INFORME DE LA TERCERA SUBCOMISION ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTOS, recaído en el proyecto de ley de presupuestos del sector público para el año 2013, en lo relativo a la **PARTIDA 16, MINISTERIO DE SALUD.**

BOLETIN Nº 8.575-05

HONORABLE COMISION ESPECIALMIXTA DE PRESUPUESTOS:

La Tercera Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos tiene el honor de informar la Partida 16, Ministerio de Salud, del proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2013.

Asistentes primera sesión

Dicha Partida fue estudiada en una primera sesión celebrada el día 11 de octubre de 2012, a la que asistieron sus integrantes, Senadores señores Carlos Ignacio Kuschel Silva y Jaime Orpis Bouchon y Diputados señores Javier Macaya Danús, José Miguel Ortiz Novoa (Presidente) y Alberto Robles Pantoja.

A esta sesión concurrieron, además, los Diputados señores Marco Antonio Núñez Lozano, Leopoldo Pérez Lahsen, Gabriel Silber Romo y Víctor Torres Jeldes.

Asimismo, asistió, especialmente invitado el Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich. Igualmente, participaron el Subsecretario de Salud Pública, señor Jorge Díaz; el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo; los Jefes de Gabinete: del Ministro, el señor Arturo Zúñiga, del Subsecretario de Salud Pública, la señora Itziar Linazasoro, del Subsecretario de Redes Asistenciales, el señor Mario Villalobos; los abogados asesores, señora Carolina Covarrubias y señores Jaime González y Juan Andrés Hübner; los periodistas del Ministerio de Salud, señora Mireya Chávez y señor Pablo Solís, y el fotógrafo, señor David Lillo. Del Fondo Nacional de Salud (FONASA): el Director Nacional (S), señor Patricio Muñoz; la Jefa del Departamento Comercial, señora Soledad Mena; la Jefa de Comunicaciones, señor Claudia Cento; la Jefa del Departamento Central, señora Gladys Olmos; el Jefe del Departamento de Tecnología, señor Gino Olave, y el Jefe del Departamento de Finanzas, señor Manuel Rojas. Del Instituto de Salud Pública (ISP): la Directora, señora María Teresa Valenzuela, la Jefa de Planificación, señora Susana Catalán, y el Jefe de Administración y Finanzas, señor Juan Pablo Sepúlveda. De la Central de

Abastecimiento (CENABAST): el Director, señor Valentín Díaz; el Jefe de Administración y Finanzas, señor Hugo Lazo, y el Jefe de Comunicaciones, señor Víctor Toledo. De la Dirección de Presupuestos: la Jefa del Sector Salud, señora Mariela Orellana; el abogado, señor Rodrigo Quinteros; los Analistas, señora Rebeca Vidal y el señor Francisco Carrasco, y los asesores, señor José Antonio Tanhuz y Thomas Leisewitz. Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: el Coordinador de la Unidad, señor Carlos Ríos, y los asesores, señora Daniela Iglesias y señor Juan Pablo Núñez. De la Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN): el abogado, señor Sebastián Pavlovic. El Secretario Regional Ministerial de Salud de la V Región: señor Jaime Jamett. La asesora del Comité DC de la Cámara de Diputados, señora Ximena Gutiérrez y los profesionales de la Unidad de Asesoría Presupuestaria del Senado, señores Alejandro Hormazábal y Eduardo Díaz.

Asistentes segunda sesión

A la segunda sesión en que se trató esta Partida el día 18 de octubre de 2012, asistieron, sus integrantes, Senadores señores Carlos Ignacio Kuschel Silva y Hernán Larraín Fernández (Jaime Orpis Bouchon) y Diputados señores Javier Macaya Danús, José Miguel Ortiz Novoa (Presidente) y Alberto Robles Pantoja.

También concurrieron a esta segunda sesión, la Diputada señora María José Hoffmann Opazo y los Diputados señores Enrique Accorsi Opazo, Juan Carlos Latorre Carmona, Marco Antonio Núñez Lozano, Leopoldo Pérez Lahsen y Víctor Torres Jeldes.

Asimismo, asistió, especialmente invitado el Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich. Igualmente, participaron el Subsecretario de Salud Pública, señor Jorge Díaz; el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo; el Jefe de Gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, señor José Dougnac; los Jefes de Gabinete: del Ministro, el señor Arturo Zúñiga; del Subsecretario de Salud Pública, la señora Itziar Linazasoro; del Subsecretario de Redes Asistenciales, el señor Mario Villalobos; los abogados asesores, señora Carolina Covarrubias y señores Jaime González y Juan Andrés Hübner; los periodistas, señora Mireya Chávez y señor Pablo Solís, y el fotógrafo, señor David Lillo. Del Fondo Nacional de Salud (FONASA): el Director Nacional (S), señor Patricio Muñoz; la Jefa del Departamento Comercial, señora Soledad Mena; la Jefa de Comunicaciones, señor Claudia Cento; el Jefe del Departamento de Planificación, señor Francisco León, y el Jefe del Subdepartamento de Programa Finanzas, señora Gloria Sepúlveda. Del Instituto de Salud Pública (ISP): la Directora, señora María Teresa Valenzuela, la Jefa de Planificación, señora Susana Catalán, y el Jefe Departamento de Administración y Finanzas, señor Juan Pablo Sepúlveda. De la Central de Abastecimiento (CENABAST): el Director, señor Valentín

Díaz; el Jefe de Administración y Finanzas, señor Hugo Lazo, y la Jefe de Gabinete, señora Valentina Díaz. De la Superintendencia de Salud: el Superintendente, señor Fernando Riveros, y la Jefa del Departamento de Administración y Finanzas, señora Pilar Ortega. De la Dirección de Presupuestos: la Jefa del Sector Salud, señora Mariela Orellana; el abogado, señor Rodrigo Quinteros; los Analistas, señora Rebeca Vidal y el señor Francisco Carrasco, y los asesores, señor José Antonio Tanhuz y Thomas Leisewitz. Del Ministerio de Desarrollo Social: el Analista, señor Daniel Tuteleers. Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: el Coordinador de la Unidad, señor Carlos Ríos, y los asesores, señora Daniela Iglesias y señor José Pablo Núñez. De la Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN): el abogado, señor Sebastián Pavlovic. La asesora del Comité DC de la Cámara de Diputados, señora Ximena Gutiérrez. La asesora del Senador Chahuán, señora Marcela Aranda. De la Fundación Chilena de Enfermedades Lisofomales: la Directora Ejecutiva, señora Miryam Estivill, y las señoras Karem Araya y Mariela Maglioto. De la Federación Regional de Técnicos en Enfermería de los Servicios de Salud (FERTESS): la Presidenta FERTESS Bíobío, señora Mireya Sanhueza; la secretaria de actas, señora Yasna Saldías; y los dirigentes: señora Patricia Sporman y señores Juan Rapimán, además Vicepresidente de CONAFUTECH, y Víctor Concha. De la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud: la Secretaria General de CONFUSAM, señora Carolina Espinoza; el Director Nacional, señor Fernando Kursan; el Vicepresidente Nacional de FENPRUSS, señor Claudio González; los Directores Nacionales de FENPRUSS, señora Marina Guevara, y señores Mario Villanueva y Hernán Barrientos; el vocero de Salud Un Derecho, señor Matías Goyenechea; el Asesor Audivisual, señor Carlos Verdugo; el Presidente de CONFUSAM, señor Esteban Maturana. De la Corporación Pro Ayuda al Enfermo Reumático VOLAR: la Presidenta, señora Ruth Atenas; las Directoras: señora Patricia Paredes y señora Marielina Reyes; la Tesorera, señora Patricia Espinoza; las Voceras: señoras Cecilia Rodríguez y Lorena Rodríguez, y la Encargada de Comunicaciones, señora Paula Ossandón. De la Corporación AFANTI (que representa a los enfermos de tirosinemia): la Vicepresidenta, señora Soledad Valle acompañada de la Asistente Social, señora Mitze Ivonne Ríos. De la Fundación Queremos ser Padres: la Presidenta, señorita Patricia Ramírez y la señora Ángela Tapia.

Asistentes tercera sesión

A la tercera sesión en que se trató esta Partida el día 5 de noviembre de 2012, asistieron, sus integrantes, Senadores señores Francisco Chahuán Chahuán y José García Ruminot (Carlos Ignacio Kuschel Silva) y Alejandro García-Huidobro Sanfuentes (Jaime Orpis Bouchon) y Jaime Orpis Bouchon y Diputados señores Javier Macaya Danús, José Miguel Ortiz Novoa (Presidente) y Alberto Robles Pantoja.

También concurrieron a esta tercera sesión los Diputados señores Enrique Accorsi Opazo y Cristián Letelier Aguilar.

Asimismo, asistió, especialmente invitado el Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich. Igualmente, participaron el Subsecretario de Salud Pública, señor Jorge Díaz; el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo; el Jefe de Gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, señor José Dougnac; los Jefes de Gabinete: del Ministro, el señor Arturo Zúñiga, del Subsecretario de Salud Pública, la señora Itziar Linazasoro, del Subsecretario de Redes Asistenciales, el señor Mario Villalobos; el asesor legislativo del Ministro, el doctor señor Juan Cataldo; los abogados asesores, señora Carolina Covarrubias y señor Jaime González; la Jefa de Prensa del Ministerio, señora Ana María Morales, señora Mireya Chávez y señor Pablo Solís, y el fotógrafo, señor David Lillo. Del Fondo Nacional de Salud (FONASA): el Director Nacional, señor Mikel Uriarte, y el Subdirector señor Patricio Muñoz. De la Dirección de Presupuestos: la Jefa del Sector Salud, señora Mariela Orellana; el abogado, señor Rodrigo Quinteros; los Analistas, señora Rebeca Vidal, señora Sandra Galaz, señor Francisco Carrasco, y los asesores, señor José Antonio Tanhuz, y Thomas Leisewitz. Del Ministerio de Desarrollo Social: el Analista, señor Daniel Tuteleers. Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: el Coordinador de la Unidad, señor Carlos Ríos, y los asesores, señora Daniela Iglesias, señor Carlos Kubick y señor Juan Pablo Núñez. La asesora del Senador Chahuán, señora Marcela Aranda. El asesor del Diputado Alberto Robles, señor Eduardo Paredes. Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: el Coordinador de la Unidad, señor Carlos Ríos, y los asesores, señora Daniela Iglesias y señor José Pablo Núñez. De la Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN): el abogado, señor Sebastián Pavlovic. De la Oficina de Presupuestos del Senado: el Analista, señor Eduardo Díaz.

Se adjunta como anexo de este informe, en ejemplar único, copia de la Partida estudiada y aprobada por la Subcomisión, debidamente certificada, así como de diversos documentos acompañados por las entidades invitadas a exponer sus inquietudes y requerimientos sobre el presupuesto del Ministerio de Salud.

Se deja constancia, a solicitud del Diputado señor Alberto Robles, que ante la petición del mismo señor Diputado -en la sesión celebrada el día 5 de noviembre de 2012- de efectuar una segunda discusión respecto de algunos Programas de la Partida Ministerio de Salud, la Secretaría informó que ello no procedía en consideración al acuerdo unánime adoptado por los integrantes de la

Tercera Subcomisión de considerar dicha Partida hasta su total despacho en la sesión citada para del día 5 de noviembre de 2012.

AUDIENCIAS A INSTITUCIONES DE AYUDA A ENFERMEDADES ESPECIALES Y A FEDERACIONES DE FUNCIONARIOS DE LA SALUD Y DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La unanimidad de los integrantes de la Subcomisión acordó recibir en audiencia a diversas entidades relacionadas con el sistema de salud en nuestro país, las cuales realizaron las siguientes presentaciones:

FEDERACIÓN REGIONAL DE TÉCNICOS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE SALUD (FERTESS) Y LA CONFEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES DE FUNCIONARIOS TÉCNICOS EN ENFERMERÍA DE CHILE (CONAFUTECH).

En primer lugar hizo uso de la palabra la Presidenta Regional FERTESS Bio-Bío, señora Mireya Sanhueza Castillo, quien destacó el antiguo anhelo de los Técnicos en Enfermería de Nivel Superior y Técnicos Paramédicos y demás técnicos del área de la salud de poder tener voz y oportunidad para representar sus demandas ante esta tribuna, dado su carácter de Subcomisión de Presupuestos que puede incidir en el logro del objetivo de contar con una asignación técnica.

Agregó que el Gobierno no les ha dado respuesta a su demanda de ser beneficiados con una asignación técnica, por lo que las entidades que asocian a los técnicos mencionados vienen a plantear nuevamente la petición presentada el 19 de octubre de 2011 ante la Tercera Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos. Asimismo, manifestó que respecto de las políticas del Supremo Gobierno para modernizar el Estado en el área de la salud, el personal técnico en enfermería de nivel superior y técnico paramédico en la actualidad demuestra que es altamente competente y calificado, pudiendo desarrollar funciones en todos los niveles y complejidades y responder a las necesidades de la población.

Aseveró que la Confederación y la Federación Regional del Bio-Bío continúan con la misma fe pensando que este Gobierno otorgará a los técnicos en enfermería de nivel superior y técnicos paramédicos un verdadero reconocimiento por medio de una asignación técnica tal como se ha venido demandando.

Seguidamente, intervino el Vicepresidente Nacional de la Confederación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos en Enfermería de Chile (CONAFUTECH), señor Juan Carlos Rapimán Sepúlveda, el que insistió en la necesidad de entregar a los funcionarios que representa un estímulo que de cuenta del sacrificio que

realizaron para poder pasar de un certificado de capacitación a un título otorgado por un centro de formación superior reconocido por el Ministerio de Educación.

Indicó que a partir del momento en que el Estado comienza a visualizar la necesidad de contar con técnicos altamente calificados para ponerse a la altura de una organización estatal moderna, se producen una serie de cambios en la administración del Estado como también en el sistema educacional donde se crean Centros de Formación Técnica, Institutos y Universidades, sean públicas o privadas.

Prosiguió diciendo que el sistema público de salud se debió adecuar a lo dispuesto en el estatuto Administrativo, que dispone sólo 5 plantas para los servicios públicos, de Directivos, de Profesionales, de Administrativos y de Técnicos y Auxiliares, por lo que los auxiliares de enfermería quedaron encasillados en la planta de técnicos, pero discriminados en su carrera funcionaria por no cumplir con el requisito básico para estar en ella, es decir, tener un título de técnico de nivel superior otorgado por un centro de formación superior reconocido por el Ministerio de Educación.

Esta situación, añadió, se fue complicando, ya que los auxiliares de enfermería fueron discriminados en su carrera funcionaria y los técnicos de nivel superior egresados de estos centros de formación superior no podían trabajar en el sistema público de salud al no contar con el certificado de competencia de auxiliar de enfermería. Dada esta realidad, en marzo del año 1993 se firmó el denominado Convenio MINSAL MINEDUC para solucionar el problema, especificando en el artículo 4 que “las partes se comprometen a coordinarse, con el objeto de adoptar las medidas pertinentes para que la preparación de auxiliares de enfermería, impartida de acuerdo al decreto ley N° 2.147, de 1978, por el ex Servicio Nacional de Salud o por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, se integre a través de instituciones de educación superior, en el ámbito de la formación de técnicos de nivel superior de conformidad a la legislación vigente.”.

