

**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 7ª., ORDINARIA, CELEBRADA EN LUNES 19 DE
NOVIEMBRE DE 2007, DE 09:35 A 12:40 HORAS.**

SUMA.

- Se recibió en audiencia a la Ministra de Salud, quien dio respuesta a las consultas formuladas durante la sesión celebrada el 29 de octubre del año en curso, y a otras inquietudes que manifestaron los señores Diputados en relación con la exposición que realizara en la mencionada fecha.

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

ASISTENCIA.

Presidió el Diputado señor Saffirio Suárez, don Eduardo y, en forma accidental, el Diputado señor Ortiz Novoa, don José Miguel.

Asistieron los siguientes señores Diputados integrantes de la Comisión: Lobos Krause, don Juan; Masferrer Pellizzari, don Juan; Núñez Lozano, don Marco Antonio; Robles Pantoja, don Alberto; Rossi Ciocca, don Fulvio, y Sepúlveda Hermosilla, don Roberto.

Concurrieron, asimismo, la Ministra de Salud, doña María Soledad Barría Iroume; el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Ricardo Fábrega Lacoa; la Jefa de Gabinete de la Ministra de Salud, doña Nidia Contardo Guerra; la Jefa del Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas del Ministerio de Salud, señora Alejandra Fabiane Sule; el Jefe de Prensa y Comunicaciones, señor Mario Aguilera; los asesores de dicha Secretaría de Estado, doña Jeannette Vega y don Alan Mrugalski Meiser, y el asesor de la Fundación Jaime Guzmán, don Edmundo Piffre de Voban Barrón.

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

ACTAS.

Las actas de las sesiones 4ª. y 5ª., ordinarias, se declararon aprobadas por no haber sido objeto de observaciones.

CUENTA.

Se dio cuenta de:

1. Un oficio de la Ministra de Salud, mediante el cual responde un oficio de la Comisión, e informa sobre los atrasos en el otorgamiento de prestaciones correspondientes al Régimen General de Garantías Explícitas en Salud y de las que no están comprendidas en este último, de acuerdo con la información vigente al 30 de septiembre, desglosada por problema de salud, por Servicio de Salud y por región.

2. Una nota del Diputado señor Núñez, mediante la cual solicita se oficie al Presidente del Consejo Consultivo de las Garantías Explícitas en Salud (GES), con la finalidad de requerir copia de las actas de las sesiones efectuadas por dicho Consejo.

Se acordó acceder a dicha petición y remitir una copia del oficio respectivo a la Ministra de Salud.

ORDEN DEL DÍA.

Durante el curso de esta sesión, se recibió en audiencia a la Ministra de Salud, quien dio respuesta a las consultas formuladas durante la sesión celebrada el lunes 29 de octubre del año en curso, y a otras inquietudes que manifestaron los señores Diputados en relación con la exposición que realizara en la mencionada fecha.

Las intervenciones de los señores Diputados y de la señora Ministra constan en la versión taquigráfica preparada por la Redacción de Sesiones, la cual ha sido anexada al acta como parte integrante de la misma, en virtud del asentimiento tácito de los miembros de la Comisión.

- Se levantó la sesión a las 12:40 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 7ª celebrada en lunes 19 de noviembre de 2007, de 09.38 a 12.40 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside el diputado señor Eduardo Saffirio.

Asisten los diputados señores Juan Lobos, Juan Masferrer, Marco Antonio Núñez, José Miguel Ortiz, Alberto Robles, Fulvio Rossi y Roberto Sepúlveda.

Además, concurre como invitada la señora María Soledad Barría Iroume, Ministra de Salud; el señor Ricardo Fábrega Lacoa, Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud; y sus respectivos asesores.

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 5ª ordinaria se declara aprobada por no haber sido objeto de observaciones.

El acta de la sesión 6ª ordinaria se encuentra 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).- Sobre la Cuenta, tiene la palabra el diputado Núñez.

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, ¿es posible obtener, en formato digital o impreso, la información que acaba de leer la Secretaria respecto del cumplimiento de patologías Auge y No-Auge?

La señora SKOKNIC, doña Ana María (Secretaria).- El formato digital lo consultaremos al Ministerio, sin embargo, la semana pasada se envió la información escrita a todos los parlamentarios.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Señores diputados, ¿habría acuerdo para aprobar el oficio pedido por el diputado Núñez con copia a la señora Ministra?

El señor ROSSI.- ¿Cuál es la finalidad?

El señor NÚÑEZ.- Considero importante obtener por escrito y de manera oficial, las actas del Consejo Consultivo Auge. Tres de los miembros de este Consejo son definidos por la Presidencia de la República. Es un consejo asesor y tiene la responsabilidad de proponer al Ministerio de Salud y a la Presidenta las patologías que están ingresando permanentemente a las garantías. Por lo tanto, es de suma importancia conocer las actas.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- ¿Habría acuerdo para enviar el oficio?

Acordado.

Corresponde recibir a la Ministra de Salud, doctora María Soledad Barría, a fin de responder las consultas formuladas durante la sesión celebrada el pasado lunes 29 de octubre, y a otras inquietudes manifestadas por los señores diputados respecto de la exposición que realizó en dicha fecha.

Conforme a lo acordado durante la sesión celebrada el martes 6 de noviembre, se utilizará el siguiente procedimiento para el sistema de preguntas, respuestas y contrapreguntas.

Cada diputado dispondrá de cinco minutos para formular las preguntas al invitado, quien responderá inmediatamente. Luego, se dispondrá de tres minutos para solicitar algún tipo de precisión respecto de la respuesta.

Les recuerdo que en la sesión del 29 de octubre se acordó que la señora ministra responda primero a las consultas presentadas por escrito por el diputado Núñez. Posteriormente se ofrecerá la palabra a los demás diputados sobre el procedimiento señalado.

La señora Secretaria, previo al ingreso de la invitada, nos detallará quienes son nuestros invitados y sus asesores.

La señora SKOKNIC, doña Ana María (Secretaria).- La señora ministra se hace acompañar por el subsecretario de Redes Asistenciales, señor Ricardo Fábrega Lacoa; por la jefa de Gabinete de la Ministra de Salud, doctora Nydia Contardo Guerra; por la jefa del Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas del Ministerio de Salud, señora Alejandra Fiabane Sule; por el jefe de Prensa y Comunicaciones, señor Mario Aguilera Henríquez; los asesores Jeannette Vega Morales y Alan Mrugalski Meiser; y el asesor de la Fundación Jaime Guzmán, Edmundo Piffre de Voban Barrón.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Señora ministra y señor subsecretario, en nombre de la Comisión les agradezco su presencia y la de sus asesores.

Con el objeto de que pueda dar respuesta a las tres preguntas que formuló el diputado Marco Antonio Núñez durante la sesión del 29 de octubre, tiene la palabra la ministra de Salud, señora María Soledad Barría.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Señor Presidente, me voy a referir someramente a las preguntas, pues el director del Fondo Nacional de Salud, que ha asistido a las últimas dos sesiones de la Comisión, ha respondido varias dudas, como la primera, que tiene que ver con el Sigges. El director explicó los costos totales respecto de la operación del sistema, los montos ejecutados y el costo que tiene por cada una de las transacciones, que en la práctica es cómo se establece el costo final de un sistema de información como éste.

Este año el Sigges lleva ejecutados 385 millones para el desarrollo y 702 millones para la operación, lo que suma 1.087 millones versus 2.600 millones del año pasado. Esto significa que desde el punto de vista de la operación el valor alcanza más o menos a 600 pesos por año por caso atendido en el Sistema de Información de Gestión de Garantías Explícitas de Salud.

Respecto de la operatividad, iniciamos una auditoría a fines de 2006 que terminó en marzo de 2007. Se hicieron varias recomendaciones que se han tomado en consideración. En ese momento todavía se atendía entre 25 y 40 garantías. Sin embargo, el sistema se obstruía frecuentemente, por lo que se hizo la recomendación de separar el ingreso de datos de la operación de las distintas capas, como llaman los informáticos, que son las salidas. Había un sólo sistema y por la cantidad de datos que ingresaban y debido a la cantidad de puntos que funcionaban a lo largo del país se hacía muy lenta la operación del sistema. Hemos estado abocados a esto, ya se simplificó y por eso se han podido incluir las 56 garantías, dado que este problema apareció cuando había 25 garantías, por lo tanto, era bastante menor el número de personas atendidas.

Se ha simplificado y mejorado el sistema de manera que está operativo con las 56 enfermedades, y nos quedan dos aspectos: primero, la separación completa de la placa que va a operar, que en estos momentos se va a adquirir para hacer más rápido el funcionamiento. Y segundo, la solución definitiva del sistema de información gerencial tiene que ver con no tener que digitar, de manera doble, todos los datos.

Hoy tenemos 160 consultorios a lo largo del país que están ingresando datos en el sistema informático, los cuales se deben duplicar, ya que éste es un sistema aparte de los sistemas propios.

Estamos trabajando a través de un sistema que no se llama Sigges, sino que Sira, el Sistema de Información de la Red Asistencial. Es un sistema de integración que permite, con un solo ingreso de datos en cada uno de los establecimientos, extraer los más interesantes desde el punto de vista de la gestión de garantía y evita digitar, para hacer en

paralelo, una duplicación del ingreso de datos, que es lo que tenemos hoy.

Respecto de este sistema, hace algunos días hubo una gran reunión de personal de la atención primaria. Allí planteé que estábamos trabajando en eso, que estábamos buscando que hubiera una sola digitación para extraer los datos que fueran importantes desde el punto de vista del Sigges, ante lo cual se abrió un aplauso cerrado.

Nuestra gente está sobrecargada de trabajo en los distintos establecimientos, ya que tienen que digitar los datos específicos para este sistema. Resulta, además, trágico para la administración, las estadísticas e, incluso, para las fichas clínicas que tengamos consultorios sin papel en muchas localidades.

Es decir, el sistema está operativo, pero estamos en pleno desarrollo de las soluciones definitivas que se relacionan con seguir haciendo cada vez más ágil el sistema actual, pero teniendo presente que la solución de fondo es la integración de los sistemas de información.

En los distintos servicios de salud ha habido diversos grados de desarrollo de sistemas informáticos. Por ejemplo, Araucanía, tiene un sistema bastante avanzado desde el punto de vista informático; San Felipe, por ejemplo, también.

No se trata de imponer un sistema informático único, sino que de implementar una plataforma de integración que permita hacer la traducción de los distintos lenguajes informáticos, para hacerlos compatibles en un solo gran sistema de información de redes asistenciales.

Ha habido un gran avance porque tenemos un sistema que está funcionando mejor, pero el definitivo lo vamos a tener cuando comience a operar este nuevo sistema de información de la red asistencial, del que podamos extraer los datos pertinentes, desde el punto de vista de las garantías.

En cuanto al cumplimiento real de las garantías de oportunidades, asociadas a problemas de salud, éstas se atienden fundamentalmente en el nivel primario.

Entiendo que esto ha sido respondido, ustedes tienen información y la hemos enviado desagregada, pero reiteramos que es mayor el número de no retraso y es mejor en atención primaria que en atención secundaria.

Si se ve en profundidad cuáles son nuestros grados de atraso, podemos observar que son mayores en aquellas áreas como la oftalmología y la psiquiatría, que privilegian sobre todo al nivel secundario.

En el nivel primario, si bien desde el punto de vista del sistema éste puede arrojar retrasos, la mayor parte tiene que ver con que no se han cerrado ciertos casos, como son los relacionados con la infección respiratoria pulmonar. Es decir, el grado de cumplimiento en atención primaria es mayor que en la secundaria.

El grado de retraso general es de 7.4 por ciento, en atención primaria, pues los problemas mayores de retraso están en especialidades que se dan más bien en el nivel secundario y no en el primario de atención.

Luego, se consultó sobre el índice de actividad general y por las garantías explícitas para la atención primaria de salud. Desde hace unos dos años estamos llevando un sistema de control de las garantías en atención primaria y de la actividad que incluye tanto garantías como no garantías. En los aspectos no garantizados tenemos el control denominado Índice de Actividad de la Atención Primaria, que tiene un componente de actividad general y otro de actividad con garantía explícita. Aquí, lo que se busca es que los grados de cumplimiento, por parte de los consultorios administrados por los municipios, se acerquen al ciento por ciento. Sólo nos interesa la posibilidad de que puedan cumplir.

Además, se ha establecido un descuento para los municipios cuando no pueden cumplir con los grados de cobertura que nos interesa. Por ejemplo, aquellos que cumplan entre el 90 y el ciento por ciento no se les rebajarán los recursos; entre el 80 y el 89,9, el 4 por ciento; y entre el 70 y el 79,9, el 8 por ciento. Ahora, si hay cumplimiento menor al 70 por ciento de este índice general se rebajará en 12 por ciento los recursos.

¿Qué se busca con todo esto? Que todos los consultorios administrados por municipios cumplan el ciento por ciento y que toda la población esté cubierta en la parte salud. Entonces, los recursos se vuelven a reinyectar en la medida de que exista el compromiso por ir dando cuenta de las metas. Es así, por ejemplo, que en junio de 2007, de las 268 comunas, 179 no tuvieron rebaja de recursos. Es decir, cumplieron entre el 90 y el ciento por ciento del índice general de actividad. En agosto, dos meses después, 210 comunas ya habían cumplido más del 90 por ciento. De 179 subimos a 210. ¿Qué se hace con ellas? Planes para dar cuenta del cumplimiento, pues aquí lo que nos interesa no es buscar rebajar recursos a los distintos municipios, sino buscar compromisos de ir asegurando a la población las metas de cobertura que necesitamos en los distintos ámbitos. Por ejemplo, hay cobertura en diabetes y en hipertensión –ambas patologías están en el Auge- y los exámenes preventivos del adulto están bien considerados dentro de las metas de actividades.

Existe un sistema que va haciendo un seguimiento comuna por comuna y en la medida en que no se vaya cumpliendo se les va a producir un castigo económico, pero sujeto a la evolución de compromisos efectivos y de mejorías en los distintos ámbitos en los que pudiera haber fallado. Así es como hacemos este mejor control para buscar el cumplimiento.

Ustedes comprenderán que manejar un sistema tan descentralizado como en el que estamos trabajando, en el cual el sistema público de salud opera con 28 y mañana con 29 servicios de salud, totalmente descentralizados, con presupuesto y con recursos absolutamente propios, y además con estas 268 comunas, donde cada una de ellas tienen administradores de salud municipal, es importante tener mecanismos de búsqueda de objetivos comunes. Eso es lo que queremos. Por eso, el sector salud empezó con los compromisos de gestión y después se llevaron adelante los programas de mejoramiento de gestión, pero dónde éstos se iniciaron. Justamente, en salud, buscando instrumentos mediante los cuales conducir un sistema tan descentralizado, no tanto por la vía de la administración, sino por la conformación de objetivos y metas claras y de distintos incentivos para poder ir direccionando un sistema complejo, por el tipo de tarea a la cual estamos abocados y por el grado de descentralización, en el cual los distintos actores tienen la posibilidad de moverse con cierto grado de autonomía. Por eso, nos interesa el índice de actividad general. Todos son procesos en los que van aprendiendo los municipios y nosotros, tanto lo que es la formulación de metas como la consecución de los objetivos.

