

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DESTINADA A  
ESTABLECER LAS CAUSAS QUE HAN MOTIVADO LOS  
INCUMPLIMIENTOS EN LAS GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD Y  
ACCESO AL PLAN AUJE.  
52° PERIODO LEGISLATIVO.  
355ª LEGISLATURA  
SESIÓN 15ª., ORDINARIA, CELEBRADA EN LUNES 17 DE  
DICIEMBRE DE 2007, DE 09:35 A 11:55 HORAS.**

**SUMA.**

- Se recibió en audiencia al representante del Comité de Usuarios del Fondo Nacional de Salud, señor Ernesto Palm Ojeda, a fin de recabar antecedentes para el cumplimiento del cometido de la Comisión.

- Se inició la sesión a las 09:35 horas.

**ASISTENCIA.**

Presidió el Diputado señor Saffirio Suárez, don Eduardo.

Asistieron los siguientes señores Diputados integrantes de la Comisión: Forni Lobos, don Marcelo; Lobos Krause, don Juan; Masferrer Pellizzari, don Juan; Núñez Lozano, don Marco Antonio; Rossi Ciocca, don Fulvio; Rubilar Barahona, doña Karla, y Sepúlveda Hermosilla, don Roberto.

Concurrieron, asimismo, el representante del Comité de Usuarios del Fondo Nacional de Salud, señor Ernesto Palm Ojeda; la editora de la Revista de la Asociación de Dializados (Asodi), doña Claudia Palm del Curto; el asesor legislativo de la Fundación Jaime Guzmán, don Edmundo Piffre de Voban Barrón; la Jefa del Departamento de Comunicaciones del Ministerio de Salud, señora Alejandra Fiabane Sule; el asesor de la Ministra de Salud, señor Alan Mrugalski Meiser y el asesor del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, señor Pablo Berazawce.

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 11ª., especial, se puso a disposición de los señores Diputados.

### **CUENTA.**

Se dio cuenta de:

1. Dos cartas del Jefe de Bancada del Partido Radical Social Demócrata, mediante la cual se comunica el reemplazo del Diputado señor Robles por el Diputado señor Jarpa, para las sesiones de los días martes 18 y miércoles 19 de diciembre.

2. Una carta de la Asociación Nacional de Defensa de los Derechos de los Consumidores y Usuarios de la Salud y Previsión Social, mediante la cual hacen presente sus excusas para asistir a esta sesión.

3. Una copia de las actas de las sesiones que ha celebrado hasta la fecha el Consejo Consultivo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

### **ORDEN DEL DÍA.**

Durante el curso de esta sesión, se recibió en audiencia al representante del Comité de Usuarios del Fondo Nacional de Salud, señor Ernesto Palm Ojeda, a fin de recabar antecedentes para el cumplimiento del cometido de la Comisión.

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

**- Se levantó la sesión a las 11:55 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 15ª, en lunes 17 de diciembre de 2007,  
de 09.35 a 11.57 horas.

**VERSIÓN TAQUIGRÁFICA**

Preside el diputado señor Eduardo Saffirio.

Asisten la diputada señora Karla Rubilar y los diputados señores Marcelo Forni, Juan Lobos, Juan Masferrer, Marco Antonio Núñez, Fulvio Rossi y Roberto Sepúlveda.

Además, concurre como invitado el señor Ernesto Palm, integrante del Comité de Usuarios del Fondo Nacional de Salud, Fonasa.

**TEXTO DEL DEBATE**

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

Las actas de las sesiones 11ª y 13ª se encuentran a disposición 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).- Señores diputados, como nuestro primer invitado, el señor Roberto Alarcón Gómez, presidente de la Confenats, avisó que no podría estar a las 9.30 horas y nuestro segundo invitado tiene fijada hora a las 10.00, suspenderíamos la sesión hasta esa hora.

La señora RUBILAR (doña Karla).- De acuerdo, señor Presidente, pero tengo algunas dudas que quiero plantear a la Comisión.

Revisé la lista de invitados y observé que no hemos recibido a nadie de la atención primaria, lo cual es preocupante si pensamos que el sistema tiene ahí su puerta de entrada. Además, hoy está fuertemente cuestionado el tema de los protocolos. Asimismo, me complica no recibir a sociedades científicas, por lo que atengo la necesidad de plantear esta inquietud a la Comisión.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Recojo su inquietud, señora diputada. En todo caso, le recuerdo que la idea es tener algún espacio al término de la participación de los invitados de hoy, para analizar el tema general de cómo concluimos el trabajo de la Comisión.

Estamos partiendo de la base de que la Cámara de Diputados va a sesionar la primera semana de enero de 2008. No tengo información de si se ha alterado el calendario original de que a contar del miércoles 2 de enero de 2008 la Cámara de Diputados retoma sus sesiones en Valparaíso.

La señora SKOKNIC, doña Ana María (Secretaria).- El 2 de enero hay sesión de Sala.

Si el plazo de la Comisión termina el 20 de diciembre, a contar de esa fecha empiezan a contar los quince días para elaborar el informe y votar las conclusiones, lo cual significa que como fecha tope tenemos el lunes 14 de enero de 2008.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Muy bien.

Se suspende la sesión hasta las 10 de la mañana.

*-Transcurrido el tiempo de suspensión:*

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Continúa la sesión.

Tiene la palabra la señora Secretaria de la Comisión, quien entregará información relacionada con los invitados.

La señora SKOKNIC, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, a las 9.30 estaba invitada la Confenats, pero avisaron que no podían asistir por problemas de última hora.

A las 10.00 estaba invitado el presidente de la Asociación Nacional de Defensa de los Derechos de los Consumidores y Usuarios de la Seguridad Social, Anadeus, señor Andrés Bustos, pero también tuvieron un problema interno de coordinación y señalaron que no tenían nada que aportar a esta sesión, ya que se habrían visto obligados a improvisar.

A las 10.30 está invitado el Comité de Usuarios del Fondo Nacional de Salud, representado por el señor Ernesto Palm, acompañado de la señora Claudia Palm.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Señora Secretaria, por favor, pídale a los invitados que ingresen a la Sala.

Tiene la palabra el diputado Roberto Sepúlveda.

El señor SEPÚLVEDA.- Señor Presidente, si queremos trabajar correctamente, exijo se me permita hacer uso de la palabra.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Puede hacer uso de la palabra al término de la exposición de los invitados.

Le recuerdo que esta sesión está convocada para recibir a tres organizaciones.

*-Los invitados ingresan a la sala de la Comisión.*

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Doy la bienvenida al señor Ernesto Palm Ojeda, presidente del Comité de Usuarios del Fondo Nacional de Salud, Fonasa, y a la señora Claudia Palm. Además, agradezco su presencia y puntualidad.

Primero le ofreceré la palabra para que haga su exposición. Al término de ella, cada diputado dispone de hasta cinco minutos para hacer las preguntas que estime pertinentes.

De acuerdo con lo acordado por la Comisión, si algún señor diputado tuviera alguna duda, dispondrá de tres minutos adicionales para dialogar con ustedes.

Tiene la palabra el señor Ernesto Palm.

El señor PALM.- Señor Presidente, para el Comité de Usuarios de Fonasa esta invitación es muy importante porque dice mucho de lo que estamos haciendo.

El Fondo Nacional de Salud es una de las pocas organizaciones que tiene un comité de usuarios que realmente funciona.

En primer lugar, en mi calidad de integrante del Comité de Usuarios del Fonasa, quiero agradecer la invitación porque les permitirá conocer la realidad de los beneficiarios.

Para ello expondremos nuestra situación como asociación de pacientes y les contaremos nuestra experiencia en relación con el funcionamiento del Auge y sus garantías de atención para quienes padecen de insuficiencia renal crónica terminal, una enfermedad derivada de la pérdida permanente y progresiva de la función renal, a la que se puede llegar por múltiples causas y que requiere sustituir la función del riñón, ya sea por tratamiento de diálisis o por trasplante renal.