Producto de lo anterior, indicó, el año 1995 se elaboró el Perfil Ocupacional Básico para la formulación del Currículo del Técnico en Enfermería de Nivel Superior, el que fue entregado a las instituciones de formación superior, creándose el año 1997 la Carrera de Técnico en Enfermería de Nivel Superior. A partir de ese momento se comienzan a desarrollar diferentes programas especiales para la obtención del título de técnico en enfermería de nivel superior, todo bajo el aval del Ministerio de Salud, que revisó y supervisó los programas especiales que se impulsaron durante los primeros años.

Precisó que el Estado, por intermedio del Ministerio de Salud, participó activamente en el proceso de tecnificación del estamento, entendiendo ambas partes que de esta manera la atención hacia

los usuarios del sistema público de salud mejoraba con la alta calificación del personal técnico de enfermería que atiende las 24 horas del día, todo el año.

De tal manera, manifestó, el mejoramiento de las remuneraciones para este personal puede realizarse mediante una asignación técnica para los egresados de una carrera de a lo menos 4 semestres de duración, reconocida por el Ministerio de Educación.

Recordó que el año 2011, ante esta misma Tercera Subcomisión, efectuaron una presentación que se consigna en el informe correspondiente al Boletín N° 7.972-05, en la que se fundamentó la solicitud y justicia de contar con una asignación técnica. Asimismo, en dicha oportunidad se acordó enviar oficio a los Ministros de Salud y de Hacienda. Por otro lado, el 3 de enero de 2012, el Senador señor Francisco Chahuán presentó un proyecto de acuerdo sobre reconocimiento de la asignación especial de funcionarios de salud para los Técnicos de Enfermería de Nivel Superior, y solicitud de un proyecto de ley del Ejecutivo que actualice el Código Sanitario en materia de profesiones auxiliares de la salud. Dicho proyecto de acuerdo fue aprobado por la Sala del Senado, recibiéndose el oficio N° 1421, de 27 de abril de 2012, del Ministro de Salud Subrogante, señor Jorge Díaz Anaiz, donde se señala lo siguiente: “sobre el particular, comunico a usted que esta Secretaría de Estado felicita dicha iniciativa legal, entregando todo su apoyo y reconocimiento para aquellos funcionarios que se capacitaron y adquirieron nuevas competencias que apuntan a mejorar la calidad de la atención y conseguir elevar los niveles de satisfacción usuaria”.

En seguida, resaltó el enorme sacrificio de los técnicos que realizaron el programa especial para la obtención de un título de técnico de nivel superior, elevando su calidad profesional en la atención de los usuarios del sistema público de salud, lo que también se tradujo en el sector privado pues la carrera de Técnico en Enfermería de Nivel Superior es una de las carreras más apetecidas de los egresados de enseñanza media, que, además, no tiene cesantía y aquellos que no ejercen su profesión es por los sueldos exiguos que reciben en el sector público.

Finalizó su exposición manifestando que para la Confederación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos en Enfermería de Chile y para la Federación Regional de Técnicos en Enfermería de los Servicios de Salud (FERTESS) queda la sensación de que el Ministerio de Salud no ha sabido valorizar el sacrificio de sus trabajadores técnicos en enfermería, argumentando entre otras razones que la asignación técnica no existe en el sistema, en circunstancias que la asignación de la ley N° 19.699 hace mención expresa de los egresados de una carrera de técnicos de nivel superior.

Añadió que en contraste el Congreso Nacional sí ha demostrado preocupación por la situación de los técnicos en enfermería

de nivel superior, por lo que insisten en sus demandas ante la Tercera Subcomisión, de manera de ir golpeando las puertas que sean necesarias para obtener el objetivo señalado.

Comentando la presentación de los representantes de los técnicos en enfermería de nivel superior, hizo uso de la palabra el Diputados señor Accorsi para darle su respaldo, comentando que los profesionales que han trabajado en los hospitales públicos han visto como los técnicos y auxiliares en enfermería son los sustentos permanentes de dichos establecimientos, laborando las 24 horas del día, en contraposición a los profesionales médicos que por distintas políticas públicas lamentablemente prestan servicios por medio día, de manera que los técnicos y auxiliares en enfermería constituyen el recurso humano que mantiene vivos a los hospitales públicos.

A continuación, el Diputado señor Robles recordó que la solicitud de los trabajadores técnicos en enfermería se viene presentando desde hace varios años atrás, fundamentados en una carrera que requiere un tiempo importante de preparación y de gasto para los interesados y un posterior desempeño vital para la salud pública, por lo que el reconocimiento de una asignación técnica, aseveró, debe consagrarse en la Ley de Presupuestos por medio de los recursos necesarios para los servicios de salud.

El Presidente de la Tercera Subcomisión, Diputado señor Ortiz, resaltó la labor esforzada de las y los técnicos en enfermería que se desempeñan en los hospitales públicos del país, habiendo pagado con gran sacrificio su formación profesional y que continúan esperando un pronunciamiento respecto de la asignación técnica que están demandando.

-La Tercera Subcomisión, por la unanimidad de sus integrantes, acordó oficiar a los Ministros de Salud y de Hacienda con la finalidad de que informen sobre la situación planteada. Con fecha 18 de octubre de 2012 se expidieron los oficios números 87 y 88 dirigidos a los Ministros mencionados.

FUNDACIÓN CHILENA DE PACIENTES DE ENFERMEDADES LISOSOMALES

La Directora Ejecutiva y vocera de la Fundación Chilena de Pacientes de Enfermedades Lisosomales, señora Myriam Estivill agradeció a la Subcomisión la invitación a exponer sobre los objetivos y requerimientos de esta entidad.

Explicó la misión que se ha impuesto la Fundación está constituida por el apoyo y gestión de ayudas para los pacientes lisosomales del país y sus familias y por el establecimiento de una cobertura para el tratamiento de dichas enfermedades.

Agregó que en la actualidad existen más de un centenar de pacientes en absoluto desamparo, condenados a muerte, porque no pueden financiar los tratamientos que alcanzan a diez millones de pesos al mes y que no cuentan con cobertura por parte del Fondo Nacional de Salud.

Seguidamente, informó que la Fundación representa a 500 personas directa e indirectamente afectadas por estas patologías, las cuales son consideradas “raras” por su baja incidencia en la población, esto es, aproximadamente 2 en cien mil habitantes. Ellas son: la enfermedad de Gaucher, la enfermedad de Pompe, la mucopolisacaridosis (I, II, III y IV), la enfermedad de Fabry y la enfermedad de Niemann-Pick. Su principal característica es la carencia de un tipo de enzima que les impide procesar lípidos o glucosas provocando “almacenamiento lisosómico” que sin un tratamiento adecuado es mortal. El referido almacenamiento produce dificultad visual, lesiones cutáneas, disminución o ausencia de sudoración, dolor, afección vascular de distintos órganos, hemorragias, problemas al bazo, deterioro óseo y en algunos casos, como el de la mucopolisacaridosis, los niños dejan de crecer y sus rostros presentan facciones redondeadas y ojos rasgados.

Reiteró que este tipo de enfermedades sin un tratamiento son discapacitadoras, degenerativas y mortales, resultando imprescindible el inicio de las terapias desde la infancia. Por otro lado, no tienen cobertura por parte del FONASA y la calidad de vida de los enfermos se destruye día a día. Al respecto, indicó que hace un año se prometió el envío de un proyecto de ley que se haría cargo de las enfermedades raras e implementaría un fondo de emergencia que cubriría algunos casos, sin tener concreción hasta el momento.

Manifestó que la Fundación que representa estima como potenciales soluciones las siguientes: el envío al Congreso Nacional de un proyecto de ley sobre la materia; la implementación de un fondo de emergencia que posibilite atender un número determinado de casos (el fondo de 1.500 millones de pesos para el año 2012 no ha terminado su ejecución); presentación de recursos de protección por parte de pacientes y un seguro solidario.

Continuó su exposición señalando que la situación de los enfermos lisosomales en Chile comprende a 201 diagnosticados, de los cuales 49 están sujetos a tratamiento y de éstos 37 cubiertos por FONASA y 12 por ISAPRE, de modo que 152 no reciben tratamiento alguno.

En documento que la Fundación dejó a disposición de los interesados, se describe el número de pacientes por enfermedad y la realidad de otros países de América Latina.

La Directora Ejecutiva y vocera de la Fundación Chilena de Pacientes de Enfermedades Lisosomales, señora Myriam Estivill, indicó que sus peticiones concretas son: que se aumente el financiamiento estatal para proporcionarle cobertura a un mayor número de pacientes y que se trabaje en la búsqueda de una solución definitiva para la detección temprana y posterior tratamiento de estas enfermedades.

Finalmente, compartió con los integrantes de la Subcomisión y demás asistentes la enfermedad que aqueja a su hija, la denominada enfermedad de Gaucher, diagnosticada el año 2000, quien desde que inició su tratamiento en un programa de enfermedades de alto costo del FONASA lleva una vida normal, asiste a la Universidad y será una profesional productiva para el país.

Ofrecida la palabra respecto de esta exposición, el Diputado señor Núñez manifestó que hace más de dos años el Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, se comprometió a generar una solución definitiva para el financiamiento de las enfermedades raras, que hasta el momento no se conoce, pero sí se tiene noticia del modelo de financiamiento en Inglaterra y de los avances obtenidos en países latinoamericanos como Uruguay, Colombia y Argentina, nación esta última que ha dado pasos en su legislación.

Añadió que nuestro país se está quedando atrás con pacientes que deterioran su calidad de vida o que fallecen, en circunstancias que el tratamiento adecuado les permite enfrentar la vida de una manera prácticamente normal, de modo que lo que corresponde es adoptar la decisión política definitiva que combine fondos públicos y la negociación con los laboratorios productores de los fármacos indicados para cada tipo de enfermedad. Por ello, propuso que durante la discusión legislativa del presupuesto público se le solicite al Ministro de Salud la creación de un fondo de financiamiento de las enfermedades raras y de las drogas huérfanas.

El Diputado señor Accorsi opinó que la entrega de recursos para estas enfermedades y su tratamiento ha sido por medio de un cuentagotas, por lo cual se ha propuesto en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados la inclusión de una glosa en la Partida del Ministerio de Salud que destine el financiamiento necesario, ya que los servicios de salud se ven enfrentados a distribuir dinero de sus presupuestos para la atención de los pacientes, los que, además, enfrentan un doloroso drama, ya que sin

tratamiento su vida es desastrosa, pero al recibir las drogas adecuadas son capaces de desarrollarla con total normalidad.

Coincidiendo con lo expresado, el Diputado señor Macaya informó que la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados ha tratado esta materia y dijo entender que en el Programa de Prestaciones Valoradas de FONASA se considera una cantidad mayor de recursos para este tipo de enfermedades, aunque lo óptimo sería contar con una estructura más sólida para disponer de los tratamientos que se requieran.

El Presidente de la Tercera Subcomisión, Diputado señor Ortiz, dejó constancia que en la exposición efectuada por el Director Subrogante del FONASA se especificó la compra de prestaciones para el Programa de enfermedades raras de alto costo por $1.603 millones de pesos, respecto de la enfermedad de Gaucher y la Tirosinemia.

-La Tercera Subcomisión, por la unanimidad de sus integrantes, acordó oficiar a los Ministros de Salud y de Hacienda con la finalidad de que consideren aumentar el presupuesto para el año 2013, destinado a las enfermedades raras de alto costo. Con fecha 18 de octubre de 2012 se expidieron los oficios números 89 y 90 dirigidos a los Ministros mencionados.

CORPORACIÓN PRO AYUDA AL ENFERMO REUMÁTICO VOLAR

La vocera de la Corporación Pro Ayuda al Enfermo Reumático, señora Cecilia Rodríguez agradeció la invitación a participar en la sesión de la Tercera Subcomisión e informó que la artritis reumatoide es una enfermedad que afecta principalmente a las mujeres, como es su caso, que hace un mes y medio se encontraba en cama con bastante dificultad para movilizarse, iniciando un tratamiento con medicamentos biológicos que le han permitido recuperar su autonomía.

Continuó señalando que el diagnóstico de la artritis reumatoide se efectúa generalmente entre los 20 y los 30 años, lo que significa que es una enfermedad que afecta a mujeres jóvenes. En cuanto a los grupos socio-económico más bajos se presenta una mayor incidencia, pero también atraviesa otros sectores, porque no está relacionada con las condiciones laborales, sino que es una enfermedad que ataca el sistema inmune y tampoco es una enfermedad a los huesos.

Seguidamente destacó otro punto relacionado con esta enfermedad, cual es la equidad, porque al iniciarse la reforma de la salud el país se propuso garantizar el acceso a la salud, garantizar la equidad y garantizar la calidad de los tratamientos. En su caso personal, indicó que son 5 hermanos, 3 hombres y 2 mujeres. Su hermana a los 22 años fue diagnosticada con artritis reumatoide y pertenece al sistema público

de salud (FONASA) que no le cubre ningún tratamiento y la vocera de la Corporación pertenece a una ISAPRE que le financia el 80 % de su tratamiento que cuesta un millón cien mil pesos mensuales.

Respecto a las licencias médicas por artritis, indicó que aumentaron de 4.450 el año 2007 a 6.800 el año 2011. Entre los años mencionados 32.800 personas fueron ingresadas con diagnóstico de artritis como patología GES y entre el año 2009 y el año 2011 aproximadamente entre 700 y 1000 mujeres jóvenes son pensionadas por invalidez. Sobre esto último, narró el caso de una de las directoras de la Corporación, la señora Marielina Reyes, quien a los 18 años le fue declarada artritis reumatoide y a los 40 años fue pensionada por invalidez, contando actualmente con 47 años. Esta situación, precisó, se entronca con el tipo de sociedad neoliberal y capitalista donde los individuos juegan su identidad en tanto son productivos, por lo que es sintomático que no aparezcan en las estadísticas todas las personas jóvenes con artritis.

La pelea que está dando la Corporación VOLAR, afirmó, es que las personas diagnosticadas con artritis reumatoide sean productivas, que tengan autonomía y si corresponde que sean pensionadas por invalidez en forma temprana sea considerado un costo social.

Respecto de los medicamentos para tratar esta enfermedad, explicó que el 90 % de los pacientes responde al tratamiento de primera línea que está incorporado en la canasta GES, por lo que la Corporación VOLAR solicita que el 10 % que no responde a dichos medicamentos vea incluido en la canasta el medicamento biológico, que beneficiaría a 3 mil personas. El costo aproximado de este último tratamiento es de un millón de pesos mensual.

El Diputado señor Macaya acotó que en sesión de Sala de la Cámara de Diputados del día 17 de octubre de 2012, se aprobó un proyecto de acuerdo relativo a los tratamientos de la artritis reumatoide y agregó que el Consejo Consultivo del AUGE está analizando el tema de los medicamentos biológicos esperándose un pronunciamiento en el mes de enero de 2013.