La tercera pregunta dice relación con la definición de las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva y que sin perjuicio del derecho del beneficiario para solicitar la realización de este examen, las mencionadas coberturas son de cumplimiento obligatorio por Fonasa y las isapres. Efectivamente, en el decreto Auge de cada año –ahora tiene validez de tres años- se establece un conjunto de metas que también se han ido perfeccionando a lo largo de los distintos decretos. En el último de ellos se establecen diferencias de cobertura y de tipo de exámenes de acuerdo con la edad de las personas en su ciclo vital. Es así como, para los recién nacidos, establecemos la obligatoriedad de hacer el descarte de dos enfermedades congénitas muy importantes: el hipotiroidismo congénito y la fenilquetonuria. El hipotiroidismo es una enfermedad tratable con un medicamento muy sencillo. Sin embargo, si no se pesquisa a tiempo y se trata, produce lo que antiguamente se llamaba idiotéz. Es decir, un profundo deterioro de la inteligencia y de todas las capacidades. En cambio, si se detecta a tiempo se puede tratar perfectamente en los niños y después son adultos absolutamente normales. Lo mismo respecto de la fenilquetonuria. Entonces, reitero, se realiza un examen a todos los recién nacidos para detectar estas enfermedades, hacer el diagnóstico precoz y, por lo tanto, dar el tratamiento. Entonces, a lo largo de la vida de las personas, hay distintos tipos de exámenes que se realizan para hacer una detección precoz.

Luego está la detección de problemas a la cadera, especialmente en las niñas, como, por ejemplo, la displasia de cadera.

En el caso de los adultos están consideradas distintas metas de cobertura, las cuales también se han ido implementando a lo largo de los años. Entiendo la preocupación del diputado cuando señala que

todavía hay coberturas relativamente bajas en el examen preventivo del adulto. Efectivamente, es así, pero es un sistema que se va mejorando y preparando a lo largo de los años.

También está considerado el examen papanicolau, que detecta alteraciones que pudieran prever un cáncer del cuello del útero, que todas las mujeres entre 25 y 75 debieran realizárselo cada tres años y eso está considerado dentro del examen de medicina preventiva.

Todas estas garantías -en realidad, son otras garantías, aun cuando no se llamen GES- están dentro del mismo decreto que se firma cada año en conjunto con las garantías explícitas que, como dije, se han ido modificando, buscando perfeccionar y mejorar las metas de cobertura. Tenemos cifras que dan cuenta de que estamos cumpliéndolas, en cuanto a detección por infarto de los niños e hipotiroidismo.

En lo que respecta a los adultos, ha sido menor el grado de cumplimiento del papanicolau, pero también la meta es superior al ciento por ciento de las que están establecidas en el decreto.

Otra de las preguntas dice: ¿sabe usted cuál es el nivel de cumplimiento de las coberturas, tanto para los establecimientos de la red pública como de las Isapres?

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, quiero aclarar la pregunta.

Tengo la impresión que desde el inicio de las garantías ha habido un aumento de la prima, particularmente en el sector privado, en función de, como manifiestan las Isapres, cubrir el examen de medicina preventiva, cuyo nivel de cumplimiento es muy bajo. Por cierto, en el sector público algunas metas se cumplen y otras no. Uno puede tener un juicio sobre si tales metas son altas o bajas. No obstante, esta pregunta apunta a conocer los niveles de cumplimiento y el marco de incentivos para que se cumplan. Mi impresión es que el marco de incentivos no es el correcto, lo cual no es responsabilidad de su ministerio sino de la ley, que regula a las isapres y el Fonasa.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra la señora María Soledad Barría.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Para la supervisión de ambos sistemas está la Superintendencia de Salud, la cual vela para que el Fonasa y las isapres cumplan sus obligaciones. El ideal es que se cumplan para la totalidad de los chilenos, más allá de que sean beneficiarios del Fonasa o de las isapres.

La indicación en el sistema público es que a todos se les debe realizar el examen de recién nacido, independiente de su previsión o de que no la tenga. Esto es lo que se denomina bienes públicos. Es indispensable que toda la población esté cubierta, más allá, como dije, de que sean usuarios del Fonasa o de las isapres. Lo que nos interesa son las coberturas poblacionales generales. Distinto es que el decreto del Auge

obligue a las isapres y al sistema público a que cada uno haga el control, pero desde el punto de vista ministerial nos interesa que las coberturas poblacionales generales sean las adecuadas en cada uno de estos aspectos.

Por ejemplo, para todas las embarazadas en control tenemos la detección de la diabetes, de la infección por virus de inmunodeficiencia humana y de la sífilis.

Ahora bien, respecto del grado de cumplimiento, en el sistema no tenemos información gerencial, por si el señor diputado quiere un dato pormenorizado y específico, por cuanto no podríamos tenerlo rutificado para la población completa. Eso es algo que habría que evaluar, en el sentido de si lo que corresponde es que tengamos una especie de ficha de toda la población o si esto es una garantía que debe ofrecerse, por cierto voluntariamente a todos. Por ejemplo, las embarazadas tienen derecho a realizarse el examen señalado; sin embargo, no vamos a “perseguirlas” –por así decirlo- para que se lo practiquen.

En consecuencia, aquí hay una dificultad, porque uno quisiera tener el ciento por ciento de las coberturas, pero eso significa que si queremos controlar a todos los adultos chilenos debemos tenerlos a todos rutificados y a cada uno con una ficha que diga, por ejemplo, si es hipertenso, diabético, si tiene inmunodeficiencia, etcétera. Por lo tanto, hay que ser cuidadosos entre lo que es una oferta de las instancias sanitarias para cautelar la salud y lo que pudiera ser una “persecución” –por decirlo de alguna manera- que vulnerara otros derechos.

Como señalé, hay una dificultad a la hora de hablar de porcentajes de cumplimiento de coberturas que debe manejarse sabiamente, porque se trata de tener, por supuesto, el mejor control posible y de que la mayoría de la población sepa que tiene derecho a ello. Por eso nuestro énfasis ha estado en la información a las personas, pero siendo muy responsables también en cuanto al debido respeto hacia ellas.

Distinto es el caso, como les mencionaba, de los recién nacidos, en que efectivamente -sin perjuicio de la autorización de la madre, que es muy raro que no se dé- se pueden tomar esos exámenes. Ése es un grupo más acotado.

Sin embargo, la totalidad de los adultos del país es un problema más complejo.

Ahora, ¿qué mecanismo estamos utilizando para resguardar el cumplimiento?

Estamos viendo las coberturas obtenidas y no –insisto- los Rut de cada uno de ellos, no los tenemos rutificados. Los tenemos por el número, por ejemplo, de exámenes realizados en el caso de la fenilketonuria versus el número de partos.

El número de exámenes de salud del adulto, por ejemplo el que les comentaba -uno de los elementos que busca el índice de actividad de la atención primaria dice relación con lo mismo que estamos hablando-, la cobertura del examen de medicina preventiva, de 20 a 64 años, porque cumplir con los mayores de 75 es a veces más fácil que con el grupo de 20 a 64 años, y cumplir con la meta estipulada en el decreto es uno de los diez indicadores que tenemos en el indicador de actividad con la atención primaria.

Trabajamos uniendo estos distintos tipos de indicadores, es decir, sin hacer sistemas aparte, sino integrando la actividad –por cierto, compleja- para no llevar controles distintos respecto de ella porque, de lo contrario, entraríamos a hacer separaciones que, a nuestro juicio, no tienen sentido.

Entonces, el ingreso a control del embarazo antes de las catorce semanas es uno de los indicadores por los que se vela en todas las comunas a través de este indicador de actividad. Asimismo, la cobertura del examen medicina preventiva y el porcentaje de niñas y niños con déficit o con riesgo de déficit del desarrollo psicomotor.

Por lo tanto, estamos previniendo, que es precisamente lo que nos interesa y creo que es el fondo de la pregunta del diputado. Es decir, toda la atención debiera estar ojalá puesta en la parte preventiva. Además, hay que dar todo el aspecto curativo. Pero insisto en que nos interesa armar mecanismos distintos de control que no sea uno que integre.

Por eso, pienso que tendremos mucho mejor información cuando hayamos hecho la plataforma de integración que les expliqué, donde podremos tener la totalidad de las actividades realizadas y de ahí extraer lo que en realidad nos interesa, para no ir armando cada vez sistemas paralelos que complejizan una marcha del sector que ya es de suyo compleja.

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

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, agradezco a la a la ministra de Salud por su presencia en esta Comisión y por las respuestas que nos ha entregado. Sin duda, hemos hecho un esfuerzo para sistematizar algunas interrogantes desde hace varios días.

Respecto de la pregunta 2 b), que tiene que ver con el índice de actividad general de garantías explícitas en la atención primaria, me refería al sistema de incentivos. La ministra ha descrito el marco de rebaja que existe, por ejemplo, para las comunas que tienen un índice de cumplimiento menor al 70 por ciento. Entendamos que ese índice captura patologías Auge y No Auge. Por cierto, lo que captura del Auge es muy importante, porque es la puerta de entrada a la atención primaria, la cual es de gran relevancia.

Entonces, ¿cuántas comunas han tenido un índice de cumplimiento menor del 70 por ciento a mediados de este año, es decir, son merecedoras de una rebaja de 12 por ciento? ¿Esa rebaja operó finalmente? En ese sentido, la ministra de Salud ha señalado que se reinyecta por otros mecanismos. Por lo tanto, si las comunas saben que cumplen bien hasta dicho porcentaje y que igualmente tendrán financiamiento es difícil que se revierta una situación de incumplimiento tan grande por la vía del director del servicio, del nuevo jefe del Departamento de Atención Primaria o del propio alcalde y su concejo.

En relación con la pregunta 3, en el examen de medicina preventiva hay algo que para mí es muy importante.

En esta Comisión, cuando se aprobaron las leyes Auge, se hizo un debate sobre la necesidad de dotar a las garantías de una herramienta para prever que este plan estuviera orientado a garantizarle a la gente la prevención y la promoción de la salud. Por cierto, el Auge comprende patologías, es decir, cuando el daño ya está hecho.

El examen de medicina preventiva contiene los exámenes de salud del adulto y del adulto mayor, el ex ESPA. Una persona que está en Fonasa debería realizarse exámenes para la prevención de la diabetes, de la hipertensión o de enfermedades coronarias por lo menos una vez al año y de manera gratuita, ya que, por su edad, es un individuo de mayor riesgo. Entonces, como no hay datos sobre el cumplimiento –la ministra ha señalado que se pueden perseguir derechos-, me interesa saber qué ocurre en el sector privado. Sin vulnerar derechos y respetando a las personas, las isapres pueden y deben realizar el examen de medicina preventiva a sus afiliados todos los años, porque les están pagando por eso. No podemos decir que porque no existe un sistema sin Rut es un dato complejo de saber. Obviamente, la fenilquetonuria se debe cumplir. Por ejemplo, en mi distrito hubo un caso de una persona a la cual le hicieron dicho examen antes de que se establecieran las garantías explícitas y hoy tiene cretinismo. Entonces, si bien la ministra ha manifestado que no hay datos de las isapres, por lo menos me gustaría saber su opinión sobre el nivel de cumplimiento. Me parece muy grave que se ponga una meta de 10 por ciento, pero se cumpla entre 10 y 15 por ciento, y no sepamos qué ocurre en las isapres. Las instituciones de salud cobran hasta 15 mil pesos más por la prima, la cual está orientada fundamentalmente a eso, pero no sabemos si están cumpliendo. No puede ser que la atención primaria y las garantías sean un negocio para las isapres y no un cumplimiento obligatorio.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra la ministra de Salud.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Señor Presidente, en el primer corte, en junio de 2007, había 11 comunas que no cumplían con el 70 por ciento, por lo cual se les rebajó lo que acabo de señalar.

No nos interesa castigar a los municipios, sino que las metas sanitarias se cumplan. Por eso, hacemos programas para que puedan recuperar

esos recursos en la medida en que van logrando las metas de cumplimiento. Insisto: esta no es una medida para ahorrar recursos, sino para buscar el cumplimiento de las metas. Es así como en el segundo corte, en agosto, sólo tres comunas no cumplieron con el 70 por ciento de las metas, es decir, es un sistema que está funcionando en el sentido correcto.

El otro corte es en octubre, y esperamos que no haya ningún municipio que no cumpla con las metas para que ojalá todos se vayan acercando a más del 90 por ciento de cumplimiento.

En 2006 se realizaron 740.415 exámenes de medicina preventiva de adultos, a lo que hay que agregar 413.520 exámenes a adultos mayores. Esto significa 11 por ciento a nivel país de cobertura entre 15 y 64 años, y 44 por ciento de los mayores de 65 años. Para el 2007 todavía no hay cifras.

Dentro de estos exámenes de medicina para los adultos y adultos mayores se encuentra, por ejemplo, uno destinado a detectar a los bebedores excesivos.

Según la información que poseo, ambos sistemas están cumpliendo con sus metas, pero no tengo información desagregada. La meta de cobertura como país era tener 10 por ciento, y estamos cumpliendo la meta tanto en isapres como en el sistema público, que es el más difícil de lograr.

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

El señor ROSSI.- Señor Presidente, tengo la percepción de que la salud ha mejorado con el plan Auge. Es bueno situarse en ese contexto para hacer las preguntas. Nuestro objetivo es buscar la forma de que el sistema avance en cuanto al nivel de cumplimiento de las prestaciones.

Si bien ya está clara la diferencia entre retraso e incumplimiento, mi pregunta es si se piensa en el Ministerio establecer un seguimiento al cumplimiento, que establezca que retraso es sinónimo de incumplimiento, sin que sea necesario que medie el reclamo, porque muchas veces, por diversas razones, la gente no reclama. De hecho, el nivel de reclamos es mucho menos de 1 por ciento, en circunstancias de que el retraso es mayor que esa cifra.

¿Qué medidas se van a tomar para resolver los grandes cuellos de botella que hacen que se produzcan retrasos y en algunas especialidades haya falencias? ¿Qué medidas hay para este año respecto de los pabellones quirúrgicos?

Hace un tiempo hicimos un planteamiento con el diputado Accorsi para que dichos pabellones, al menos los de la mayoría de los hospitales, funcionen en jornada doble, como sucede en el Instituto Traumatológico, que me parece un excelente ejemplo. En dicho instituto

hay dos equipos de profesionales: uno que ingresa a las 8 de la mañana y sale a las 13.30 horas y otro que entra a las 14 horas, lo cual permite que el pabellón y los equipos de anestesia estén permanentemente utilizados; no hay equipamiento ocioso.