En nuestra experiencia, y a través del contacto con la realidad de los pacientes, hemos podido detectar que, en términos generales, para los pacientes renales, el Auge ha funcionado relativamente bien; sin embargo, hay tres puntos muy importantes que aún presentan falencias bastante complejas que pueden llevar a deteriorar el estado de salud de los pacientes si no se solucionan en el corto plazo.

El tenor de nuestra presentación será dar a conocer el problema y, a la vez, plantear una solución posible, con el objeto de que esto no sea

sólo una instancia de reclamo y búsqueda de errores posibles, sino también una oportunidad para que las dificultades que hemos detectado puedan tener una pronta y positiva salida.

Con el fin de contextualizar la situación, les comento que las garantías en el Auge para estos pacientes señalan que, una vez diagnosticada la enfermedad, el paciente tiene garantizado el acceso al tratamiento. Esto significa que, si se trata de pacientes mayores de 15 años, podrán acceder a tratamiento de peritoneo o hemodiálisis dentro de 21 días. Y en el caso de los menores de 15 años, podrán acceder a tratamiento con hemodiálisis dentro de 7 días y a peritoneo según indicación médica y de acuerdo a los criterios establecidos en las normas técnicas.

No obstante, no está garantizada la realización de la fístula arteriovenosa necesaria para realizar este tratamiento. ¿Qué significa esto? Que para efectuar la hemodiálisis es imprescindible que el paciente cuente con un acceso vascular definido, consistente en la conexión artificial entre una vena y una arteria que permita exponer el flujo sanguíneo con la máquina de hemodiálisis y desarrollar, de esta forma, el tratamiento.

El mejor acceso vascular es la fístula arteriovenosa nativa, ya que se trata de un acceso vascular permanente, que tiene menor incidencia de complicaciones, posee una mayor duración a largo plazo y su costo de realización no es elevado.

Actualmente, el algoritmo para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal en adultos, detallado en la guía clínica del Ministerio de Salud, sólo señala que se debe efectuar

un acceso vascular para hemodiálisis, sin especificar que se requiere una fístula arteriovenosa, ni darle un tiempo determinado a la realización de ésta.

Por lo tanto, lo que está ocurriendo en la realidad hospitalaria es que muchos pacientes ingresan a hemodiálisis con un catéter transitorio, un dispositivo externo que se utiliza para la diálisis de urgencia y que está diseñado para un período de alrededor de tres semanas. Su uso prolongado se asocia a varias complicaciones.

Pero como no existe la obligación ni la garantía de realización de la fístula arteriovenosa necesaria y definitiva para el tratamiento de hemodiálisis, los catéteres se mantienen por tiempos peligrosamente prolongados, exponiendo a los pacientes a complicaciones y riesgos de infecciones, trombosis, lesiones venosas centrales y sepsis, que pueden provocar daños enormes a los pacientes e, incluso, hasta la muerte.

En este sentido, la propuesta de la Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile consiste en que el algoritmo de las garantías de atención detalle y especifique qué tipo de acceso vascular se requiere efectuar al paciente antes de ingresar al tratamiento de hemodiálisis. Esto significa implementar los siguientes aspectos:

1. Todos los pacientes que ingresan a hemodiálisis en forma programada deberían tener la garantía de tener su fístula arteriovenosa funcionando por lo menos un mes antes del inicio de la terapia. Los pacientes que ingresan de urgencia y con carácter transitorio deberían tener la posibilidad de acceder a la cirugía del acceso vascular en forma prioritaria.

2. Reservar la instalación de catéteres transitorios sólo para los casos de urgencia, porque se asocian a importante morbilidad y mortalidad, en los cuales se prevé su uso hasta por tres semanas. Esto significa, frente a una falla renal aguda, pérdida del acceso vascular y pacientes postrados.

3. Emplear con mayor frecuencia los catéteres tunelizados. Éstos son dispositivos provistos de una barrera contra gérmenes. Aunque son de mayor costo, también poseen mayor duración que los catéteres transitorios y tienen menor incidencia de complicaciones.

La falla de un acceso vascular no es inocua para los pacientes, ya que se los expone a mayor tiempo de uso de catéter. Además, se pierde un sitio para acceso, lo que limita las posibilidades futuras. Por lo tanto, creemos que este tipo de cirugía debería ser hecha por especialistas debidamente acreditados y la autoridad sanitaria debería controlar sus resultados en forma permanente, para lo cual se requiere la creación de un registro nacional de accesos vasculares.

Este tipo de catéter debería emplearse, en general, cuando se prevé que se usará por más de tres semanas, como puente durante el período de maduración de la fístula arteriovenosa, hasta que se pueda usar el catéter peritoneal o hasta que se pueda efectuar un trasplante con donante vivo. También se puede usar en pacientes que no tengan ninguna posibilidad de otro tipo de acceso.

Asimismo, es muy importante considerar, dentro de las garantías y coberturas AUGE, la reparación quirúrgica y el rescate de urgencia de las fístulas arteriovenosas. Para esto, se debería

implementar todo un sistema de monitoreo y vigilancia de los accesos vasculares para hemodiálisis, lo que en la práctica significa detectar en forma precoz aquellos accesos que se encuentran en riesgo de ocluirse y lograr corregir a tiempo el problema, antes de que el acceso se pierda y evitar el uso y abuso de los catéteres, monitoreo y vigilancia de los pacientes para determinar la existencia de elementos que sugieren alguna disfunción.

### **Diálisis peritoneal.**

El segundo punto que queremos abordar es que el Auge sólo entrega amplia cobertura para el tratamiento de hemodiálisis, y las personas mayores de 15 años que quieran o necesiten utilizar peritoneodiálisis, ya sea por indicación médica o decisión personal como terapia sustitutiva, quedan fuera de la posibilidad de ser atendidos bajo las garantías Auge, a menos que sean derivados a uno de los cuatro hospitales piloto: Barros Luco Trudeau de Santiago, Van Buren de Valparaíso, Las Higueras de Talcahuano y Punta Arenas, hospitales que el Ministerio de Salud estableció para la atención de adultos en peritoneodiálisis.

A juicio de Asodi, este acto atenta contra principios y derechos básicos, como la libertad que tienen los pacientes de elegir, en conjunto con su médico, un tratamiento para su enfermedad, la igualdad y el derecho a la salud y a la vida, en casos más calificados.

Mundialmente, la tendencia de elección de tratamiento establece que el universo de los pacientes opta por hemo o peritoneodiálisis en porcentajes bastante similares: casi 50 y 50 por ciento cada uno.

Las razones que se han esgrimido en Chile para no abrir la cobertura de peritoneodiálisis ha sido la económica, debido a que el arancel de esta terapia es más elevado que el de la hemodiálisis.

Sin embargo, según un estudio de costo-efectividad realizado por el Instituto de Administración de Salud de la Facultad de Economía de la Universidad de Chile, al considerar los costos asociados al tratamiento principal, el de los tratamientos accesorios, fármacos, hospitalizaciones y otros antecedentes, el valor de la diálisis peritoneal es levemente inferior al de la hemodiálisis.

De acuerdo a las conclusiones que obtuvo este estudio, es posible decir que el costo total anual en peritoneodiálisis es de 9.026.590 pesos versus el costo total anual de hemodiálisis que alcanza a 10.008.900 pesos.

Esto es posible confirmarlo, por ejemplo, con el menor consumo de fierro endovenoso y eritropoyetina en peritoneodiálisis, lo que incide en simulaciones de costos realizadas. Esto se debe a que el costo total anual de fierro en peritoneodiálisis es de 121.034 pesos versus el de hemodiálisis, que es de 250.314 pesos, mientras que el costo total anual de eritropoyetina en peritoneo es de 245.710 versus el de hemodiálisis que llega a los 392.677 pesos.