El Diputado señor Accorsi felicitó a la Corporación VOLAR por la labor que han desplegado y coincidió con el requerimiento de incorporar el tratamiento para el 10 % que sólo responde a los medicamentos biológicos, ya que de esa manera mejorarían su calidad de vida y disminuirían las licencias médicas por esta enfermedad y las pensiones de invalidez anticipada.

-La Tercera Subcomisión, por la unanimidad de sus integrantes, acordó oficiar al Ministro de Salud y al Consejo

Consultivo de Garantías Explícitas en Salud, con la finalidad de que se informe respecto de la inclusión de fondos en el presupuesto del 2013 para el tratamiento de las enfermedades reumáticas y al Director Nacional Subrogante del FONASA, con el objetivo que informe sobre las diferencias con el sistema de ISAPRES en la cobertura de dichas enfermedades. Con fecha 18 de octubre de 2012 se expidieron los oficios números 91 y 92 dirigidos a las mencionadas autoridades.

CORPORACIÓN EN AYUDA A FAMILIAS DE NIÑOS CON TIROSINEMIA TIPO I (AFANTI)

La Vicepresidenta y vocera de la Corporación AFANTI, señora Soledad Valle, informó que la entidad está formada por familiares y voluntarios cuyo propósito es lograr que el Estado garantice cobertura total del tratamiento para los pacientes con Tirosinemia Tipo I. Asimismo, la Corporación acompaña, apoya y gestiona ayudas públicas y privadas para los pacientes y sus familias a lo largo del país.

Prosiguió diciendo que desde el año 2010, luego de que AFANTI presentara un recurso de protección en la Corte Suprema, a favor de los niños afectados por la tirosinemia, el Gobierno, por intermedio del Ministerio de Salud y con fondos de auxilio extraordinario decidió mantener el financiamiento para el tratamiento de la enfermedad, que en todo caso es una solución transitoria, resultando necesario y fundamental que se legisle para asegurar, a todas las personas afectadas por alguna enfermedad rara, el derecho a la salud consagrado en la Constitución Política.

Seguidamente, explicó que la tirosinemia tipo 1 es una enfermedad metabólica en la que los pacientes carecen de la enzima que metaboliza el aminoácido tirosina; es de baja frecuencia y su incidencia a nivel mundial es de 1 en 120 mil habitantes, pero con un costo de 8 millones de pesos mensuales y más. En Chile existen 9 pacientes. Las consecuencias de esta enfermedad sin tratamiento son un grave daño hepático, daño renal, daño neurológico y muerte. El paliativo de este mal consta de tres aristas, la droga huérfana NTBC, la fórmula láctea TYREX 2 (libre de fenilalanina y tirosina) y una dieta aproteica, esto es, baja en proteínas, de modo que sólo se consume fruta y verduras en las medidas exactas. Al respecto, advirtió que en nuestro país no se comercializan productos aproteicos, sino que en el extranjero y a costos elevadísimos que las familias no pueden costear.

Cerró su presentación indicando que la Corporación AFANTI solicita que se legisle de modo de asegurar a los pacientes que padecen enfermedades raras el total financiamiento de sus tratamientos y que se implemente la pesquisa neonatal –por medio del

examen de screening- para todos los niños chilenos y forma gratuita, lo que permitiría reducir los daños causados por un diagnóstico tardío.

El Senador señor Kuschel quiso dejar en claro que las audiencias realizadas por la Tercera Subcomisión de Presupuestos en materias del área de la salud han producido efectos, tales como el apoyo en el presupuesto a los medicamentos de alto costo no Auge que se ha elevado de 2.956 millones el año 2010 a 8.451 millones para el año 2012, de modo que evidentemente se observan avances en el tratamiento de enfermedades poco frecuentes.

El Diputado señor Accorsi resaltó la labor efectuada por la Corporación AFANTI, mediante la interposición del recurso de protección que permitió continuar con vida a muchos niños enfermos de tirosinemia, por lo que, señaló, es pertinente que esta Subcomisión garantice el financiamiento permanente del complejo tratamiento a que deben someterse.

Agregó que lo más seguro es que el próximo año esté implementado el examen de screening para todos los recién nacidos en el sistema público, ya que en el sistema privado funciona desde hace un tiempo, situación que evidencia la desigualdad existente respecto al diagnóstico precoz de esta enfermedad.

-La Tercera Subcomisión, por la unanimidad de sus integrantes, acordó incluir el nombre de la Corporación AFANTI en los oficios dirigidos a los Ministros de Salud y de Hacienda para que consideren aumentar el presupuesto para el año 2013, destinado a las enfermedades raras de alto costo.

AGRUPACIÓN QUEREMOS SER PADRES

La Presidenta de la Agrupación Queremos Ser Padres, señora Patricia Ramírez, explicitó que esta institución nació el 5 de marzo de 2011 con la finalidad de ir en ayuda de las parejas con problemas de infertilidad, recabando y difundiendo información sobre las múltiples causas que la originan, los trastornos que la provocan y las consecuencias que tiene en los diversos ámbitos de la vida de las personas.

Los objetivos de la Agrupación Queremos Ser Padres son el reconocimiento de la infertilidad como una enfermedad; apoyar y colaborar en el mejoramiento de la calidad de vida de las más de 350 mil parejas con infertilidad y potenciar todos los canales de información y sistemas de ayuda para los afectados proporcionándoles integración social y actualización en materia de investigación y avances frente a la infertilidad.

Señaló que la Organización Mundial de la Salud coloca la infertilidad al mismo nivel que el cáncer y el SIDA, porque se vive por los afectados en el más absoluto de los silencios. No obstante, destacó los siguientes logros obtenidos por la agrupación:

-posicionar la infertilidad como una enfermedad.

- la cobertura de 481 cupos en alta complejidad en FONASA.

-se ha dado inicio a un programa piloto en baja complejidad de FONASA que este año se extiende a Iquique, Antofagasta, La Serena, Los Andes, Concepción, Valdivia y Punta Arenas. En estos momentos se cubren 454 cupos de baja complejidad en FONASA.

Agregó que el costo del tratamiento de fertilidad tiene un costo de 3 a 6 millones de pesos, por lo que el cometido de la agrupación es que en un futuro próximo no exista una pareja que no pueda procrear por no contar con los recursos económicos.

Informó que el 23, 24 y 25 de noviembre de 2012 se formará la primera red latinoamericana de asociación de pacientes infértiles y el país sede es Chile.

Enseñó un gráfico que demuestra la desigualdad manifiesta entre los programas de anticoncepción versus los programas piloto de fertilidad. En el presupuesto de 2012 se destinaron 8.500 millones de pesos para la anticoncepción y para el año 2013 se proponen 10.000 millones. En contraposición el programa piloto de fertilidad 2012 contó con 670 millones de pesos y se propone para el 2013 la suma de 1.236 millones de pesos.

Finalizó su intervención recordando el día 9 de agosto de 2012, oportunidad en que la Agrupación Queremos Ser Padres se dirigió al Ministerio de Salud para presentar 83 guaguas que habían nacido gracias a un tratamiento de fertilidad obtenido por medio de los programas piloto de FONASA. En esa misma ocasión, destacó, el Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, por primera vez se refirió a la infertilidad como una enfermedad.

El Presidente de la Tercera Subcomisión, Diputado señor Ortiz, acotó que el Ministro de Salud le informó que el programa de fertilización asistida tiene un incremento para el año 2013 de 566 millones de pesos. Con todo, recordó a las representantes de la Agrupación Queremos Ser Padres que el Presidente de la República es

quien tiene la iniciativa exclusiva para aumentar el financiamiento de los distintos programas de ayuda a enfermedades que aquejan a la población.

El Diputado señor Accorsi elogió la labor desplegada por la Agrupación Queremos Ser Padres y al mismo tiempo precisó la importancia de abrir las puertas del Congreso Nacional a la participación de las organizaciones ciudadanas, porque éstas entregan el sentir y aspiraciones de los compatriotas.

Añadió que la infertilidad es una enfermedad totalmente inequitativa, porque en el sistema privado existe una cobertura total de los gastos que implica, pero en el sistema público sólo existe un programa piloto y durante muchos años fue señero no únicamente en materia de anticoncepción, sino que también se crearon programas para atender la infertilidad que hoy se aplican en el sistema privado.

MESA SOCIAL POR LA SALUD

El vocero de la Fundación Salud Un Derecho y representante de la Mesa Social Por La Salud, señor Matías Goyenechea, manifestó que han realizado un análisis del presupuesto del Ministerio de Salud para el año 2013 observando que el reajuste del mismo es el más bajo del actual Gobierno, sólo un 5,6%, que se explicaría en el mayor aporte que efectúan los usuarios (63,8%), puesto que un 32% corresponde al aporte fiscal.

Precisó que en el presupuesto del 2013 se estaría destinando un 3,5% del producto interno bruto para satisfacer las demandas de salud de más de 13 millones de personas, en circunstancias que según la recomendación de la Organización Mundial de la Salud el gasto público debiera alcanzar al 6% del PIB, proposición que la Mesa Social Por La Salud comparte, atendido, además, que el gasto en salud comprende un 4,4% para el sector privado y un 4% para el sector público, en el que se incluye a las Fuerzas Armadas, esto es, la mayor cantidad de recursos se está destinando para 2 millones.800 mil personas, reduciendo el financiamiento para los cotizantes del FONASA.

Agregó que el promedio OCDE del gasto total en salud es de un 9,6%, predominando lo público con un 6,9%, frente a lo privado que suma un 2,7%. Nuestro país en la actualidad está reproduciendo el modelo de los Estados Unidos que tiene un gasto equivalente a 17 puntos del PIB y que es absolutamente ineficiente por estar completamente privatizado.

Continuó indicando que el presupuesto en salud para el año 2013 contempla más de 1.187 millones de dólares en subsidios y compras a las clínicas privadas y desde el 2010 el total de recursos

transferidos aumenta en 37, 25%, cifras que la Mesa Social Por La Salud estima que deben ser invertidos en la salud pública, dado que existe un gran costo oportunidad que permitiría duplicar el financiamiento del per cápita basal para la atención primaria y aún más triplicar la inversión en la construcción de nuevos hospitales y consultorios o contratar 32 mil nuevos funcionarios en la salud pública.

Una gran preocupación de la Mesa Social Por La Salud, manifestó, dice relación con las inversiones y concesiones, porque los recursos destinados para la inversión sectorial disminuyen en relación al 2012 en un 13,8%. Además, en el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales se integra el denominado “subsidio fijo a la construcción” para pagar la inversión de los hospitales de La Florida y Maipú a la concesionaria San José, situación que implica un monto de 54 millones de dólares al año, durante 15 años, es decir, la concesionaria San José percibirá 810 millones de dólares por un proyecto, para ambos hospitales, que costaba solamente 292 millones de dólares, lo que significará un sobreprecio de 518 millones de dólares que pagará el Estado de Chile. Con esos mismos recursos en fondo sectorial se podrían haber construido 5 hospitales.

Si se extrapola el sobreprecio mencionado, explicó, al nuevo plan de concesiones que importa la cantidad de 2 mil 180 millones de dólares, el Estado terminará pagando a los concesionarios 3 mil 706 millones de dólares extra del costo.

Añadió que en el presupuesto de salud para el año 2012 se presentan varias dificultades, tal como la ejecución de la inversión sectorial que alcanza a sólo un 28% al 31 de agosto de 2012, cifra vergonzosa donde la mayor parte de los proyectos que estaban en carpeta no muestran ningún avance, realidad que ya se vivió el año 2011, calendario en el que tampoco se ejecutaron todos los recursos, quedando cerca de 86 mil millones sin gastar al cuarto trimestre de dicho año, conforme a la información entregada por la Dirección de Presupuestos.

FEDERACIÓN NACIONAL DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD (FENPRUSS)

El Vicepresidente Nacional de la FENPRUSS, señor Claudio González, se refirió en primer lugar a la sub-ejecución presupuestaria, particularmente en la lógica de la inversión sectorial, que conduce a los equipos de salud que llevan a cabo el proceso a no invertir en infraestructura, sino que concluyen dicho proceso adquiriendo equipamiento, tal como ocurrió el año 2011.

Señaló que la FENPRUSS ha valorado la iniciativa del Gobierno de comenzar a pagar las prestaciones bajo la lógica de las prestaciones valoradas (PPV), visualizándose en el presupuesto para el 2013

un aumento de 13,9% respecto al año 2012. Sin embargo, indicó, se presentan problemas en su ejecución y también llama la atención el alza en las prestaciones institucionales (PPI) respecto del servicio de salud metropolitano central y no para otros servicios.

En estos momentos, precisó, existe un tema relevante sobre la forma de trabajar de los hospitales públicos que permanentemente trabajan endeudados y un estudio de costos de sus prestaciones, realizado por la Universidad Católica de Chile, devela con un ejemplo lo siguiente: un día cama de hospitalización integral adulto en la Unidad de Tratamiento Intermedio tiene un costo para el hospital de $177.000, en contraposición al arancel MAI de FONASA que es de $60.000. Al respecto, el dirigente de la FENPRUSS solicitó poder tener conocimiento del referido estudio, de modo de avanzar en que las prestaciones efectuadas en los hospitales al 80% de la ciudadanía sean pagadas a costo real, porque si no la deuda será perenne.

En materia de recursos humanos, manifestó que efectivamente aparece una expansión de cargos, pero ligada a los proyectos de inversión, esto es, los hospitales que se están construyendo o que se van a inaugurar. Recordó que el año pasado se solicitó un estudio de la brecha de personal y la respuesta enviada por el Ejecutivo sólo se refirió a la brecha de especialistas.

Respecto de los honorarios en el sistema de salud público, advirtió que la contratación y la expansión de cargos se lleva a cabo bajo la lógica del sistema de honorarios, comprometiéndose hace un tiempo el Ministro de Hacienda, en la Sala del Senado, a traspasar una gran cantidad de honorarios a la contrata, sin embargo ello no fue cumplido, porque en el presupuesto aparece un aumento considerable de honorarios en la Subsecretaría de Redes Asistenciales y en el Programa de Contingencias Operacionales.

CONFEDERACIÓN NACIONAL DE FUNCIONARIOS DE LA SALUD MUNICIPALIZADA

El Presidente de la CONFUSAM, doctor Esteban Maturana, primeramente opinó que aun cuando es sabido que el Ejecutivo tiene la iniciativa exclusiva en materias presupuestarias, también debe tenerse en cuenta que en la Ley de Presupuestos subyace el logro de un acuerdo que le de viabilidad a la misma. De ahí que estima posible obtener avances en el financiamiento de la salud pública.