De hecho, conversamos este asunto con usted, porque nos parece indudable que el pabellón, en sí mismo, es un cuello de botella que impide poner al día las patologías con retraso.

Otro problema, el segundo, es el de la falta de especialistas en regiones, que es otro cuello de botella. Entiendo que hay intenciones de aumentar el número de especialistas, para lo cual habría un acuerdo con el Colegio Médico que considera la contratación de un número significativo de especialistas nuevos, incluso a jornada completa. La pregunta es cómo vamos a incentivar a que esos especialistas se vayan a regiones, porque es absolutamente necesario. En mi región, por ejemplo, no hay reumatólogo en el hospital y de ocho siquiátras sólo uno trabaja en el sistema público.

Entonces, el tema es cómo hacemos para distribuir equitativamente los especialistas y generamos incentivos para que haya más especialistas en regiones. Como usted bien decía, señora ministra, la oftalmología es una especialidad en falencia, lo cual complica el cumplimiento de las garantías en cataratas, que es una patología del adulto mayor, que tiene dos cuellos de botella: la falta de pabellón y la falta de oftalmólogo, especialmente esto último.

Un tercer problema dice relación con los exámenes de imágenes a causa de la falta de reposición del equipamiento que ya está obsoleto. Sería importante saber qué política pública se va a implementar al respecto. Tengo datos de mi región que indican que hay entre 4 mil y 5 mil pacientes que llevan más de dos meses esperando poder hacerse exámenes de imágenes, ecografías, radiografías.

Sin duda, ése es el tercer cuello de botella que impide mejorar el nivel de cumplimiento del Auge.

Otra cosa que quiero saber dice relación con el nivel primario de atención. Quiero que nos informe qué inversiones se han contemplado para aumentar el nivel de resolución de problemas en dicho nivel. Por ejemplo, la presencia de un especialista un par de veces a la semana en el nivel primario indudablemente descongestionaría los niveles secundarios y terciarios de atención.

Por otro lado, usted señaló que en la atención primaria había un nivel de cumplimiento mayor que en los niveles secundarios y posteriores de atención. No sé si tendrá acá datos concretos que nos pueda dar al respecto. Si no es así, quizás nos lo puedan enviar. Me refiero a qué parte de la carga de enfermedades que hoy existe y que es atendida con prestaciones garantizadas corresponde a la atención primaria y qué parte corresponde a otros niveles de atención. Entiendo que esa

información no esté desagregada por patologías, pero a lo mejor habría que hacerlo.

Ahora, un diputado preguntó por el cumplimiento de exámenes generales de salud en adultos de isapres versus los de Fonasa. Vamos a invitar al Superintendente de Isapres para que nos informe al respecto, pero si usted tuviera los datos acerca de la comparación del nivel de cumplimiento en las isapres y en Fonasa, sería muy útil que los dé a conocer a esta Comisión, porque lo que sabemos, y eso está claramente establecido, es que la gente de las isapres utiliza menos el Auge. Lo llamativo es que esa gente conoce más del Auge, o sea, tiene más información. Es posible que ustedes tengan algún estudio al respecto, pero imagino que eso se debe a que las isapres nacieron con el sistema de libre elección, por lo que a sus usuarios se les hace cuesta arriba no seguir en esa línea y optar por el Auge, lo que constituiría un desincentivo en el sistema privado, porque el sistema Auge implica que hay prestadores preferentes con los cuales atenderse, y si uno no acepta a esos prestadores no entra en el Auge y debe costear las prestaciones.

A lo mejor usted tiene ese dato general.

Por último, sé que hay una respuesta en el plan piloto, pero quiero saber, en general, qué están pensando hacer respecto de las enfermedades raras y drogas huérfanas, porque hay enfermedades infrecuentes cuyo tratamiento es bastante caro.

Está claro que si uno evalúa eso desde el punto de vista costo-beneficio, debe decir: "Vamos a invertir mucha plata para muy pocos pacientes", pero la verdad es que la mayoría son niños, cuyas expectativas y calidad de vida mejoran sustantivamente con esas drogas.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra la ministra de Salud, señora María Soledad Barría.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Señor Presidente, en relación con los pabellones –lo que tiene que ver con la segunda pregunta del diputado Rossi- y los especialistas, debo señalar que el gran problema no es que se nos quiten, pues están equipados para funcionar. En la práctica, eso significa que es otra la especialidad en la que tenemos dificultades.

En la última movilización del Colegio Médico se vio el tema del anestesista, cosa que ni siquiera los mismos anestesistas estaban de acuerdo, porque hay tipos de anestesia de menor complejidad. Parte el anestesista colocando la anestesia y luego eso es operado -por así decirlo- por un técnico que está formado y supervisado por un anestesista. Por ejemplo, una anestesia epidural, una anestesia local, no requieren necesariamente que el anestesista esté de manera inmediata, por lo cual se nos disminuye, por una decisión externa, la capacidad operativa del sistema que ha sido bastante perjudicial.

Esto lo señalo porque, a veces, se toman determinaciones que son ajenas al mismo Ministerio o a la operación de ese establecimiento. Lo mismo pasó, por ejemplo, en el hospital de Temuco. Eso significó la disminución a la mitad de la capacidad de intervenciones quirúrgicas del hospital, de un día para otro.

Por eso son muy importantes los acuerdos, como también la opinión de ustedes para garantizar la calidad de la atención, porque una puede catalogar la dificultad quirúrgica y, por lo tanto, el grado de necesidad de un anestesista en una intervención respecto de otras en que claramente debe haber un anestesista y estar ahí mientras dure la intervención.

¿Qué quiero decir con esto? Que, en cada una de las especialidades de falencias, también hay una contrapartida que debemos decidir como sociedad: si ése es el tipo de recurso humano que va a solucionar los problemas que existen. Por ejemplo, tratar la depresión con psiquiatra o bien radicarla en un equipo de salud de atención primaria, como lo que tenemos, donde hay asistentes sociales, psicólogos, médicos generales con asistencia de un psiquiatra que va a dar la atención. Si no fuera así, nunca habríamos podido tener, como hoy, la posibilidad de tratar, a las más de 250 mil personas a lo largo del país que están siendo tratadas para una operación. Es decir, cuando una habla de una especialidad falente, se refiere a esa especialidad, pero también del conjunto de otros equipos, de otra tecnología, a la cual es posible echar mano para disminuir o para dar cuenta de la necesidad de atención.

Con esto, no quiero decir que no existan falencias. Las tenemos en el test, en psiquiatría, en oftalmología y en las subespecialidades de la medicina interna, como la reumatología y la cardiología. Por eso, estamos actuando en diferentes niveles.

Por una parte, tenemos recursos, cargos, para aumentar el número de especialistas, especialmente en regiones, lo que nos interesa para el próximo año.

Tenemos recursos y cargos para incrementar el número de personas en becas de especialidad. Vamos a pasar de 150 a 400 becas al año. Eso va a ser puesto sobre todo como un atractivo para la gente de atención primaria municipal, que nos va a dar un doble efecto: por una parte, lograr más especialistas y, por otra, entregar un estímulo a los médicos de atención primaria municipal para que tengan la misma posibilidad de formarse como especialistas.

Estamos mejorando la capacidad de resolver en atención primaria -otra de las consultas del diputado Fulvio Rossi-, porque queremos que sea cada vez de mejor calidad, que responda mejor a las necesidades. Es decir, tenemos más recursos, se van a incrementar los sueldos -probablemente todavía no van a ser plenamente competitivos-, vamos a aumentar el número de becas y las vamos a tener para más especialistas, pero también usándola como un incentivo para la atención primaria municipal y formando en aquellas cosas que son

importantes para mejorar la capacidad resolutive en la atención primaria.

En cuanto a la capacidad resolutive, estamos formando especialistas para la atención primaria en salud familiar, pero también especialistas, así llamados, básicos; especialistas en medicina interna, pediatría, psiquiatría y obstetricia.

En 2007 partimos con un plan piloto para veinte personas de atención primaria que se van a formar durante seis años, trabajando media jornada en atención primaria y la otra media jornada formándose en esas especialidades.

Queremos mejorar la capacidad de resolver la atención primaria, junto con ir poniendo especialistas.

También, en relación con la capacidad resolutive, quiero decirles con enorme agrado que el próximo año instalaremos salas de rehabilitación en más de cien consultorios.

¿Qué quiere decir eso? Por ejemplo, el tratamiento de los lumbagos, dolores de espaldas, que antiguamente sólo era particular o cuando se lograba conseguir una hora en el hospital se podía tener acceso a rehabilitación, a un kinesiólogo, a la posibilidad de hacer ejercicios específicos o al uso de aparatos, va a poder ser utilizado en atención primaria.

Hace unos días me tocó ver en Pudahuel, en un centro de salud familiar, una nueva sala de rehabilitación y están haciéndola específicamente con kinesiólogos. Será complementada con el kinesiólogo que antes era para las enfermedades respiratorias y que, muchas veces, tenía sólo algunas horas disponibles, en la época no invernal. No sólo está basado en ese kinesiólogo, pero claramente mejora la capacidad de resolver.

Uno de los grandes problemas de la atención primaria son las consultas osteomusculares que ahora van a ser resueltas sin necesidad de volver.

¿Qué estamos pensando desde el punto de vista de las imágenes? Estamos instalando en más de cien hospitales de vasta complejidad, equipos osteomusculares para radiografías, con envío a distancia de las imágenes, telemedicina, cosa que ya ocurre con los electrocardiogramas.

Justamente a través del Auge, hemos accedido y tenemos el diagnóstico electrocardiográfico a nivel de todo Chile en los SAPU. Se toma un electrocardiograma, es enviado a distancia, es informado por un especialista y se devuelve. Lo mismo queremos desde el punto de vista radiológico, debido a las grandes tardanzas por simples radiografías de tórax, de cadera o de un hueso que no se sabe si tiene fractura.

Se llamó a licitación, tenemos los recursos de este año, estamos en la adquisición y ejecutando en forma rápida. Esperamos que a inicios del primer semestre del próximo año esté instalado en los más de cien hospitales de vasta complejidad del sistema para que cuenten con radiología osteomuscular con informe a distancia.

Nos ocurre algo similar con los radiólogos y con los especialistas en falencia, por lo cual estamos iniciando una especie de piloto para ver cómo funciona un sistema de turnos de 28 horas para seis radiólogos que informen a distancia, centralizadamente. Hoy, la tecnología lo permite. De esa forma podremos suplir la carencia de muchas localidades de nuestro país que no contarán con un radiólogo hasta en dos o cinco años más. Esa gente se merece tener un informe radiológico con tecnología moderna y se puede hacer a distancia.

Lo que la gente de Fonasa valora del Auge es la oportunidad. Por ejemplo, que antes de seis meses una persona se opere de cataratas.

Quienes cotizan en las isapres valoran la cobertura financiera. Ellos continuarán asistiendo a la consulta particular de su médico, pero si tienen alguna cosa de mayor gravedad saben que están cubiertos, por ejemplo, en casos de leucemia o cáncer, donde una persona ya no tiene que vender todo para solventar un tratamiento.

También hay cobertura en las isapres para enfermedades que antes no la tenían, como es el caso de la depresión, en que ha aumentado el porcentaje de personas que se atienden a través del Auge. Distinto es el caso de la hipertensión, que no ha aumentado porque tiene un costo menor y la persona que la padece está acostumbrada a visitar a su médico habitual, además está cubierta por cualquier plan de isapre.

Antes del Auge, todas las patologías de insuficiencia renal crónica y diálisis eran Fonasa, ahora eso está dentro del Auge y no se le puede subir el plan a una persona por padecerla.

Los beneficiarios del sistema público extraen cobertura y oportunidad, y los del sistema privado coberturas de patologías que no estaban cubiertas y sobre todo, protección financiera.

Respecto de las enfermedades raras, en muchos países del mundo existe un sistema de financiamiento especial para ellas. Con el Auge, además de las enfermedades raras, muchas otras patologías están garantizadas, la fibrosis quística es un ejemplo de ello.

Para el próximo año hemos previsto incorporar como piloto al mal de Gaucher, otra de las enfermedades raras. Esas son patologías que afectan a un bajo número de chilenos, sin embargo, son de un costo tan alto que nadie podría solventarlas de manera privada. Por lo cual, nos ha parecido que como una de las garantías Auge es la protección financiera, es posible utilizar este mismo mecanismo también para algunas de estas enfermedades consideradas raras y así tener un tratamiento efectivo. Ni en todos los casos ni en todas las

enfermedades se tienen tratamientos que sean efectivos. Por ejemplo, el próximo año se iniciará un piloto para el mal de Gaucher para ver su incorporación en este avance que decidió la Presidenta, en el sentido de contar en 2010 con alrededor de 80 enfermedades incorporadas al Auge.

El señor ROBLES.- En la reforma que se hizo en Chile se habla de priorización, pero la verdad es que esto se hace por ley. Las 56 patologías priorizan lo que antes hacía el arte médico. Esto involucra un aumento en la carga de enfermedades, situación que se ha desarrollado bastante bien. Por lo tanto, cuando las personas tienen una patología Auge, está priorizada su oportunidad de atención, su cobertura financiera y la implementación del sistema de calidad de la pensión.

Tengo preocupación por algunas patologías No-Auge, porque una de las grandes discusiones fue esa. En las patologías No-Auge ha ocurrido lo que se pensó y se discutió que iba a ocurrir, que dado que la priorización económica y financiera en los hospitales estaba orientada hacia los problemas Auge, resultó que aquellos problemas que no son del Auge han sido postergados por parte de los equipos médicos.

Es así que en oftalmología, tal como lo planteaba la Ministra, los problemas de cataratas han sido privilegiados. Uno ve las listas de atención en pabellón oftalmológico y se observa un incremento enorme, al contrario de lo que pasa con el pterigión, el glaucoma y otras patologías que ya no se operan y quedan latentes, salvo que se vaya al sector privado.

En urología, por ejemplo, los especialistas están orientados a operar principalmente hiperplasia prostática, disminuyendo muchísimo la intervención en litiasis. Hoy se debe esperar semanas y meses para ser atendidos.

Esta situación es preocupante. Entiendo que el Ministerio ha hecho un esfuerzo por buscar enfermedades y también para monitorear su cumplimiento. Lo entiendo desde el punto de vista estadístico y de salud pública, sin embargo, ¿qué se está haciendo para incentivar que los hospitales cumplan con el hecho de que no se puede dejar de atender o disminuir la prioridad que tenían los problemas No-Auge de la población?

Me gustaría tener un conocimiento claro, en términos de los incentivos que se están produciendo, fundamentalmente porque observo que están puestos en el Auge y sus patologías, en cambio, en los hospitales se hacen y siguen racionalmente los criterios del Auge y no de los No-Auge.