Asimismo, los pacientes en peritoneodiálisis tienen una clara ventaja en cuanto al promedio de días de hospitalización anual, pues este costo es de 573.008 pesos, mientras el de hemodiálisis es de 1.642.936 pesos.

Podríamos seguir entregando cifras que avalan el hecho de que una terapia no tiene un valor más elevado que la otra, sino que son muy similares entre sí, lo cual elimina la variable de costos para determinar su inclusión o no en las garantías AUGE.

Ahora bien, sin ánimo de inclinarse por una de las dos terapias, es posible decir que, para determinados pacientes, la hemodiálisis es la mejor opción, mientras que para otros lo es la peritoneodiálisis. De hecho, algunas guías clínicas internacionales -como la americana, DOQI, la española o la colombiana- describen criterios de inclusión a esta terapia diversos aspectos mucho más amplios que la descripción de extrema ruralidad, ser portador del virus de hepatitis B y pacientes que no cuenten con capital venoso para realizar una fístula arteriovenosa, que es lo que ha implementado recientemente el Ministerio de Salud en el plan piloto de diálisis peritoneal.

En tanto, profesionales médicos chilenos, expertos en esta terapia, señalan que la peritoneodiálisis tiene una indicación médica prioritaria para aquellos pacientes que aún tienen función renal residual al momento de ingresar a diálisis, poseen una pobre función cardíaca, sufren de enfermedad vascular periférica, presentar hipertensión y anemia en hemodiálisis, entre otros aspectos médicos.

Por otro lado, al tratarse de una terapia que se realiza normalmente en el hogar o en el lugar de trabajo del paciente -aunque puede hacerse casi en cualquier parte, ya que todo lo que se necesita es un área limpia para trabajar, una manera de elevar el bolso de líquido de diálisis y un método para calentar el líquido- la peritoneodiálisis es muy

recomendable para las personas laboralmente activas y con necesidad de independencia y autosuficiencia, pues tienen un estilo de vida más libre y cuentan con el deseo de autocuidado. Además, estas características la convierten en el tratamiento ideal para lograr los objetivos de ambulatorización de atención que busca implementar la ministra de Salud, doctora María Soledad Barría.

Sin embargo, sumado a todos estos antecedentes, en la Asociación creemos que es la preferencia del paciente, en conjunto con la indicación y recomendación de su médico, lo que debería inclinar la decisión de cada una de las personas que debe ingresar a tratamiento dialítico, por una u otra terapia.

#### **Trasplante.**

El último punto que queremos destacar dice relación con el trasplante de órganos.

El AUGE garantiza a los pacientes renales que dentro de los diez meses, desde la indicación del especialista, el paciente tendrá garantizado un estudio pretrasplante para acceder a la lista de espera nacional de trasplante de riñón, el que dependerá de la disponibilidad de órganos. Si es necesario, tendrá acceso a retrasplante, según indicación médica. Una vez recibido el trasplante se garantiza las drogas inmunosupresoras de por vida.

Ahora bien, ¿cómo será posible cumplir con esta indicación si de manera paralela no se hacen los esfuerzos necesarios como para conseguir los órganos que se desea trasplantar?

Efectivamente, la ley AUGE señala que el trasplante se realizará de acuerdo con la

disponibilidad de órganos, pero para que esta disponibilidad se dé es necesario que se procuren el número suficiente de órganos para cubrir las necesidades.

Actualmente, la necesidad de órganos es alta en el país, no sólo de riñones, sino que la lista de espera de hígados o córneas, por ejemplo, aumenta constantemente, y en algunos de los casos de espera de corazón o de pulmón han sido emblemáticos, pues se ha tratado de casos muy mediáticos que han contado con la atención y preocupación de toda la opinión pública, que ha sido testigo de los desesperados llamados de padres, madres o familiares de los pacientes para la obtención de un órgano.

Pero ésta no es la solución. El hecho de que el llamado se haga a través de los medios no aumentará la donación de órganos ni sensibilizará a la población en relación con este tema, sino que es necesario contar con un programa ministerial que determine que el proceso de donación y extracción de órganos sea una actividad normada y habitual en los servicios públicos y privados de salud. En este sentido, es válido enfatizar que el problema de la falta de donantes tiene que ver principalmente con la falta de infraestructura y de detección de potenciales donantes. Hoy, sólo detectamos un 50 por ciento de los potenciales donantes.

Creemos que la creación sucesiva de cargos de coordinadores de procuramiento hospitalario está dando los primeros frutos. Pero, para progresar en el tiempo, estos cargos deberán ir asociados a otras estrategias como, por ejemplo, garantizar que un organismo central coordine adecuadamente todas las instancias que favorezcan el procuramiento de órganos - actividad que desde hace 17 años viene efectuando la

Corporación del Trasplante-, la que debe transformarse en el ente coordinador nacional de esta actividad, con respaldo y reconocimiento ministerial, con el objeto de potenciar las unidades de procuramiento y fortalecer el accionar de los coordinadores priorizando la actividad de obtención de órganos en el ámbito intrahospitalario.

Es necesario optimizar el proceso logrando disminuir las diferentes causas de pérdida de potenciales donantes susceptibles de mejora, como son la negativa familiar, las contraindicaciones médicas y los problemas en el mantenimiento del donante. Estas causas son perfectibles mediante, por un lado, el trabajo a nivel de la sociedad para crear conciencia de lo importante que es la donación de órganos para entregar vida a otras personas después de la muerte y, por otro, potenciando el trabajo intrahospitalario, con formación continua en el tema y la subsiguiente mejora del proceso de pesquisa y procuramiento de órganos para trasplantes, consiguiendo que los diferentes centros hospitalarios consideren esta actividad como prioritaria. Todo esto debe ser coordinado por una entidad única, nacional y eficiente, como históricamente lo ha hecho la Corporación del Trasplante.

Es importante que estas mejoras se hagan de manera eficiente y eficaz, ya que para los pacientes renales es mejor trasplantarse lo antes posible. Incluso, hay especialistas que señalan que el mejor escenario es que, antes de ingresar a tratamiento de diálisis, se trasplante.

Por lo tanto, el Plan Auge debería considerar el estudio del trasplante para aquellas personas en las que, habiéndose detectado la insuficiencia renal, aún no han ingresado a diálisis.

Una de las garantías que se ofrece en el Auge, no sólo para los pacientes renales, sino para toda la población nacional, es entregar calidad en la atención. Particularmente, como decíamos al principio, creemos que para los pacientes renales este sistema ha funcionado relativamente bien, pero aún quedan instancias que perfeccionar y creemos haber aportado en las posibles soluciones que podrían implementarse para mejorar esa entrega de atención de calidad.

Creemos que es importante que este tipo de instancias no sea sólo para perseguir a los culpables y criticar lo que están haciendo otros. Se hace cada vez más necesario buscar soluciones y plantear propuestas que permitan mejorar aquellos elementos con los que contamos actualmente, pues sólo así será posible tener una mejor calidad de vida, que es la misión principal de la Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile, así como -me imagino- es la visión de las autoridades nacionales.

Finalmente, quisiera dejar planteada, como inquietud a analizar y a estudiar, las dificultades que deben enfrentar los directores de los hospitales públicos respecto a las limitaciones que les impone el Estatuto Administrativo que regula su labor. Creemos que si no se les da libertad de acción, se hará cada vez más difícil cumplir con los objetivos del Plan Auge.

Muchas gracias.

El señor SAFFIRIO (Presidente).-  
Muchas gracias, señor Ernesto Palm.