Con todo, precisó algunas observaciones respecto al gasto en salud, la primera sobre el aporte fiscal directo que comprende algo más del 2% del producto interno bruto y el resto lo aportan los usuarios del sistema, de manera que debiera plantearse en la discusión presupuestaria la posibilidad de recuperar, a lo menos, lo que fue el aporte

histórico a la salud de 3,5% del PIB, el que complementado con otros aportes permitirían llegar a un gasto razonable de un 7%, lo que posibilitaría atender las necesidades del 80% de los ciudadanos del país que dependen absolutamente de la capacidad del sistema público y poner término a otra de las causas que explican las grandes inequidades y grandes injusticias que incluso fueron motivo de una Carta Pastoral de la Iglesia Católica, esto es, el gasto de bolsillo en salud.

Sobre lo mismo, explicó que Chile es uno de los países que tiene uno de los gastos de bolsillo en salud más altos en el mundo, de modo que cada persona para financiar su salud aporta alrededor de un 40%.

Continuó diciendo que si se estuviera discutiendo nuestro presupuesto en España, Grecia o Portugal se podría entender que se aludiera a los problemas macroeconómicos que obligan a las restricciones, pero Chile presenta una situación económica bastante exultante en que el Banco Central y el Ministro de Hacienda demuestran un Fisco solvente que permitiría una mayor inversión en salud.

Añadió que la CONFUSAM estima que no se puede seguir financiando el lucro de la salud, al mismo tiempo que se discute el lucro en la educación, ya que ésta se ha transformado en un tremendo negocio, porque el Estado de Chile está propendiendo el lucro en la salud y de hecho es lamentable señalar que la aprobación de las reformas en el AUGE ha provocado el regocijo de las clínicas privadas y las ISAPRES que se han embolsado cientos de miles de millones de pesos producto de los traspasos que desde el sistema público se han efectuado hacia el sistema privado.

Al respecto, opinó que el Congreso Nacional debería abordar y en la medida de lo posible terminar con una perversión del sistema, puesto que se dice que no hay recursos para poder financiar un aporte fiscal a la salud que permita que el sistema público pueda cumplir con su finalidad y ocurre que existen listas de espera que se explican porque el sistema público no puede entregar las prestaciones que demandan día a día los ciudadanos; y entonces qué se hace, se destinan recursos al sector privado, que el año pasado alcanzaron a más de mil millones de dólares.

Otra inconsistencia que se puede observar es el discurso reiterado del Gobierno, compartido por el Congreso Nacional, de fortalecer la atención primaria de salud y a propósito del colapso de la Posta Central se argumentó que había ocurrido porque los consultorios no eran capaces de absorber toda la demanda, pero al momento de definir las prioridades sólo se le entrega a la atención primaria un 24% del total del gasto en salud, en circunstancias que en otros países que sí aseguran la atención primaria el gasto asciende al 50% del total.

Continuó indicando que el presupuesto destinado a financiar el “per cápita” de la atención primaria alcanza un monto de M$ 968.721.756, cifra de la cual se destinan a los establecimientos a cargo de los servicios de salud un 14,26% y un 85,74% a los establecimientos administrados por las municipalidades. Con estos porcentajes y sobre la base de la población beneficiaria, de más de 12 millones de personas, el per cápita aumenta un poco más de tres mil pesos, lo que es claramente insuficiente. Ya en el año 2008, el Ministerio de Salud reconocía que el per cápita basal necesario al mes, por persona inscrita en un consultorio, era de a lo menos tres mil quinientos pesos. En consecuencia, la CONFUSAM solicitaba llegar a un per cápita basal de a lo menos 4.000 pesos por persona. Per cápita basal, porque las comunas a lo largo del país son rurales, urbanas, pobres o ricas, de manera que resulta indispensable actualizar los indexadores del per cápita, el de pobreza y el de ruralidad.

Otro tema que es clave en el futuro de la salud de Chile, expresó, es la resolución de los problemas, porque se supone que en la atención primaria se debiera solucionar el 90% de los problemas de salud, es decir, de cada 100 personas con alguna enfermedad, 90 debieran resolverse en los consultorios y sólo 10 llegar a los hospitales. Para lograr este ideal lo que cabe es entregar a la atención primaria los recursos que terminen con el déficit de médicos, de especialistas, de infraestructura, de insumos y de todas las demás brechas.

Puso término a su intervención manifestando que como el país cuenta con espacios económicos para entregar mayores recursos a la salud pública y Chile se vanagloria de participar en la cancha de los países poderosos, es el momento que en materia de salud de la población se deje de lado la actitud del achicamiento, ya que es impresentable, siendo parte de la OCDE, que las cifras de salud constituyan minoría, situación que el Congreso Nacional debe ser capaz de reformar. Es así que, puntualizó, la Mesa Social Por La Salud aboga por un aumento para el presupuesto del 2013 de 1.354 millones de dólares, cifra que nuestro país puede financiar y que no producirá un desequilibrio en la balanza de pagos, pero sí provocará mayor alegría a las personas, porque todos entienden que un país con una fuerza de trabajo educada –por medio de una educación pública gratuita y de calidad- y con buena salud será capaz de construir una sociedad más decente, justa, equitativa y más solidaria.

El Diputado señor Accorsi felicitó a los representantes de los gremios por la información entregada, cifras que con el modelo económico que se ha estado aplicando evidencian el fortalecimiento del sistema privado en los últimos años en desmedro del sistema público. Es así que la disminución de las camas públicas se ha llevado a efecto en forma

sistemática, ubicando a Chile como el único país del mundo en que sus hospitales públicos funcionan medio día, porque si un profesional quisiera que lo contrataran como médico especialista en jornada completa, en ningún hospital tendría cupo, ya que solamente cumplen jornada completa los directivos.

Por otro lado, indicó, la expectativa de vida de los chilenos va a ir aumentando en forma sistemática, las mujeres hasta los 85 años y los hombres hasta los 80 años, lo que significa que las personas una vez jubiladas van a requerir atención de salud por 25 y más años, y dicha atención va a tener que ser entregada por el sector público. Entonces, alertó, desde ahora se deben aplicar políticas que vayan fortaleciendo el sistema de salud público y no disminuyéndolo, coincidiendo en este objetivo con lo manifestado por los gremios de trabajadores.

Recordó que en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados se ha planteado la necesidad de ir aumentando la inversión en salud pública en forma sistemática hasta llegar a un porcentaje del PIB de real importancia, diseñando políticas públicas que hagan retornar a los especialistas al sistema público, puesto que hoy día el 25% trabaja en lo público para atender a 13 millones y medio de personas y el 75% de los especialistas se dedica al sector privado para atender a 2 millones de personas.

En concordancia con lo anterior, agregó que es imprescindible contar en los hospitales públicos con horarios prioritarios en la tarde, porque si funcionan todo el día se tendrán especialistas y otras prestaciones en beneficio de toda la ciudadanía. Asimismo, en materia de atención primaria observó que en la actualidad no existen especialistas básicos y los consultorios no son resolutivos impidiendo reforzar la prevención, la educación y control de los enfermos crónicos.

El Diputado señor Robles dijo compartir las presentaciones efectuadas por los gremios de la salud, haciendo hincapié en la necesidad de asegurar y sostener la prevención sanitaria. Por ello manifestó que era un tema vital el tener claridad con respecto al per cápita de la atención primaria, solicitándole a la Mesa Social Para La Salud que especifiquen las cifras que consigna el presupuesto para el 2013 en dicha materia.

Señaló que los funcionarios de la atención primaria municipalizada conocen su opinión respecto a que debiera conformarse una atención primaria por intermedio de los Servicios de Salud, asegurándoles a los trabajadores el estatuto de salud primaria que concentra las conquistas laborales que han logrado.

Agregó que también se observa una enorme deficiencia en la gestión de la atención primaria de salud dependiendo del municipio, porque no todos ellos funcionan de igual manera.

- Seguidamente, la Tercera Subcomisión acordó el envío de un oficio al Ministro de Salud, para que de respuesta en la próxima sesión a las consultas formuladas respecto de la infraestructura hospitalaria. Ellas son las siguientes:

a) Diputados señores Enrique Jaramillo y José Miguel Ortiz, respecto de cuál es la situación real y efectiva de la anunciada construcción del Hospital de La Unión, dado que así fue informado por la Directora de Salud de Valdivia el año 2010 y cuyas obras se iniciarían el 1 de enero de este año.

b) Diputado señor Javier Macaya, sobre el resultado del estudio de normalización y estado de avance del tipo de hospital que se va a requerir en la comuna de Chimbarongo.

c) Diputada señora María José Hoffmann y Diputado señor Víctor Torres, en cuanto al nuevo Hospital de San Antonio.

c) Diputado señor Marco Antonio Núñez, respecto del Servicio de Salud Aconcagua, de las Provincias de San Felipe y de Los Andes, en que existe un evidente retraso en la ejecución de cuatro iniciativas de infraestructuras, tres de las cuales no registran ningún avance y corresponden a la reposición del Centro de Salud Familiar “Centenario” de la ciudad de Los Andes; la reposición del Centro de Salud “Rayo” de la comuna de Catemu y la reparación del Hospital Philippe Pinel de la ciudad de Putaendo. El Centro de Salud Familiar “Cordillera” de la ciudad de Los Andes registraría sólo un 36 por ciento de avance.

d) Diputado señor Alberto Robles, en lo tocante al estado de avance y de término de los programas de inversión del Hospital de Copiapó; la contratación de personal para el Hospital de Vallenar que se anunció el año pasado, especificando la fecha en que se adscribieron al establecimiento y el número de los mismos; que se detalle el programa de inversión primaria en la Región de Atacama y su ejecución. Asimismo, que se informe acerca de los médicos especialistas para dicha Región –que se supone van a llegar el año 2013-, el listado de aquellos que están becados, dónde están cumpliendo las becas y el año en que van a ser incorporados al Servicio.

e) Diputado señor Enrique Accorsi, para conocer el informe por Regiones que maneja el señor Subsecretario de Redes Asistenciales, respecto del número de proyectos de nuevos hospitales, de consultorios y de los CESFAM y de las correspondientes inversiones.

Con fecha 19 de octubre de 2012 se expidió el oficio N° 97, dirigido al Ministro de Salud, el que fue respondido por el Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante el Ordinario N° 3195, de fecha 30 de octubre de 2012.

DISCUSIÓN Y VOTACIÓN DE LA PARTIDA 16 MINISTERIO DE SALUD

La Partida en análisis consta de treinta y ocho capítulos. Su presupuesto para el año 2013 asciende a la suma de $ 7.852.675.026 miles, lo que implica respecto del año 2012 un incremento equivalente a un 5, 6 por ciento.

Al iniciar el estudio de esta Partida, el Presidente de la Tercera Subcomisión, Diputado señor José Miguel Ortiz Novoa, dio la bienvenida al Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi, a los señores Subsecretarios de dicha Cartera de Estado y a los equipos profesionales que los acompañaron.

El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi, agradeció la posibilidad de exponer ante la Subcomisión los lineamientos generales del presupuesto correspondiente al año 2013. Acompañó un documento a su presentación, el que se encuentra en la Secretaría de la Subcomisión a disposición de sus miembros.

Indicó que en el contexto internacional se ha destacado el nivel de ingreso de nuestro país, que alcanza los 18 mil quinientos dólares *per cápita,* con un gasto público en salud que ha crecido durante los últimos años, equivalente a cerca de mil quinientos dólares por persona cada año.

Agregó, en ese ámbito, que el financiamiento de la cobertura de salud tiene un elemento público, que se compone preferentemente por el presupuesto que presenta ante la Subcomisión, y por un componente privado, conformado por los copagos, gastos por medicamentos y seguros complementarios, entre otros, que equivale a menos del 50% del gasto total en salud del país.

Tratándose del gasto público, explicó que éste se financia mediante tres vías: el gasto público directo, conformado por los recursos obtenidos por los impuestos generales; el gasto público indirecto, correspondiente a las cotizaciones obligatorias de salud; y los ingresos propios del sistema de salud, tal como ocurre, a modo de ejemplo, con las

atenciones que realizan los hospitales públicos en conformidad a la ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

En ese sentido, agregó que el sistema de salud que opera en nuestro país funciona adecuadamente, tal como, afirmó, ha sido reconocido internacionalmente.

A continuación, el Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud, señor Arturo Zúñiga, presentó los lineamientos generales del presupuesto del Ministerio de Salud para el año 2013. En primer lugar, explicó que el sistema de salud opera sobre la base de seis ejes: la satisfacción de los pacientes, la prevención en salud, las mejoras en infraestructura y especialistas, el acceso de la población a medicamentos de calidad a bajo costo, la introducción de mejoras en la atención de usuarios y la reforma al sistema de financiamiento de salud.

Seguidamente, enfatizó que todos los planes y programas que desarrolla el Ministerio de Salud pueden ser ubicados dentro de alguno de estos ejes, los que son implementados mediante una serie de mecanismos tales como los procesos de gestión interna, las disposiciones legales en materia de prevención en salud y la ley de presupuestos del sector público, en que se manifiestan los énfasis de dicha cartera de Estado respecto de sus diversas políticas sectoriales.

En ese sentido, detalló que el presupuesto para el Ministerio de Salud correspondiente al año 2013 contempla un aumento de 5,6% real, por lo que equivale a un monto total de 4.700 billones de pesos. Detalló que dicha cifra corresponde a un 15,6% del total del presupuesto del sector público, habiéndose producido un incremento significativo desde el año 2007 a la fecha.

PRESUPUESTO FONASA

CAPÍTULO 02
Fondo Nacional de Salud

Está conformado por cuatro programas, respecto de los cuales se consigna el presupuesto de cada uno de ellos:

Programa 01
Fondo Nacional de Salud

El presupuesto de este programa para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 3.970.506.948 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de $ 3.729.198.584 miles, supone un incremento de un 6, 47 por ciento.

Programa 02
Programa de Atención Primaria

El presupuesto de este programa para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 968.721.756 miles, que representa respecto del año 2012 -$ 895.722.090- un aumento de 8,15 por ciento.

Programa 03
Programa de Prestaciones Valoradas

El presupuesto de este programa para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 1.335.510.368 miles, que representa respecto del año 2012 -$1.054.844.118- un aumento de 26,61 por ciento.

Programa 04
Programa de Prestaciones Institucionales

El presupuesto de este programa para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 873.474.388 miles, que representa respecto del año 2012 -$880.773.666- una disminución de un 0,83.

