

**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 18ª, ESPECIAL, CELEBRADA EN JUEVES 20 DE
DICIEMBRE DE 2007, DE 11:03 A 13:12 HORAS.**

SUMA.

- Se recibió en audiencia al Jefe del Departamento de Informática de FONASA, señor Alvaro Flores Rodríguez; a la Jefa del Proyecto SIGGES y del Departamento de Gestión de Procesos del Ministerio de Salud, señora Beatriz Heyerman Gajardo; al encargado de la Comisión de Salud de la Asociación Chilena de Municipalidades, don Daniel Verdessi Belemmi y a la Jefa de la Atención Primaria en Salud, Servicio de Salud Valparaíso, San Antonio, señora Claudia Binimelis De Dios, a fin de recabar antecedentes para el cumplimiento del cometido de la Comisión.

- Se inició la sesión a las 11:03 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; Núñez Lozano, don Marco Antonio; Ortiz Novoa, don José Miguel; y Sepúlveda Hermosilla, don Roberto.

Concurrieron, asimismo, el Jefe del Departamento de Informática de FONASA, señor Alvaro Flores Rodríguez; la Jefa del Proyecto SIGGES y del Departamento de Gestión de Procesos del Ministerio de Salud, señora Beatriz Heyerman Gajardo; el encargado de

la Comisión de Salud de la Asociación Chilena de Municipalidades, don Daniel Verdessi Belemmi; la Jefa de la Atención Primaria en Salud, Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio, señora Claudia Binimelis de Dios, quien asistió acompañada del Director del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, don Dagoberto Duarte Quaper y de la Jefa del Subdepartamento de Administración de Información en Salud, señora Karin Schiappacasse González; la Jefa de Comunicaciones del Ministerio de Salud, señora Alejandra Fiabane Sule y el asesor legislativo de la Fundación Jaime Guzmán, señor Edmundo Piffre de Voban Barrón.

Actuó de Secretaria la titular de la Comisión, abogada señora Ana María Skoknic Defilippis, y de abogado ayudante accidental, el señor Rafael Ruz Parra.

ACTAS.

El acta de la sesión 13ª., ordinaria, se declaró aprobada por no haber sido objeto de observaciones.

El acta de la sesión 14ª., especial, fue puesta a disposición de los señores Diputados.

CUENTA.

No hubo.

ORDEN DEL DÍA.

Durante el curso de esta sesión, se recibió en audiencia al Jefe del Departamento de Informática de FONASA, señor Alvaro Flores Rodríguez; a la Jefa del Proyecto SIGGES y del Departamento de Gestión de Procesos del Ministerio de Salud, señora Beatriz Heyerman Gajardo; al encargado de la Comisión de Salud de la Asociación Chilena de Municipalidades, don Daniel Verdessi Belemmi y a la Jefa de la Atención Primaria en Salud, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, señora Claudia Binimelis De Dios; a fin de recabar antecedentes para el cumplimiento del cometido de la Comisión.

Las intervenciones de los señores Diputados y de los invitados a esta sesión constan en un registro de audio, en conformidad con lo dispuesto en el inciso primero del artículo 249 del Reglamento de la Corporación, y en la versión taquigráfica preparada por la Redacción de Sesiones, que ha sido 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 13:12 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 18ª, celebrada en jueves 20 de diciembre de 2007,
de 11.00 a 13.15 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside el diputado señor Eduardo Saffirio.

Asisten la diputada señora María Angélica Cristi y los diputados señores Enrique Accorsi, Marcelo Forni, Juan Lobos, Juan Masferrer, Marco Antonio Núñez, José Miguel Ortiz y Roberto Sepúlveda.

Además, concurren como invitados el señor Álvaro Flores Rodríguez, jefe de Informática del Fonasa; la señora Beatriz Heyermann, jefa del proyecto Sigges y del Departamento de Gestión de Procesos del Ministerio de Salud; el señor Daniel Verdessi Belemmi, encargado de la Comisión de Salud de la Asociación Chilena de Municipalidades, y la señora Claudia Binimelis De Dios, jefa de la Atención Primaria de Salud, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

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 14^a se da por aprobada, por no haber sido objeto de observaciones.

¿Hay Cuenta, señora Secretaria?

La señora SKOKNIC, doña Ana María (Secretaria).- No hay Cuenta, señor Presidente.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- De conformidad con los acuerdos adoptados en la sesión del martes 18 recién pasado y con el objeto de recabar antecedentes que los diputados estimaron pertinentes, se invitó al jefe del Departamento de Gestión de Tecnologías de Información del Fondo Nacional de Salud, Fonasa, señor Rodrigo Castro Apablaza. Asiste en su representación el jefe de Informática del Fonasa, señor Álvaro Flores Rodríguez, y la jefa del proyecto Sigges y del Departamento de Gestión de Procesos del Ministerio de Salud, doctora Beatriz Heyermann.

Deseo hacer notar a los señores diputados que junto con la señora Secretaria tomamos una precaución, dado que la experiencia demostraba la necesidad de ser bastante precisos en el objeto de lo que le interesa a la Comisión y por si no asistían los titulares. Para ello tuvimos que ajustar el calendario de invitaciones y se detallaron las preguntas que preocupaban, en particular, al diputado Marcelo Forni.

Por lo tanto, nuestros invitados deberían estar en condiciones de entregar el conjunto de información, sin perjuicio de que no asista el señor Rodrigo Castro.

También está invitado el encargado de la Comisión de Salud de la Asociación Chilena de Municipalidades, doctor Daniel Verdessi Belemmi. Esta invitación fue consensuada con el diputado Juan Lobos.

También asiste la señora Claudia Binimelis, jefa de la Atención Primaria de Salud del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

Los diputados Marco Antonio Núñez y Manuel Monsalve solicitaron que fuera invitada la señora Danuta Rajs, jefa del Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud, quien se excusó. En su carta excusa nos hace presente que el departamento que ella dirige no cuenta con la información que interesa a la Comisión, por cuanto no tiene a cargo los datos referidos al sistema Auge.

Se suspende la sesión por cinco minutos para esperar a los invitados.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

-Los invitados ingresan a la sala de la Comisión.

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

En nombre de la Comisión, agradezco la presencia de nuestros invitados.

En primer lugar intervendrán el señor Álvaro Flores y la doctora Beatriz Heyermann.

Fuimos muy precisos en el oficio al señalar los temas fundamentales que le interesan a la Comisión y los tiempos de que disponen para su intervención.

Tiene la palabra el señor Álvaro Flores.

El señor FLORES.- Señor Presidente, hemos preparado una breve presentación para abordar los temas que son de interés de la Comisión y que tienen relación con el sistema informático Sigges y con el proceso de licitación que se ha efectuado para su implementación.

La doctora Heyermann abordará todos los temas relacionados con el proceso de registro de información asociados a este sistema.

El doctor Monasterio, en varias de sus intervenciones, denominó al Auge como un proceso en curso y, por supuesto, el sistema informático está en relación con la forma en que se ha ido efectuando el proceso de implementación e implantación del programa Auge.

Vengo en representación del jefe del Departamento de Gestión y Tecnología de Información, que durante esta semana estaba afuera, y abordaré los aspectos más centrales del sistema, en forma muy breve.

Ya habíamos señalado, en la primera presentación del doctor Monasterio, que el sistema de información Siggis es un sistema de registro en línea que tiene como principal función capturar los datos más relevantes del ciclo de atención de un paciente para el cumplimiento de las garantías explícitas de salud, a través de la red de prestadores públicos que la integran.

Hay cinco grandes módulos del registro de información vinculados principalmente con dos elementos: la captura de los datos y el monitoreo anticipado, preventivo, frente al retraso de las garantías de salud.

Hay otros módulos que permiten entregar funcionalidades complementarias a nuestros usuarios, básicamente vinculados con la gestión a nivel de los establecimientos. Es un sistema pensado, principalmente, para apoyar la gestión en los establecimientos.

Desde el punto de vista de las características que interesaban, de la plataforma del sistema de información, debemos mencionar algunos elementos que son bastante claves para dimensionar exactamente la envergadura del sistema.

Actualmente, el sistema trabaja con 10 mil usuarios habilitados y en forma diaria lo usan cerca de 2 mil. Se registran cerca de 85 mil eventos de salud al día, y se entrega una información de cerca de 800 reportes diarios.

Para el sector salud representa, sin lugar a dudas, un sistema de una envergadura muy grande y podemos decir que es el único instalado en el sector, en estos momentos, que nos permite conocer detalladamente, paciente a paciente, la información de cada una de las atenciones en el proceso de atención del Auge.

Para ello se requiere un gigantesco equipamiento computacional en nuestro centro de datos. La proyección muestra algunas imágenes en relación con ello.

Para tener una relación del sistema del cual estamos hablando, podemos decir que está compuesto por trece servidores, prácticamente similar a una plataforma bancaria, con una capacidad de almacenamiento de 2.000 gigabytes. Un equipo computacional, un PC cualquiera, por lo general tiene 80 gigabytes.