Tiene la palabra el diputado Marco Antonio Núñez.

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, agradezco la presencia del señor Ernesto Palm, que representa al Comité de Usuarios de Fonasa, quien ha hecho un trabajo con un grupo amplio de personas en la Corporación del Trasplante y en la Asociación de Dializados y Trasplantados.

Su exposición está orientada, fundamentalmente, a una de las patologías Auge, la insuficiencia renal crónica, que fue una de las primeras que se integró hace tres o cuatro años.

El señor PALM.- Fue la primera.

El señor NÚÑEZ.- Exactamente.

Ahora bien, podríamos clasificar globalmente en tres las enfermedades o patologías que se integran a un sistema de garantías como éste.

Primero, las que son masivas, de amplia incidencia y prevalencia, como hipertensión o diabetes, donde el elemento de prevención es muy importante y hay fármacos y tratamiento médico que logran controlar las complicaciones de estas enfermedades que afectan a gran cantidad de personas.

Segundo, hay otras patologías que son el otro extremo. Por ejemplo, el próximo año ingresarán seis nuevas patologías piloto a las prestaciones incluidas en el Auge. Una de ellas es el mal del Gaucher, que afecta a pocas personas y tiene una muy baja incidencia, que produce la muerte o graves problemas de calidad de vida, y existe un tratamiento "*silver bullet*" -es decir, bala de plata-, muy caro, de muy difícil acceso, pero que cambia radicalmente la calidad de vida y la sobrevida de las personas.

La insuficiencia renal crónica está en el medio, con las complicaciones, por lo tanto, de la combinación de una gran cantidad de gente que es afectada, pero, además, con una solución muy compleja. Estamos hablando de hemodiálisis, de los tiempos, del sistema que se requiere para mantener una hemodiálisis digna y permanente a las personas que tienen insuficiencia renal crónica, la diálisis peritoneal y la alternativa definitiva, que es el trasplante, con la complicación técnica que significa trasplantar a una persona.

Nuestro país es pionero en Latinoamérica, no sólo en la organización de trasplantes renales, sino también en haber desarrollado una red, fundamentalmente privada, de hemodiálisis. Es muy difícil que alguien se muera hoy en Chile de causa primaria insuficiencia renal crónica. Eso no existe. Existe en otros países en Latinoamérica. Eso hay que reconocerlo. Lo ha dicho aquí el presidente, señor Palm, quien reconoce las virtudes y los aportes que ha realizado el Gobierno, una vez que esto, además, está en el Auge.

El señor Palm se orienta, fundamentalmente, a mejorar la garantía de calidad al interior del aseguramiento de las garantías por insuficiencia renal crónica. Ha hablado de fístula arteriovenosa, del acceso a eritropoyetina y yo le garantizo que será masiva la necesidad de cobertura de eritropoyetina en los próximos años, la necesidad de desarrollar peritoneodiálisis, con las complicaciones de inequidad. Por ejemplo, en una casa de personas pobres es muy difícil mantener las condiciones de peritoneodiálisis sin la información y las condiciones sanitarias necesarias.

Quiero detenerme un momento en el tema de los trasplantes.

Soy partidario de que nuestro país tenga una ley de donante universal, de que la infraestructura esté disponible para que no se pierdan aquellos pocos órganos que están disponibles, que se mantenga y -es muy importante- la lista cerrada, para que no existan diferencias respecto del acceso al órgano trasplantado en función del dinero que se posea sino de la necesidad médica.

De todos los planteamientos que ha hecho el señor Palm, en la perspectiva no sólo de ampliar las patologías AUGE sino de profundizar las garantías de las que ya existen, ¿cuál debería ser la prioridad respecto de nuestro avance legislativo?

Podemos cambiar la ley de donantes y hemos estado empeñados en eso. ¿Qué recomendaciones nos da al respecto? Y, si podemos optar, como lo vamos a hacer en los próximos meses, en la discusión del AUGE 2.0, para profundizar garantías existentes, ¿cuáles de las que usted ha mencionado deben ser de prioridad nuestra en función de criterios médicos, clínicos, de costo-efectividad y, por cierto, del conocimiento de los asociados que usted representa?

Le agradezco su presencia en esta Comisión y esperamos que sus respuestas sean de la mayor utilidad para tomar decisiones legislativas.

Muchas gracias.

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

El señor SEPÚLVEDA.- Señor Presidente, por respeto a nuestro invitado, quiero hacer uso de

la palabra una vez que termine su exposición, para conversar respecto del tema acerca del cual tuvimos hace un rato un intercambio.

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

El señor LOBOS.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero saludar a don Ernesto y darle las gracias por asistir a esta Comisión.

Quiero decir que él representa algo así como al "niño símbolo" del Auge, porque la diálisis y el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal es el "niño símbolo" en esta patología. De hecho, cuando la ministra inauguró el Plan Auge -se hizo en mi tierra, en Los Ángeles-, hubo una gran concurrencia de pacientes dializados.

Evidentemente, es uno de los gastos mayores -si no el más grande- que tiene el Fonasa hoy.

La señora RUBILAR (doña Karla).- Es el más grande.

El señor LOBOS.- Efectivamente, me confirman que es el más grande.

Y precisamente es una patología que refleja el fracaso de la atención primaria, porque el 60 por ciento de los dializados podría evitarse si existiera mejor control de la hipertensión de la diabetes y un buen uso de algunos fármacos que provocan, entre otras cosas, falla renal. Menos del 40 por ciento de los dializados llegan a diálisis producto de una enfermedad propiamente tal del riñón. En ese mismo sentido, quiero valorar lo que el señor Palm nos ha expresado. Si en la atención de este verdadero ícono

de lo que es el Auge se presentan dificultades, entonces eso significa que para el resto de las patologías las dificultades son mucho mayores y no podemos cerrar los ojos ante esa cruda realidad.

Mientras nuestro invitado nos conversaba respecto de lo que pasa con la fístula arteriovenosa -soy cirujano y, en alguna ocasión, me tocó hacer este procedimiento-, y lo que nos cuenta el señor Palm es absolutamente cierto: esas dificultades se ven todos los días y en todas partes.

Además, quiero preguntar respecto de la calidad en la prestación que se está realizando. Muchas veces vemos que, aunque los hospitales tienen centros de diálisis, hay una especie de discriminación y se envía a centros de diálisis privados, sin importar que éstos sean pequeños -así lo hemos denunciado, muchas veces, en Los Ángeles-, a pacientes que estarían mucho mejor en los centros del hospital, pues tienen mayor riesgo de quedar hospitalizados por alguna patología intercurrente. En el fondo, la diálisis estatal se queda con el paciente joven, que no tiene patologías, que llega caminando y al que no hay que ir a buscarlo, y derivan al resto a centros de diálisis que funcionan, a veces, con más precariedad, a pacientes complicados, portadores de alguna virosis, que tienen muchos años y que, por ende, tienen más dificultades.

Con respecto al cumplimiento de esta garantía, ¿los centros de diálisis cuentan con nefrólogos acreditados?. Allí vemos falencias. Incluso, por ejemplo, nuestro hospital no tiene nefrólogo -se dio el lujo de echarlo- y hoy la diálisis la atiende un médico que tuvo un paso de tres meses, en que le enseñaron la "receta de cocina".

Por otra parte, quiero preguntarle sobre la eritropoyetina. ¿Qué está pasando? Vemos cómo dramáticamente el enfermo dializado es enfermo anémico, con múltiples transfusiones que, obviamente, empobrecen su calidad de vida.