Me preocupa el tema de gestión Auge y No-Auge. Problemas que ocurren con decisiones externas, por ejemplo, como el de un anestesista por pabellón; este es un problema no menor que está

relacionado con la gestión que se está haciendo a través del sistema público.

Lo que uno ve en países desarrollados, en donde se priorizan estas actividades, es que la gestión va orientada a ocupar la mayor cantidad de tiempo en recurso disponible, tanto humano como tecnológico. Por ejemplo, en Israel, los escáneres están ubicados en distintos centros y funcionan las 24 horas. Uno puede tener escáner para examen cerebral a las 3 de la madrugada, porque están los elementos humanos y técnicos para hacérselo a la persona y como es caro, en términos del recurso material y humano, se hace como se plantea: por un tecnólogo preparado, pero el informe lo realiza un centro operacional que trabaja 24 horas a distancia, lo que me parece bien.

Al respecto, desde el punto de vista de la gestión, ¿me gustaría saber qué se está haciendo en esa área? Porque veo que los directores de servicios no tienen ningún incentivo para gestionar los recursos humanos y administrativos más allá de la mañana.

Con respecto al Auge, me preocupa cómo vemos que los incentivos económicos se están imponiendo, en el sentido de pagar cuando los problemas de salud Auge se están acercando a la fecha límite y se coloca en riesgo de cumplimiento. Entonces, como explicó el director de Fonasa, hay una gran cantidad de recursos que se están invirtiendo en aquellas patologías que se acercan al riesgo. A mi juicio, los médicos lo sabemos bien, la auto demanda puede empezar a hacer costumbre en nuestro país. Por ejemplo, si soy oftalmólogo y tengo una lista de cataratas, de alguna u otra forma retraso el cumplimiento, porque sé que Fonasa va a financiar la atención en el extrasistema, que es donde estoy.

En ese sentido, unos dirigentes me explicaron que en el Servicio de Salud Metropolitano Sur hay una fundación de la propia institución donde se están derivando los pacientes para que sean operados por dicha fundación donde trabajan los mismos médicos que lo hacen en el sector público. Es decir, los mismos médicos trabajan en el sector público durante la mañana y durante la tarde son miembros de la fundación, que también trae recursos para el hospital, y operan las patologías a través de la fundación, pero ésta les paga un incentivo económico.

Por lo tanto, se está generando auto demanda, que me merece serias dudas, sobre todo en la insuficiencia renal crónica y de las diálisis. Si miramos lo que pasaba antes del Auge respecto de la cantidad de pacientes dializados, con la cantidad de pacientes que hoy lo hacen, el aumento ha sido sideral. En la actualidad los nefrólogos inmediatamente indican diálisis y antes cuidaban el riñón lo suficiente como para no llegar a la diálisis. Hoy no lo hacen, porque son los dueños de los centros de diálisis, además que la normativa así lo indica. Entonces, generan una mayor demanda que va al sector privado, porque los hospitales no le dan mayor importancia a la diálisis, porque como está resuelto el tema en el sector privado, no tiene sentido tener

un centro de diálisis si, además, involucra gestión, recursos y otras cosas.

El hecho de incorporar incentivos a la inducción de demanda, como es operar o dar recursos para el sector privado cuando se está acercando al riesgo la patología, me parece complejo. Si bien es cierto, va en directa relación con brindar una mejor atención para que la cobertura se cumpla, no es menos cierto que estos incentivos son riesgosos.

Al respecto, me gustaría que la ministra se explayara en el tema No-Auge por las razones que expuse, puesto que fue una gran discusión durante el debate que se llevó a cabo para discutir la reforma. Uno lo ve a diario, dado que hay pacientes adultos mayores que han tenido problemas Auge como, por ejemplo, artrosis de cadera. Llegan al hospital, se soluciona el problema con una gran cantidad de recursos, pues las prótesis de titanio para las caderas son bastante caras, y el paciente queda bien. Sin embargo, el mismo paciente, adulto mayor, le ocurre un problema No-Auge y se hace imposible que se solucione. Ese es un tema no menor, en términos de nuestra población.

Señora ministra, quiero que haga alusión a ese tema, por su intermedio señor Presidente.

El señor SAFFIRIO (Presidente).— Tiene la palabra la señora ministra.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).— En realidad, muchos teníamos susto respecto del nuevo Auge, cosa que yo compartía probablemente en ese momento con el diputado Robles, pero creo que en medicina se ha priorizado siempre. Últimamente, este país priorizó lo materno-infantil. De hecho, todas las políticas públicas iban dirigidas a privilegiar lo materno-infantil y se disminuyó la mortalidad materna, se disminuyó la mortalidad infantil y, en realidad, el adulto quedaba un poquito desplazado. Es decir, se respondía como se podía. Quizá por eso, cuando se estableció lo del Auge, daba susto pensar en qué iba a pasar con lo que no estaba contemplado en el Auge.

Quiero decir que la priorización ha venido acompañada de una fuerte inversión de recursos adicionales. Desde hace seis años se están duplicando los recursos solicitados en el sistema público, buscando que, efectivamente, esto no implicara deterioro de lo que no estaba priorizado, sino que una mayor capacidad de respuesta.

Sin embargo, cuando hay restricciones, principalmente de recursos humanos, porque hay pocos oftalmólogos por ejemplo, se produce una competencia por algún factor crítico, como es el caso del recurso humano, que eventualmente puede disminuir la atención de los pterigión. La verdad es que nadie queda ciego por un pterigión y sí por cataratas.

Hay una priorización país, pero ligada a cierta racionalidad también, responsablemente establecida a través de los compromisos de gestión de los directores de servicios de salud que han sido elegidos por

concurso público, por alta dirección pública y de los seguimientos. Parte de éstos son los que usted llama “trazadoras” y que son algunas enfermedades que no pueden dejarse de lado por que está el Auge.

En medicina son tantas las cosas que se hacen que, necesariamente, se deben escoger algunas para hacer este seguimiento.

Por ejemplo, si quiero decir “amígdala”, las intervenciones quirúrgicas de amígdalas, que son parte de lo que no está, a intervenciones quirúrgicas que compiten por este recurso escaso que es el pabellón.

En 2001 se realizaban al año 7.024 intervenciones, en 2006 se hicieron 8.557. Es decir, aumentaron en una cantidad importante.

Igual cosa sucedió con el adenoides, que de 2.600 aumentó a 3.300.

Las hernias, que en 2001 superaban las 22.500, el año pasado se operaron las mismas 22.500. No aumentó, es cierto, y por eso es que tenemos grandes listas de espera todavía. No aumentó, pero no disminuyó tampoco. Y así podría seguir mencionándoles otras.

Ahora bien, efectivamente, el glaucoma es uno de lo que está un poco por debajo de los cien casos, pero es bastante variable año a año, por lo cual podríamos entender que se refiere a eso, pero de las operaciones de várices, que tienen otra larga lista de esperas también, en 2001 se atendieron 2.056 y en 2006 2.965. En este año hubo un paro de casi un mes, en donde la actividad también sufrió deterioros.

Entiendo que no hemos logrado la mejoría que hemos tenido con las del Auge, pero hemos estado muy preocupados para que esto no produzca deterioros.

Hemos planteado que necesitamos seguir incorporando nuevas garantías al Auge y es por eso que ahora vamos a tener la gran oportunidad de pasar de 56 a 80 de estos problemas de salud. Planteamos para el próximo año la incorporación, por ejemplo, de las hernias, que es un gran problema para las personas que, efectivamente, llevan mucho tiempo inscritos en una lista de espera.

Desde el punto de vista de la gestión, hay incentivos, y hemos hecho un concurso público para los directores de servicios. Quizá, más adelante, nuestro subsecretario de Redes podrá referirse a los distintos tipos de incentivos a la gestión. Sin embargo, hemos sido el primer sector que puso todos los cargos en alta dirección pública y hemos tenido problemas para llenarlos, pero la voluntad y la disposición política han sido sumamente claras, por lo que vamos a seguir controlando la ejecución de lo que están haciendo. Nos interesa la gestión, punto clave, ya que podremos salir adelante con mayores recursos y con una mejor gestión.

Antes de ceder la palabra al subsecretario, quiero referirme sobre el riesgo de establecer incentivos perversos con el Auge. Debemos tener

la opción de lo que queremos: cumplir o no cumplir a la gente. Si queremos lo primero, entonces, debemos ponernos metas, tiempos y mecanismos efectivos para dar cuenta de ello, aun cuando sea en el sector privado. Esto tiene un gran riesgo y el fortalecimiento de la ética médica es indispensable.

Por nuestra parte, vamos a fortalecer nuestras capacidades en auditorías clínicas que, claramente, han sido insuficientemente tratadas para analizar, puntualmente, lo que señala acerca de la incorporación de pacientes más temprano de lo que corresponde a diálisis o el retardo a determinadas intervenciones quirúrgicas para, luego, realizarlas en el sector privado.

Hemos tenido muchos problemas al respecto. Un importante aporte fue la auditoría que hiciera la Contraloría en Villarrica, donde detectó un grave problema. En esa ciudad se compraban servicios a una organización médica, de la cual, incluso, su director médico formaba parte y se estaba atendiendo en horas funcionarias. Ello lo reveló la auditoría de la Contraloría, se hizo un sumario y tuvieron que devolver los recursos.

En consecuencia, son muy importantes nuestras propias auditorías, pero también las de la Contraloría, en este caso externas, que siempre vamos a favorecer, porque nos parece importante que haya control.

Por otra parte, estamos considerando no favorecer, a través de este mismo instrumento, que la gente ingrese con insuficiencia renal crónica sin antes prevenir. Por eso, hemos considerado para el 2008, y esto ha sido conversado en el Consejo Consultivo Auge y con especialistas que tienen que ver con la insuficiencia renal crónica, cómo debiéramos poner más esfuerzos y prevenir a los diabéticos para que no deterioren su función renal. Por eso, en el 2008, hemos contemplado recursos como parte de este piloto para mejoría de canastas -como lo hemos denominado- para hacer este tratamiento preventivo en los diabéticos y así evitarles un posible deterioro de su función renal.

Debemos trabajar desde el punto de vista clínico y técnico con los especialistas para incorporar otras prestaciones que no existían y producir mejoras en este mismo diseño del Auge. Así, se realiza una auditoría interna y otras de la Contraloría en los distintos organismos, no sólo estatales.

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

El señor LOBOS.- Señor Presidente, en verdad, el único fin que me inquieta es que hagamos algo por la salud pública chilena. En ese sentido, quiero manifestar que siempre mi partido estuvo muy de acuerdo con el Auge, pero ahora no veo ese acuerdo con la salud pública, porque así como está encaminado va directamente a la privatización de la salud, que es lo que señaló el diputado Robles que está pasando en todo Chile.

Mientras no atacemos la raíz del problema, siempre vamos a estar podando las ramas, como es lo que ocurre con la medicina basada en el tratamiento de la enfermedad. La ministra tocó el tema de la diálisis, problema particularmente oneroso para la salud pública chilena y donde ella, como nefróloga, sabe que menos de un tercio de los pacientes llega a diálisis por una patología propia del riñón. Los otros dos tercios llegan por mal tratamiento durante largos años de la hipertensión y de la diabetes en la medicina primaria, por no pesquisarlas o por un tratamiento mal llevado.

Celebro que no estén aplicando un castigo a los municipios y que se esté ayudando a los que están cayendo en falencias. Los municipios caen en falencias por falta de recursos y por incapacidad de realizar la gestión, no por que no quieran hacer las cosas.

Por otra parte, no veo a los pabellones como cuello de botella. Lo que hoy está generando un gran cuello de botella son las salas de recuperación anestésica. En los hospitales donde se está operando en dos jornadas, los enfermos quedan eternamente varados en la sala de recuperación y es ahí donde se está provocando el problema.

Ahora, quiero formular dos preguntas específicas. La primera es si existe algún estudio de costos que respalde este aumento en la cobertura que vamos a tener en las patologías AUGE, sin que haya que aumentar la prima, porque por ley la prima no se va a poder modificar hasta el 2010. ¿Cómo podríamos asegurar que esa prima no suba? De lo contrario, vamos a estar haciendo un flaco favor a nuestros usuarios.

La segunda dice relación con que hoy queda un paso pendiente, cual es verificar la calidad de los servicios prestados por el AUGE. ¿Cómo se va a verificar la calidad? ¿Qué procedimientos se van a utilizar? ¿Cuáles son las variables que habrá que considerar para asegurar la calidad de lo que se está dando?

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero hacer un comentario respecto de la diálisis, ya que el diputado me señaló como experta en nefrología. En todas partes del mundo, el mayor número de pacientes en diálisis y trasplantados tiene que ver con personas diabéticas e hipertensas. Por consiguiente, no es sólo achacable a un mal tratamiento en atención primaria, sino porque forma parte de la historia de la enfermedad. No son los médicos o el sistema el que hace el tratamiento, sino que es la persona la que lleva o no el régimen, toma o no los medicamentos. Entonces, no podemos medicalizar la totalidad de lo que hace la población. Las personas son libres y muchas veces toman decisiones que no tienen que ver con que se indique o no un régimen. Se le puede indicar, pero no necesariamente lo sigue. Esto pasa en todas partes del mundo. En todos los países desarrollados el mayor número de pacientes en diálisis tiene que ver con los diabéticos o con los hipertensos, lo cual no es atribuible a un mal funcionamiento de la atención primaria. Son pocos los países, como el nuestro, que pueden decir que están poniendo en

control sobre el 80 por ciento de los pacientes en atención primaria de salud.

Esto no es una ventaja de corto plazo, por el contrario. Aún no vamos a ver el impacto sanitario, sino en cinco o diez años más. Dos años son insuficientes para visualizar la gran mejora que estamos teniendo en las coberturas de patologías crónicas.

Respecto de la incorporación de nuevas enfermedades y la prima, estamos incorporando seis nuevas enfermedades como un piloto en el sistema público. Aquí no estamos modificando la ley para incrementar el número de patologías. Y para cambiar la prima necesitamos un proyecto de ley, el que podrán conocer el próximo año, por cuanto es necesario modificar la prima para poder llegar a las 80 patologías. No cabe duda de que no se puede garantizar pasar de 56 a 80 con la misma prima. Necesariamente se requiere un incremento de recursos y eso va en el proyecto de ley que debiera ser aprobado en la Cámara de Diputados. Mientras no esté el proyecto, estaremos trabajando como piloto en el sistema público. Nuestra voluntad es afinarlo en estudios de costo. Sin embargo, desde que partimos con el AUGE, los costos han ido disminuyendo. De hecho, la prima el 2007, el cálculo de costos de las 56 enfermedades, fue bastante inferior a la prima que era el tope por el cual teníamos que guiarnos.