Hay treinta CPU que están operando en línea para atender todas las necesidades de información de nuestros usuarios en una plataforma de alta disponibilidad, lo cual significa que nos permite enfrentar situaciones de emergencia y de falla de los sistemas con un *data center* primario y un *data center* secundario, ubicados en lugares geográficos absolutamente distintos.

Es decir, ante un evento de caída de energía eléctrica, incluso tan catastrófico como un incendio en nuestro *data center* primario, contamos con una solución ubicada en otro lugar físico, que nos permite mantener la continuidad en nuestros servicios.

El sistema está pensado para que atienda a nuestros usuarios las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año, con una plataforma de operadores permanentes que controlan el sistema, con una robusta plataforma de monitoreo y, además, con una asistencia remota permanente para la atención de consultas de los usuarios.

Sin lugar a dudas, para el sector salud éste es un tremendo proyecto, un gran sistema, que sólo puede ser comparable

con aquellos vinculados a los Core bancarios, en cantidad de equipos y de transacciones.

El sistema de información no sólo se compone de los computadores, servidores centrales y de las capacidades de procesamiento, sino, además, de toda una plataforma que permite que los establecimientos de salud accedan al sistema.

Para ello, y de acuerdo con un análisis de brechas que se efectuó a inicios de la construcción del sistema, en 2005, se establecieron los puntos más críticos en los cuales debíamos proveer equipos computacionales para que los consultorios y los hospitales tuvieran acceso al sistema.

A través de este proyecto, y en forma exclusiva para ser usados dentro del Sigges, se han entregado 1.200 equipos PC, 720 impresoras, sin contar el equipo que el Fonasa tiene en sus propias instalaciones, en su propia red computacional, que también tiene acceso al sistema.

Por otra parte, el sistema opera desde una plataforma WEB; es decir, basta un computador, un enlace computacional, para que cualquier establecimiento, con sus equipos propios, también tenga acceso al sistema.

Hemos calculado que hay cerca de 5 mil equipos que acceden diariamente, tanto los provistos por Fonasa como aquellos provistos por los propios establecimientos.

Hay 720 establecimientos que conforman esta red de captura de datos, desde los consultorios hasta los hospitales -192 hospitales y 520 consultorios-, un despliegue a nivel nacional, es decir, desde Arica a Punta Arenas, con toda la implicancia que ello tiene, pues existe una alta dispersión geográfica. No es fácil colocar un enlace en consultorios pequeños o rurales, sobre todo por las tecnologías de información que se requieren.

Una de las preguntas que se nos hizo en el oficio fue cómo hemos hecho todo esto.

En 2004, el Fonasa inició un proceso de transformación mayor en todos sus sistemas informáticos, para lo cual se realizó una licitación pública denominada “Licitación de los servicios informáticos sobre operación básicos del seguro público de salud”.

Esa licitación tenía como principal objetivo el desarrollo, implementación y operación de una solución tecnológica consistente con el modelo de negocio del seguro público de salud que satisficiera las necesidades actuales y futuras de operación y gestión en el ámbito de la reforma de salud y de modernización del Estado.

Participaron cinco grandes empresas: Entel S.A., Synapsis Soluciones y Servicios Limitada, SM Ingeniería S.A., Sonda y Telefónica CTC Chile S.A.

El proceso consistió en una licitación pública y los principales datos que podemos aportar de ella son que la adjudicación se realizó con resolución exenta -que se indica en el lado izquierdo de la diapositiva-, del 10 de mayo de 2004.

La Contraloría tomó razón de la licitación el 18 de junio de 2004 y, por lo tanto, ese contrato entra en vigencia entre el 15 de junio de 2004 y el 15 de junio de 2008. Por lo tanto, aún está vigente.

Entiendo que se enviarán a la Comisión todos los antecedentes de la licitación. Es un volumen bastante amplio, hablamos de 4 mil o 5 mil páginas que componen todas las especificaciones, la propuesta técnica de las empresas y, obviamente, el contrato que nos rige.

La licitación abordaba la totalidad de componentes informáticos que el seguro público requería para su gestión, toda la plataforma computacional a nivel de servidores y de equipamiento PC, y

uno de sus componentes era el sistema de información para la gestión de garantías explícitas de salud.

Los montos ejecutados son los que ya indicó el doctor Monasterio en su presentación. Hemos calculado que el costo del sistema por paciente registrado es de 600 pesos al año.

Es decir, todos los costos asociados a infraestructura, desarrollo de lo aplicativo, mantener en operación todos los enlaces computacionales, todos los equipos PC, la continuidad operacional de ellos, el desarrollo informático, la operación del *data center* representa un costo de 600 pesos por año, por paciente registrado en el Auge.

También se nos consultó respecto de la evolución del sistema y la forma en que hemos enfrentado este proceso. La evolución del sistema está en estricta relación con la forma en que se ha ido implementando cada una de las patologías de salud que componen el régimen de garantías.

Llevamos cuatro versiones del sistema y cada una de ellas ha ido incorporando funcionalidades y nuevos problemas de salud.

La primera fue la fase piloto, con 17 problemas. La segunda, con el primer decreto y 25 problemas de salud. El principal desafío en esa fase estuvo en el registro de la información de la APS. La versión tres del sistema incluyó 40 problemas de salud y enfrentamos un nuevo desafío, contar con la modalidad multidecreto, dado que hay garantías que están expresadas en los decretos N° 170 y 228. La versión cuatro, que está vigente y operando, está compuesta por 56 problemas de salud.

Sin lugar a dudas, hemos tenido dificultades, y son las propias de un proyecto de esta envergadura. La más relevante -que hemos destacado- fue, cuando partimos con el decreto N° 170 y en el modelamiento del control de las garantías explícitas, el modelo bastante exigente hacia los establecimientos. Cada una de las etapas estaba

claramente definida, acotada y existían directrices muy claras respecto de la información que se debía registrar.

Con el tiempo nos dimos cuenta de que era posible ir simplificando ese modelo de registro, prescindir de algún punto de información y concentrarnos en aquellos que son más relevantes para la gestión de los establecimientos y de las garantías. Por lo tanto, hemos ido haciendo algunas simplificaciones de ese proceso.

Segundo, entrega de información más oportuna. Significa que nuestros usuarios deben tener la información lo más actualizada posible, dados los volúmenes de información que se manejan. Uno de los grandes cambios que realizamos en 2006 fue que las actualizaciones que se realizaban en las noches, hoy se hacen durante todo el día, cada treinta minutos. Es decir, el retraso máximo que tenemos hoy, respecto de la información, es de 30 minutos.

Los tiempos de respuesta, que también constituyen otro tema que la red y, sobre todo, nuestros operadores nos han manifestado, los hemos ido cautelando y mejorando en cada uno de nuestros decretos, principalmente, porque cada uno de ellos nos significa no sólo incorporar nuevos problemas de salud, sino que también nos cambia las prácticas operacionales que se producen en la red. Eso significa estudiar, visualizar y darnos cuenta de la forma en que usan el sistema para cumplir con sus funciones y hacer los ajustes que sean necesarios.

En cuanto a la calidad de datos, se han simplificado las salidas de reportes, se han incorporado nuevas salidas que permiten contar con mayor nivel de información a nuestros usuarios, principalmente información que sea útil y consistente con el modelo de registro y con la gestión en los establecimientos.

La línea más fuerte que hemos tenido es la inclusión de una nueva capa para visualizar información, que iniciamos este año y esperamos que el próximo quede totalmente operativa dentro de la red.

Con una herramienta computacional, que se llama *datamart*, los propios usuarios pueden explotar la información que está contenida en el sistema Sigges con mayores niveles de libertad.

Hoy, tal como lo vieron en la exposición que hicimos en sesiones anteriores, en que presentamos el sistema de información y extrajimos información directa, en línea, se trata de reportes que están estructurados. Es decir, son salidas prefijadas. Esa herramienta permitiría que cada usuario pueda construir su propio reporte, a su voluntad y con los datos que le parecen más útiles para su gestión.

Voy a entregar algunos datos respecto al uso de información y al nivel de utilización por parte de la red.

Actualmente, contamos con 10 mil usuarios habilitados en el sistema; 2 mil la utilizan diariamente, en forma simultánea, con una tasa de registro que permite calcular que para este año tendremos cerca de 35 millones de atenciones de salud registradas en el sistema, lo cual nos ha representado que a contar de 2004 y hasta 2007 hemos cuadruplicado la cantidad de información que se está registrando.

Sin lugar a dudas, esto da alguna noción de la envergadura del sistema y de la forma en que hemos enfrentado este cambio, que requiere ir dotando de las capacidades tecnológicas y de los instrumentos de gestión necesarios para que cada uno de los establecimientos cumpla con el objetivo de que nuestras garantías se den en los plazos y tiempos que están establecidos.

Esa fue nuestra presentación.

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

Antes de ofrecer la palabra, quiero chequear si los datos que tengo son efectivos.

¿Son 35 millones de atenciones en el sistema por año?