Por último, con respecto al fierro, quiero hacer una consulta y, al mismo tiempo, dejar planteada una inquietud de algo que me tocó ver muchas veces y que seguimos viendo. Actualmente, el acceso al fierro es prácticamente exclusivo para los enfermos dializados y muchas veces nos ha tocado ver a jóvenes embarazadas que se encuentran con anemia, producto de sus embarazos, y que, desgraciadamente, no se les puede proporcionar fierro porque en el hospital lo tienen destinado sólo para los pacientes de diálisis. Me gustaría que me entregara su apreciación sobre la equidad que existe en los hospitales con respecto a la atención que se les brinda a los pacientes AUGE y a aquellos que no lo son.

Además, me gustaría que se refiriera a la vilipendiada práctica privada. El señor Palm aludió a la fístula arteriovenosa en forma preventiva. En realidad, a todos los pacientes bien manejados se les hace la fístula cuando tienen su creatinina elevada y existe la sospecha de que en dos, tres o cuatro meses más caerán en diálisis. En ese momento es cuando hay que hacer la fístula, por lo que debemos insistir en este punto para que en los protocolos del AUGE se incorpore en el momento efectivo.

Por último, quiero consultar con respecto a la diálisis peritoneal. Esta diálisis es mucho más barata y menos riesgosa -bien hecha- que la hemodiálisis. Sin embargo, en nuestro país se ocupa

muy poco y en partes donde es menos rentable. Obviamente, debería tener más importancia en las comunas con alta ruralidad. ¿Qué opinión le merece a usted que se priorice la diálisis peritoneal en grandes centros urbanos y que no llegue este procedimiento a los centros en los que, probablemente, debería tener un mayor uso?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Quiero formular dos preguntas puntuales que tienen que ver con el objetivo de esta Comisión Investigadora. Primero, en su calidad de presidente del Comité de Usuarios del Fonasa, ¿cómo evalúa el cumplimiento del acceso y la oportunidad del plan Auge en estos dos años y medio?

Segundo, ¿qué problemas o fallas detecta - en su exposición ya destacó el tema de la información- en lo relativo al acceso y oportunidad de los usuarios al Auge?

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora RUBILAR (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero agradecer la presencia de nuestro invitado y formularle varias preguntas.

¿Cómo se llega a ser miembro del Comité de Usuarios del Fonasa? ¿Cómo logró integrar el directorio?

Por otra parte, ¿cómo evalúan el impacto de las patologías no Auge en los usuarios del Fonasa? ¿Qué ha pasado con esas enfermedades?

Por último, usted se refirió a las falencias del acceso vascular. El Consejo Consultivo, con fecha 28 de diciembre de 2006, dijo que debía

ingresar el acceso vascular con garantía de oportunidad dentro de 60 días. Es decir, hace un año el Consejo Consultivo dijo que debían incluirla y eso aún no se ha implementado. ¿Qué opinan al respecto?

Con fecha 28 de agosto de 2007, respecto al protocolo de insuficiencia renal, el doctor Roessler, eminencia de la nefrología del país, sugirió que se aumentara la eritropoyetina a todos los pacientes que lo necesitaran dentro del protocolo de garantías Auge e hizo una crítica respecto de la falta de órganos para trasplantes. Pero no vemos una gran ofensiva de parte del Ministerio para abordar este tema, como usted muy bien lo dice. ¿Qué opina de este problema que, al parecer, ha sido detectado por las personas que se dedican al tema y por ustedes mismos?

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

El señor MASFERRER.- Señor Presidente, agradezco la presencia de nuestro invitado.

Tengo la misma inquietud de la diputada Rubilar. ¿Cómo se puede ser miembro del Comité de Usuarios del Fonasa? ¿Cómo este Comité se contacta con los usuarios del Fonasa? ¿Cuál es la comunicación que tienen a lo largo del país?

Se hizo una exposición muy clara relacionada con la diálisis y quiero preguntar si en estos centros de diálisis que existen en el país tienen algún tipo de fiscalización, especialmente en regiones y en las distintas comunas. Estos son asignados a los distintos servicios de salud. Me refiero a este punto porque me llama la atención que en la Sexta Región, que represento, haya muchos ex

directores del servicio que se retiran de él y se hacen cargo de estos centros de diálisis. Al parecer, son más rentables y reportan buenos ingresos.

Ahora bien, hasta hace poco todos los enfermos de diabetes eran atendidos por los hospitales, pero fueron traspasados a la atención primaria, vale decir a los consultorios municipalizados. Al respecto, recibí varios reclamos de una agrupación de enfermos diabéticos, debido a que no se estaban entregando los medicamentos.

¿Ustedes tienen algún reclamo o han hecho algún seguimiento al tema, en el sentido de que esto ocurra en algunas comunas y que los consultorios municipalizados cuentan con los recursos para comprar esos medicamentos?

Si nos respondiera que en algunas partes no se da cumplimiento a la atención de los diabéticos en los centros de atención primaria, significaría que las municipalidades carecen de recursos para ello. En realidad, con 1.500 pesos al mes es casi imposible darles atención, porque no son pocos. Es una de las patologías que va creciendo, pero no veo una política de gobierno orientada a cambiar los hábitos alimenticios. ¿Qué nos puede decir al respecto?

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

El señor FORNI.- Señor Presidente, mi primera pregunta está muy relacionada con las formuladas por la diputada Karla Rubilar y por el diputado Juan Masferrer, pero desde otro punto de vista.

¿Qué significa que el comité de usuarios dependa del Fonasa? ¿Cuál es el tipo de dependencia?

El interés de esta Comisión, de acuerdo con la citación, es escuchar su opinión como presidente de dicho comité, sin perjuicio de que el tema de la Corporación del Trasplante y todo lo que nos ha expresado en su carácter de gerente general de aquella sea muy interesante.

Esta Comisión quiere mejorar el sistema. Particularmente quien habla y los diputados que participaron en la Comisión de Salud de la época votamos a favor de la implementación del Auge y, por lo tanto, nos interesa mucho perfeccionar el sistema. Por eso, como presidente del comité de usuarios, quiero que nos dé a conocer las principales deficiencias que advierte en el Auge, en información, en el sistema informático, en la posibilidad de reclamos, en las prioridades, etcétera.

¿Como usuarios del Fonasa, creen que la gente está suficientemente informada de sus derechos? ¿Los hacen efectivos? ¿La red pública está preparada para enfrentar el Auge? Me gustaría conocer su opinión respecto de estos temas, porque es fundamental para esta Comisión.

La última pregunta dice relación con una noticia que hoy salió en el diario. Quiero saber si como presidente del Comité de Usuarios del Fonasa está de acuerdo con el Consejo Consultivo de Salud del Plan Auge, presidido por el doctor Antonio Infante, una persona respetable, ex subsecretario de Salud, actual director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, quien hace ver la necesidad de que le den prioridad a la garantía de calidad más que

a la incorporación de nuevas patologías. Incluso, el señor Infante hace un cuestionamiento en relación a si las seis nuevas patologías que se incorporarán como plan piloto para el 2008 son realmente las que deben agregarse. Me gustaría escuchar su opinión respecto de ese comentario.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Para hacerse cargo de las preguntas de los señores diputados, tiene la palabra el señor Palm.

El señor PALM.- Señor Presidente, como decía la diputada Rubilar, se trata de un cúmulo de consultas. Sin embargo, trataré de sintetizar y de ser lo más concreto posible en las respuestas.

En primer lugar, el diputado Núñez me consultó sobre las prioridades respecto a los planteamientos que hemos efectuado. Al respecto, lo que hicimos fue seleccionar las tres prioridades más importantes que no están consideradas en el Auge. Y en esto ocurre algo bien curioso.

Si un paciente no tiene un acceso vascular no se puede dializar. Entonces, parece -por decir lo menos- "curioso" que cuando se consideró la insuficiencia renal en el plan Auge -creemos entender por qué- no se contempló la variable de hacer una fístula arteriovenosa en su oportunidad. Y en eso creo que no hay dos opiniones. La fístula debe hacerse en el momento en que se detecta la insuficiencia renal. Y tiene que ser una fístula nativa y no esperar el minuto en que el paciente deba ponerse un catéter de urgencia.