En consecuencia, el mismo AUGE ha servido para controlar los precios, por cuanto masifica las capacidades de oferta, lo que, en la práctica, ha significado un menor incremento de costo que aquel esperado sin el AUGE.

En cuanto a calidad, el sistema es muy claro. Estamos trabajando en dos líneas.

Va a haber certificación de especialistas dentro de un programa transparente, que será manejado por la Superintendencia de Salud. El reglamento para la certificación de especialidades en este momento está en contraloría y una vez que salga podrá ser aplicado.

Las instituciones que apliquen el AUGE deberán ser acreditadas. Es decir, el reglamento ya fue aprobado por Contraloría; están publicados y en trabajo los estándares de calidad para cada uno de los distintos tipos de establecimiento y, en este momento, se están recibiendo las ofertas de las instituciones que van a acreditar, proceso que, esperamos, partirá el próximo año.

Así es que el proceso de calidad está muy avanzado. Es un proceso que en todo el mundo ha demorado muchísimos años para ser implementado. Aquí, felizmente, hubo otros mecanismos para inspecciones intrahospitalarias, incluso, un cierto entrenamiento para acreditación de hospitales, por lo cual ha sido más fácil y rápido. Esperamos que el próximo año estemos acreditando a los distintos establecimientos, porque a mediados de año se supone que ya

tendremos claridad sobre las empresas, universidades o instituciones que acreditarán.

El señor LOBOS.- Señor Presidente, me nace una segunda inquietud respecto de la acreditación.

¿Puedo suponer que por fin tendremos la tan ansiada ley de especialidades médicas o, además, tendremos una segregación absoluta entre patologías AUGE y médicos acreditados para el AUGE y patologías no AUGE y médicos que no van a estar necesariamente acreditados?

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- No, señor Presidente, nuestra idea no es separadamente acreditar para el AUGE y no para el no AUGE. Las instituciones podrán estar acreditadas para el AUGE, y las que no hagan nada de AUGE podrán no estarlo. Sin embargo, cuando se produce la acreditación de un establecimiento, se acreditan en parte procesos clínicos que sirven tanto para el AUGE como para el no AUGE. Cuando se acredita una institución, por ejemplo, para el tratamiento de cáncer y se requieren intervenciones quirúrgicas complejas que demandan un banco de sangre, la acreditación del banco de sangre va a servir tanto para el AUGE como para el no AUGE.

Es decir, aquí estamos tratando de componer un sistema, porque en esto no sólo corre la acreditación de instituciones, sino también su autorización sanitaria. Y eso es válido tanto para el AUGE como para el no AUGE.

Por lo tanto, estamos buscando imbricar las autorizaciones sanitarias con el sistema de acreditación para dar cuenta de la garantía de calidad, que está en el espíritu de la ley.

Ahora, no está previsto tener una ley de especialidades, sino que estamos proponiendo un sistema. Eso todavía debe ser visto por la Contraloría. Insisto en que no hemos tenido todavía humo blanco respecto del reglamento. Planteamos que instituciones, como el Conacem -que debería tener otro carácter-, pudieran seguir haciendo certificación de especialidades al igual que las universidades, las cuales -por así decirlo- lo harían por mérito propio. Además, ello no requeriría una modificación legal.

El señor ROBLES.- En relación con la pregunta formulada, uno de las materias que también preocupan respecto del AUGE es como se van a acreditar las instituciones, se va a acreditar también el consultorio.

Uno de los grandes problemas y una de las mayores discusiones que tenemos en el país es que en la atención primaria tenemos muchos médicos foráneos que no cuentan con capacitación suficiente, en relación con lo que los médicos chilenos han desarrollado.

Eso significa, según entiendo y de acuerdo con lo que discutimos durante la tramitación del proyecto de ley, que al acreditar la institución

necesariamente se tiene que acreditar también el recurso humano. Y al acreditar el recurso humano para el Auge, evidentemente será necesario que los médicos que atienden en los consultorios, de alguna u otra forma, estén acreditados.

Me explico. Si en el Auge está incluida la hipertensión arterial, diabetes y otras patologías más, necesariamente la institución debe acreditarse no sólo en términos materiales, sino en cuanto a que los recursos humanos están calificados. Con esa fórmula se puede garantizar que los colegas que estén atendiendo ahí tienen las capacidades necesarias para poder desarrollar la gestión.

Aquí, más que de especialidades, el problema es que se está avanzando con la certificación del Examen Médico Nacional para las nuevas generaciones. Pero las anteriores no lo requieren. Y la fórmula que se previó en la discusión era que la acreditación podría incorporar esta variable de capacitación del recurso humano para poder desarrollar la gestión correspondiente. O sea, en general hay una gran duda en atención primaria más que en secundaria.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Lamento profundamente la suspicacias que hay respecto de la calidad de la atención primaria. Creo que ello es de una total injusticia. Gran parte de lo que es este país desde el punto de vista sanitario se realiza en la atención primaria, por los médicos que hoy están trabajando en atención primaria.

Por lo tanto, reitero que lamento profundamente esas suspicacias. Creo que es sumamente injusto.

¿Quién me dice que las personas que se desempeñan en los hospitales, aunque sean especialistas, tienen las capacidades requeridas? Creo que no podemos partir de la base de que la gente que trabaja en atención primaria es de menor calidad.

Es muy importante que el país haga un esfuerzo por siempre mejorar las competencias tanto de la gente que está en la atención primaria como en la hospitalaria.

Por eso, hemos concordado con el conjunto de universidades que laboran en salud familiar que ellas trabajen durante el 2008 para establecer un sistema de mejoría de competencias, que siempre es una preocupación tanto en la atención primaria como en la secundaria. En verdad, eso no es justo, porque el gran soporte sanitario de este país está en la atención primaria. Insisto, es muy injusto porque no es más el que sabe mucho de un pedacito que el que conoce gran cantidad de cosas a lo largo del ciclo vital de las personas. Los médicos especialistas han trabajado en la atención primaria, pero es mucho más difícil ser médico en ese nivel de atención.

Por lo tanto, estamos preocupados de diseñar los mecanismos de perfeccionamiento para los médicos de la atención primaria y para los especialistas del nivel hospitalario, de manera que les estamos

ofreciendo becas. Por eso, en 2008 ofreceremos 180 becas de formación para la gente de la atención primaria municipal, porque estamos muy preocupados del perfeccionamiento de ambos niveles.

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

El señor LOBOS.- Señor Presidente, por su intermedio, y en la misma línea de lo planteado por el diputado Robles, quiero señalar a la ministra que no hemos manifestado nuestra desconfianza, sino el consenso absoluto de los miembros de la Comisión de Salud respecto de la necesidad de integrar a la medicina primaria con la hospitalaria, de manera que las carreras funcionarias se puedan imbricar, a fin de que los especialistas también puedan trabajar en la atención primaria y se generen las condiciones para ello. Asimismo, celebro que el Ministerio de Salud esté acogiendo una postura que se viene escuchando en el ambiente desde hace mucho tiempo, cual es mejorar la complejidad y la capacidad de la atención en salud primaria, incorporando a algunos especialistas básicos.

Muchas veces se ha señalado que en las pruebas aplicadas en algunos consultorios uno debía recibir recetas con más de veinte medicamentos, de los cuales tres o cuatro tenían absolutamente clara la indicación médica de que no debían mezclarse. Por ejemplo, hay preocupación por el uso indiscriminado de antiinflamatorios no esteroideos y de gentamicina en el tratamiento de neumonías. Creo que sobran pruebas de que se hace necesaria una intervención por la vía de incorporar a especialistas, los cuales servirán, por una parte, para descongestionar las urgencias y, por otra, como modelo a imitar. Actualmente hay muchos médicos generales que necesitan un cierto reciclaje.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra la ministra de Salud.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Señor Presidente, cada uno de nosotros puede conocer muchas anécdotas tanto en el nivel primario como en el hospitalario. Sin embargo, en este país ha disminuido la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias de manera impresionante en los últimos cinco o seis años. Pero ello no es posible con los médicos de la atención secundaria, sino con los de la primaria. No podemos perder la perspectiva general del esfuerzo ni del compromiso de la gente que trabaja en la atención primaria, que puede ser complementada por especialistas. Indudablemente, estos últimos tienen mucho que aprender de la atención primaria, de la capacidad de trabajar en equipo y de hacer un trabajo más horizontal, como asimismo los equipos de atención primaria tienen mucho que aprender de la atención hospitalaria. Es decir, los equipos de atención hospitalaria tienen muchísimo que aprender de qué y cómo se hacen las cosas en atención primaria. Obviamente, queremos que se imbrique. Por eso, vamos a formar especialistas en atención primaria y pediremos que los especialistas de la atención hospitalaria vayan a los consultorios. Muchas veces ellos no saben qué ni cómo se está trabajando en la atención primaria. Hay una incomunicación que es muy perjudicial para

el país y por eso les encuentro razón de que debemos lograr una mayor integración, que no pasa por la ley de los médicos, sino porque efectivamente se trabaje con un sistema mancomunado detrás de objetivos nacionales.

El señor ORTIZ.- Señor Presidente, mi interés por integrar esta Comisión se debe a que me impactó sobremanera la farándula política que emplearon algunos colegas que actuaron más como profesionales que como diputados en este tema.

La inmensa mayoría de los integrantes de esta Comisión son médicos - respetada profesión-, pero me di cuenta de que se estaba planteando una situación similar a lo que pasó en el tratamiento de las leyes del AUGE. En esa oportunidad, la Comisión de Salud nunca quería entregar los proyectos y la Comisión de Hacienda -que integro- lo único que quería era que se constituyese una comisión unida de Hacienda-Salud. Al final se conformó la Comisión Unida.

He escuchado brillantes intervenciones de mis colegas que son médicos. No soy médico, por lo que puedo entregar una opinión más objetiva, pues participé desde el primer minuto en el tratamiento de la ley y en el presupuesto del Ministerio de Salud desde que se empezó a implementar el plan AUGE hasta el día de hoy.

Después de escuchar la conferencia de prensa daba la impresión de que el AUGE es un fracaso. Quedé impresionado cuando vi por televisión la sesión del lunes pasado y escuché las declaraciones de algunos distinguidos colegas en el canal de la Cámara de Diputados al decir que se estaban dando cuenta de que el plan AUGE era un fracaso. Eso es absolutamente falso. Es sólo una opinión interesada, desde un punto de vista político, que no ayuda en nada a mejorar la Salud en Chile. Aquí lo que hay son atrasos o incumplimientos de las garantías al postular, ése es el término exacto. La Ministra ha dicho que sólo hay 7,4 por ciento de retraso y 3 por ciento de retraso en la Salud Primaria, lo que demuestra que en la base de la pirámide de salud se está actuando en buena forma, es decir, se está cumpliendo con que ellos estén presentes en el barrio, en las comunas.

Aquí se llegó a afirmar que todo va en el camino de la privatización de la Salud, pero la situación es inversa. Lo voy a demostrar con cifras. Los afiliados a Fonasa hemos subido en más de 2 millones de personas desde que se implementó el AUGE ¿De qué privatización me habla? Las Isapres han bajado y, por eso, la Asociación de Isapres está preocupada, porque ha visto la gran inversión que se ha hecho, desde el punto de vista de tecnología médica y adelantos científicos. Anoche escuché que en Valparaíso se estaban inaugurando equipos que eran iguales o mejores que los de la salud privada. Allá en mi región nos sentimos orgullosos de eso. Lo he dicho muchas veces.

Entonces, creo que, en el fondo, la forma en que está constituida esta Comisión desvirtúa la realidad de lo que están viviendo las chilenas y los chilenos. Por ejemplo, me impacta muchísimo, positivamente, lo que

está pasando en una materia respecto de la cual el colega Núñez planteó una pregunta: la medicina preventiva, porque se han hecho 746.425 exámenes de medicina preventiva, a los cuales hay que agregar otros 400 mil que nos han hecho a nosotros, los adultos mayores -pronto cumpliré los 66 años y me siento feliz, porque estoy muy bien de salud-, lo cual da un total de casi 1 millón 200 mil exámenes preventivos. Ése es un gran esfuerzo que estamos haciendo como país, y en el que han colaborado todos los sectores de la Salud.

¡Ave María! ¡Pero si ésta es la causa de que el promedio de vida de los chilenos haya subido! ¡Por el amor de Dios, si ustedes son médicos! Hemos subido nuestra esperanza de vida porque el Estado, desde 1990 en adelante, ha invertido cerca de 2.000 millones de dólares para recuperar los estragos que produjo la falta de inversiones en el período anterior.

La pregunta que quiero hacer a la señora ministra es la siguiente: Es cierto que faltan algunos especialistas. Fulvio Rossi señaló la importancia de contar con especialista en Iquique, donde los que hay han optado por trabajar para la salud privada. Ésa es una decisión de los médicos, no del Estado, así es que no creo que el Ministerio pueda influir, a no ser que ofrezca condiciones especiales. Creo que el camino que se intenta seguir es positivo, de 150 a 420.

La pregunta es la siguiente: ¿estamos en condiciones de aumentar a 80 las patologías cubiertas por el plan Auge, tal como lo planteó la Presidenta de la República, doctora Michelle Bachelet, antes del término de su mandato? Entiendo que eso es resorte del Consejo Consultivo, que es autónomo, pero, en todo caso, de las 24 patologías que faltarían, ¿cuántas estaríamos en condiciones de implementar en 2008 y en 2009?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Tiene la palabra la ministra de Salud.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Es efectivo que tenemos un Consejo Consultivo autónomo, pero no es él quien, en definitiva, establece las enfermedades que quedan cubiertas por el Auge; ésa es una facultad del Ministerio de Salud, que realiza una propuesta para que sea analizada por el Consejo Consultivo, el cual entrega una opinión que es aceptada o rechazada por el Ministerio, fundadamente. Esto significa que debe entregar los fundamentos que lo llevaron a aceptar o rechazar la propuesta.

En consecuencia, como su nombre lo señala, el consejo es consultivo, no resolutivo. Sin embargo, debo aclarar que es muy importante contar con él, pues ha hecho importantes indicaciones en diversas materias como, por ejemplo, respecto de lo que conversábamos recién: cómo mejorar la prevención en el caso de la insuficiencia renal crónica terminal, de manera que la gente no llegue a diálisis. Es por eso que el próximo años haremos esa mejoría de canasta a la que nos referimos.

Para ser clara, ¿estamos o no en condiciones? Creo que las condiciones corresponden a una decisión política. Si nuestro país quiere llegar a cubrir 80 patologías, puede darse el lujo de hacerlo, porque tiene una tremenda base pública a la que se suma el aporte del sistema de isapres.

Para eso habrá que destinar más recursos, pero la Presidenta de la República ha adoptado la decisión política de seguir mejorando las condiciones de salud del país, así es que, tal como hicimos un esfuerzo para llegar a las 56 patologías, tendremos que hacer otro para seguir ampliando la cobertura y terminar, por ejemplo, con las listas de espera.

