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Accorsi.

El señor ACCORSI.- Señor Presidente, una alternativa podría ser sesionar en la mañana de los días jueves en paralelo con la Sala.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Señores diputados, hemos zanjado el asunto. Mañana, de 11.30 a 12.00 horas, tenemos la posibilidad de ratificar y ordenar estos acuerdos comunicando lo que aquí hemos acordado en general, a través de los oficios que sean pertinentes.

Tiene la palabra el diputado Alberto Robles.

El señor ROBLES.- Señor Presidente, sólo para pedir que la información regionalizada, por servicio de salud que solicitamos durante la sesión pasada, pueda llegar antes de la próxima sesión.

La señora SKOKNIC, señora Ana María (Secretaria).- Los AUGE y no AUGE.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Marco Antonio Núñez.

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, sobre la propuesta del diputado Sergio Aguiló, creo que en función de que es probable que esta Comisión se prorrogue por 30 días, propongo que durante la próxima sesión discutamos al detalle los criterios para invitar a las próximas autoridades, ya que no sólo las hay de Gobierno, sino también del sector privado, prestador y seguros, que es de interés que asistan a la Comisión.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Entiendo que hemos tomado un acuerdo en el sentido de que durante la sesión de mañana, de 11.30 a 12.00 horas, ratificaremos en Valparaíso. Creo que el espíritu es claro y la señora Secretaria es eficiente y ha tomado nota con el objeto de no tener problemas de interpretación.

Ahora bien, quiero agradecer a la señora María Soledad Barría, ministra de Salud, por su disposición de venir a la Comisión, a pesar de las dificultades que tuvo producto de la huelga en una línea aérea extranjera. Además, agradezco su exposición y su disposición para los efectos de avanzar en un diálogo que esperamos sea fructífero a fin de mejorar lo necesario del Plan AUGE y generar una buena imagen de la Cámara de Diputados ante la ciudadanía.

¿Alguna otra cosa?

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

-Se levantó la sesión a las 18.10 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA
Redactor,
Jefe de Taquígrafos de Comisiones.