EXPOSICIÓN DIRECTOR NACIONAL SUBROGANTE FONASA

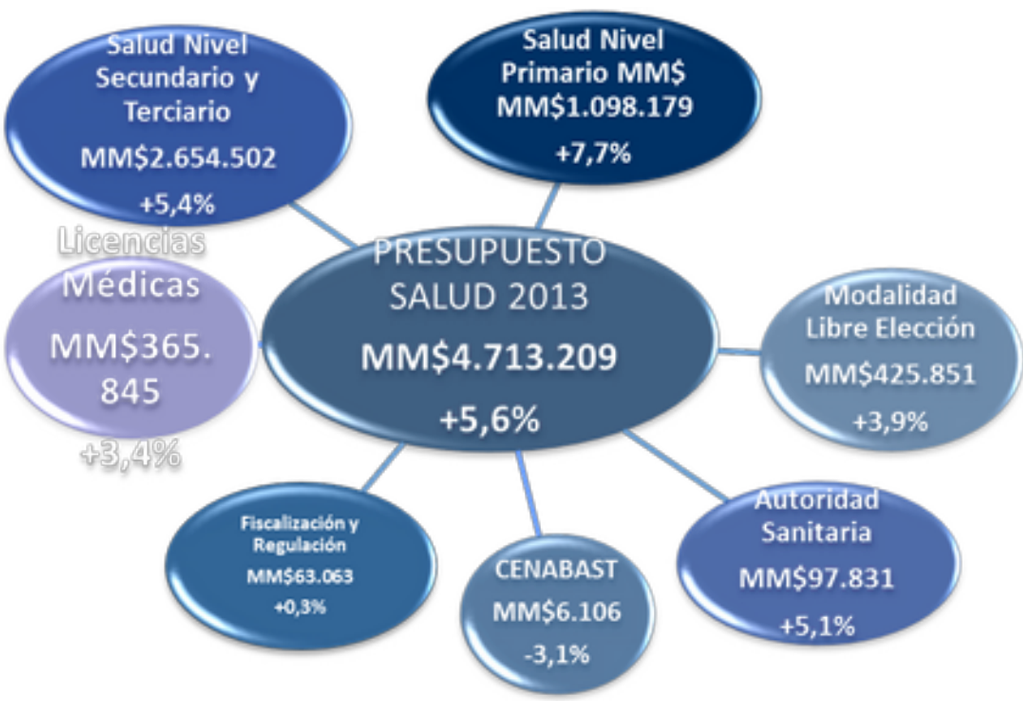
Respecto del Capítulo 02, FONDO NACIONAL DE SALUD, expuso ante la Tercera Subcomisión el Director Nacional Subrogante del Fondo Nacional de Salud, señor Patricio Muñoz, quien explicó los lineamientos del presupuesto correspondiente al año 2013 en relación con dicho organismo.

Al iniciar su presentación, reseñó que el propósito del Ministerio de Salud, en su conjunto, apunta a mejorar los estándares de cobertura y calidad de la atención de salud en Chile, mediante sus Subsecretarías y entes autónomos, entre los que se encuentra el Fondo Nacional de Salud. Detalló que del total del presupuesto 2012 correspondiente a dicha Secretaría de Estado, equivalente a MM $ 4.713.209, cerca de MM$ 3.970.507son asignados al Fondo Nacional de Salud. En ese contexto, indicó que el 33% del total de los ingresos de dicha cartera corresponde a cotizaciones obligatorias de salud (MM$ 1.546.306); al aporte fiscal de 58% (equivalente a MM$ 2.749 724); a ingresos propios

generados por copagos y aportes de los servicios de salud, equivalente al 7% del presupuesto total (MM$ 329.862), y transferencias y otros ingresos, por un 2% (MM$ 87.316).

Respecto a los ingresos de FONASA, reseñó que dicha entidad asigna recursos a los sectores secundario y terciario por MM$ 2.202.985; al sector primario por MM$ 968.722; al pago de prestaciones de libre elección por MM$ 425.851; al pago de subsidio por incapacidad laboral, en lo relativo a licencias médicas curativas por MM$ 321.744; y a las labores institucionales y prestamos de FONASA, por MM$ 55.922. Añadió que el resto de los ingresos del Ministerio de Salud se dirigen al financiamiento del sistema de redes asistenciales, por MM$ 461.920; al sistema de salud pública, por MM$ 242.906; a la Superintendencia de Salud, por MM$ 10.539; a CENABAST, por MM$ 6.106; y al Instituto de Salud Pública, por MM$ 21.231.

A continuación explicó, considerando el incremento propuesto de un 5,6% al presupuesto para el año 2013 del Ministerio de Salud, las siguientes líneas de acción de dicha Cartera de Estado, lo que incluye las asignaciones que corresponden a cada prestación y sus incrementos o disminuciones en comparación al año 2012. Al efecto, presentó el siguiente gráfico:



Respecto a las funciones que, en específico, desarrolla el Fondo Nacional de Salud, enfatizó que éstas apuntan a considerar al asegurado público como eje central de atención oportuna y de calidad, mediante la utilización eficiente de los recursos.

Con miras a ello, agregó, a dicha entidad le corresponde desarrollar tres roles:

- Rol de Seguro Público: explicó que dicha función concibe al asegurado como eje de atención, debiendo velar por la calidad y oportunidad de las prestaciones que se proveen. Reseñó que dichas finalidades operan para más de trece millones de personas aseguradas por FONASA, lo que comprende a cerca de un 76,1% de la población nacional, de cuyo cifra más de dos millones de personas corresponden a adultos mayores.

Seguidamente, detalló que los servicios que provee dicha entidad se enfocan en los sectores más vulnerables de nuestro país. En efecto, sostuvo que atiende al 67% de los niños menores de cuatro años, al 90% de los adultos mayores, al 76% de las mujeres entre 15 y 34, y al 57% de los hombres entre los 25 y 29 años, junto a 3,3 millones de personas catalogadas como carentes de recursos.

Agregó que tales beneficiarios son atendidos por FONASA mediante una red de104 sucursales propias de la institución, 140 centros del Instituto de Previsión Social –que operan en virtud del programa Chile Atiende-, 64 cajas de compensación, 100 municipios y servicios de

bienestar, 3.000 prestadores, que operan con bono electrónico, y 2.400 puntos de atención primaria de salud, junto a la atención que provee FONASA por intermedio de su página web institucional y servicio de *call center*. Indicó que dichos servicios permiten la emisión de 1,6 millones de bonos de atención por año, los que son utilizados en 78 mil programas y 1.500 préstamos mensuales.

Respecto de la caracterización socioeconómica de los asegurados por FONASA, y los efectos que ello produce en el porcentaje de bonificación de la red pública de salud y la modalidad de libre elección, explicó que el grupo A, que carece de recursos, accede a un 100% de bonificación de la red publica de salud, pero no tiene derecho a la libre elección. Tratándose de los beneficiarios del grupo B, que presentan una renta de hasta $193.000, indicó que utilizan un 100% de bonificación de red pública de salud, con un acceso de hasta 75% de la modalidad de libre elección. Añadió que para el grupo C, cuya renta varía entre $193.000 y $281.780, se provee una bonificación de red pública de salud de 90%, y hasta un 75% de modalidad de libre elección. Finalmente, respecto del grupo D, que presenta una renta igual o superior a $ 281.781, pueden acceder a una bonificación del 80% en la red pública y hasta un 75% de bonificaciones, dependiendo de la respectiva prestación, en la modalidad de libre elección.

Acerca de la participación de mercado de FONASA en el ámbito de la atención de salud, afirmó que se ha verificado un incremento en el porcentaje de la población que utiliza dicho sistema. Al efecto, enfatizó que, al 31 de diciembre de 2011, más de un 70% del total de beneficiarios es atendido mediante el sistema de seguro público que provee FONASA.

A continuación, detalló que en FONASA cotizan 5.555.800 personas, de las cuales 3.871.300 son trabajadores dependientes, 1.582.000 de pensionados y 102.500 trabajadores independientes. Detalló que las rentas promedio de cada uno de esos grupos equivale a $385.212, para los trabajadores dependientes; $183.589, para los pensionados; y $216.476 para los trabajadores independientes.

Enseguida, explicó el rol que cumple el sistema de seguro público respecto al sistema AUGE, particularmente en lo relativo a los mecanismos de garantía que desarrolla hacia los 69 problemas de salud que dicho sistema prioriza, que se manifiestan en garantía de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. En ese sentido, sostuvo que, para el presupuesto correspondiente al año 2013, se contemplan MM$ 538.564 en prestaciones garantizadas por el sistema AUGE, de las que un 79% opera para prestaciones que proveen los respectivos servicios de salud, un 20,7% para el funcionamiento del programa de diálisis, y un 0,3% por concepto de compras directas efectuadas por FONASA.

En tal contexto, enfatizó que, al implementarse el denominado bono AUGE, durante el año 2011, se contemplaba un presupuesto de aproximadamente 6 mil millones de pesos para el financiamiento de compras directas, en tanto que para el año 2012 se asignaron 4 mil millones de pesos, mientras que para el año 2013 dicha cifra se reduce a 1.253 millones de pesos. Explicó que tal disminución opera considerando que la red pública y los servicios de salud han realizado una labor eficiente, generando una cifra inferior a 130 reclamos por la prestación de servicios AUGE, con la consecuente disminución de los recursos destinados a financiar la atención por un segundo prestador que se ubique fuera de la red pública. Añadió que las denominadas listas históricas de prestaciones pendientes del sistema AUGE se han resuelto en un 97,6% mediante la incorporación de recursos públicos y servicios hospitalarios de la red pública, y sólo un 2,4% fue derivado hacia el sector privado.

Seguidamente, sostuvo que se debe favorecer la prestación de los servicios que dicha secretaría de Estado provee mediante el sistema AUGE. En ese sentido, señaló que se han entregado 2.348.000 prestaciones durante el año 2012, en tanto que se encuentran en riesgo de incumplimiento 8.598 prestaciones, y 6.896 prestaciones incumplidas no reclamadas. Al efecto, reseñó que FONASA recibe cerca de 130 reclamos mensuales por incumplimiento de garantías, en cuyo caso se designa a un segundo prestador dentro de las 48 horas siguientes en los términos que establece la normativa actualmente vigente.

A continuación, explicó que se ha favorecido la participación ciudadana a objeto de recabar la opinión de diversos sectores acerca del funcionamiento general del sistema de salud, habiéndose recibido, durante 2011, más de 1.220.000 consultas, felicitaciones, solicitudes o reclamos, en tanto que se proyecta que, para 2012, se reciban casi 1.500.000 de tales comunicaciones. Con todo, agregó que se trata de una cifra relativamente menor considerando el total de usuarios del sistema, por lo que se han implementado las labores de difusión respecto a los procedimientos existentes en ese ámbito.

-**Rol Fiscalizador:** tratándose de las labores de fiscalización de FONASA, sostuvo, en primer lugar, que al 31 de diciembre de 2010 existían 4,5 millones de personas dentro del grupo A indigentes. Añadió que, a julio de 2012, dicha cifra equivale a 3,3 millones de beneficiarios, habiéndose distribuido a los grupos correspondientes a aquellos que no cumplen los requisitos para ser considerados dentro del grupo A, atendidos sus reales niveles de ingreso.

Por otra parte, enfatizó que se ha revisado el pago de las cotizaciones obligatorias de salud, incorporándose un mayor número de fiscalizadores a nivel nacional. En ese contexto, detalló que se ha fiscalizado a 13.700 empresas, lo que supone un incremento de un 43% en

comparación al año 2011. Acerca del número de empresas sancionadas por evasión, indicó que se ha producido un aumento de 103%, con un total de 2.077 empresas en esa situación.

Enseguida, explicó que las labores de fiscalización atingen a la existencia de lagunas previsionales, la cobertura de los trabajadores temporeros, la fiscalización tradicional a las empresas–particularmente respecto de aquellas que se encuentran en proceso de quiebra-, y la fiscalización de evasión de personas que han sido fiscalizadas anteriormente, a objeto de evitar la repetición de infracciones.

Finalmente, reseñó que se han realizado labores de fiscalización hacia 47.614 prestadores del sector público y privado, de las cuales un 82% han resultado exitosas.

-**Rol Financiero:** en este punto, enfatizó que, para el año 2013, se contempla un incremento de 6,5% en el presupuesto de FONASA, por una suma total de $ 3.970.507 millones. Reiteró que de dicha suma MM$ 2.208-985 son destinados a la compra de prestaciones de nivel primario y terciario; MM$ 968.722 para el nivel primario; MM$ 425.851 para la compra de prestaciones de libre elección; MM$ 321.744 para licencias médicas; MM$ 5.316 para préstamos médicos y MM$ 39.889 para gastos institucionales de FONASA.

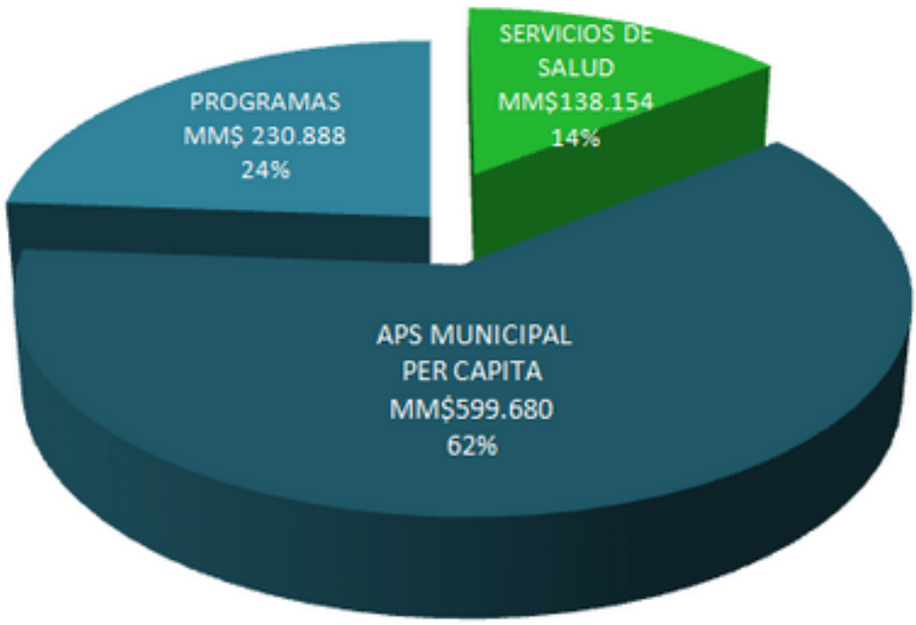
Agregó que los ingresos generados por concepto de cotizaciones de salud equivalen a cerca de MM$ 1.546.306; ingresos propios de FONASA, por MM$ 157.894; aporte fiscal, por MM$ 2.241.131; y transferencias, por MM$ 25.176.

Tratándose del rol financiero hacia los cotizantes, sostuvo que se ha presentado una evolución durante los últimos años, estimándose, para 2013, un crecimiento de 1% de los estamentos correspondientes a trabajadores dependientes, pensionados y trabajadores independientes.

Acerca del financiamiento de las prestaciones asistenciales, explicó el siguiente cuadro, que da cuenta de los siguientes rubros:



Respecto de la evolución del gasto institucional, indicó que se contempla, para 2013, un incremento de 8,1% en comparación al año 2012, lo que equivale a $ 72.999 millones adicionales, por lo que el presupuesto total para el nivel primario asciende a MM$ 968.722. Agregó que dicha suma se distribuye, en un 62%, en el aporte municipal per cápita; en un 24% en programas especiales de atención primaria, y en un 14% de atención primaria realizada por intermedio de los servicios de salud. Al efecto, presentó el siguiente gráfico:



Tratándose de los convenios de gestión suscritos con la Subsecretaría de Redes Asistenciales y Servicios de Salud, explicó que ellos consideran la capacidad hospitalaria y los recursos y necesidades del área de la salud, junto con la implementación de incentivos para optimizar la utilización de recursos mediante el seguimiento mensual de las actividades comprometidas por los distintos servicios.