¿Qué hemos hecho?

Necesitamos de la aprobación de un proyecto de ley, para lo cual vamos a pedir el apoyo de ustedes para así llegar a esas ochenta de manera legal.

Por lo tanto, se necesita de un proyecto de ley para aumentar la prima.

Se partió con un plan piloto en el Auge. Ello sucedió en el sistema público en los años 2002 y 2003, bastante antes de que el plan comenzara a regir legalmente en 2005. El próximo año, vamos a incorporar todas las patologías a manera de sistemas pilotos, con un incremento de recursos.

¿Cuáles son esas patologías? Por ejemplo, la enfermedad de Parkinson y la epilepsia, de adultos, son patologías que comprometen medicamentos, que mejoran la protección de los chilenos y chilenas, en el sentido del acceso a los medicamentos.

Esto va a suceder en el sistema público, no va a ser tratado en el sistema privado. Porque, como no contamos con la ley, no es obligación desde el punto del vista del afectado.

Además, la enfermedad de Gaucher, que se mencionaba antes; la artritis reumatoidea juvenil. Estamos en condiciones. ¿Por qué? Porque se están otorgando los recursos. Estamos haciendo la previsión de la organización que se requiere. Y lo que pudiera ser un poco más complejo, es una sola de las patologías: la anemia.

Hoy, tenemos una lista de espera, que va a seguir presionando un poco más uno de nuestros puntos críticos: los pabellones.

Quiero insistir: ninguna de estas patologías, que se han incorporado en el Auge, ha sido fácil. Todas han significado una gran búsqueda de mejoría. En cataratas, tenemos problemas. Pero hemos pasado de menos de 7 mil intervenciones a más de 22 mil al año. Entonces, es cierto que tenemos problemas. Pero, ¡por Dios que hemos mejorado! Hemos más que triplicado, al año, la cantidad de chilenos y chilenas que hoy pueden ver y que antes no podían.

Entonces, perdernos la oportunidad de incorporar nuevas patologías al Auge es un desperdicio que nuestra gente no merece.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Quisiera señalar que, para muchos, fue bastante sorprendente el nivel de polarización que se produjo en el debate legislativo sobre el Auge.

Se entiende que la economía política de las reformas sanitarias es muy compleja. Lo demuestra la experiencia comparada. Basta, simplemente, con ver cómo fracasó el Presidente Clinton, pese a su gran liderazgo, al reformar un sistema que tiene problemas severísimos desde el punto de vista de los derechos de las personas y desde el punto de vista de la equidad. Esto, a pesar de que Estados Unidos, probablemente, o con toda seguridad, representa el imperio hegemónico cuya sociedad posee el más alto nivel de riquezas.

El problema mayor, para quienes hemos estudiado la economía política de cualquier reforma, consiste en que la mayoría que se pretende beneficiar tiene un pequeño problema: que a pesar de ser numerosísima, no está organizada. Y, sin embargo, los grupos de presión que legítimamente pueden intervenir en la fijación de esta política pública y, por supuesto, en su reforma, a pesar de ser una minoría ínfima de la población —entiéndase por esto compañías aseguradoras, las burocracias del sector público y, por supuesto, los equipos humanos vinculados a las ciencias médicas— tienen una gran capacidad de presión.

Por eso, se hundió una reforma, como la que pretendía el presidente Clinton, en Estados Unidos. Ha sido difícil, en todos lados, avanzar en esto. Sin embargo, el debate ha sido extremadamente polarizado.

Quiero recordar a los colegas de la Comisión, especialmente a los diputados médicos, quienes a veces descalifican a los que no tienen su formación profesional, que hubo un debate donde las opiniones técnicas fueron absolutamente disímiles. Escuché, por ejemplo, a colegas diputados de mi coalición y de mi bancada, ni siquiera de la Oposición, que decían que esta reforma tenía problemas muy severos con la equidad, que iba a significar la privatización de la medicina en Chile, un desastre desde el punto de vista de la focalización de recursos de distinto tipo en atención primaria, que la gente no iba a tener atención en las patologías no Auge.

La verdad es que todas esas cosas están desmentidas por las cifras presupuestarias, si se miran objetivamente. La impresión que nos da es que es muy importante la formación profesional, pero más importantes son los cursos básicos.

Tuve un gran profesor de metodología de la investigación que decía una cosa aplicable en economía, sociología, ciencias políticas y, por lo tanto, en políticas públicas: era muy válido irse de tesis, o sea, hacer un planteamiento general, abstracto, sistemático sobre un objeto, a condición de que primero se hubieran contado los objetos. Lo decía en

términos muy graciosos: antes de escribir la tesis sobre las vacas, hay que contar las que están en el potrero.

En el fondo, nos llamaba no a la falta de vuelo teórico o sistemático, pero sí a mirar la empiria. Eso supone números y contexto.

Obviamente, una inversión en un consultorio, en mi distrito se está inaugurando prácticamente uno al año, tiene un efecto en las patologías Auge, pero también en las patologías no Auge. Eso es evidente. En los contextos siempre hay que mirarlo.

Hemos visto cuestiones que generan una discusión confusa, como ciudadanos, ni siquiera como diputados. Se confunden definiciones legales sobre incumplimiento y retardo. Nos puede gustar o no la definición de matrimonio que da don Andrés Bello en el Código Civil, pero si no me gusta, no puedo decir que en Chile no hay matrimonios porque esa definición no se ajusta a lo que entiendo que debería ser la institución del matrimonio. Debo presentar una moción, porque tengo atribuciones en esa materia, tengo iniciativa, para cambiar esa definición. Mientras no se cambie, matrimonio es lo que define el Código Civil, en su artículo 102.

Se confunden universo focalizado y retardo. Es como si el Servicio de Impuestos Internos fiscalizara tres millones de contribuyentes y dijéramos que hay tres millones de evasores. Se confunde el universo con la falta, cualquiera sea ésta. O, si la Dirección del Trabajo realiza dos millones de inspecciones y a raíz de eso decimos que los empresarios han vulnerado, en el año calendario equis, en una cantidad de dos millones el cumplimiento de la legislación laboral. Así no se puede discutir seriamente ninguna política pública, no digamos que es una comisión investigadora.

¿Qué tiene que ver esto con las preguntas?

La primera pregunta que le quiero hacer al señor subsecretario es a propósito de un incentivo, para darle la ocasión que habíamos acordado.

Creo que el tema no es sólo incentivos económicos. Supone valores, el *ethos*, como dijo la ministra, para que las cosas funcionen y supone instituciones. Pero me gustaría despejar algunos temas. Quiero que se nos hable de los incentivos, porque, entre otras cosas, ese debate también es confuso en lo siguiente: escuchamos argumentos que no pueden ser consistentes uno con otro, es decir, es lo uno o es lo otro. El animal es perro o es gato, pero el gato perro no existe.

Un ejemplo en función de lo que hemos estado discutiendo en la Comisión. Hay temores legítimos, pero los argumentos son contradictorios sobre los cumplimientos de meta en la atención primaria.

Un argumento dice que en definitiva el incentivo es tan drástico que va a provocar una privación de recursos a quienes incumplan. Otro

argumento, absolutamente contradictorio, rompe un principio lógico elemental, y dice que el incentivo no sirve de nada porque lo que va a ocurrir es que se van a arreglar las cifras para que no se produzca esa pérdida de recursos.

Es muy importante que se nos aclare lo que ocurre con los incentivos, que no son sólo económicos sino que tienen que ver con un *ethos*, como lo dijo la señora ministra, y con instituciones.

La segunda pregunta para la señora ministra tiene que ver con los exámenes que planteó el diputado Marco Antonio Núñez. Dijo algo que me parece absolutamente razonable en relación con los derechos de las personas: No podemos vulnerar derechos para someter a una especie de examen *orwelliano*, del libro 1984, a los ciudadanos. Hay que distinguir con respecto a algunos exámenes. Parece razonable no obligar a una mujer a hacerse un papanicolau, se puede decir que es un tema privado, a lo más con impacto familiar, pero en el caso de enfermedades como la sífilis y su efecto epidemiológico hay un interés colectivo comprometido donde se puede buscar algún ajuste, a pesar de los problemas de ratificación e identificación que usted señaló.

Es posible actuar más desagregadamente dependiendo del tipo de examen, además nos ayudaría a superar el problema de falta de cuantificación para observar el avance del cumplimiento de exámenes en materia de medicina preventiva, que le preocupa al diputado Núñez.

El Auge ha significado un tremendo avance y lo valoro porque es la primera política social universal en muchos años, después del dogma consistente en la focalización social en los pobres que significó el abandono de la clase media, una confección en la que la categoría ciudadana y de derecho quedó muy disminuida. Puedo entender eso por razones ideológicas y de recursos, pero, afortunadamente, ya se ha superado.

Debemos avanzar lo más rápido que se pueda en el tema del soporte informático, que ha provocado que se confundan universos fiscalizados con retardos, transgresiones e incumplimientos.

También tenemos un problema severo de información. Lo digo a partir de la experiencia empírica de ver el interés de la gente de mi distrito por informarse. A varios de los que se encuentran acá les constan las peticiones reiteradas de material informativo. Hay que hacer una inversión de varios millones de dólares en folletos explicativos, didácticos y prácticos. No es para hacerle propaganda a la Concertación, al ex Presidente Lagos, a la Presidenta Bachelet, ni a los ministros o subsecretarios de Salud, sino que para que la gente se informe.

El Auge es noticia cuando hay una Comisión Investigadora, pero no cuando se incorporan patologías, lo que es bueno desde todos los ángulos, sobre todo para que las garantías se masifiquen, que es el objetivo a mediano y largo plazo de la política pública universal del plan.

Tiene la palabra el señor Fábrega.-

El señor FÁBREGA.- Señor Presidente, los instrumentos de gestión asociados al incentivo y desincentivo en el sector público de Salud y en la construcción de redes asistenciales son el foco con que buscamos fortalecer el sector público en el marco de cumplimiento de garantías explícitas. Es parte de uno de los objetivos del actual equipo de gobierno que incorpora compromisos de gestión, convenios de desempeño –para los directores de servicios de salud y directores de hospitales-, metas de indicadores –vinculadas a la ley de Presupuesto, donde figura cada repartición-, metas asociadas a cumplimientos para el pago de bonos de desempeño a los trabajadores de atención primaria, metas de cumplimiento de metas vinculadas a trabajadores de la ley médica, metas de cumplimiento de metas a los trabajadores del Estatuto Administrativo –que incluye a profesionales no médicos y a otros que no lo son- y medidas disciplinarias.

Cuando se mira armónicamente este instrumental, está contemplado todo lo que es el desarrollo de los incentivos, tanto el pago de asignaciones de metas como el pago de asignaciones de alta dirección pública, asimismo por el descuento por incumplimiento, como también lo que tiene que ver con los ránkines, prestigio, acceso a capacitación, etcétera. En fin, cada uno de estos temas van asociados a todos los mecanismos monetarios y de incentivo, en que está asociado tanto el sector público como su funcionario.

Se toma en cuenta la calificación, las anotaciones de mérito y demérito. Hay un instrumental que produce que el sistema vaya dirigido al cumplimiento de esta gran norma que es el fortalecimiento del sector público en el marco del cumplimiento de las garantías. Ahora bien, les puedo hacer llegar la información de cómo están alineados y cómo es cada una de las metas que están contempladas. Nosotros tenemos en cada uno de estos instrumentos las metas alineadas. Por ejemplo, en torno a la hipertensión arterial, que es una de las grandes prioridades, lo que interesa es apuntar a cambiar el sistema, buscando prioridad por una enfermedad crónica, que es uno de los temas principales en esta transformación que se viene produciendo en los últimos años.

Tenemos que ser capaces de que en el sector se tenga la misma pasión por hacer las cosas bien, tal como lo fue en lo materno-infantil, y aplicarlo para enfrentar un problema de enfermedades crónicas. Esa pasión se va produciendo en la medida que nosotros estamos alineando todo el sistema, los indicadores e incentivos, las capacitaciones y todo aquello vinculado a la cultura que premia el hacer las cosas bien.

Podría detallar en qué consisten las diversas metas que están vinculadas a la transformación del sistema del servicio de salud, que contemple lo que son los procesos de transformación del sector, en la atención primaria, en la gestión hospitalaria, en la redes electivas, ambulatorias y en la construcción de sistemas integrados en red. Asimismo, en lo que son los procesos y soportes, lo que implica manejo

de información del sistema financiero, como manejo de la participación ciudadana y de todo lo que son recursos humanos.

Cada una de las metas, dentro de este paquete de contenidos de proceso y soporte, está contemplada tanto para la atención primaria como para los médicos y los trabajadores de nivel especializado, de tal manera que estemos siempre midiendo lo mismo y apuntando a un crecimiento progresivo en la cobertura o en las compensaciones. Nosotros siempre, como sector, medimos cobertura, por ejemplo, de vacunas, asumiendo que esto produce un resultado y un efecto.

Lo que estamos haciendo ahora, por ejemplo, en diabetes, es medir la compensación. No medimos solamente que la persona vaya a su control, sino que también estamos midiendo, por ejemplo, la hemoglobina glicosilada. Lo que buscamos es prolongar la calidad de vida. No es lo mismo estar desde los 55 años en diálisis, que estar con 70 u 80 años sin diálisis.

Nosotros estamos en condiciones de demostrar, a través de los años, cómo se impacta en la calidad de vida de los chilenos, en la medida en que logramos compensaciones en el manejo de las patologías.

Vengo de comparar lo que expertos de otros países están haciendo en salud, y la verdad es que estamos en niveles comparables -incluso superiores- en términos de compensación y cobertura.

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

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Respecto de la consulta de la sífilis, nosotros tenemos un patrón de exámenes que se aplican, por ejemplo, a todas las embarazadas, y que incluye la sífilis, la glicemia, el VIH, etcétera, y la verdad es que nunca he visto o se me ha señalado que una embarazada no haya querido realizárselo.

El año pasado se realizaron 1.399.378 exámenes de Vdrl –para sífilis- de los cuales hay un porcentaje que corresponde a población de riesgo que son trabajadoras sexuales, y el 31 por ciento de embarazadas. Es decir, se realizan, pero no tenemos registrados quienes se hicieron el examen y quienes no. Pero tenemos la cantidad de personas que se lo han hecho.

El señor SAFFIRIO.- Señora ministra, es decir, existe ya un sistema que distingue entre lo que es un examen que tiene que ver con el interés individual o del grupo familiar y un problema general de salud pública.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Así es, eso existe. Lo que no tenemos, y sería bueno tenerlo, es el control de la población. Pero, por ejemplo, tenemos la cantidad de papanicolau, que si bien es personal, es prevenible y de mucho costo.