Bueno, en esta Comisión hay varios médicos y saben exactamente de qué se trata esto. Y no sólo en términos psicológicos, porque plantarle un catéter

en el cuello a un paciente, de partida lo va a hacer infeliz, sólo por ese hecho, y, luego, porque debe realizarse un tratamiento absolutamente invasivo.

Por lo tanto, los accesos para diálisis es un tema que amerita absoluta prioridad. Además, parece extraño no haberlo considerado antes. Y cuando digo: "creemos entender por qué", es debido a que -soy director de la Asociación de Dializados desde el año 83- conozco el tema bastante bien, porque me ha tocado vivirlo personalmente, ya que mi señora fue dializada y hoy es trasplantada. El proceso completo lo conozco en forma personal.

En relación con la diálisis peritoneal estamos pidiendo bastante poco. No se incluyó, básicamente -como dije en mi presentación-, por un tema de costos. Siempre se sostuvo eso y efectivamente es así. El tratamiento mensual de hemodiálisis -lo señalo en términos redondos- cuesta 500 mil pesos. Y la peritoneodiálisis, 600 mil pesos.

Pero si uno ve esto -por eso se hizo el estudio con la Universidad de Chile- en el mediano plazo -de un año-, los dos tratamientos terminan costando lo mismo. Entonces, parece extraño -por decir lo menos- que se haya considerado sólo la extrema ruralidad para entrar a diálisis. Eso atenta contra la libertad de elección, puesto que, junto con su médico, el paciente debe decidir por qué tratamiento le conviene más optar.

En el caso de los niños, el tema está solucionado. En verdad, creemos entender por qué se hizo esa diferencia: sólo se atribuye a un tema de costos. Pero, como hemos dicho, aquel paciente con actividad renal residual la tolerará mucho mejor y permanecerá sano por mucho más tiempo -por decirlo de

alguna manera- si se hace peritoneodiálisis en lugar de hemodiálisis. Es un detalle muy pequeño, porque sólo hay que establecer que se podrá hacer uno de esos procedimientos, según sea la indicación del médico o el deseo del paciente. Es tan simple como eso, tanto para niños como para adultos. En un momento determinado se había elaborado un decreto en ese contexto, pero no sé por qué se modificó después.

En tercer lugar, respecto del procuramiento de órganos, efectivamente, en algún momento estuvimos analizando el tema con el diputado Núñez y con el presidente de la Corporación del Transplante. Entiendo que la diputada Rubilar y el diputado Lobos han manifestado su interés en modificar la ley sobre donación de órganos. Creemos que eso puede ser interesante. Pero la verdad es que sólo modificando la ley no solucionamos el tema de la donación de órganos en Chile.

Como lo planteé en mi presentación, los hospitales deben considerar el tema de la donación de órganos como una actividad prioritaria. Hoy sólo estamos detectando el 50 por ciento de los donantes potenciales, lo cual no puede ocurrir. Como país deberíamos tener, a lo menos, trescientos donantes efectivos al año, con lo cual no lograríamos cubrir en su totalidad las listas de espera. Según el Instituto de Salud Pública, hay alrededor de 1.200 pacientes en listas de espera. Pero esa no es la realidad, porque debería haber muchos más. Según la estadística internacional, entre el 25 y el 30 por ciento de los pacientes que están en diálisis deberían estar en lista de espera para ser transplantados. De acuerdo con los 13 mil dializados que hay en Chile en este momento, alrededor de 3 mil deberían estar en listas de espera. ¿Por qué no están

en ellas? Porque muchos médicos estiman que si no hay donantes es mejor mantenerse así, lo cual, obviamente, no debería ocurrir.}

Tengo una opinión muy personal sobre la modificación de la ley, que no identifica necesariamente a las instituciones que represento.

Cuando se tramitó la ley de transplante, que está vigente desde 1995, alguien se opuso a la filosofía de la ley y, finalmente, causó muchos problemas, lo cual nos llevó a tener una muy baja cantidad de donantes. Si se cumpliera la ley que hoy existe respecto de la donación de órganos, no tendríamos problemas. En ese sentido, sería mejor que hubiera una ley de donante universal que considerara varios de los aspectos propuestos en la modificación. Pero si no se modifica y se cumple con lo otro, vamos a cumplir perfectamente bien con lo que estamos haciendo. ¿Sería necesario hacerlo? Sí, pero no es vital. Si se cumpliera la ley que tenemos actualmente y si en todos los registros civiles se preguntara si queremos ser donantes, o en los gabinetes donde se realiza el examen psicotécnico, cuando se va a obtener o renovar la licencia de conducir, la verdad es que estaríamos dando cumplimiento a una gran parte de la ley.

Por otro lado, lo que aquí se hace es una expresión de voluntad. Eso es muy importante, porque finalmente la decisión de si se trasplanta o si se donan o no los órganos depende de la familia. Entonces, lo que debemos bajar es la negativa familiar. Si alguien está en desacuerdo con donar -y es absolutamente humano y lógico-, cuando se plantea su desacuerdo, puede aparecer la duda. En todo caso, es una opinión muy personal.

El diputado Lobos consultó sobre la diálisis hospitalaria. Al respecto, la Asociación de Dializados y Trasplantados, desde su fundación, estimuló la instalación de centros de diálisis. Fueron de carácter privado porque el Estado no estaba en condiciones de asumir ese costo y, además, le es muy difícil implementar políticas públicas e infraestructura cuando los recursos son escasos. Por eso, se fue desarrollando en el sector privado. La Asociación de Dializados y Trasplantados ayudó en un asunto muy importante: el costo de la hemodiálisis. En Chile existe la hemodiálisis más barata del mundo gracias a una gestión de la Asociación de Dializados y Trasplantados, que interesó a los médicos para que instalaran centros de diálisis e, incluso, colaboró directamente con algunos de ellos al conseguir donaciones de máquinas en el extranjero. Así empezó esto.

Ahora, con el plan Auge, el Estado quiere implementar centros de diálisis en los hospitales, pero si no se deroga el estatuto administrativo y los directores de los hospitales no tienen la posibilidad de funcionar como una "empresa", sería inoficioso que los hospitales implementen centros de diálisis.

La señora RUBILAR (doña Karla).- Han funcionado bien.

El señor PALM.- Sí, han funcionado bien. Hoy, nadie a quien se le detecte insuficiencia renal se queda sin cupo de diálisis para su tratamiento. Eso está absolutamente cubierto.

Muchos me dicen que quiero privatizar la salud. No es esa mi intención, pero ¿para qué intentar modificar algo que está bien hecho y que

funciona bien? ¿Qué necesidad tenemos de modificarlo? ¡Dediquémonos a mejorar otras cosas que no están bien!

La diputada Karla Rubilar preguntó cómo se llega a ser miembro del comité de usuarios. Este comité nació hace bastantes años, cuando era director del Fonasa el señor César Oyarzo, a quien se le ocurrió llamar a varios directivos de instituciones que representaran a pacientes y, en general, a organizaciones sociales. Participan especialmente instituciones y organizaciones de adultos mayores. También participa el Comité de Defensa del Consumidor, una organización en contra del cheque en garantía y a favor de la defensa de los pacientes en salud, la Asociación de Dializados y Trasplantados, entre otros. Se trataba de mantener una especie de comité consultivo que pudiera entregar la opinión de los usuarios. No fue mediante concurso público, sino que el señor Oyarzo llamó a quienes estimaba que representaban mejor a los pacientes y que podían colaborar en la implementación de las políticas que quería diseñar. En ese sentido, el proyecto de ley que se encuentra en trámite, que se refiere a los deberes y derechos del paciente, fue prácticamente diseñado en el Comité de Usuarios del Fonasa. También nos correspondió una participación bastante importante en el diseño del Plan Auge. Todo esto demuestra que el Fonasa ha tenido la particularidad de darle importancia al Comité de Usuarios.