El señor FLORES.- No; totales.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Además, ¿habló de 185 mil eventos de salud diarios?

El señor FLORES.- No, señor Presidente. Son 85 mil eventos.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- ¿Y 800 reportes diarios?

El señor FLORES.- Efectivamente, 800 reportes diarios.

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

El señor FORNI.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero saber cuánto se invirtió en el sistema informático. Según entiendo, ese gasto ascendió a alrededor de 5.600 millones de pesos. Me gustaría saber si ese fue el costo del diseño original o si también incorpora las modificaciones que se le han debido introducir al Sigges y si éstas estaban consideradas en ese diseño original. Esta información es muy importante para la Comisión.

En segundo lugar, quiero saber quién diseñó el Sigges. ¿Lo hizo el Ministerio de Salud o Entel, la empresa que licitó el sistema? ¿Ese diseño fue satisfecho por la empresa? ¿Recibieron conforme el sistema Sigges y pagaron los 5.600 millones?

Asimismo, me interesa saber si el Sigges fue diseñado para satisfacer 56 patologías o si puede seguir siendo utilizado, sin costo adicional, si se le incorporan nuevas patologías en el camino.

Hay otro punto que es muy importante porque, de alguna manera, las noticias nos indican que la mala utilización del sistema ha significado prescindir de una cifra cercana al millón de dólares, por concepto de prestaciones de aproximadamente 44 mil pacientes que no han podido ser cobradas. ¿Fueron cobradas o no? ¿Cuántos pacientes tienen prestaciones en el sistema público que no han sido cobradas, producto de la mala utilización o del mal diseño del sistema Sigges?

Adicionalmente, me gustaría saber si han tomado alguna medida, con posterioridad a la detección de alguna de las fallas, para mejorar el sistema. Cuando digo “mejorar el sistema”, me refiero a capacitar a las personas que estaban encargadas de proveer la información. ¿Tienen algún vínculo con el Ministerio de Salud para efectos de capacitar a esas personas? ¿Qué se ha hecho en esa materia? Asimismo, ¿qué se ha hecho para incentivar a los funcionarios que laboran en los consultorios y en los hospitales para que ingresen información al sistema?

En ese mismo sentido, quisiera saber si han tenido reuniones con el Colegio Médico para despejar la controversia de si los médicos deben o no aportar información al Sigges.

También me interesa saber si lo que el Ministerio de Salud licitó fue un sistema tecnológico terminado o un proceso en curso. Para mí es tremendamente relevante saber si se pagó por las bases de un sistema que se iba a ir perfeccionando con el tiempo y que requería inversión adicional o por un sistema terminado.

Por último, deseo saber si el señor Flores considera, al igual que el doctor Hernán Monasterio, que éste es un sistema poco confiable para efectos de conocer el número de incumplimientos del Auge.

He dicho.

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

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, agradezco la exposición del señor Álvaro Flores respecto del sistema de información de monitoreo de garantías.

Tengo una pregunta relacionada con la segunda interrogante que ha hecho el diputado Marcelo Forni, pero quiero ahondar aún más respecto de las recomendaciones que haría, no al

software o al sistema informático -hemos tenido dos o tres ocasiones para conocer en detalle la descripción del funcionamiento técnico-, sino sobre la organización de la red a todo nivel: atención primaria, secundaria, más compleja, los privilegios de acceso e ingreso de información, los incentivos, el entrenamiento, la organización del personal, de los servicios de salud, de los municipios, para que el sistema funcione de manera más eficiente.

Aparentemente, los problemas, en su gran mayoría, no están relacionados directamente con el software, que, por cierto, también falla, como todo sistema informático. Muchas veces vamos al banco y nos informan que debemos esperar porque “se cayó el sistema”. Cada vez es menos frecuente, pero consustancial a un manejo tan masivo de datos.

Por lo complejo de nuestra red de salud, me gustaría conocer su opinión, entendiendo que existen contactos y reuniones permanentes, sobre lo que se requiere para optimizar esa red, desde el punto de vista de los recursos, de los incentivos, de la organización, del personal relacionado directa e indirectamente al ingreso de datos.

Pido su opinión en la perspectiva de tender a un ideal y que cualquier actor relevante del sector pudiera, con el tiempo suficiente, prever qué garantías de cualquier tipo, de acceso, de oportunidad, de protección financiera está en riesgo de incumplimiento, de retraso, para tomar las medidas del caso.

Idealmente, desde mi perspectiva, es a lo que deberíamos tender como sistema informático que monitorea las garantías de salud en nuestro país.

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

El señor MASFERRER.- Señor Presidente, me gustaría saber si esta información la tenemos en todo el país y en todos los servicios de salud.

Si no es así, ¿dónde creen que está fallando el sistema?
¿En qué aspecto no es confiable la información que están manejando?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra el señor Álvaro Flores, para que responda las preguntas formuladas por los señores diputados.

El señor FLORES.- Señor Presidente, voy a contestar las preguntas en el orden en que se efectuaron.

Respecto de los montos totales sobre los que preguntó el diputado Marcelo Forni, efectivamente son los indicados en nuestra presentación. El monto total que hemos expuesto, de más de 9.500 millones, corresponde a todo el proceso desde 2004 a la fecha, que incluye no sólo el desarrollo del software sino que también toda la plataforma computacional, el equipamiento que se ha dispuesto en los establecimientos, la continuidad operativa de ellos, todos nuestros sistemas de soporte, mesa de ayuda, sistema de atención en terreno, que permitan que finalmente ese equipamiento opere. Más importante que disponer de equipos PC es que sean utilizables por la red.

Respecto de la forma como se ha enfrentado ese desarrollo, efectivamente ha sido de modo gradual. En 2004 nos encontrábamos conociendo que había un proceso de reforma con 56 problemas de salud, pero el detalle exacto de esos problemas se ha ido enfrentando con cada uno de los decretos.

En 2004 se construyeron los pilares fundamentales del sistema de información, que ha permitido soportar los 56 problemas de salud a la fecha. Somos absolutamente taxativos al señalar que podemos incorporar en esta plataforma los problemas que se estimen pertinentes.

La prueba más fehaciente de que el diseño ha sido el adecuado está en que, a la fecha, hemos incorporado la totalidad de los problemas de salud establecidos en el decreto sin tener que efectuar transformaciones mayores.

Lo que sí ocurre es que cada decreto tiene complejidades propias de los problemas de salud que se han seleccionado y se deben crear los instrumentos de registro para cada uno de ellos de acuerdo con las necesidades que establezca la red.

En ese sentido, el diseño de todo el modelo de registro lo hacemos en conjunto con el Minsal. Para ello, se ha establecido una estructura de trabajo en la que nosotros, como responsables de la plataforma tecnológica, tomamos esos requerimientos de un comité de usuarios que, finalmente, se traducen en el sistema de información que hoy se conoce.

La doctora Heyermann puede apoyarnos al respecto, porque va a realizar una presentación vinculada al proceso de registro y de capacitación de la red.

Respecto del crecimiento, creo haberlo indicado. Actualmente, cada incorporación de un decreto nos significa ampliar las capacidades computacionales, para llevarlo de 20 mil registros que hacíamos en 2004 a 85 mil, lo que implica que debemos ir colocando todas las capacidades de procesamiento de información. Por lo tanto, hemos ido escalando técnicamente, incorporando capacidades de procesamiento, pero sin haber hecho un borrón y cuenta nueva en cada uno de los decretos.

Las mejoras que se han efectuado son las que resumimos principalmente en la presentación: oportunidad de información, tenerla cada vez más cercana al usuario, calidad de la información, desde la perspectiva del registro de información que se hace en la red y también de los procesamientos de datos que se ejecutan en nuestro sistema.

Hemos sido extremadamente rigurosos en definir reglas de control muy exigentes para el control de las garantías. Nuestros usuarios no pueden eliminar información con facilidad, dado que entendemos que eliminar o cambiar información puede alterar el cumplimiento de las garantías.

Hay toda una estructura que permite garantizar que la información que se ingresa al sistema sea la correcta.

Muchas veces nos reclaman que somos exageradamente rigurosos y eso genera algún grado de descontento. Pero preferimos tener un sistema que sea muy riguroso ante uno que tenga mayores niveles de flexibilidad o de ajuste de la información que en él se contiene.

En relación con el trabajo con el Minsal, señalé que hay toda una estructura que permite que las definiciones de los modelos, las guías clínicas, sean las establecidas en el ministerio, como órgano regulador. La forma como lo implementamos en el sistema de información, es un trabajo conjunto con el Minsal.

Respecto de la pregunta referida a los cobros por no registros en Sigges, puedo decir que mi rol está relacionado con las tecnologías. Por lo tanto, no está dentro de mi competencia responder esa pregunta. Me imagino que debe estar en manos del departamento de finanzas del Fonasa.

En cuanto a las conversaciones con el colegio médico, ocurre lo mismo. Entendemos que nuestra estructura de trabajo es con el Minsal y ahí se define quienes son los actores que participan en las definiciones del sistema de información.