Respecto del presupuesto para el año 2013, correspondiente al pago de prestaciones valoradas, detalló que tales sumas

se destinan, en primer lugar, a la compra de servicios de salud, por MM$ 1.200.823, en que el 40% corresponde a planes del programa AUGE; otros servicios valorados en un 30%; lista de espera no AUGE en un 13%; operaciones médicas complejas, en un 9%; salud mental en un 5%; y un 3% en diversos pagos.

Acerca de las compras que realiza FONASA, especificó que, del total de adquisiciones de servicios de salud, equivalente a MM$ 133 434, un 83% se destina al pago de tratamiento de diálisis, en un 15% a la compra de camas de uso clínico, y al pago de prestaciones cardiacas y trasplantes de órganos.

A continuación, explicó las prestaciones valoradas más relevantes, esto es, los principales programas que se han implementado durante los últimos años y el presupuesto que se asigna a cada uno de ellos. Al efecto, enfatizó las modificaciones que se han verificado tratándose del Bono AUGE, toda vez que, de los 6 mil millones de pesos asignados en el presupuesto del año 2011, se redujo a 4.231 millones de pesos para el año 2012, estimándose, para el año 2013, la suma de 1.253 millones de pesos, lo que genera una disminución de un 70%.

A objeto de detallar las cifras que corresponden a cada programa, acompañó el siguiente gráfico:

PRINCIPALES PROGRAMAS	PRESUPUESTOS			
	2010	2011	2012	2013
FERTILIZACION ASISTIDA	459	527	670	1.236
MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO NO AUGE	2.956	6.114	6.849	8.451
AUGE PPV SERVICIOS	299.880	339.355	399.625	425.272
AUGE COMPRA DIRECTA	91.281	93.842	101.221	112.347
BONO AUGE	0	6.612	4.231	1.253
LISTA DE ESPERA NO AUGE	0	19.041	23.432	23.432
COMPRA DIAS CAMAS UGCC	5.922	11.489	16.454	13.926
PROGRAMA SALUD MENTAL	35.778	36.150	49.200	49.474
CONVENIO TELETON	4.121	3.446	3.842	4.357
CONVENIO DE REHABILITACION CRUZ DEL SUR	240	339	339	566
CONVENIO HOGAR DE CRISTO	1.486	1.603	2.026	2.026
RESTO CONVENIOS DFL 36	22.027	23.697	28.334	28.526

Respecto del cumplimiento de los programas de prestaciones valoradas, enfatizó que, para el año 2012, se contempla la eliminación de las listas de espera, tal como ocurre tratándose de las operaciones complejas, cumplimiento de programas AUGE y programas de salud mental. En consecuencia, destacó, existe un 105% de cumplimiento de programas de prestaciones valoradas.

En ese sentido, detalló que, para el año 2013, se pretende destinar $33.796 millones adicionales para crecimiento inercial de AUGE en las 69 patologías vigentes, habida cuenta del aumento de la población de FONASA y los convenios de diálisis y Bono AUGE. Añadió que, además, se incorporan $ 4.896 millones para financiar prestaciones complejas, tales como cardio-cirugías, fertilización asistida, malformaciones congénitas, y $ 1.103 millones para aumento del Programa Salud Mental para prestaciones de los niveles secundarios y terciarios.

Por otra parte, agregó que se incorporan $5.001 millones para camas de rehabilitación de adultos y niños y el programa de hospitalización domiciliaria, junto al incremento en los programas de enfermedades raras de alto costo por $1.603 millones (enfermedad de Gaucher y Tirosinemia), y al proyecto de psiquiatría forense para adultos e infanto adolescentes por $ 1.174 millones. Finalmente, reseñó que se contempla la compra de días cama extra al sistema por $ 9.073 millones.

Acerca del presupuesto de libre elección, explicó que se propone su crecimiento en un 3,9%, equivalente a $ 16.090 millones, destinado a financiar el acceso de los pensionados pertenecientes al grupo A con pensión básica solidaria, y la incorporación de 21 nuevos pagos asociados a diagnóstico, por cerca de 5 mil millones de pesos. En esa misma línea, añadió que el presupuesto correspondiente a la modalidad de libre elección presenta un incremento entre los años 2009 a 2013, el que alcanza,

para 2013, a los MM$ 425.851, habida cuenta del creciente número de cotizaciones. En ese contexto, destacó que se contempla la suma de 1.5 billones de pesos en recaudación por ese concepto, lo que equivale a la cifra más alta alcanzada en ese rubro.

En tal sentido, explicó que, actualmente, el gasto por la modalidad de libre elección equivale a 425 mil millones de pesos, y el gasto por licencias médicas equivale a 321 mil millones de pesos, por lo que ambas cifras alcanzan los 746 mil millones de pesos. Por otra parte, reiteró que el aporte por las cotizaciones obligatorias de salud alcanza a 1.5 billones de pesos, por lo que se produce un saldo positivo entre ambas cifras.

A continuación, detalló el funcionamiento del programa de pago asociado a diagnóstico, que permite presentar a los asegurados de libre elección un copago fijo a pagar. Sostuvo que dicho programa contiene la provisión de equipos médicos, días cama, derecho a pabellón, servicio integral de hasta quince días después del egreso, y diagnóstico, tratamiento y eventual hospitalización. Afirmó que los beneficios de dicho programa consisten en asegurar un pago final previamente conocido, ante todo evento, junto con compartir el riesgo entre el seguro de salud y el prestador, incentivar demanda por prestaciones y estandarizar los procedimientos clínicos.

Al efecto, acompañó a su presentación el siguiente gráfico, que da cuenta de los distintos programas de pago asociado a diagnóstico (PAD):

GLOSA PAD	Frecuencia		Gasto Total MM$ 2012	
	2011	2012 (Enero- Ago)	2011	2012 (Enero- Ago)
Parto	61.431	43.577	56.170	40.152
Colelitiasis	9.268	6.325	11.221	7.709
Cataratas (no incluye lente intraocular)	11.697	7.744	8.449	5.637
Enfermedad crónica de las amígdalas	5.125	3.960	2.306	1.797
Hernia abdominal complicada	2.894	1.987	2.296	1.589
Queratectomia Fotorefractiva o Queratomileusis Fotorefractiva (Lasik o PRK) (2)	-	1.666	-	1.187
Hernia abdominal simple	2.712	2.014	1.532	1.146
Hiperplasia de la próstata	1.465	1.144	1.378	1.083
Hernia del Núcleo Pulposo (cervical, dorsal, lumbar)	892	662	1.313	981
Fimosis	2.518	1.937	945	733
Vegetaciones adenoides	1.133	772	438	301
Prolapso anterior o posterior	439	337	372	288
Várices	918	781	312	267
Criptorquidia	378	313	238	198
Menisectomía (2)	-	192	-	167
Histerectomía (2)	-	117	-	114
Acceso vascular complejo (mediante FAV) para hemodiálisis	232	151	144	94
Apendicitis	194	112	151	88
Varicocele	366	297	107	87
Hemorroides	332	195	115	68
Litotripsia extracorpórea (2)	-	64	-	64
Ictericia del recién nacido	660	353	74	40
Acceso vascular simple (mediante FAV) para hemodiálisis	104	64	43	27
Peritonitis	17	10	17	10
Embarazo ectópico	23	16	13	9
Total general	**102.798**	**74.790**	**87.632**	**63.836**

En esa línea, explicó que, para 2013, se contempla la incorporación de 21 nuevos PAD, que se detallan a continuación:

PAD	Q 2013	Gasto adicional (MM$2013)
Sindrome del túnel del carpo o del tarso u otro, trat. quir.	1.309	450
Tiroidectomia bilateral total	1.206	642
Ruptura manguito rotadores, trat. quir. c/s acromiectomia	1.097	937
Chalazión y otros tumores benignos (uno o más en el mismo ojo), trat. quir. Completo	2.190	122
Glaucoma, trat. quir. por cualquier técnica	549	154
Pterigión y/o pseudopterigión o su recidiva , extirpación.	945	73
Hidrocele y/o hematocele, trat. quir.	381	70
Tiroidectomia subtotal	86	34
Osteosíntesis tibio-peroné (cualquier técnica)	124	114
Osteosíntesis diafisiaria o metafisiaria (cualquier técnica) Pierna	119	124
Osteosíntesis, fract.cerrada cúbito y/o radio (cualq. tecn.)(Antebrazo)	198	89
Osteosíntesis diafisiaria (cualquier técnica)(Humero)	132	71
Luxación recidivante, trat. quir. (Hombro)	142	142
Endoprótesis total de hombro,(cualquier técnica)	39	69
Contractura Dupuytren,trat. quir.,cada tiempo	117	32
Hallux valgus o rigidus,trat.quir. completo (cualquier tec.)	907	471
Inestabilidad crónica de rodilla, reconstrucción cápsuloligamentosa (cualquier técnica)	238	309
Otros 4 PAD (Tratamiento quir. de Dedos en Gatillo, Tratamiento de Tumores o quistes o lesiones pseudoquísticas o musculares y/o tendíneas, Artroscopia diagnóstica c/s biopsia, c/s sección de bridas, Extracción de cuerpo extraño, Quistes sinoviales de vai)	2.639	1.085
Total	**12.416**	**4.989**

Reseñó, seguidamente, que se ha producido una disminución de los préstamos médicos, alcanzando la suma de 5.316 millones para el año 2013, a objeto de solventar gastos por copagos, sin perjuicio que ha operado una alta recuperación de tales créditos. En ese sentido, detalló que se ha convenido un acuerdo con la Tesorería General de la República con el objeto de proceder a los descuentos en las declaraciones de impuestos de sus deudores. Agregó que en esta materia existen índices de morosidad de un 3%, junto a altos índices de cumplimiento por parte de los beneficiarios.

Tratándose del presupuesto total de FONASA, explicó que éste contempla un monto de MM$ 39.325, lo que implica un régimen de continuidad respecto del año 2012, habiéndose contemplado una rebaja del gasto corriente de un 2%, y un incremento de 377 millones para implementar mejoras en el sistema integrado de venta de órdenes de atención de salud.

Al efecto, dio cuenta de las modificaciones de cada rubro de ingreso y egreso de acuerdo al siguiente cuadro:

Presupuesto Año 2013 MM$ 2013			
	Ley Ppto 2012 + Reajuste	Presupuesto 2013	Var %
INGRESOS	**3.729.199**	**3.970.507**	**6,5%**
IMPOSICIONES PREVISIONALES	1.363.330	1.546.306	13,4%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	20.136	20.136	0,0%
INGRESOS DE OPERACION	251	251	0,0%
OTROS INGRESOS CORRIENTES	150.899	157.643	4,5%
APORTE FISCAL	2.189.061	2.241.131	2,4%
RECUPERACION DE PRESTAMOS	5.522	5.039	-8,7%
SALDO INICIAL DE CAJA	1	1	0,0%
GASTOS	**3.729.199**	**3.970.507**	**6,5%**
GASTOS EN PERSONAL	14.905	14.883	-0,2%
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	35.880	24.194	-32,6%
PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	633.831	656.451	3,6%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	3.038.074	3.269.412	7,6%
INTEGROS AL FISCO	1	1	0,0%
ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	114	248	117,7%
PRESTAMOS	6.392	5.316	-16,8%
SERVICIO DE LA DEUDA	1	1	0,0%
SALDO FINAL DE CAJA	1	1	0,0%

En otro ámbito, destacó que FONASA cuenta con un sistema computacional que utiliza una base de datos que incluye a todas las personas naturales. Con miras a ello, incorpora a 13,3 millones de asegurados, junto a 35.000 prestadores privados, más de 6 millones de cotizantes, aranceles de FONASA para prestadores públicos y privados, junto a 1,6 millones de bonos mensuales de modalidad de libre elección, y 3,5 millones de licencias médicas por año.

Con todo, reseñó que el sistema informático de FONASA debe ser actualizado, toda vez que requiere ser compatible con las actuales tecnologías. Añadió que durante los años 2010 y 2011 se implementaron las correspondientes bases de licitación y adjudicación para el nuevo sistema que estará operativo entre diciembre de 2012 y 2013, por un costo de 50 millones de dólares en ocho años. Sostuvo que dicho sistema incorpora la acreditación de los afiliados, sus características y modalidades de acceso y pago de cotizaciones obligatorias de salud, entre otras materias. En suma, enfatizó que ello proveerá de la tecnología adecuada para el buen funcionamiento de FONASA, lo que permitirá la existencia de información en línea sobre la base de un repositorio unificado para todos los usuarios.

Po otra parte, presentó ante la Subcomisión una serie de estudios de opinión que dan cuenta de la evaluación ciudadana acerca de las labores que desarrolla FONASA, que la ubican como uno de los servicios públicos que proveen una mejor atención. En ese contexto, añadió que los usuarios valoran las modificaciones que se han implementado en la infraestructura de FONASA, como también en las mejoras que se han acordado en su atención a los beneficiarios y calidad y rapidez del servicio.

El Director Nacional Subrogante del Fondo Nacional de Salud, señor Patricio Muñoz, también destacó la encuesta realizada por Collect GFK, que evalúa las marcas más destacadas en Chile, en la que aparece por primera vez un servicio público, FONASA, ocupando el lugar 19, lo que significa que la gente asocia al servicio con un nivel de seguridad y prestigio.

Reconoció que todavía existen falencias que deben ser atendidas, pero el espíritu y el trabajo que se ha realizado por todos los funcionarios, principalmente por aquellos que atienden directamente al público es digno de destacar.

CONSULTAS

El Diputado señor Alberto Robles centró sus consultas en los programas del FONASA de atención primaria, de prestaciones valoradas y de prestaciones institucionales.

Agregó que destacaba la gestión de FONASA de obtener una mayor recaudación, mediante el ejercicio de hacer cumplir el mandato legal del porcentaje de cotización por los usuarios. Sin embargo, aseveró, ello no se ve reflejado en un incremento de los recursos para la salud, porque los ingresos para FONASA aumentan aproximadamente en 400 miles de millones, de los cuales la mitad obedece a una acción de dicho Servicio para obtener una mayor recaudación de cotizaciones, dinero que proviene de las personas afiliadas. En consecuencia, subrayó, el Fisco no está realizando el aumento que el Ejecutivo informa respecto de la Partida del Ministerio de Salud.

El Diputado señor Alberto Robles manifestó que si se descuenta el porcentaje de la gestión de FONASA de los 400 mil millones, el resultado es que el gasto en salud por parte del Estado en vez de aumentar disminuye y puntualizó que evidentemente las cifras cambian y no existe un mayor aporte del Estado a la salud de todos los chilenos.

Por otro lado, el Diputado señor Alberto Robles solicitó se aclararan las cifras correspondientes al per cápita, ya que en la exposición del Director Nacional Subrogante no se hizo mención alguna respecto de la atención primaria.