Desgraciadamente -siempre lo digo exactamente igual-, no obstante que el Fonasa es un organismo técnico que funciona muy bien y cumple a cabalidad lo que tiene que hacer, hay falencias en el Auge. Y no cabe la menor duda de que debe haberlas,

porque simplemente los recursos no alcanzan. No tenemos recursos suficientes, no obstante que el Plan Auge tiene presupuesto propio. Además -y esto tiene un poco que ver con lo que planteaba el diputado Masferrer o el diputado Forni; no recuerdo bien-, las políticas que diseña el Ministerio de Salud no siempre son las mejores. He puesto tres ejemplos al respecto, que son absolutamente remediables, pues bastaría con una simple modificación de decretos para que quedáramos con todo el asunto arreglado.

Los pacientes renales siempre han tenido prioridad, y por eso la insuficiencia renal crónica - y esto también tiene que ver también con la participación del Comité de Usuarios del Fonasa- fue la primera patología que se incorporó al Auge. Lamentablemente, en el camino no se arreglaron todas las falencias y persisten aquellas que hemos planteado aquí.

No sé si con eso respondo todas las preguntas que me hicieron. Es posible que se me haya quedado alguna en el tintero, porque la verdad es que el bombardeo fue bastante grande.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Con el diputado Forni coincidimos por lo menos en una pregunta que quedó sin respuesta: la referida a la evaluación que usted tiene en general del Auge, como presidente del Comité de Usuarios, y a las falencias que detecta en el acceso y oportunidad.

El señor FORNI.- Otra pregunta que formulé y que aún está sin respuesta es la que dice relación con darle prioridad a las patologías que ya están en el Auge, más que a incorporar nuevas patologías, tal como sostiene una persona muy respetada en materia de salud, el ex subsecretario de Salud y actual director

del Servicio de Salud Metropolitano Norte y presidente del Consejo Consultivo, doctor Antonio Infante.

La señora RUBILAR (doña Karla).- Eso hay que complementarlo con lo que leí acerca de que los requerimientos que ustedes hicieron sí habían sido acogidos por el Consejo Consultivo del Auge.

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

El señor PALM.- En esa materia, estoy absolutamente de acuerdo con el Consejo Consultivo. Creo que antes de seguir agregando patologías debiéramos priorizar las 51 que ya están incorporadas. Primero debemos mejorar eso y después seguir incorporando nuevas patologías, porque, seamos claros, las demás patologías no se dejan de atender; se atienden exactamente igual.

Entonces, si queremos priorizar, hagámoslo bien. Si las patologías que están priorizadas adolecen de muchos defectos, primero arreglemos ese problema y después, si disponemos de recursos y tenemos la posibilidad de hacerlo, agreguemos otras.

Les voy a contar una pequeña anécdota que, creo, refleja en parte lo que estamos hablando. Hace unos días conversaba con un médico que me decía lo siguiente: "A mí no me ha cambiado la vida con el Auge, porque los hospitales siguen exactamente igual. No se ha crecido en infraestructura". Eso demuestra que si bien se dio preferencia a esas 51 patologías, simultáneamente no se desarrolló la infraestructura que se requería. Por eso es que digo que si queremos priorizar, hay que hacerlo bien, esto es, de esa

forma, desarrollando simultáneamente la infraestructura y construyendo más hospitales.

Voy a hacer un comentario que puede parecer bastante agrio, pero lo cierto es que haber construido hospitales sin camas es algo que los pacientes no logran entender.

Se construyeron los CDT, pero, en verdad, eso fue hecho bastante a la rápida. Incluso, el del Barros Luco se quemó. ¿Por qué? Porque simplemente estaba mal hecho. Si bien era un edificio muy bonito, no tenía ni la seguridad ni las defensas propias de un establecimiento que debe atender la salud de las personas.

Entonces, estoy totalmente de acuerdo con lo que plantea el doctor Infante: arreglemos lo que hoy tenemos y después sigamos incorporando más. Incluso, les quiero confesar que cuando se determinaron las primeras 25 patologías, en ese momento el comité de usuarios planteó que no se siguieran agregando más, porque no iban a alcanzar los recursos para poder enfrentarlos. Hagamos bien una parte y no sigamos agregando sólo por agregar.

El señor LOBOS.- Programar según recursos.

El señor PALM.- Exactamente.

En verdad, uno se queja de las políticas ministeriales y de muchas cosas, pero finalmente uno trata de entender el manejo que hace la ministra de Salud, pero esto no depende de ella. Dicha Cartera depende de lo que le diga Hacienda. Entonces, si no se generan recursos propios...

Siempre he preguntado -nunca he podido obtener respuesta- si lo que nosotros pagamos como

imponentes alcanza o no a cubrir lo que se gasta en salud, y realmente no alcanza. Entonces, ¿qué hace la ministra de Salud si no tiene recursos y Hacienda le dice que no? ¿Qué manejo puede tener el Ministerio de Salud? Éste es el gran problema. Y eso que los recursos han aumentado mantente durante los últimos años.

El señor MASFERRER.- ¿Y respecto a mi consulta sobre los enfermos diabéticos?

El señor PALM.- Tengo un comentario muy importante que hacer al respecto.

Diría que tienen razón cuando se dice que en Chile tratamos enfermedades y no a personas. Lo que deberíamos hacer, sobre todo en la diabetes, por ser una enfermedad que puede ser bastante previsible y controlable, es que, en el caso relacionado directamente con lo nuestro, un 80 por ciento de los pacientes que están en hemodiálisis son diabéticos. Por cierto que es importante el control de los diabéticos.

Hay una asociación de diabéticos y nosotros tenemos que ver mucho con ellos por el hecho de que la insuficiencia renal es casi hermana de la diabetes.

El señor MASFERRER.- ¿Qué le parece el cambio de la atención?

El señor PALM.- Pienso que ahí hay un problema grave, porque no se les está entregando el medicamento que corresponde. De nuevo volvemos al problema de las platas. Hoy se está trayendo una insulina de China, y yo tengo un caso concreto de un paciente diabético que se inyecta esta insulina y no

le pasa absolutamente nada. Es lo mismo que se pusiera agua.

Entonces, ése es un problema grave y nuevamente caemos en el tema de la calidad versus el precio. Yo considero que la salud no se puede tratar en términos económicos. O lo hacemos como corresponde o bien vamos priorizando las cosas.

Muchas gracias.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Gracias a usted, por su participación.

Se suspende la sesión para despedir a nuestro invitado.

*-Transcurrido el tiempo de suspensión:*

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Continúa la sesión.

Tiene la palabra el diputado Roberto Sepúlveda.

El señor SEPÚLVEDA.- Señor Presidente, voy a referirme a una situación que me afecta en lo personal y que no puedo dejar pasar.

En primer lugar, quiero señalar que he participado como miembro titular en cuatro comisiones investigadoras y en dos de ellas, como suplente. Me refiero a las comisiones Plan y Generación de Empleos, Gendarmería, Cordap y Auge. Además, he reemplazado a miembros titulares de las comisiones sobre el Transantiago y EFE.

Ésta es la primera comisión investigadora en que su presidente adopta una actitud descalificatoria con uno de sus miembros.

En esta Comisión, en muchas oportunidades he dicho que usted ha dirigido en forma autoritaria y poco tolerante. Ésa es la crítica política, pero jamás he optado por una crítica destructiva en forma personal.