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

El señor FORNI.- Señor Presidente, me gustaría que me respondiera alguna de las preguntas que formulé. Voy a repetirlas porque parece que no fueron debidamente anotadas.

La primera es saber si el Sigges fue aprobado por ustedes una vez recibido; es decir, si fue elaborado de acuerdo con el diseño que entregaron ustedes en conjunto con el Minsal.

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

El señor FLORES.- Efectivamente. Cada una de las entregas es aprobada con los mecanismos de control que se establecen.

El señor FORNI.- Cuando pregunto cuánta plata ha dejado de cobrar el Fonasa por los problemas del sistema, lo hago porque me imagino que han tenido reuniones permanentes con el Ministerio de Salud y, como encargado del tema técnico, no le es una pregunta ajena.

Me imagino que el Fonasa le debe haber dicho que su sistema estaba fallando en ese punto y que no han podido cobrar cierta cantidad de plata.

Se la planteo de otra forma. ¿Usted tiene conocimiento de que el Fonasa haya dejado de cobrar dineros producto de que no se registran atenciones de pacientes?

El señor FLORES.- Repito lo que señalé.

Mi rol en Fonasa es como ingeniero de la parte computacional. Nos encargamos de que los sistemas estén disponibles y puedan ser utilizados por los usuarios, pero las conclusiones que se puedan sacar a partir de la información que contienen los sistemas o las decisiones estratégicas que se puedan tomar están en manos de otros organismos dentro del Fonasa.

El señor FORNI.- Entonces, usted no ha recibido información de parte del Fonasa en el sentido de que el sistema está arrojando deudas producto del mal cobro de prestaciones.

El señor FLORES.- Tampoco me corresponde recibirla.

El señor FORNI.- También le pregunté específicamente por la capacitación y usted señaló que trabajaban con el Minsal. Pero,

desde el punto de vista técnico, ¿han capacitado funcionarios a nivel nacional para efectos del uso del sistema?

El señor FLORES.- Señor Presidente, la doctora Beatriz Heyermann tiene preparada una presentación justamente en esa línea.

El señor FORNI.- Muy bien.

Por último, ¿usted considera, al igual que lo señaló el doctor Monasterio, director del Fonasa, a un medio de comunicación, que el sistema no es confiable para saber las cifras de incumplimiento?

El señor FLORES.- No me puedo pronunciar sobre las palabras del doctor Monasterio.

El señor FORNI.- Le estoy pidiendo su opinión.

El señor FLORES.- Tengo entendido que él ya respondió ante esta Comisión, por lo que me atengo a lo que él dice.

Nosotros consideramos que es un sistema que está operando correctamente.

El señor FORNI.- Entonces, ¿es confiable para efecto de las cifras de incumplimiento?

El señor FLORES.- Sí, es correcto.

El señor FORNI.- ¿Sí?

El señor FLORES.- Sí.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Falta responder las preguntas del diputado Marco Antonio Núñez.

El señor FLORES.- Las preguntas relacionadas con las recomendaciones en la forma de capacitar en la red y las optimizaciones en torno a ella las va a explicar la doctora Heyermann.

En cuanto a la consulta del diputado Juan Masferrer, desde el punto de vista de infraestructura computacional, para que cada una de las postas rurales y consultorios tengan acceso al sistema, no hay un despliegue efectuado a ese nivel.

Se han puesto en los puntos principales, en los consultorios, pero con una red que permite trasladar la información desde un lugar a otro.

La doctora Heyermann va a expresar la forma en que se ha ido manejando esa lógica de trabajo.

El señor MASFERRER.- ¿No está toda la información de todos los afiliados al Fonasa?

El señor FLORES.- Toda la información contenida en el Sigges hoy es información nacional y está disponible para todos y cada uno de los servicios de salud del país.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Pero no está en línea, necesariamente.

El señor FLORES.- Toda la información está en el Sigges.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Me da la impresión que la pregunta del diputado Juan Masferrer va en la siguiente línea: ¿la información de una posta rural llega a un consultorio de una localidad urbana o al hospital, por ejemplo, de San Fernando?

Entendemos que la información está, pero ¿está en línea o no?

El señor MASFERRER.- A lo mejor la tiene la posta, pero no el consultorio ni el hospital.

El señor FLORES.- La doctora Heyermann también puede responder con mayor detalle esa pregunta, porque ella tiene todo el proceso del registro de información.

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

El señor LOBOS.- Señor Presidente, sólo quiero aclarar el punto respecto de una pregunta que hizo el diputado Marcelo Forni.

El diseño de la necesidad emana del Ministerio de Salud, que les expresa lo que quieren; luego se diseña la plantilla y el soporte físico que debe tener el sistema. Posteriormente, la empresa licita. ¿La empresa diseña los sistemas o trabaja sobre algo preconcebido que se le entrega?

El señor FLORES.- Trabajamos con una estructura habitual de desarrollo de proyectos informáticos que, tal como lo señaló el diputado Lobos, es un levantamiento de los requerimientos, una etapa de análisis en trabajo conjunto con los usuarios y con el equipo técnico de las empresas que proveerán el servicio, y una etapa de diseño en la cual se modela y se establece.

Cada una de esas etapas se aprueba en conjunto con los usuarios o con el Minsal para establecer si están satisfaciendo las necesidades que se han planteado.

Para dejarlo más claro, se levanta el requerimiento, se efectúa el trabajo conjunto entre los usuarios y la empresa desarrolladora, se presenta un documento con la forma en que va a quedar construido y luego pasa a una etapa de aprobación final de nuestros usuarios.

El señor MASFERRER (Presidente accidental).- Tiene la palabra la doctora Beatriz Heyermann.

La señora HEYERMANN (doña Beatriz).- Señor Presidente, lo primero que voy a contarles es desde dónde se genera la información y la forma en que hemos trabajado con la gente que está haciendo registro en los diferentes establecimientos.

La base de toda la información del funcionamiento del Sigges se refiere principalmente a las atenciones que se están realizando a los pacientes en la red, que van desde las consultas, las intervenciones quirúrgicas, las entregas de medicamentos, la realización de exámenes y las hospitalizaciones.

Pero no es solamente el registro de la realización de esas atenciones, porque sería similar a lo que hacíamos antes de trabajar con el modelo Sigges y siguiente al paciente en la red, sino que, además, lo que necesitamos levantar para hacer el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de las garantías tiene que ver con momentos de decisión que toman los profesionales, principalmente los médicos en los problemas de salud que partieron y posteriormente los odontólogos, en relación con el proceso de atención del paciente. Por lo tanto, necesitamos levantar, además de la atención que se está realizando -por ejemplo, la consulta-, si se detecta o sospecha la necesidad de solicitar algún examen, indicar una cirugía o la entrega de un medicamento. Son momentos de decisión que anteriormente no era necesario rescatar como información. Registrábamos cuánto hacíamos, pero no el momento en que tomábamos una decisión de hacer algo.

Para hacer el monitoreo del tiempo, necesitamos saber el momento de la decisión y ver cuánto tiempo transcurre hasta que se hace efectiva para el paciente.

Ésa es la mayor complejidad del modelo de monitoreo que se implementó en el sistema. El principal enfoque que se le dio al sistema fue que no fuera sólo para informar lo bien o mal que lo habíamos hecho, sino para hacer gestión y que las cosas pasaran. Es decir, que los profesionales, la gente de los establecimientos supieran cuando ocurría una decisión o una sospecha para que pudieran actuar en los tiempos que están definidos, y que esa decisión se hiciera efectiva, ya sea una citación para un especialista, entrega de un medicamento o realización de un examen.

Entonces, ése fue el principal foco y, por lo tanto, lo primero que se hizo fue que los establecimientos que están atendiendo a los pacientes tuvieran acceso a la información y, en la perspectiva del registro, capacitaran a los digitadores y a las personas que registran.

En ese sentido, respondo de inmediato una de las preguntas. Probablemente, la mayor dificultad que hemos tenido a lo largo del tiempo ha sido tener información acumulada a nivel central.

El énfasis se puso en que los establecimientos tuvieran acceso a la información para que las redes pudieran trabajar, y el nivel central, que quiere saber cuánto se ha hecho en determinado momento, tiene menos información rápida y expedita. Sin embargo, el nivel local puede saber cuántos pacientes tiene, qué pasa con cada uno de ellos, cuántas garantías tiene a punto de vencer o por cumplir en determinado momento, etcétera. Ése fue el primer foco que se trabajó.

Hay diferentes actores que intervienen dentro de ese proceso de monitoreo que se basa en el registro. El Sigges no es un sistema que está trabajando en línea; no trabaja mientras el médico esta registrando; no es una ficha. Es un sistema en el cual se registra información que nos permite ver a cualquier persona que ingrese, ya sea aquí o en Alemania, como lo hice para ver el caso de una persona conocida. Por lo tanto, hay diferentes niveles de ingreso.