En esta última materia, recordó que siempre ha postulado la verificación de cambios estructurales de importancia. Igual idea sostiene para la consecución de una atención de salud más equitativa. Puso como ejemplo el aporte por las prestaciones institucionales de FONASA al Servicio Metropolitano Central que se eleva en un 76 %, en contraposición al Servicio de Atacama que se alza en un 23, 7 y las prestaciones valoradas en la misma Región sólo suben un 4,4%.

Solicitó que se le explicara cuál es la razón de la inequidad.

El Diputado señor Robles reiteró su reconocimiento a la gestión de FONASA, por lo que concordaba con los nuevos recursos para informatización y otros, pero dijo llamarle poderosamente la atención que los recursos destinados a los hospitales públicos en prestaciones institucionales prácticamente mantengan las mismas cifras. Asimismo, manifestó su sorpresa por la disminución en bienes y servicios de consumo, lo que significa derechamente que disminuyen los remedios, los distintos elementos de atención para las personas e incluso los recursos humanos.

Indicó que el presupuesto de FONASA 2013, en materia de recursos humanos, cuando se requiere de mayor número de especialistas, no aumenta, de manera que las cifras atingentes a las prestaciones de salud deben ser clarificadas.

El Diputado señor José Miguel Ortiz dejó constancia que la presentación del Ministerio de Salud posee 212 páginas, ubicándose los traspasos para la atención primaria desde la página 160 en adelante.

El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, respondió diciendo que el sistema de salud público se financia sobre la base de dos fuentes, la primera correspondiente a un impuesto formal al trabajo de un 7% y la otra fuente son los ingresos fiscales de la nación. En el caso de FONASA efectivamente sus recursos se componen de un 50% de los cotizantes y el otro 50% de dineros fiscales, de manera que no se puede conceptualizar a la cotización del 7% como una suerte de gasto del bolsillo de las personas, sino que es un ingreso fiscal por medio de un proceso que está establecido en la ley. En otros países, como Canadá, existe un financiamiento mediante impuestos generales.

Destacó que FONASA con su gestión ha efectuado un equivalente a la última reforma tributaria recaudando la misma cantidad de dinero para el sector público de salud. Las razones de tal resultado son las siguientes: a) en el pasado existía un subsidio vergonzoso a quienes debían cotizar para su salud obligatoriamente y era un subsidio de los más pobres a los que tenían mejores recursos, por lo que FONASA corrigió dicha situación fiscalizando, multando, aumentando la masa de cotizantes y eliminando los falsos indigentes y b) el país está creciendo vigorosamente, tanto en su empleo como en las rentas, de modo que el 7% de cotización es una realidad cada vez mayor.

Añadió que en los dos últimos años de gestión de FONASA, la recaudación de la cotización del 7% ha sido superior a la presupuestada y de nuevo se le piden al Servicio 300 millones de dólares adicionales de recaudación, que con toda seguridad se van a cumplir y sobrepasar.

Manifestó que los resultados señalados no significan que la gente se saca del bolsillo los dineros, sino que se trata de personas que no pagaban el impuesto establecido en la legislación y que teniendo recursos para hacerlo se llevaban los dineros de los más desposeídos.

El Diputado señor Alberto Robles solicitó que se clarificaran las cifras, porque cuando se presenta el presupuesto aparece como un aumento importante del porcentaje que se destina a los programas de atención primaria, prestaciones valoradas y de prestaciones institucionales, en circunstancias que viene el 50% del bolsillo de los cotizantes de FONASA y el esfuerzo que proviene del Estado proporcionalmente es muy menor.

Precisó que la salud pública no está recibiendo desde el Estado mayores recursos en concordancia con el desarrollo de la economía del país, lo que significa en términos reales que el Fisco no está aumentando la cantidad de recursos para el sector de la salud pública.

El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, expresó que el Estado de Chile financia todas las atenciones de salud con fuentes de ingresos diferentes, una de ellas es la cotización de salud, respecto de la cual antes nadie se preocupó de obligar a las empresas a enterarla, situación que en la actualidad no ocurre.

Recordó que el presupuesto está conformado por gastos seguros comprometidos y por propuestas de ingresos inciertas que dicen relación con la recaudación de la cotización del 7%.

Añadió que otros Capítulos de la Partida del Ministerio de Salud, como el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, tienen obligaciones de ingresos propios, por lo que –aseveró- no le parecía prudente que el Instituto de Salud Pública cuando requiera otorgar licencia a un medicamento deje de cobrarle al laboratorio los mil doscientos o mil trescientos dólares que corresponde se le pague, suma que constituye un ingreso fiscal legítimo.

- El Senador señor Orpis consultó respecto al impacto que ha significado, en el presupuesto del FONASA, la eliminación del 7% en las cotizaciones de los pensionados.

- El Diputado señor Marco Antonio Núñez efectuó las siguientes preguntas:

a) En cuanto a la modalidad de libre elección, durante el año 2012 se presentó un problema de acceso a dicha modalidad con los beneficiarios de la ley N° 20.531, que exime, total o parcialmente, de la obligación de cotizar para salud a los pensionados que indica, aduciendo que dicho problema se relacionaba con un error legal. Sin embargo, no se presentó ninguna iniciativa ante el Congreso Nacional para corregir el mencionado error y finalmente se anunció como un logro el que los beneficiarios pudieran acceder a tal sistema. En consecuencia, señaló, no existió el problema legal o continúa existiendo y el Ministerio de Salud en la actualidad está concediendo un beneficio de manera ilegal. Requirió una explicación respecto de esta materia.

b) Sobre el bono AUGE, que disminuye su financiamiento para el 2013 en un 70,4 %, explicado por la DIPRES como un ajuste a la realidad de la demanda de dicho bono, quiso saber si es posible obtener mayor información acerca de los precios pagados, cuáles son los

prestadores más utilizados, cuáles son los mecanismos de compra, por qué el bono AUGE aparentemente llegó para quedarse y sus cifras fueron sobre-estimadas durante 2 años y en la actualidad se estaría llegando a un financiamiento razonable.

c) Respecto de AUGE 80, ya fue anunciado por el Gobierno que en el presupuesto 2013 se incorporan 11 nuevas patologías, por lo que consultó si en el presupuesto de FONASA se financian o se presentará un proyecto de ley sobre el tema.

-El Diputado señor Macaya destacó que FONASA haya sido capaz de obtener una recaudación casi tres veces la reforma tributaria y opinó que no le parecía que hubiera un menor esfuerzo del Estado, sino que simplemente las personas estaban cumpliendo con una obligación tributaria, que es una de las formas de financiamiento del estado.

Agregó que se estaba aplicando un principio de eficiencia para la recaudación de fondos por parte del Estado, unido al mejoramiento de los ingresos personales de los cotizantes, quienes, además, se han ido haciendo responsables de cumplir con sus obligaciones, de modo que aun contando con 3, 3 millones de personas catalogadas como FONASA indigentes, inquirió si es posible seguir avanzando en el aumento de recaudaciones.

El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, respondió a las consultas formuladas de la siguiente manera:

-En lo tocante al desafío de mejorar la recaudación por cotizaciones, al cruzar la cifra de beneficiarios de FONASA indigentes sanitarios, se constata que existe un número significativo de beneficiarios, alrededor de 300 mil, que tienen ingresos superiores a los ochocientos mil pesos mensuales individuales. Estas personas no son cotizantes por cuanto no poseen un trabajo formal, sino que son trabajadores independientes y no obstante que el Ministerio de Salud ha querido adelantar la cotización obligatoria para salud de este tipo de personas desde el año 2018 al año 2014, no se ha logrado un acuerdo con el Ministerio del Trabajo y Previsión Social por cuanto dicha Cartera de Estado tiene como preocupación el mantener la reforma previsional y la obligación primera de cotizar en la AFP. En consecuencia, se presenta un margen de personas que deberían cotizar para su salud y que no hacen, resultando subsidiados por todos los chilenos.

-Respecto del AUGE 80, la ley señala que las etapas que deben cumplirse en el mes de enero de 2013 son la promulgación por el Presidente de la República de un nuevo decreto AUGE, para que rija a partir de julio de dicho año, puesto que el vigente fue expedido por la ex Presidenta Bachelet en enero de 2010 y rigió desde julio de 2010. Para concretar el nuevo decreto, la ley estipula tres pasos: que el

Consejo Consultivo del AUGE proponga, de acuerdo a un estudio de carga de enfermedad, cuáles son aquellas enfermedades que deberían incorporarse al régimen de garantías y es así que el Consejo Consultivo entregó una propuesta de 11 nuevas enfermedades que fueron comunicadas por la prensa. Además, el Ministerio de Salud debe realizar una evaluación de los costos esperados de este nuevo régimen de garantías.

El segundo paso, especificó, es la evaluación independiente -que está entregada al estudio de Bitrán y asociados- del costo esperado de estas patologías AUGE, es decir, dicha agencia tiene que validar si es cierto o no es cierto el costo de la canasta y las nuevas patologías y el tercer paso corresponde al Ministerio de Hacienda que definirá los recursos y la prima AUGE para el nuevo decreto.

Aclaró que el presupuesto que se está presentando no tiene ningún aumento relacionado con el supuesto nuevo decreto AUGE, porque falta validar económicamente esa situación y en enero de 2013 el Presidente de la República debiera dictar el nuevo decreto, cuyas consecuencias empezarían a regir a partir de julio de 2013, con cargo al Tesoro de la Nación si se produce un aumento del gasto.

-Sobre el bono AUGE, se comprometió a hacerle llegar al Diputados señor Núñez y demás parlamentarios la información acerca de cómo se ha gastado y licitado, precisando que se ha efectuado una licitación pública de camas integrales, por lo que cada vez que una persona solicita un bono AUGE se asigna el prestador priorizando de menor a mayor costo. Como parámetro indicó que la licitación de día-cama integral que se ha obtenido alcanza a 350 mil pesos, todo incluido (suturas, medicamentos, cirujano, etcétera).

-En cuanto a la disminución del presupuesto del bono AUGE, informó que FONASA ha gastado los recursos asignados en el presupuesto y que no ha habido una subdemanda, comprometiéndose a enviar información más detallada sobre la materia. Con todo, indicó que en la medida que la lista de espera AUGE ha disminuido, según algunos o se ha terminado, en opinión de otros, el requerimiento para hacer uso de este instrumento con el objetivo de ocuparse de los pacientes en espera, evidentemente que ha disminuido y por ello en el presupuesto del 2012 se bajó de 6 mil a 4 mil millones y en el presupuesto 2013 se reduce a mil quinientos millones para mantener un mecanismo de control de la demanda que no es satisfecha y que, de acuerdo a lo dispuesto en la ley, pasado el período de oportunidad de garantía cumplida tiene que irse el reclamo a FONASA o a la Superintendencia en el caso de las ISAPRES. En FONASA se presentan aproximadamente 120 casos al mes, de personas que ven cumplida su garantía y reclaman, resolviéndose el cien por ciento de las situaciones mediante un bono AUGE que no siempre se transfiere a una institución privada, ya que muchos de los casos se derivan a una institución

pública, pero a una sociedad que está actuando dentro de ese hospital en forma privada, como médicos, trabajando en la tarde o los sábados, de manera que en un hospital público hay médicos que reciben una parte del bono AUGE para financiar extensiones horarias fundamentalmente.

-Respecto a la cotización del 7% de los pensionados y el problema frente a la modalidad de libre elección, el Ministerio recibió información desde la Superintendencia de Seguridad Social de que las personas adscritas a la ley que suprimió dicha cotización no tenían el privilegio de acceder a FONASA libre elección. Esta información produjo mucha alarma, porque el número aproximado de pensionados alcanza a 500 mil, de los que realmente 140 mil, habiendo tenido derecho a la libre elección, lo perdían en virtud de la interpretación legal que se estaba realizando. Esas personas son principalmente las cónyuges que dejaron de ser cargas de sus maridos. Jurídicamente la Dirección de FONASA reinterpretó la norma y la sometió a consulta de la Contraloría, entidad esta última que dictaminó el 2 de octubre de 2012 que la postura de FONASA es la correcta, es decir, que procede que sean titulares del subsidio establecido y que puedan optar a la modalidad de libre elección.

Por su parte, el Director (S) del FONASA, señor Patricio Muñoz, respecto al impacto que ha significado, en el presupuesto del FONASA, la eliminación del 7% en las cotizaciones de los pensionados, señaló que a FONASA le llega una transferencia de parte del Instituto de Previsión Social equivalente al monto de los descuentos que ya no se realizan, de modo que el ingreso por cotizaciones está en un cien por ciento, como si esos pensionados cotizaran.

Indicó que al mes de agosto del año 2012 la bonificación del Instituto de Previsión Social asciende a 32 mil 671 millones, que corresponde al subsidio que se le entrega a los pensionados.

Sobre el bono AUGE complementó que son ingresos que se han otorgado tanto a hospitales públicos como a entidades privados.

El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, acotó que el presupuesto para 2013 considera un crecimiento de 16 mil noventa millones para la modalidad de libre elección, de los cuales para la población perteneciente al grupo A con pensión básica solidaria se destinan 11 mil cien millones.

-En sesión celebrada el día 18 de octubre de 2012, el Diputado señor Robles destacó que, tal como se ha explicado durante la presentación de FONASA, existen cerca de 5.500.000 cotizantes

de dicho sistema de los cuales, en promedio, los trabajadores dependientes reciben una remuneración de $385.211, los pensionados reciben la suma de $ 183.589, y los trabajadores independientes la suma de $216.476. En ese contexto, detalló que, sin perjuicio de las labores que ha realizado FONASA para obtener el pago oportuno de las cotizaciones obligatorias de salud, las rentas de los cotizantes de FONASA corresponden, en promedio, a la población de menores recursos, en tanto que se habría producido una disminución de los fondos estatales directos que se asignan a dicho fondo. En consecuencia, sostuvo que las mejoras en el funcionamiento del rol fiscalizador de FONASA han generado un incremento en las sumas que deben aportar las personas con menores recursos para acceder a los servicios de salud.

En efecto, indicó que ello significa que los cotizantes de FONASA deben financiar casi la totalidad de las prestaciones del sistema hospitalario y primario de salud. En esa misma línea, añadió que, en el presupuesto para el año 2013, el porcentaje de los aportes de los cotizantes experimentan un incremento de un 37% a un 39%, en tanto que el aporte estatal disminuye de un 58% a un 56%. En consecuencia, argumentó que el financiamiento de FONASA debe provenir preferentemente del aporte estatal directo, y no de las cotizaciones obligatorias de los beneficiarios.

Por otra parte, el Diputado señor Accorsi enfatizó que, durante el análisis del financiamiento del sector salud, se deben considerar una serie de variables, tales como el alza en las expectativas de vida de la población. Asimismo, coincidió en que los fondos asignados deben provenir preferentemente de impuestos generales, debiendo evitarse el financiamiento mediante las cotizaciones obligatorias de salud.

Enseguida, sostuvo que se deben implementar mecanismos de difusión acerca de los planes y las patologías que cubre el plan AUGE, por lo que solicitó la inclusión de recursos destinados a elevar los niveles de información ciudadana en ese ámbito, mediante una glosa especial referida al sector comunicacional y de difusión.