Por otra parte, quiero compartir el hecho de que el sistema informático es insuficiente, que he reconocido y he visualizado los caminos, que

sólo haciendo una fusión de este sistema de control del AUGE o con los sistemas informáticos propios de los establecimientos habrá eficiencia. Para eso estamos trabajando, para lo cual hemos tenido un importante aporte presupuestario para hacer este trabajo mancomunado, efectivamente integrado con esta plataforma.

Además, quiero compartir el déficit de información de las personas. Por eso, a fines del 2006 y comienzos de 2007 variamos nuestra política de información respecto del AUGE. Hasta ese momento tratábamos de dar la información de cuales eran las enfermedades, lo que es muy complejo. Cuando informamos las primeras 25, no hubo problema, pero cuando aumentamos a 56 las enfermedades o cuando estamos aumentando otras 6, es imposible para cualquier persona saber exactamente de qué se le habla.

Por eso, nuestra política de información a los usuarios apunta a decirle a las personas que se informen. Para eso, hemos puesto a disposición el teléfono Salud Responde que en la actualidad está operativo en todas partes de Chile. Allí, las personas pueden consultar, por ejemplo, si la diabetes está en el AUGE, dónde pueden tener acceso a información oportuna, qué pueden exigir y qué pueden reclamar.

Por tanto, hemos instalado este teléfono único que es el Salud Responde, cuyo número es el 6003607777. El 2006 estuvo operativo sólo en la Región Metropolitana, pero durante este año comenzamos la expansión al resto de las regiones. Hemos recibido más de 450 mil llamadas no sólo para consultas sobre el AUGE, porque también se puede recibir indicación sobre enfermedades o respecto de la autoridad sanitaria. Tenemos centralizado todo lo que era el antiguo sistema y nos parece que esto es una modalidad más adecuada para dar información, porque, de lo contrario, es muy complicado, pues ningún especialista y probablemente ninguno de nosotros conoce el listado.

Efectivamente, necesitamos más y mejores instrumentos y estamos preparando distintos tipos de material, enfocado a diversos objetivos públicos. Uno ha sido las campañas comunicacionales que ha tenido Fonasa. Otras son las informaciones que tienen que entregar a las personas cuando van a la consulta, ya sea del médico particular o del sistema público. Tienen que decirle: "Mire, esto es AUGE y usted tiene derecho a lo siguiente".

Estamos haciendo folletería que va a estar disponible en los boxes de atención y un sistema distinto, constituido por pequeños librillos que estamos realizando para consulta de las oficinas de informaciones, de las juntas de vecinos. No son para el público, en general, sino para disponer en lugares de mayor organización.

En definitiva, estamos buscando tener distinto tipo de material disponible, el que esperamos hacerles llegar para su difusión, señor Presidente.

El señor SAFFIRIO.– Muy bien. Muchas gracias, señora ministra y señor subsecretario.

Quedamos, entonces, a la espera de esos antecedentes.

Tiene la palabra el señor Sepúlveda.

El señor SEPÚLVEDA.– Queda claramente demostrado que tenemos percepciones absolutamente distintas y visibles respecto de cómo ha funcionado el Auge.

Quiero decirle, señora ministra, que, desgraciadamente, cada vez que vi a alguien, ya sea a parlamentarios, al Colegio Médico, a la autoridad de salud, pareciera ser que nuestro único ánimo se dirige a destrozar esta causa. La ministra nunca ha reconocido que el Auge está vigente gracias al apoyo de los parlamentarios de la Alianza. Cuando se escucha hablar del tema -y legítimamente puede tener usted una visión absolutamente distinta, como la tiene nuestro colega Ortiz-, uno no entiende por qué los diputados de su partido, que eran miembros de esta comisión, criticaron el grado de incumplimiento del Auge. Estaban fuera y son personas que pueden disentir, pero se les pretende acallar. Creo que no está todo mal o todo perfecto. Queremos tan sólo ayudar, señora ministra, para que el Auge cumpla con lo que prometió.

¿Alguien del ministerio conoce, al menos una sola persona, todas las patologías Auge, con sus distintos casos? Obviamente, ninguno. Lo hemos conversado con el director de Fonasa, puesto que no hay capacidad para eso.

Pretendemos dilucidar por qué hay tanto incumplimiento. Recuerden que hace tres meses no se reconocía incumplimiento.

Posteriormente, después de una sesión especial, la ministra reconoce que hay un 7 por ciento, que significa alrededor de 400 mil incumplimientos por parte del Auge, y entra esta nueva polémica por zanjar qué se entiende por incumplimiento.

Ese tema ya no me preocupa porque cuando se quiere justificar lo injustificable, sencillamente podrá dar mil razones para ello. Pero, me preocupa, señor Presidente, lo que pasa con la gente.

En la sesión pasada pedí autorización, tengo los poderes notariales, para que viéramos en vivo y en directo qué estaba pasando con dos personas –la ministra conoce los casos- y aquí se adujo reserva de información para no dar a conocer lo que estaba sucediendo con dos casos puntuales que, además, el directorio de Fonasa y la señora ministra conocen, para que la gente supiera qué está pasando realmente. Para que se sepa cómo funciona el famoso sistema informático, al cual se le echa la culpa del fracaso y del incumplimiento, al igual que en Transantiago.

Como botón de muestra, señor Presidente, quiero mencionarles qué es lo que pasa, por ejemplo, con una de las patologías: la colecistectomía preventiva de cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años. De acuerdo con el propio folleto, entregado por el Ministerio de Salud, se expresa: “Si usted tiene entre 35 y 49 años y en el consultorio o centro de salud sospechan que tiene síntomas de cálculos en la vesícula -que es una patología bastante frecuente en las mujeres- y/o en las vías biliares, el médico solicitará una ecotomografía abdominal”.

Sólo en Maipú tengo un listado de más de 300 personas que llevan más de un año esperando la realización de una ecotomografía abdominal, a fin de confirmarles recién ahí que tienen cálculos en la vesícula para, posteriormente, entrar en los plazos del propio instructivo que ahí se señala. Entonces, uno queda con un sabor amargo cuando hace una crítica, pues lo único que pretende es que se solucione un problema. Cuando la hace el Colegio Médico, se le acusa de manipular información; cuando la hacemos parlamentarios de la Alianza, de que queremos perjudicar al ex Presidente Lagos.

Señora ministra, reconocemos en el Auge un avance importante en política de salud, porque está en directa relación con la salud de las personas, pero también queremos que el gobierno reconozca que no todo ha sido miel sobre hojuelas. Que ha habido dificultades, pues ustedes han sido los responsables en su implementación.

En la actualidad, estamos hablando de los problemas que ha habido con el sistema de información digitalizada o computacional. Entonces, ¿cuándo se solucionarán estos problemas? ¿Cuándo podremos decir a los usuarios, a todos los beneficiarios del Auge, que cuando sufran algunas de estas 56 patologías, más las que vendrán pronto, que se cumplirán todos los compromisos adquiridos?

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Señor diputado, antes de dar la palabra a la señora ministra, quiero referirme sobre uno de los planteamientos que hizo en la sesión del lunes pasado. Al no tener los poderes escritos, el doctor Monasterio señaló que no podía correr el riesgo, como director de Fonasa, de hacer la demostración informática sobre la legítima pregunta que usted le hiciera, pues lo podía poner en problemas legales.

Ahora, si usted los tiene, en cualquier momento podemos acordar en la Comisión que se haga la exposición en línea sobre las dos consultas del diputado señor Núñez. Por lo tanto, no habría razón para que no se pudiera comprobar si esos dos rut que le interesan se encuentran en el sistema.

Le aclaro a la señora ministra de Salud para que entienda mejor lo que estoy señalando.

El lunes pasado se hizo una exposición y el ministro, para los efectos de ésta, tenía la autorización de las personas para introducir sus rut en lo que se requería, porque también se contestaron preguntas que no

afectaban en nada la privacidad. Ante ello, el diputado señor Sepúlveda planteó un tema vinculado al punto, pero, lamentablemente, a pesar de que nos señaló que tenía autorización verbal –no hay por qué dudar-, en esos momentos, no tenía los poderes escritos. Ahora, insisto, si los tiene, no habría inconveniente en fijar un espacio de tiempo –si les parece, lo podemos fijar mañana-, a fin de que se aclaren sus inquietudes. El punto era que el director de Fonasa, sin una autorización por escrito, no podía correr ese riesgo.

Tiene la palabra la señora ministra de Salud.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- Señor Presidente, en primer lugar, me alegra mucho que el diputado Sepúlveda valore lo que el Auge ha significado para las personas. Aquí, más allá de las dificultades iniciales, cuando se comenzó a discutir el Auge, había mucha suspicacia respecto de si iba a ser un plan básico o mínimo. Creo que no es un plan básico, sino forma parte de todos los derechos de salud que comenzó con esa priorización y que da una nueva realidad respecto de los derechos que los hace exigibles. Este es un acuerdo político-país que me parece importante valorar y, sobre todo, desde el punto vista de lo que ha significado para esos más de cuatro millones de chilenos que han podido atenderse. Lamento que el señor diputado no haya estado presente cuando me referí al sistema informático, pero quiero decirle que hoy, así como ayer, esto está para ser exigido por las personas, por todos los chilenos y chilenas. El Auge es un nuevo concepto de derecho exigible, es una garantía exigible. Si no se le está cumpliendo a las personas, éstas tienen que reclamar en el Fonasa, en las isapres o en la Superintendencia de Salud y van a tener resuelto el problema, tal como se señala, en los teléfonos que mencioné o en las cartillas.

Creo que esto es un gran avance como país, un instrumento en el que nos hemos dado, los chilenos y chilenas, la posibilidad de que las personas tomen su ciudadanía en las manos y puedan exigir ese derecho, transformándose en un derecho teórico en la salud, hoy son 56 patologías y que queremos que sean 80, que hoy puede ser exigido.

Sí hay personas que han tenido retrasos, y el sistema tiene que cumplirles. Ésa es la voluntad del Gobierno y para eso estamos trabajando.

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

El señor ROSSI.- Señor Presidente, en esta Comisión de la Cámara estamos analizando un tema técnico, pero hay ciertas cosas que no puedo dejar pasar. Por su intermedio, me quiero dirigir, con mucho respecto, al diputado Roberto Sepúlveda. Él bien dijo que la Oposición concurrió con sus votos en el período pasado, durante el gobierno del Presidente Lagos, a lograr sacar adelante la reforma de salud y, dentro de ella, el proyecto que estableció garantías explícitas. Pero, en verdad, éste no era el proyecto que queríamos. Si bien es cierto siempre he dicho que esto es un avance, queríamos ir mucho más lejos: establecer

el concepto de equidad y de solidaridad como un pilar central y fundamental del sistema de salud pública y privada chilenas. Dentro de la idea original -es bueno refrescar la memoria- estaba contemplado tener un fondo solidario. ¿Qué decía este fondo solidario? Que de todas las cotizaciones de todos los ciudadanos y ciudadanas se iba a hacer un fondo con tres séptimos del 7 por ciento, es decir, un tres por ciento iba a ir a este fondo solidario para distribuir los recursos en salud, de acuerdo con el riesgo sanitario. Un país solidario lo que hace es distribuir los recursos que tiene para la salud de acuerdo con la posibilidad de enfermarse, con la carga de enfermedad y con el nivel de vulnerabilidad que existe en un determinado sector de la población. Esa solidaridad entre el sector privado y público no se pudo lograr porque la Oposición se negó de manera categórica, porque defendían los intereses de un sector de la salud privada, que son las isapres. Se opusieron desde el primer momento, porque eso disminuía las utilidades del sector privado de salud, que más que buscar el principio de la beneficencia, busca el principio del lucro. Son las consecuencias de tener dos subsistemas de salud en un mismo sistema: la salud privada, que busca el lucro, y la salud pública, que busca el beneficio. Es bueno recordar que no tuvimos fondo solidario, más equidad y más igualdad de oportunidades en salud, porque la Oposición se negó.

Cuando regulamos las isapres, que fue un proyecto que decía relación con la reforma, hablamos de regular el tema de la preexistencia, que es uno de los grandes problemas que tenemos en el sistema de salud privada. Me refiero a esta famosa letra que dice: "Si usted tuvo esta enfermedad o el diagnóstico se lo hizo antes de firmar el contrato, no le damos cobertura." O sea, ¿el paciente tiene la culpa de tener una enfermedad? Cuando quisimos tocar ese tema, la Oposición se opuso a regularlo. Cuando quisimos establecer que las isapres no podían ser juez y parte para el tema de las licencias médicas, porque obviamente para ellas es un negocio rechazarlas, la Oposición se negó a avanzar en esa materia.

Entonces, quiero dejar constancia en esta Comisión que es bueno tener buena memoria y asumir, no sólo las cosas buenas que uno hace -qué bueno que aprobaron el Auge-, sino también saber por qué no fuimos capaces de avanzar más, en regular más al sector privado y tener un sistema de salud pública más igualitario.

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

El señor ROBLES.- Señor Presidente, cuando se discutió la reforma de la Salud, junto la ley Auge, pilar importante fue la reforma a la autoridad sanitaria.

Concuerdo con la señora ministra en que la atención primaria es fundamental y que sin ella no tendríamos lo que tenemos. Sigo creyendo que es más importante que la secundaria y que la terciaria. Es decir, cuando se previene, cada peso invertido en la atención primaria es diez veces más rentable que la atención curativa. Por eso, hemos

insistido en concederle más recursos. Me felicito porque en el proyecto de presupuesto de este año por primera vez la atención primaria tenga una cantidad importante de recursos, en comparación con la atención secundaria y terciaria.

En consecuencia, a la atención primaria hay que aportarle todos los recursos.

Asimismo, cuando en la reforma hablamos de institucionalidad, también dejamos claro que debíamos buscar la integración entre la atención primaria y la secundaria, gestión para la cual entregamos las herramientas necesarias a los directores de servicio.

En este sentido, soy partidario de la desmunicipalización. Sé que hay muchos que no. Tal como ocurrió con la educación, donde la municipalización del sistema provocó su pulverización, la municipalización de la salud ha generado una disociación entre la atención primaria, la secundaria y la terciaria, que todavía estamos pagando y que no hemos logrado superar.

En consecuencia, aquí tenemos que realizar gestiones importantes a través de las direcciones de salud. Se siguen preocupando mucho de los hospitales y muy poco de la red.

Por otra parte, relacionado con el Auge y con la idea de dar atención de mayor calidad está la cuarta "pata", en términos de cobertura y restricción financiera, a fin de evitar gastos onerosos a las personas que se atienden en las patologías Auge. Recuerdo que esto fue parte central del debate de la Comisión.

Del mismo modo, hablar de calidad implica acreditación. Al respecto, es el Estado quien debe entregar seguridad a las personas que se atienden en un consultorio y no en un hospital, por cuanto en la salud se da una atención interpersonal, más que interinstitucional. El Estado tiene que asegurar, a cada uno de los chilenos y de las chilenas, que quien lo atienda tenga las capacidades para hacerlo. La ley debe garantizar que el prestador institucional y el individual estén acreditados en términos de las patologías Auge.