Lo principal, y el punto de partida, es el trabajo con el profesional de la salud, en general el médico y la gente de atención primaria que está atendiendo al paciente. Necesitamos que registre la información de lo que está haciendo. Por ejemplo, que en la hoja diaria se deje constancia de que vio o tiene una sospecha de un problema de salud, una hipertensión, para saber que en ese momento se abre un caso GES y empieza a correr un tiempo para que ese paciente sea confirmado. Por lo tanto, el profesional de la salud debe hacer una determinada cantidad de registros necesarios para tener información.

También es importante que un profesional de la salud reconozca un caso Auge. Es decir, si él no lo reconoce, ni el sistema ni ningún digitador lo va a reconocer. Si el profesional que está viendo a un paciente no dice que esa persona, que tiene hipertensión o presión alta, es un posible caso Auge, dado que cumple con las condiciones de ser beneficiario del Fonasa y de tener los criterios de edad, cuando corresponda, los criterios clínicos, no hay ningún sistema ni persona que lo levante. Eso no se registra; es el profesional quien debe decirlo.

Algo que también le hemos pedido es que, además, informe al usuario porque todos esos eventos ocurren en el momento en que están el profesional y el paciente y queremos que se registre lo que le está diciendo al paciente. Entonces, este último también está enterado de que es un posible caso Auge y de que hay un tiempo para que se le cumpla una determinada garantía.

Esa situación obliga a los profesionales a llenar algunos formularios. Tratamos de que fueran los básicos y de utilizar los que ya existían, pero con información extra que anteriormente no era necesaria, pasa saber si hay un caso, registrarlo en el sistema y que el resto de los profesionales del establecimiento o del servicio sepan que se levantó un caso GES y que se abre una garantía para un paciente.

Ése es el primer punto de partida.

El señor MASFERRER (Presidente accidental).- Señora Heyermann, usted señaló que si el profesional no habla, no se registra. ¿De qué profesional estamos hablando?

La señora HEYERMANN (doña Beatriz).- Principalmente médicos, en la mayor parte de los problemas de salud; también odontólogos, en los problemas de salud atinentes a la parte odontológica, y matronas.

El señor MASFERRER (Presidente accidental).- ¿Ellos serían los autorizados para registrar?

La señora HEYERMANN (doña Beatriz).- Más que autorizados, son a quienes corresponde hacerlo puesto que debe haber un diagnóstico, y ese diagnóstico, por código sanitario, es responsabilidad de los médicos y odontólogos. Una enfermera no emite diagnósticos de los que estamos definiendo aquí. Hay también diagnósticos de enfermería, pero no están considerados dentro del GES.

El señor MASFERRER (Presidente accidental).- Se suspende la sesión, para ir a votar a la Sala.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

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

Tiene la palabra la señora Beatriz Heyermann.

La señora HEYERMANN (doña Beatriz).- Estábamos viendo el rol de los profesionales de la salud y comentábamos que una de las cosas que probablemente genera mayor conflicto y dificultades es que, por el momento, mientras no tengamos computadores en cada box, los profesionales deben llenar una serie de formularios de cada uno de los hitos de decisión que ocurren, para saber lo que está pasando en cada caso.

En cada establecimiento, incluidos los consultorios más pequeños y los hospitales, existe gente relacionada con las estadísticas y, en el caso del Sigges, fueron esas mismas personas las que se hicieron cargo del registro. Esto significa que, incluso en las postas rurales, tenemos gente a cargo de recolectar la información que los profesionales escriben en los papeles, aunque no necesariamente se digite en ese mismo lugar. Posteriormente, son llevados a la municipalidad o corporación municipal, donde se registra la información, pero asignada a la posta. Entonces, tenemos información de salida para una posta rural, en el caso de que allí se hagan rondas médicas o se tengan sospechas GES o algún tipo de tratamiento.

Los encargados de registros de los niveles locales, de los establecimientos, son los primeros que deben preocuparse de implementar mecanismos de recolección de la información. Se deben recoger los papeles desde los boxes, laboratorios, farmacias, y llevarlos a los lugares donde se va a digitar en el sistema. Posteriormente, se debe digitar en el sistema con una estrategia que en algunos casos es centralizada, en que en un establecimiento están todos los digitadores y, en otros casos, es descentralizada, pues se capacita a la gente en cada una de las unidades, como farmacias o laboratorios, para que ellos mismos digiten su información. Deben preocuparse de validar la calidad de la información que se está digitando y de mantenerlos entrenados y capacitados en el uso del sistema.

Por lo tanto, es responsabilidad del encargado que esos registros se realicen en el sistema o en los sistemas locales cuando exista interfaz con el Sigges.

Desde hace aproximadamente un año y medio, los establecimientos de la Araucanía Sur están haciendo interfaz. Registran la información en su sistema y la despachan a través de un envío informático. Entonces, no la tienen que digitar directamente en el Sigges, sino que se captura de software a software.

Los encargados también deben estar preocupados de la calidad de los registros, que estén completos, que sean legibles, que se hagan oportunamente y que pase mucho tiempo hasta que se registren, porque eso redundaría en que otro establecimiento que debe preocuparse de hacer un cumplimiento, si no ve la información, le es más difícil reaccionar a tiempo. Si la información aparece a los diez días, y hay una garantía de quince días, sólo le quedan cinco para reaccionar si no ha sido digitada en los tiempos correspondientes. Por lo tanto, es necesario que se preocupe de la oportunidad en el registro.

Además, deben apoyar a los encargados GES de los establecimientos. Generalmente es el director, subdirector médico o alguien nombrado específicamente que se preocupa de monitorear y

resolver el cumplimiento de cada una de las garantías que les corren a las personas, ya sea en la red o fuera de ella.

También están los encargados de los servicios de salud, que son las personas con quienes nos relacionamos directamente.

Los servicios de salud son los responsables de armar una red con los establecimientos y se preocupan de revisar la consistencia, integridad y exactitud de la información que se está registrando en cada uno de los establecimientos y, sobre todo, mantener la red con los encargados de los registros de los establecimientos de su propio servicio, capacitándolos, acompañándolos, transfiriéndoles la nueva información que se va generando y, al mismo tiempo, recibiendo la información que se genera en los establecimientos.

Tal como lo señaló Álvaro Flores, en todo el desarrollo del software hay una etapa de entrega, pero en producción se detectan errores, los cuales, a través de la gente que está trabajando directamente, son canalizados hacia el Ministerio de Salud y hacia el Fonasa. Eso significa que se genera un circuito de corrección del sistema, una vez que está en operación.

Tenemos un ámbito importante que está relacionado con el proceso de atención al paciente propiamente tal y otro que está relacionado con la gestión de la información una vez que ha sido registrada por los profesionales en los papeles y, posteriormente, en los sistemas.

El encargado de registros es parte del equipo GES y, por lo tanto, se coordina fuertemente con el encargado GES y con la gente de reclamos, de contingencias y los informáticos.

Hay equipos GES en todos los servicios y en todos los establecimientos que trabajan con esa lógica de coordinación en cada una de las redes.

Nosotros trabajamos principalmente con la gente encargada de los servicios de salud. Inicialmente, lo hicimos con un encargado por servicio, pero actualmente hay al menos dos personas encargadas de registros, relacionadas con los departamentos de estadísticas locales y con los cuales mantenemos contacto permanente, principalmente a través de talleres, reuniones y correo electrónico.

A su vez, cada encargado de servicio tiene una red con sus propios encargados, quienes también se comunican a través de mail, realizan talleres propios con herramientas desarrolladas localmente y réplicas de nuestros talleres.

La cobertura a través de la gente está en cada uno de los establecimientos del país. Incluí las postas de salud rural, pero allí la persona encargada de la posta se preocupa de relacionarse y de entregar la información al municipio o al servicio, dependiendo de la organización que exista localmente, esto es, si la posta depende del municipio o del servicio.

Trabajamos directamente con la gente de los servicios a través de talleres GES que se realizan todos los años, porque la implementación de cada decreto significa cambios y nuevas patologías. Se hace un taller por servicio de salud en el cual participa la gente de registro de los servicios y de los principales establecimientos.

Además de los talleres GES, realizamos, al menos, dos talleres al año con los encargados de registro. Los hacemos en cuatro macrorregiones y asisten los dos encargados de los servicios, más la gente encargada de los establecimientos principales, alrededor de cinco personas por servicio. Se trabaja en las actualizaciones del sistema, en los cambios de la salida, en la información nueva, entregando reglas de registro.

A su vez, cada servicio hace réplicas con sus redes y, en algunos casos, los apoyamos ya sea a través de acompañamiento o de la entrega de documentación.

Se ha hecho capacitación directa a los digitadores. El primer año, antes del 1 julio de 2005, se hizo una capacitación con teclado y computador a cerca de 2.700 personas. Es decir, al 1 de julio había 2.700 personas que alguna vez habían hecho ingreso de datos en el Sigges para probar y, por lo tanto, se encontraban en condiciones de trabajar directamente con el sistema a partir de ese momento.