Señor Presidente, si su actitud de descalificarme le produce satisfacción, desde ya le ofrezco mi otra mejilla. Soy una persona, al igual que usted, con virtudes y defectos, y me califico, principalmente, como una persona cristiana. En virtud de tal característica, no podría descalificarlo, porque usted, al igual que yo, tenemos familia e hijos. No haría nada, ni diría nada, que afectara a su señora, María Francisca, o a sus hijos.

Una cosa es la crítica política, a la cual todos estamos expuestos, pero otra muy diferente es la descalificación personal, que ha utilizado usted.

No sé si usted se considera con la autoridad moral suficiente como para juzgarme y descalificarme. Yo, al menos, no. Estoy aquí para defender posiciones y, obviamente, para proponer soluciones dentro de mi óptica y desde mi perspectiva personal.

Me alegro de que haya pasado este tiempo para calmar los ánimos y los espíritus, porque, a lo mejor, habría reaccionado igual que usted, de muy mala forma, y después me hubiera arrepentido, porque creo que no corresponde descalificar y agredir a un ser humano que está al frente, que además es un colega.

Por lo tanto, en forma muy humilde, le digo que si esta descalificación hacia mi persona le

produce satisfacción personal, le ofrezco mi otra mejilla. Si, por el contrario, considera que se salió de sus casillas y, públicamente, ante sus colegas, reconoce que hubo un error, aceptaré sus disculpas respectivas, porque estaremos juntos muchos años por delante y ésa no es la manera de situarnos en el contexto en que nos encontramos, especialmente confrontando posiciones.

Estoy seguro de que, en muchas cosas, no vamos a converger, pero sí debemos hacerlo en el respeto a la otra persona.

Si se ha sentido agraviado por alguna alusión personal mía, le pido perdón; ni siquiera disculpas: perdón. Pero jamás ha sido mi ánimo ofenderlo.

Por lo tanto, en ese mismo ánimo y espíritu, solicito que se retracte de sus palabras ofensivas que emitió hacia mi persona, ya que no quiero entrar en mayores comentarios.

He dicho.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Diputado Sepúlveda, en primer lugar, le quiero decir que la mención que hace a mi cónyuge y a mis cuatro hijos no tiene nada que ver con el tema de la Comisión. Están fuera de esto.

Desconozco su situación familiar, ni el nombre de su esposa, si está casado o si tiene hijos.

En segundo término, en esta Comisión he interactuado con adversarios ideológicos como, por ejemplo, con el doctor Lobos. Sin embargo, jamás hemos tenido un problema desde el punto de vista de

las opiniones políticas, porque soy demócrata y las respecto todas.

Le ruego que no se sienta ofendido, ni tampoco es necesario que me pida perdón, porque estamos en una discusión política. El punto está en que, como Presidente de la Comisión, he visto con mucha preocupación actitudes reiteradas de inasistencia a las sesiones, o que sólo se viene por 30 segundos, que no se leen las actas ni se escuchan los acuerdos, que se interrumpe a los invitados, muchos de los cuales son damas o altas autoridades.

Tenemos todo el derecho a discrepar, y por eso existe la posibilidad de preguntar y contrapreguntar. Eso explica la molestia que siento como Presidente de la Comisión investigadora.

Desconozco lo que ha ocurrido en las otras comisiones en las cuales usted ha participado.

Se ha hecho mucho énfasis en el carácter de médico de tienen varios señores diputados. Soy abogado, y eso me lleva a tratar de cumplir con mi deber como diputado y como miembro de una comisión investigadora en los términos estrictos del mandato de la Sala.

Esta comisión investigadora se creó gracias a un proyecto de acuerdo presentado por ustedes, que es muy claro: estamos investigando responsabilidades políticas por incumplimientos, obviamente eventuales -no está dicha la palabra-, en el acceso al Auge.

He tenido una tolerancia infinita -hecho que quizás no han percibido- para permitir intervenciones y múltiples preguntas sobre temas que no tienen nada que ver, en estricto rigor, con el objetivo de esta comisión investigadora.

No he querido hacer de este inconveniente un tema personal. Lo voy a decir claramente, y le ruego que no se ofenda, porque soy extremadamente franco. Usted y yo estamos en la Cámara de Diputados, de 120 miembros, por un hecho azaroso que ni usted ni yo controlamos, pero tenemos que respetar: la voluntad del pueblo del distrito de Maipú, que usted representa, y del distrito de Temuco y Padre las Casas, que represento.

Nuestra relación es política. No soy su amigo, ni aspiro a serlo, ni le exijo que me tenga afecto. Simplemente quiero que cumplamos nuestro rol de diputados. Obviamente, con respeto estricto a lo que son normas prepolíticas de respeto.

Para serle absolutamente franco, le reitero que no es necesario que me pida disculpas, porque tampoco se las voy a pedir. Mantengo los juicios que expresé, que tienen que ver con cuestiones elementales: respetar los acuerdos de la honorable Sala en términos de los objetivos de esta Comisión investigadora; respetar los acuerdos que adoptamos aquí, aun cuando no hayamos estado presentes, por razones que no quiero juzgar, porque normalmente los diputados deben desplazarse entre comisiones investigadores, porque son integrantes de alguna otra, como ha ocurrido, o porque hay que concurrir a la Sala o atender alguna situación de emergencia política.

Quiero aclararlo definitivamente, porque en reiteradas ocasiones ha dicho, cuando se ha estado grabando para la televisión, que no le doy garantías.

Le doy mi palabra de hombre, de ser humano, que lo único que me mueve en esta Comisión investigadora que se haga un trabajo serio en los

términos del mandato de la Sala. Si eso significa, desde el punto de vista de mis posiciones políticas, que deba reconocer errores en el acceso y en la oportunidad, no tengo problema alguno en hacerlo.

En segundo lugar, tal vez ingenuamente, he buscado que esta Comisión investigadora no sea un factor más de desprestigio para la Cámara de Diputados.

Me preocupa mucho el mal uso de la interpelación parlamentaria -no estoy haciendo crítica desde el punto de vista de los bloques políticos- y de la Comisión investigadora. También me inquieta ese afán obsesivo por llevar el tema a los medios. Llevo prácticamente dos meses como Presidente de la Comisión y nunca he dado una entrevista de prensa -aparte del canal de la Corporación, que nos interroga a todos al término de cada sesión-, porque entiendo que mi papel es cumplir el mandato de la Sala.

Honestamente, espero que esta Comisión sea un factor de prestigio, que elabore un gran informe, serio, que nos permita represtigiarnos ante la opinión pública.

Estamos evaluando una política con 70 por ciento de aprobación, según encuestas serias. Probablemente, si uno medita, ahí ya tenemos un problema desde el punto de vista de la concordancia entre las inquietudes ciudadanas y lo que hemos hecho como Cámara de Diputados.

Usted mencionó el cristianismo, y yo también lo voy a mencionar, una sola vez, y como pecador, ya que siempre hay que invocarlo desde esa perspectiva.

No quiero perder la esperanza de que podamos hacer un trabajo serio y consistente; pero siento que cada día se hace más difícil lograrlo, lo que considero muy negativo, no para la Concertación ni para la Alianza, sino para la Cámara de Diputados, que con el Senado son dos órganos fundamentales en la marcha de la democracia.

Reitero que, en lo fundamental, mi tema con usted es que, a mi juicio, me ha dificultado enormemente poder dirigir esta Comisión en los términos del mandato de la Sala.

Ahora, en términos personales, le reitero que no lo conozco, al igual que no conozco a su familia, lo cual está fuera del punto en debate, porque cuando en política se discute seriamente, ese ámbito queda fuera.

*-Hablan varios señores diputados a la vez.*

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

*-Se levantó la sesión a las 11.57 horas.*

**CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,**  
**Redactor,**  
**Jefe de Taquígrafos de Comisiones.**