La calidad es un elemento de importancia, por cuanto, desde un tiempo a esta parte, ha habido asimetría en las capacidades de algunos facultativos a la hora de entregar salud, sobre todo por la diferencia de formación. En este sentido, al país ha llegado una gran cantidad de médicos extranjeros, cuestión que valoro. Sin embargo, entre aquellos que tienen una muy buena formación, que pasan por nuestros controles universitarios, hay otros que tienen una formación bastante deficitaria, por lo cual requieren capacitación y un fuerte control estatal.

Por lo general, éstos prestan atención en los consultorios. Afortunadamente, en mi región la gran mayoría de los colegas que prestan atención primaria son médicos chilenos o profesionales

extranjeros que han sido evaluados por universidades chilenas, como cubanos o norteamericanos.

Creo que en ese plano es evidente que también debemos necesariamente introducir las mejoras del caso para, como lo hemos estado conversando, dar una buena atención AUGE, para entregar la buena atención planteada por el subsecretario en todas estas materias, lo que me parece sensacional.

Valoro tremendamente que el Ministerio esté preocupado no sólo de la cobertura, sino también de la calidad de la atención en salud primaria. Los test mencionados por el subsecretario -para la gente que no entiende- muestran cómo se está controlando la diabetes no sólo con el examen de sangre para saber si tiene o no la enfermedad, porque eso es muy básico, sino, además, constatando si el tratamiento que está siguiendo la persona y el control que le está haciendo el consultorio son aceptablemente buenos o no. Y eso me parece extraordinariamente importante.

Por lo tanto, para poder avanzar en esa línea necesitamos personal capacitado para hacer bien las cosas, para no dar al enfermo, como decía el diputado Lobos, una cantidad enorme de antiinflamatorios en una receta larga -que también sale de los consultorios-, porque quien la está emitiendo no tiene todas las competencias que quisiéramos para poder -digámoslo así- definir con más claridad el diagnóstico y, por consiguiente, dar el mejor tratamiento.

Es muy relevante la materia que discutimos en términos de las patologías AUGE. Y aquí no solamente el tema AUGE, sino también el no AUGE me preocupan y me seguirán preocupando muchísimo durante todo el funcionamiento de esta Comisión Investigadora, porque nuestras dudas están orientada principalmente a eso.

Me alegra mucho, desde el punto de vista de los pacientes, sobre todo en relación con la carga de enfermedades que tenemos, que estemos entregando una mucho mejor atención en salud. Ello se evidencia en todas las cifras existentes, desde el punto de vista técnico, principalmente en el sector público.

Pero también es muy relevante hacer un esfuerzo en la materia, y me parece muy bien que el Ministerio esté haciéndolo en aquellos aspectos que no corresponden al AUGE y que ameritan un control fuerte.

Sería muy interesante que este control, las patologías trazadoras, etcétera, fueran cambiando y evolucionando en el tiempo. Ello, porque -vuelvo a insistir- aquí la gestión es fundamental. Cuando no se gestiona lo suficientemente bien, entonces simplemente por problema de gestión de recursos humanos se cierran pabellones y, por tanto, hay menos infraestructura para atender tanto a los AUGE como a los no AUGE y, sobre todo, empieza a disminuir la necesidad de la población en ese sentido.

Por último, espero que en nuestras conclusiones consignemos un capítulo particular respecto de cómo están el Auge versus el no Auge.

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

El señor MASFERRER.- Señor Presidente, para no llegar al Auge, sobre todo en regiones, porque conocemos las problemáticas existentes -por eso estamos en esta Comisión- valoro -como lo han hecho el diputado Robles y otro colega- el aumento del presupuesto en salud, especialmente en atención primaria, que es el área que más se ha ido desarrollando en el país. Ahí la cuestión es cómo prevenir que la gente se enferme y deba usar la red de atención para atenderse por alguna enfermedad Auge.

Pero no sacamos nada con aumentar el presupuesto y entregar más recursos a la atención primaria si no aumentamos el per cápita. Porque ésa es la base para que quienes están a cargo de la salud primaria en las comunas puedan desarrollar y mejorar, de acuerdo con la visión de los técnicos locales, cómo tener mejores equipos y entregar una mejor salud a esa comuna.

Soy ferviente partidario de la atención primaria, pero, al mismo tiempo, muy crítico de que ese ingreso per cápita -y la ministra debe entenderlo- sea bastante menguado. Esa cantidad, que está dividida en tres o cuatro tramos, no alcanza a 1.300 ó 1.400 pesos por habitante. Siempre me he preguntado por qué ese subsidio no puede ser igual en todas las comunas de Chile. No es lo mismo entregar atención primaria de salud en las localidades rurales que representamos algunos parlamentarios.

Por ejemplo, en la Sexta Región, del Libertador General Bernardo O'Higgins, se ubica la comuna de Las Cabras, distante a cien kilómetros de su capital regional, Rancagua. Allí existe un hospital, pero sólo se entrega atención primaria. Además, hay siete u ocho postas rurales porque la superficie de la comuna comprende aproximadamente 800 kilómetros cuadrados. ¿Qué ocurre? Cuando se necesita trasladar a un enfermo internamente, el municipio no tiene otra forma de darle atención primaria más que con la ayuda de una ambulancia, pues algunas localidades están ubicadas a cien kilómetros de distancia de la plaza de la comuna donde está el consultorio. Lo mismo se debe hacer algunas veces cuando hay una mujer embarazada, hay que ir a buscarla. Así cumplen los municipios de zonas rurales. No hay embarazada que no valore cuando su hijo nace con la atención de un profesional, porque, indudablemente, ese niño será mucho más sano o ciento por ciento sano. Y en ese sentido todos somos más ricos, porque si tuviera algún problema, indudablemente que toda la sociedad chilena tendría que aportar recursos para educarlo. Entonces, por qué no echamos una mirada hacia esas comunas y entregamos un per cápita decente y con el que se pueda atender a los pacientes alejados de los centros urbanos.

Algunas veces, de los programas que el Ministerio de Salud entrega a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se obtiene una mirada política. Ocurre que no se otorga el mismo presupuesto o ayuda a la Dirección Regional de Salud, porque el alcalde tiene una mirada distinta a la del director de salud, ambos no se entienden o son de un partido político distinto. Pero no podemos hacer eso en salud.

Por eso, ojalá que muchos parlamentarios compartan conmigo la idea de entregar un mejor per cápita para las comunas más alejadas de los centros urbanos de la región.

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

El señor LOBOS.- Señor Presidente, respecto de las interrogantes planteadas por el diputado Rossi, depende del prisma con que se mire, porque muchas veces la visión puede ser distinta.

A mi juicio, el fondo solidario es netamente de responsabilidad estatal. Todos los chilenos pagamos nuestros impuestos y a través de ellos se deben redistribuir los ingresos, no a través de la expropiación o como un impuesto más, lo que significaría extraer un porcentaje de lo que la persona está cotizando para salud. Entonces, cuando un país quiere ser realmente solidario, debe hacer que el Estado invierta un porcentaje del PIB mayor que el que está invirtiendo Chile, que no está acorde con la Salud que todos quisiéramos y, de hecho, otros países de la región invierten mucho más que nosotros.

Con respecto a las isapres, creo que sus cotizantes de menores ingresos son uno de los pocos ganadores del Auge, porque pudieron rebajar el costo de sus planes, a través de planes cerrados, lo que les permitió a las isapres, a su vez, ser las grandes ganadoras con el Auge. En teoría es mucho más fácil y más aceptable, a través de las patologías Auge y los convenios especiales, alinear a los médicos y conducir a los pacientes en la dirección establecida por estos planes cerrados. Hoy, se están ultimando detalles para la legítima libre elección a la que todos los médicos hemos postulado.

Por último, también a las isapres les convino el Auge, porque les permitió cobrar una prima por una prestación que todas ellas ya estaban brindando. Es decir, salieron ganando por dos lados: tienen mano de obra barata, los médicos, y más encima cobran una prima.

La señora BARRÍA (doña María Soledad).- En primer lugar, quiero referirme al tema de la calidad a la que aludía el diputado Robles. Tenemos la misma preocupación. Hemos buscado perfeccionar la capacitación del personal del sistema público y existen recursos para el personal de la atención primaria municipal, que vamos a complementar con un acuerdo con la Asociación de Facultades de Medicina que enseñan salud familiar, y que se han dedicado a este tema en la atención primaria, para lo que han formado un consorcio de facultades de salud familiar. Con ellos estamos haciendo cursos de capacitación

semipresencial, porque está destinado a gente que está trabajando en los consultorios y no podemos sacarlos de ahí. Vamos a potenciar esta área durante el próximo año, buscando llegar a la especialización en salud familiar, es decir, que puedan acceder a cursos de nivelación y acreditarlos como expertos en salud familiar. Nos parece que es el camino adecuado para fortalecer a la gente que hoy está trabajando en la atención primaria.

De la misma manera quisiera referirme a la posibilidad de diferenciar el per cápita. Se trata de recursos que se entregan al municipio por personas inscritas en los consultorios, asistan o no a ellos. Hay una cantidad fija mensual que se entrega por el hecho de que alguna vez se haya inscrito una persona en el municipio. La base son 1.500 pesos mensuales por persona inscrita, que puede no consultar nunca o hacerlo muchas veces. Tiene dos ajustes. Se ajusta por ruralidad -no se paga lo mismo a Las Cabras que a Rancagua- y por pobreza. Los municipios más pobres y/o más rurales reciben mejor per cápita.

Estamos conscientes de que esa adecuación no es suficiente, porque los municipios tienen grandes diferencias de recursos. Hay municipios muy ricos que aportan un pequeño porcentaje de sus recursos y duplican el per cápita; y en cambio hay otros que son muy pobres y que hacen un tremendo esfuerzo aportando 15 ó 20 por ciento de sus propios recursos y apenas le agregan un plus muy pequeño. Estamos conscientes de ello y por eso hemos suscrito un acuerdo con la Asociación de Municipios con el compromiso de que nosotros vamos a estudiar el per cápita. Estamos desarrollando dos estudios al efecto: uno destinado a establecer qué podemos hacer a corto plazo respecto de ese aporte y otro sobre los sistemas nacionales de distribución financieros, para lo cual contamos con un equipo de asesorías que incluye, entre otras a la de la Universidad Pompeu Fabra, de Cataluña. El objetivo de este estudio es adecuar el sistema de incentivos financieros a las necesidades de la población.

Respecto de la primera materia, hay casos en que el aporte per cápita parece insuficiente, pero resulta que a veces en la misma comuna, aparte del consultorio, hay un hospital que realiza a lo menos la mitad de las atenciones, y eso no se considera. En cambio hay otras comunas que no cuentan con hospital y en las que el aporte per capita resulta insuficiente.

En consecuencia, creemos que a todo esto hay que darle una mirada de conjunto. Tenemos una línea de trabajo de corto plazo que hemos consultado con la Asociación de Municipios y con la Confusam para reorientar el aporte per cápita que, insisto, hoy asciende a 1.500 pesos mensuales por persona inscrita en cada consultorio, monto que puede aumentar en función de la ruralidad y de los niveles de pobreza de la comuna. A mayor pobreza, mayor per cápita.

La otra línea de trabajo es de más largo plazo. Se refiere al sistema global de financiamiento, donde no sólo debemos incluir lo municipal, sino todo lo demás.

Quiero ser muy clara para señalar que el per cápita de 1.500 pesos mensuales no debe considerarse de manera aislada, porque si uno agrega todos los recursos que se están entregando a los municipios llegamos a 2.800 pesos mensuales.

Además, quiero ser muy tajante para decirle al Diputado Juan Masferrer que para nosotros no es aceptable que se hagan diferencias de carácter político entre los municipios para la entrega de los recursos. Creo que si una cosa ha tenido el Ministerio de Salud es precisamente una muy buena relación con la totalidad de los municipios del país, porque no se hacen esas diferencias. Esto se debe a que la población, más allá de quienes sean sus representantes, tiene derecho a una atención justa y digna. Si el señor diputado cuenta con antecedentes en contrario, le ruego que me los haga llegar, porque no es así.

Si hemos mantenido algunos recursos fuera del per cápita es porque tenemos mayor grado de control sobre esos recursos. En la medida que vamos desarrollando los indicadores asociados a metas que, ya decía yo, tienen un recorrido relativamente corto, y los adicionales, suscribimos convenios con los municipios. No entregamos los recursos libremente a las municipalidades, sino que cada entrega está asociada a la suscripción de un contrato de gestión, mediante el cual se comprometen a realizar determinadas cosas, lo cual lo diferencia del per cápita.

En ese contexto, vamos evaluando lo realizado para determinar cuánto de esos recursos adicionales es posible incorporar definitivamente al per cápita, que es lo que debe constituir la gran mayoría. Pero para eso necesitamos ir perfeccionando nuestro sistema de control de gestión de metas con los municipios.

Tenemos el privilegio de contar con un gran sistema público de Salud, sumamente descentralizado, lo cual entiendo como una fortaleza. Para que un sistema de esas características pueda cumplir con objetivos comunes y no se vea esa dispersión a la cual usted hace mención, señor diputado, es que necesitamos tener un sistema de control de gestión y de metas comunes.

El Auge, como instrumento, es muy importante para esos efectos, porque nos pone una prioridad como país, ya que involucra a la atención primaria, a la secundaria, a los distintos niveles de atención, a los distintos tipos de profesionales.

Aprecio las expresiones de los distintos diputados que han señalado que valoran el Auge como un aporte importante. Además, es un instrumento muy novedoso. No hay otro país que tenga esto: la posibilidad de que sean garantías exigibles es un derecho concreto.

Por lo tanto, es una construcción que estamos llevando a cabo. No hay obra humana que no pueda mejorarse.

Estamos plenamente dispuestos a recibir los aportes de esta Comisión, ya que este plan puede ser perfectible, especialmente en el sistema informático, es decir, en la información que se entrega a los usuarios.

Aquí, hay un norte: las personas. En nuestro país, cada día tienen más derechos, y queremos que tengan acceso efectivo a una salud de mejor calidad, más digna y justa.

Muchas gracias.

El señor SAFFIRIO (Presidente).- Muchas gracias, señora ministra.

Esta jornada de trabajo la calificaría como muy fructífera, especialmente por la colaboración de nuestra invitada.

Señores diputados, es muy importante que mañana, a las 11.30, podamos sesionar en Valparaíso, ya que debemos adoptar varios acuerdos. Uno, bien decisivo, consiste en pedir autorización a la Sala para prorrogar el trabajo de esta Comisión, al menos, hasta el 30 de diciembre del año en curso.

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

-Se levantó la sesión a las 12.40 horas.

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