Luego de esa fecha se han hecho actividades locales. Cada servicio ha mantenido réplicas y capacitaciones para su gente y también implementamos, en 2006 y este año, un sistema de *e-learning*, capacitación virtual a distancia. En esos dos años se inscribieron 5.200 digitadores para hacer el curso y aprobaron 2.500. Hubo un importante porcentaje de deserción y otro que no aprobó.

Además, hay una serie de herramientas de apoyo que les permiten a los establecimientos ver cuáles son las reglas de registro y los cambios. El manual de procedimientos está en estos momentos en revisión para trabajar más detalladamente la incorporación de los problemas de salud de urgencia. En los primeros casos de salud no había muchos problemas con urgencias y, por lo tanto, esa parte no estaba muy desarrollada, pero ahora se está trabajando para implementarla.

Hay una serie de guías rápidas, así como presentaciones, para cada problema de salud. A la gente de registro, a los digitadores y a la gente de estadísticas se les muestra cuál es el proceso que está definido para cada problema de salud y dónde deben aparecer registros, para que estén atentos.

Por ejemplo, si en el proceso de atención del paciente aparece una confirmación de un problema de salud por un accidente vascular, pudo haber una sospecha en algún momento o una prestación que no se registró. Mucha gente de registro hace el trabajo de detective y busca los papeles que no necesariamente llegaron donde debían digitarse, pero son pesquisados posteriormente. Saben bastante sobre problemas de salud y entienden la forma en que debe registrarse.

Para la atención primaria hay indicaciones al médico sobre los flujos y registros que hay que hacer en cada uno de los problemas de salud, dónde hay garantías y cómo se mueven.

Para los digitadores, se hizo lo mismo: cuál es la forma en que debe digitar la información en el sistema. Se trabaja con códigos de prestaciones que no siempre tienen una lógica muy directa con lo que se está haciendo. Eso significa que hay que explicarles a qué códigos corresponde y cómo debe ser digitado en el sistema.

Ésa es la forma en que se ha trabajado con la gente a nivel de registro y uso del sistema Sigges.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Técnicamente la sesión ha terminado, pero quiero apelar a la reconocida caballerosidad del diputado Juan Lobos para proponerle que escuchemos a los invitados, sin perjuicio de que no podemos tomar acuerdos porque no tenemos el quórum suficiente.

El señor LOBOS.- Señor Presidente, quería proponerle que escuchemos las exposiciones de nuestros invitados y que obtengamos algunas respuestas a inquietudes que se pudieran presentar, para que dilucidemos algunos puntos importantes que me gustaría que quedaran en acta.

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

El señor VERDESSI.- Señor Presidente, represento a la Asociación Chilena de Municipalidades y quiero expresar fundamentalmente nuestra visión en el aspecto de la atención primaria, sin dejar de considerar mi experiencia anterior como director de servicio.

Constituye un honor colaborar con la Cámara de Diputados en este tema.

Voy a hacer una exposición que está orientada a la visión general del problema y a las especificidades que surgen de la aplicación del modelo Auge en nuestra vida.

A nuestro juicio, el plan Auge ha significado un estrés o tensión para el sistema público, ya que, en la práctica, ha significado ordenar ciertos procesos forzándolo, a través de la vía legal, a un mínimo de garantías de calidad en la atención y en la calidad percibida por el usuario.

Desde el punto de vista de la atención primaria, creemos que las patologías se han cumplido con bastante efectividad, que hay una buena organización y cumplimiento, puesto que se asocia mucho a una experiencia previa, de muchos años, relacionada con el cumplimiento de programas específicos, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión, etcétera, que no son nuevas para la atención primaria, sino que más bien constituyen un afianzamiento de procesos largamente madurados.

La queja de los alcaldes siempre se ha centrado en el tema del financiamiento. Hemos tenido encuentros con la señora ministra, en que se habla de los per cápita y financiamientos del Auge como insuficientes. Es una materia pendiente y está claro que debe ser resuelta próximamente. En todo caso, hay compromisos con el ministerio al respecto.

Sin embargo, desde el punto de vista de la salud pública, vemos coherencia en los equipos de salud, porque son muchos años de gestión, especialmente en las patologías que pasaron a ser Auge con un escaso nivel de diferencia respecto de lo que se hace ahora.

A mi juicio, el plan Auge constituye un modelo similar a lo que en la metodología de calidad total se llama Quality Assurance, QA, que constituye un primer paso o escalón en el camino de la calidad, tomando los modelos japoneses, norteamericanos o europeos, donde se define un proceso en forma muy pormenorizada, paso a paso,

indicando sus características como gestión de calidad. Es decir, se diseña, desde el primer minuto, un proceso que para ser certificado como de calidad debe pasar por ese mínimo.

En el servicio público hay algunas experiencias de Quality Assurance, muy puntuales, como, por ejemplo, las infecciones intrahospitalarias. No es infrecuente que en los hospitales públicos haya menos infecciones que en clínicas de alto renombre, porque es un proceso en el cual se ha definido un camino a la calidad.

A mi juicio, el plan Auge constituye un modelo similar a lo que es el Quality Assurance porque define procesos muy exactos y precisos, que determinan cursos de acción que, si se hacen de otra manera, estaríamos poniendo en juego la calidad.

Sin embargo, ésta es una primera etapa, porque en todos los estudios internacionales, sobre todo en la experiencia japonesa y sus réplicas en todo el mundo, se señala que hay una etapa superior, llamada Continuos Quality Improvement, el mejoramiento continuo de la calidad, en que ese proceso mejorado debe pasar por una vía, y puede hacerlo de dos maneras: a través de la participación de los usuarios internos -o sea, de la gente que está trabajando en el tema- o a través de algunos expertos, usando la famosa reingeniería, donde constantemente se está rediseñando con mucha flexibilidad para el mejoramiento.

El problema es que los mejoramientos continuos deben provenir de una alta dirección, es decir, del director del servicio, del director del hospital, del director del consultorio, quienes deben estar absolutamente involucrados en el mejoramiento de sus procesos y, además, deben conocerlos, lo cual, desgraciadamente, no es frecuente en nuestro sistema.

Mejor aún es el Total Quality Management, una gestión global de calidad y un compromiso de la alta dirección con esos mejoramientos.

Entonces, el plan Auge constituye una primera etapa en la cual, por la vía legal, se insta y se fuerza al mejoramiento de determinados procesos específicos.

Existen libros -voy a mostrar este que tengo en mis manos, en el que tuve el honor de ser mencionado en algunos puntos- en que se busca transformar las instituciones a través de la calidad. Es decir, se trata de que no sólo el Auge, sino también todo lo no Auge, se transforme en procesos de mejoramiento continuo a través de la consulta de los usuarios, tanto internos como externos, y de un proceso dinámico de cambios que ocurre, incluso, dentro de un mismo año.

Todos los años debería haber mejoramientos en cada uno de los procesos y eso es fundamental en el Auge. Es decir, la idea es transformar a la institución en un sistema de calidad continuo.

También está el modelo de Malcom Baldrige, que tiene seguidores en el Gobierno. Chile Calidad es un organismo público y se fundamenta en el modelo de Malcolm Baldrige, de excelencia, basado en puntos precisos, donde aparecen los temas para el mejoramiento de la calidad, como, por ejemplo, el liderazgo, la planificación estratégica, el manejo de los recursos humanos, la informática, etcétera.

Para seguir mejorando en el plan Auge, enfocando también la atención primaria, hay que hacer mucha inversión. Falta mucho.

Las principales falencias son las siguientes: primero, existe, por parte de la gente, un grado deficiente de información de sus derechos, especialmente de los sectores rurales. Creo que se han hecho esfuerzos enormes por mejorar el nivel de información, pero éste es un proceso lento, difícil y que involucra un compromiso de muchas personas. En sectores rurales, hemos visto que se altera mucho el ejercicio del derecho.

En algunos sectores rurales no hay médicos, hecho que no es desconocido. Por ejemplo, la isla Quenuir, ubicada frente a

Maullín, tiene 450 habitantes y un solo paramédico. El único responsable de salud es una persona muy hábil, inteligente y capaz, que cumple con todos los programas, mantiene vigente la salud pública, tiene controlados a todos los hipertensos y diabéticos, pero no es médico. Y, sin embargo, en ese lugar se hace salud pública.

Entonces, de acuerdo con los parámetros legales, si un paciente de esa isla presenta un dolor torácico, teóricamente no podría iniciarse el Auge porque, teóricamente, debe ser iniciado por un médico. Por lo tanto, es necesario flexibilizar algunos aspectos del plan, porque lo que señalo no podría aplicarse en esos lugares.

A pesar de la excelente exposición anterior, considero que hay una falta de desarrollo del sistema informático y del Sigges, los cuales, a mi juicio, no están en un proceso de mejoramiento continuo, sino de ajustes. Es una diferencia sutil, que está dada en la metodología Continuos Quality Improvement para mejoramiento de un sistema informático, que significa reingeniería constante. La otra vía es la consulta permanente al usuario interno, al que está trabajando. Son metodologías precisas de mejoramiento continuo. Los ajustes los hacen los técnicos. Diría que se trata de una diferencia espiritual, conceptual.

Desgraciadamente, hay rigidez porque el cambio de calidad se hace forzando el sistema por una vía legal, lo que obliga a constreñirse en esos aspectos.

Aunque es muy difícil generar un gran sistema informático, global, enorme, con miles de rutinas, es más fácil hacerlo con una metodología científica, como lo son las técnicas de calidad total.

Creo mucho en los sistemas de *workflow* porque facilitan el traspaso de información a un flujo de acciones predeterminado.

A continuación quiero referirme a cuál es la tarea que tienen los médicos de atención primaria.

Tengo en mi poder todos los formularios que debe llenar un médico al atender un paciente de atención primaria. Para el Auge son una o dos hojas, pero hay que agregar todas las otras responsabilidades. La demora por llenar esos formularios es de, aproximadamente, seis o siete minutos, depende de la velocidad con que el médico escriba, y todos saben que la letra de los médicos es muy mala. Son demasiados formularios y los médicos reclaman por eso.

Personalmente, atendí pacientes con cáncer de mamas y era una lata escribir el IPD, la interconsulta, el diagnóstico, y todo hay que hacerlo bien.

Creo que todo esto se puede simplificar enormemente considerando no tan solo el Auge sino todas las otras tareas.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Disculpeme que lo interrumpa, pero me acabo de dar cuenta de un detalle, porque estoy tomando nota de sus aportes. Aparentemente, pasamos de la conclusión tercera a la sexta. Probablemente, hay dos conclusiones que, tal vez por traspaso del computador a la pantalla, no se vieron.

El señor VERDESSI.- Señor Presidente, agradezco su observación, pero, al parecer, solamente están mal enumeradas.

En todo caso, quiero señalar que con sistemas informáticos bien realizados, si hubiera computadores en cada consultorio, en cada unidad, con apretar el RUT tendríamos todos los datos del paciente, sin necesidad de escribir el nombre en la orden de exámenes, en la interconsulta, en el IPD, lo que retrasa y quita minutos de atención a pacientes en labores administrativas, que ha reclamado el Colegio Médico con justa razón, porque el trabajo más precioso del médico es la atención del paciente.

Tenemos modelos en los cuales la simplificación puede ser extraordinaria. El marco legal permite simplificar enormemente una gran cantidad de procesos.

Por ejemplo, si un paciente tiene una sospecha de una colelitiasis, es decir, cálculos en la vesícula, se supone que a todo paciente que tiene esa sospecha hay que hacerle una ecotomografía. Entonces, ¿por qué hay que escribir una orden para pedir la ecotomografía cuando podría ser automáticamente pedida, dada la hora, realizada por un sistema interno, donde con nodos específicos en un *workflow* quede inmediatamente, tal como ocurre, por ejemplo, en Móstoles, España? Ahí eso es automático; no es necesario que se escriba y se someta a procedimientos largos de acciones. Es posible hacerlo y lo hemos hecho en algunos lugares. Además, no hay problemas legales.

Por ejemplo, en el hospital Van Buren, los médicos se negaron rotundamente a hacer licencias para los pacientes que tenían patologías agudas hasta que descubrieron que lo único que debían hacer era firmarlas. Entonces, no hay problemas legales y se dan licencias en el hospital Van Buren, porque sólo hay que firmarlas.

En la Posta Central, en Santiago, no se dan licencias porque no hay tiempo para llenarlas, debido a que hay que atender pacientes. Pero se puede hacer si se facilita el tema y se simplifican los procesos.

Tengo la idea de que los incentivos económicos para el cumplimiento de metodologías -en atención primaria cuando se tiene menos del 70 por ciento de cumplimiento no se entregan los recursos, teóricamente, pero se inyectan por otro lado-, es complejo, por decir lo menos.

Los incentivos no económicos también están estudiados en metodología de calidad y son más efectivos y duraderos que los incentivos económicos.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- ¿Podría señalarnos algún tipo de incentivo no económico?

El señor VERDESSI.- Señor Presidente, hay un estudio francés que analiza cuál es la motivación fundamental de los médicos para trabajar en los servicios públicos y, el principal, es el sentido de trascendencia, de servicio. Cosa curiosa: tienen más perdurabilidad que el sentido económico, que dura sólo uno o dos meses, al momento de recibir el aumento o el mayor estímulo.

Normalmente los incentivos de trascendencia, de acuerdo con el diagrama de Maslow, de necesidades humanas, son los mayores, y deben ser estimulados, incentivados con premios, con aportes, con reconocimientos.

La experiencia de General Electric, que estudió el efecto que tenía la luminosidad sobre el trabajo de sus obreros, resultó extraordinaria. Estudiaron qué sucedía si disminuían la luz a los trabajadores y comprobaron que mientras menos luz había, más trabajaban. Entonces, pensaron que algo andaba mal. Luego lo hicieron al revés, empezaron a aumentar la luz y también trabajaban más.

Entonces se percataron de que el tema era otro. Los trabajadores se dieron cuenta de que estaban preocupados por ellos y eso era lo más importante. De allí surgió que los incentivos no económicos son superiores a los incentivos económicos. Tal vez es un tema ideológico, pero hay experiencias, como la de la General Electric norteamericana, disponible en internet, que demuestran que es posible estimular a la gente a cumplir con sus metas con una gran variedad de incentivos no económicos, y el fundamental es el sentido de trascendencia.

Los indicadores de actividad de la atención primaria, laaps, deberían ser revisados con criterios de salud pública.

La siguiente diapositiva muestra las metas mínimas para el cumplimiento de las tareas que tiene la atención primaria en el Auge: diabetes mellitus, 80 por ciento; hipertensión arterial, 60; depresión, 50, etcétera. Llama la atención el ESPA, con 10 por ciento.

El ESPA es la única actividad de prevención. Sin embargo, las actividades curativas, cuando el daño ya está hecho, 80 por ciento. Acceso a la atención de salud hasta las 20 horas, de lunes a viernes, ciento por ciento.

En el fondo, trabajamos con las enfermedades, con el daño ya realizado, pero si se enfocara con criterio de prevención y promoción, sería distinto. Deberíamos hacer el esfuerzo para que el ESPA tuviera una mayor convocatoria. Yo diría que hay temor a que el ESPA sea el ciento por ciento, como debería ser.

ESPA significa “Examen de Salud Preventivo del Adulto”. Si se hiciera a toda la población, nos evitaría muchas diabetes, hipertensiones, déficits de desarrollo sicomotor y todo lo demás. Pero estamos enfocados al revés.

Si aplicamos la salud pública, deberíamos hacer el enorme esfuerzo que significa aumentar el ESPA y sus metas para que sea masivo, como ocurre en la experiencia finlandesa, donde se ha logrado controlar la hipertensión y el daño cardiovascular a cifras no vistas en otras partes del mundo, gracias justamente a la acción preventiva.

Desde el punto de vista del cumplimiento, puedo decir que las corporaciones municipales cumplen los promedios, dentro de los máximos y mínimos establecidos con el servicio de salud. La relación estrecha entre ministerio y atención primaria permite afirmar que, en ese sentido, no hay problemas.

No nos queda claro el rol fiscalizador al prestador entre el Fonasa y la Superintendencia de Salud, ya que el primero está supeditado al Fonasa. El Fonasa controla bien la libre elección y tiene una medida de control muy fuerte: la suspensión.

Si un médico no cumple o hace algo inadecuado como prestador, el Fonasa lo suspende, y no hay mayor sanción que ésta, porque afecta el ingreso.

Pero no ocurre lo mismo con el cumplimiento de las patologías Auge porque el Fonasa no tiene atribuciones para sancionar. Alguien que fiscaliza y no sanciona es igual a que si no fiscalizara.

El problema está en que el Fonasa debe recibir una instrucción de la Superintendencia de Salud para la suspensión o la sanción. Mi percepción es que es muy raro que se produzca ese fenómeno.

Las experiencias anteriores dicen que el Fonasa es un buen fiscalizador, que tiene estructura, una red nacional, inspectores, pero debería implementarse o complementarse con la Superintendencia de Salud, para que la fiscalización sea legal.

Los incumplimientos por Auge debería fiscalizarlos la Superintendencia de Salud, pero si esa fiscalización no lleva a una sanción, a mi juicio, es sólo un parte de cortesía.

La siguiente imagen muestra algo que creo no se ha considerado, la calidad percibida, que es la visión de los usuarios, que tiene aspectos que no han sido considerados nunca, como, por ejemplo, la calidad de las instalaciones, los baños, las murallas limpias y pintadas -las *facilities*, como dicen los gringos-, que son elementos de percepción del usuario. Si hay hongos en las murallas o está sucio el piso, aunque haya una buena atención, queda una mala sensación.

La segunda visión es la calidad en la tecnología, es decir que los procedimientos sean hechos con un alto orden tecnológico y la prestación sea adecuada.

Por último, la calidad de relaciones humanas, la más importante, porque hace que el usuario perciba si la atención es buena o no.

A mi juicio, el gran evaluador y fiscalizador debe ser el usuario.

Muchas gracias.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra la señora Claudia Binimelis.

La señora BINIMELIS (doña Claudia).- Señor Presidente, soy terapeuta ocupacional y asumí la dirección de la atención primaria en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio desde agosto último.

Vengo a presentarles la situación de nuestra atención primaria en lo que tiene que ver con garantías Auge.

Les comenté que estoy en este rol desde agosto pasado, pero en realidad soy funcionaria del servicio público de salud desde hace 20 años; por lo tanto, no estoy ajena a la forma en que está funcionando el modelo.

El Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio considera las comuna de Valparaíso, Casablanca, Algarrobo, El Quisco, El Tabo, Cartagena, San Antonio, Santo Domingo, Isla de Juan Fernández y, en una situación de tránsito, la Isla de Pascua.

Tenemos una población censal de alrededor de 467 mil personas y la población per cápita inscrita es de más de 412 mil personas, lo que representa el 88 por ciento. Las cantidades permiten ver la población asignada como beneficiaria del sistema de salud pública que tenemos en nuestra red.

La siguiente imagen muestra todas las prestaciones, especialmente consultas médicas, y cuántas de ellas y su proporción están relacionadas con consultas Auge.

En cuanto a la morbilidad, durante 2006, hubo poco más de 328 mil consultas, de las cuales más de 110 mil correspondieron a consultas Auge o GES, lo que equivale al 34 por ciento.

En lo que se refiere a control de crónicos, el total de las consultas fueron 469.800, de las cuales 460 mil corresponden a GES,

98 por ciento, es decir, casi la mayoría de los pacientes, de los cuales excluimos, principalmente, epilepsias y asma en adultos.

Entonces, del total de consultas, el 72 por ciento son prestaciones, consultas médicas, relacionadas con el Auge.

La siguiente imagen muestra lo que se refiere a la misma atención de consultas médicas, agrupadas por causas de morbilidad.

La primera columna numérica tiene relación con las consultas de más alta prestación; la segunda columna muestra el total de consultas GES, y la tercera el porcentaje de ellas vinculadas a esas patologías. El porcentaje no es menor, por lo menos en las patologías más altas.

En enfermedades del aparato respiratorio, estamos considerando particularmente las infecciones respiratorias agudas, las ERA o enfermedades respiratorias del adulto, neumonías, en fin, patologías que desde la salud resultan de alta importancia en la morbilidad. En los trastornos mentales, a la población con esquizofrenia y depresión, principalmente.

La siguiente diapositiva muestra la forma en que estamos trabajando con el Sigges. Entendemos que el Sigges es un sistema de monitoreo que nos alerta respecto de la forma en que vamos avanzando en el cumplimiento de garantías Auge, distinto de lo que es la ejecución efectiva de eventos.

Eso significa que en ocasiones vemos que los eventos los estamos cumpliendo, pero no están todavía bien reflejados en la información del monitoreo. Sin desmedro de ello, el monitoreo nos sirve para controlarnos.

He querido mostrarles la situación de 2007 en lo que se refiere a las alertas de monitoreo que nos reporta el Sigges y los errores asociados a ellas.

He puesto los dos niveles, hospitales y atención primaria, para que vean la proporción relacional de ambas. La idea es mostrarles que no necesariamente tiene relación con el no cumplimiento de eventos.

Cuando decimos que hay 583 alertas de monitoreo que están relacionadas con error de digitación, nos referimos a algo tan concreto como que, tras la nómina que reporta el Sigges, se constata que en realidad hubo un error de parte del digitador.

Los errores del sistema se han ido corrigiendo con el tiempo y tienen que ver principalmente con algunos códigos y fórmulas, pero eso se ha retroalimentado y corregido como un proceso...

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Perdón. ¿Ese cuadro nos muestra, en términos globales, el porcentaje de alertas que estaban erradas?

Entiendo que en los hospitales el 32 por ciento de las alertas no correspondían a una situación real, sino que a distintos tipos de errores, y el 68 por ciento en la atención primaria.

La señora BINIMELIS (doña Claudia).- Ese cuadro muestra un análisis de todos los niveles. Pero mi interés es desarrollar lo que tiene que ver con mi área de trabajo y mi responsabilidad, que es la atención primaria.

Voy a demostrar que esos son datos de alertas que bien pudieran, en teoría, representar efectivamente o no garantías incumplidas.

Como alerta, y sólo como tal –estamos hablando de información y no necesariamente de eventos-, la primera columna muestra que la información fue error del digitador.

En la segunda columna, el error estuvo determinado por una falla del sistema, que se ha ido corrigiendo con el tiempo.

La cuarta columna muestra que el error está principalmente representado por una falta de oportunidad en el registro de las planillas de los profesionales, particularmente médicos, es decir, el registro informático propiamente tal.

El asunto al que más podemos atender está en los retrasos, que aparece en la tercera columna.

En los retrasos, el reporte está diciendo que el evento no se ha cumplido dentro del plazo.

De 27 casos de nuestra atención primaria que, de acuerdo con la información, no se habrían cumplido dentro del plazo, hay dos casos de depresión, de la provincia de San Antonio, que efectivamente cumplimos. El evento se cumplió fuera de plazo porque todavía no estaba ocupado el cargo de psiquiatra, lo que se resolvió con el tiempo.

En el segundo grupo está la diabetes tipo 2, un problema registrado como un evento retrasado porque se estaba requiriendo el registro de la prueba de tolerancia a la glucosa, que en realidad, si revisamos el caso, no era requerida.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- ¿Por qué en el caso de la falta del especialista -el psiquiatra- no se compró el servicio?

La señora BINIMELIS (doña Claudia).- No se resolvió con el psiquiatra que ocupó el cargo después, sino que se hizo con Valparaíso, pero fuera de plazo.

El caso de la diabetes mellitas tiene que ver con error de interpretación de los profesionales, en el sentido de haber creído que el evento de prueba de tolerancia a la glucosa debía cumplirse, pero, en realidad, no era requerida.

En el caso de la hipertensión y también lo hemos visto en casos de diabetes mellitus, se interpreta -y volvemos al error interpretativo- que la indicación de dieta y ejercicio no se considera

parte del tratamiento, porque sólo se considera como tal la indicación farmacológica.

En la infección respiratoria aguda, la situación está en que la prestación de consulta médica está asociada inmediatamente al inicio del tratamiento. Por lo tanto, es una sola prestación que tiene el cumplimiento de ambos eventos, es decir, la entrega de la atención médica pero también la indicación del tratamiento.

En las órtesis tenemos dos casos y ambos están asociados a que los pacientes fueron citados para la entrega de las órtesis y no cumplieron con la fecha de citación.

En conclusión, en la única que podríamos decir que no hay un error interpretativo es en la depresión, pero lo logramos resolver con recursos de Valparaíso para la provincia de San Antonio.

Como comentario general, quiero decir que el sistema Sigges nos permite monitorearnos y ver cómo avanzamos en este proceso, particularmente en el cumplimiento de los plazos. Una forma de monitorearnos es el Sigges, pero también las Oirs, oficinas de información, reclamos y sugerencias.

Rescatamos esa base de datos y no tenemos ningún reclamo de la atención primaria por patologías GES.

Eso es todo lo que quería exponer.

Estoy disponible para responder consultas.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Las exposiciones han sido extremadamente útiles y claras.

Voy a confesarle al doctor Verdessi que he estado redactando, para el conjunto de diputados de la Concertación, algunos borradores para las conclusiones -porque me preocupa que esta Comisión Investigadora termine con conclusiones y no como ha

ocurrido con otras comisiones, en que simplemente no las han tenido- y varias de las cosas que señaló las había puesto por escrito.

Asimismo, me di cuenta que la tendencia en el sistema público es a agotar las posibilidades antes de comprar el servicio al privado. Su respuesta me ilustró mucho sobre la forma como operan.

Los otros invitados también nos entregaron cifras que nos permiten dimensionar de qué estamos hablando cuando nos referimos al sistema informático.

Deseo hacer un solo comentario al doctor Verdessi. La superintendencia nos dice que ellos pueden iniciar el proceso de sanción, pero es Fonasa quien debe tomar las medidas correspondientes, a diferencia de lo que ocurre en el sistema privado, principalmente por el estatuto del sector público.

Lamentablemente, la medida de suspensión, en términos prácticos, pasa a ser bastante absurda porque, en definitiva, en el sector privado la amenaza de multa o de suspensión significa una pérdida económica, pero en el sector público hacer una suspensión podría agravar el problema de aquello que interesa y que el doctor Verdessi lo dijo muy bien y lo comparto. Al final, el *leit motiv* de una política pública son los usuarios.

Muchas gracias por su asistencia y por sus presentaciones, que serán muy útiles para el trabajo de esta Comisión.

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

-Se levantó la sesión a las 13.15 horas.

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