A continuación, solicitó la incorporación de financiamiento especial para el tratamiento y recuperación de los pacientes que padecen enfermedades raras de alto costo, toda vez que dicho mecanismo permitiría cuantificar el gasto y efectuar el seguimiento de los planes y programas que se implementen sobre el particular.

Seguidamente, solicitó una mayor coordinación entre los servicios que proveen asistencia a personas que padecen de algún tipo de discapacidad, habida cuenta que, añadió, el Servicio Nacional de la Discapacidad carece de los mecanismos que le permitan proveer de atención oportuna en esta materia, por lo que los fondos que se le asignan en ese ámbito deben ser enviados a los correspondientes servicios de salud.

Finalmente, destacó la necesidad de implementar servicios de especialistas de llamada en servicios de urgencia, toda vez que ello implicaría un ahorro en días cama, insumos y medicamentos. En esa misma línea, abogó por la necesidad de trasladar médicos especialistas a las zonas más apartadas del país, con miras a generar una disminución en los tiempos de espera de las atenciones correspondientes.

El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, reiteró, a propósito del financiamiento del sistema de salud, que se contemplan dos ingresos: un aporte que conforman las cotizaciones obligatorias de salud, y el aporte fiscal directo. Asimismo, detalló que algunos organismos generan ingresos propios en el contexto de su funcionamiento. En ese contexto, señaló que la propuesta de presupuesto para el año 2013 contempla un aumento de la cotización legal que deben enterar los trabajadores, por la suma de 1.546 millones de pesos, en tanto que el aporte fiscal se incrementa de 2.686 millones de pesos a 2.749 millones de pesos, por lo que, enfatizó, no resulta correcto sostener que hay una disminución del aporte fiscal en esta materia.

Acerca de los planes o programas de difusión respecto de las políticas de dicha cartera, sostuvo que el presupuesto del Ministerio de Salud en esta materia es exiguo, y su uso se encuentra focalizado preferentemente en campañas de difusión relativas al consumo de tabaco, enfermedades digestivas, infecto contagiosas o estacionales, aun cuando, agregó, algunas de las labores de información relativas a las garantías del plan AUGE son realizadas por intermedio de la Superintendencia de Salud.

Finalmente señaló que cerca de un 20% de las personas que padecen una patología que se encuentra cubierta por el plan AUGE no utilizan las respectivas prestaciones. Reseñó que la mayoría de dichos pacientes se encuentran afiliados al sistema de ISAPRES, en tanto que sólo el 45% utilizan el prestador preferente, o el sistema, seguro o prima AUGE, o su plan complementario de salud. En ese contexto, detalló que la Superintendencia de Salud realiza una labor muy relevante, consistente en poner en conocimiento de los pacientes que han sido diagnosticados con una patología AUGE su derecho a acceder a los planes que éste contempla.

Enseguida, el Diputado señor Núñez consultó en relación a los motivos que determinaron el aumento en el aporte al Programa de Prestaciones *Institucionales (PPI)* al Servicio Metropolitano Central, el que se eleva en un 76%, esto es, en 25 mil millones de pesos adicionales, en comparación al aumento en el Servicio de Salud Nororiente, que alcanza a un 8,9%.

Por otra parte, solicitó la difusión de un estudio encargado por FONASA relativo a costos hospitalarios, el que fue realizado por la Escuela de Salud Pública de la Pontifica Universidad Católica de Chile.

El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, explicó, tratándose de la diferencia entre gastos corrientes entre el Servicio Metropolitano Central y el Servicio de Salud Nororiente, que ello radica en que el Hospital de Maipú, que iniciará sus funciones durante 2013, debe contratar a la totalidad de su personal, en tanto que el Hospital de La Florida cuenta actualmente con una planta funcionaria, por lo que requiere una menor asignación presupuestaria. Asimismo, enfatizó que el Servicio Metropolitano Central presenta un mayor tamaño en relación al Servicio de Salud Nororiente.

En cuanto al informe de costos de los centros hospitalarios, indicó que hará llegar dicho análisis a los miembros de la Subcomisión.

-El Diputado señor Robles solicitó votación separada de los Programas 01 y 02 del Capítulo 02.

- Sometido a votación el Programa 01, “Fondo Nacional de Salud” fue aprobado por 4 votos a favor (Senadores señores García Ruminot y Orpis y Diputados señores Macaya y Ortiz) y 1 abstención (Diputado señor Robles), sin modificaciones.

El Diputado señor Robles fundamentó su voto de abstención señalando que el Programa 01 evidencia un aumento importante de sus recursos que el FONASA ha logrado, según se ha explicado, mediante su forma de gestión. Sin embargo, ello ha significado, a su vez, una disminución del apoyo fiscal al sector salud, ejercicio que le parece absolutamente regresivo desde el punto de vista de la salud pública.

-Sometido a votación el Programa 02, “Programa de Atención Primaria” fue aprobado por 4 votos a favor (Senadores señores García Ruminot y Orpis y Diputados señores Macaya y Ortiz) y 1 abstención (Diputado señor Robles), sin modificaciones.

El Diputado señor Robles fundamentó su voto de abstención en la necesidad de aumentar el per cápita en el Programa de Atención Primaria, teniendo en consideración lo expresado ante la Subcomisión por los dirigentes de los trabajadores de la atención primaria de salud.

-Sometidos a votación el Programa 03, "Programa de Prestaciones Valoradas" y el Programa 04, "Programa de Prestaciones Institucionales" fueron aprobados por la unanimidad de los miembros de la Subcomisión, Senadores señores García Ruminot y Orpis y Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles, sin modificaciones.

CAPÍTULO 04
Programa 01
Instituto de Salud Pública de Chile

El presupuesto de este programa para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 21.791.813 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de $ 21.120.210 miles, supone un incremento de un 3,18 % por ciento.

La Directora del Instituto de Salud Pública, señora María Teresa Valenzuela, inició su presentación explicando que dicho organismo persigue contribuir al cuidado de la salud pública del país, toda vez que se trata de una institución científico técnica del Estado que desarrolla labores de vigilancia y fiscalización en ese ámbito.

Agregó que el presupuesto para el año 2013 supone un régimen de continuidad de los ejes estratégicos planteados para el período comprendido entre los años 2010-2014, consistente en el aseguramiento de la entrega de medicamentos de calidad para toda la población, la calidad analítica de las mediciones farmacológicas, el fortalecimiento de la información epidemiológica, a objeto de su utilización por la Subsecretaría de Salud Pública, y el mejoramiento de la gestión interna de la institución.

Dentro de los productos estratégicos de la entidad, detalló que se contempla el funcionamiento de la Agencia Nacional de Medicamentos, el Laboratorio Nacional de Referencia para laboratorios clínicos, la referencia y vigilancia sanitaria de productos alimenticios y ambientales, y la referencia y vigilancia en el ámbito de la salud laboral.

Respecto del presupuesto que se consigna para el año 2013, señaló que se contempla un monto total de 21.791 millones de pesos, lo que supone un incremento de 3,2% en comparación al presupuesto correspondiente al año 2012. Enfatizó que el referido aumento se justifica en el fortalecimiento institucional de la Agencia Nacional de Medicamentos, y el desarrollo de las labores de referencia y vigilancia que debe desarrollar el laboratorio biomédico del organismo.

Tratándose de la Agencia Nacional de Medicamentos, informó que el monto asignado, correspondiente a 608 millones de pesos, tiene por objeto financiar las funciones que dicha agencia debe desarrollar, particularmente respecto de su rol certificador de medicamentos bio-equivalentes de calidad. Agregó que para ello es preciso desarrollar nuevas metodologías analíticas de alta tecnología, con la finalidad de aumentar los índices de control de calidad de los medicamentos de síntesis química, biológica y biotecnológica.

Asimismo, señaló que se debe fiscalizar la calidad farmacéutica de productos certificados como bio-equivalentes, el control y combate de medicamentos ilegales o falsificados, el incremento de la vigilancia y control sanitario en los puntos de acceso de medicamentos a nivel nacional, el aumento de la capacidad de fiscalización farmacéutica durante todas las etapas del ciclo de cada medicamento, y la incorporación de nuestro país, en el plazo de seis años, al *Pharmaceutical Inspection Cooperation Scheme,* lo que ubicaría a la institucionalidad del país a nivel internacional.

Por otra parte, enfatizó que la Agencia Nacional de Medicamentos ha analizado la bio-equivalencia entre medicamentos, por lo que, para 2013, se pretende declarar la bio-equivalencia de 450 medicamentos genéricos certificados, junto al aumento de la fiscalización de productos equivalentes terapéuticos. Indicó que se han verificado avances en la acreditación de los laboratorios en que se producen los medicamentos respecto a las buenas prácticas de manufactura y validación de sus procesos, para lo que se han promovido una serie de acuerdos con organismos internacionales en dicho ámbito.

Tratándose del fortalecimiento de los laboratorios de referencia del área biomédica, explicó que el presupuesto para el año 2013 contempla la cifra de $1.593 millones de pesos a objeto de garantizar la vigilancia de enfermedades transmisibles, emergentes, re emergentes e infecciones asociadas a la atención de salud. En ese contexto, enfatizó la relevancia de atender las problemáticas que generan las enfermedades emergentes, toda vez que, mediante un trabajo coordinado entre diversas entidades, se pueden soslayar sus consecuencias en el ámbito de la salud pública.

Por otra parte, afirmó que las labores del organismo apuntan al aseguramiento de la calidad y confiabilidad de los análisis de exámenes de laboratorios, desarrollando las competencias requeridas para el control de enfermedades -en el marco de la ley sobre derechos y deberes de los pacientes-, el mejoramiento de los recursos de laboratorios de VIH y virus respiratorios, la vigilancia y referencia para genotificación de fármaco resistencia del virus del VIH, la modernización de los sistemas de gestión e información de laboratorios, y la contribución a la

calidad analítica de los laboratorios externos mediante el mejoramiento del Programa de Evaluación Externa de la Calidad. Asimismo, informó que se pretende implementar un Registro Nacional de Receptores de Trasplantes de Córneas, con el objetivo de contribuir a la transparencia en la asignación de tejidos.

Enseguida, añadió que, para el año 2013, se contempla la contratación de 30 profesionales para la entidad, el ingreso al banco integrado de proyectos para laboratorios epidemiológicos, y la compra de equipamientos. Reiteró que tales programas se enmarcan dentro de las labores destinadas a garantizar la existencia de medicamentos de calidad para toda la población, un crecimiento del número de medicamentos genéricos bio-equivalentes, el fortalecimiento del área de funciones críticas, el reconocimiento de la Agencia Nacional de Medicamentos por la Organización Panamericana de la Salud, el aumento de técnicas acreditadas de acuerdo a estándares internacionales y la contribución a la transparencia del programa nacional de trasplantes.

CONSULTAS

El Diputado señor Núñez sostuvo que las funciones que desarrolla el Instituto de Salud Pública son muy relevantes, por lo que el presupuesto que se asigna para el año 2013 parece ser insuficiente, sobre todo para el funcionamiento de la Agencia Nacional de Medicamentos, la que debería operar como una entidad autónoma administrativamente. A continuación, consultó respecto de los medicamentos que han sido certificados como bio-equivalentes, toda vez que el propósito de la entidad es certificar cerca de 450 de tales medicamentos en tanto que el promedio de certificaciones equivale a cerca de tres insumos por semana.

Seguidamente, consultó en relación al aumento en casi un 100% que contempla el presupuesto para el año 2013 en lo relativo a la contratación de personal a honorarios.

El Diputado señor Accorsi consultó acerca del número total de fiscalizadores que opera en el Instituto de Salud Pública, y de los fondos que la entidad destinará a labores de investigación.

El Diputado señor Robles coincidió en la necesidad elevar los estándares de funcionamiento del Instituto de Salud Pública. Con todo, coincidió en que el crecimiento presupuestario que se contempla para el año 2013 resulta ser insuficiente, toda vez que las cifras que contiene podrían implicar una disminución de sus funciones. En efecto, añadió, el presupuesto, sin considerar reajustes, asciende en 1.500 millones de pesos, los que son destinados preferentemente a gasto en personal, en tanto que el subtítulo correspondiente a bienes y servicios de consumo

disminuye drásticamente. En consecuencia, reiteró que el propósito institucional del referido organismo no podrá ser cumplido con el presupuesto que se le asigna.

El Diputado señor Macaya señaló que se encuentra en estudio una iniciativa legal que confiere mayores atribuciones a la Agencia Nacional de Medicamentos, por lo que los recursos que, respecto del presupuesto para el año 2013 podrían parecer insuficientes, serán ingresados por intermedio de dicha propuesta legislativa.

La Directora del Instituto de Salud Pública, señora María Teresa Valenzuela, señaló que efectivamente se encuentra en análisis una iniciativa legal que otorga mayores atribuciones a la Agencia Nacional de Medicamentos. Añadió que la entidad debe cumplir sus funciones siguiendo los más altos estándares internacionales, para lo que se ha seguido el modelo aplicado por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil.

Por otra parte, sostuvo que el presupuesto para el año 2013 contiene un significativo aumento en las cifras por contratación a honorarios, toda vez que se ha acordado la implementación de un sistema informático uniforme para toda la institución. Detalló que dicho proceso requerirá la contratación de profesionales en dicho ámbito, lo que explica el incremento del referido ítem.

Respecto del número de fiscalizadores del Instituto de Salud Pública, informó que la entidad cuenta con 13 funcionarios que se ocupan de controlar el funcionamiento de los laboratorios de la industria farmacéutica. Con todo, agregó que el referido organismo carece de facultades para fiscalizar a las farmacias, por lo que, en el evento de conferirse tal facultad, se generaría la necesidad de ampliar la planta de funcionarios que desarrollan tales funciones. Enfatizó que los funcionarios que operan actualmente, junto a los 5 nuevos cargos que se proveerán durante el año 2013, permitirán desarrollar adecuadamente las labores de fiscalización que le corresponden actualmente.

En cuanto al presupuesto que se asigna a labores de investigación, detalló que no existe un subtítulo destinado exclusivamente a dicho objeto, sin perjuicio de lo cual toda la información que se genera en el trabajo de los laboratorios de la institución es analizada e informada al Ministerio de Salud. Asimismo, reseñó que se desarrollan ciertas líneas de investigación mediante el aporte de la Organización Panamericana de Salud.

En lo relativo del presupuesto total que se asigna a la entidad, enfatizó que las cifras que se contemplan para el año 2013 resultan ser suficientes para satisfacer las necesidades de dicho período. Con todo, aclaró que en el presupuesto para el año 2012 se contemplaban 1.800 millones de pesos que fueron utilizados para la construcción de las

instalaciones de la Agencia Nacional de Medicamentos, por lo que ello debe ser considerado al momento de efectuar una comparación entre ambos períodos.

El Diputado señor Robles destacó que el presupuesto del Instituto de Salud Pública no contempla fondos para garantizar el análisis de medicamentos y su vigilancia, en tanto que se contempla una disminución del subtítulo de bienes de consumo y servicios en comparación al año 2012, por lo que solicitó información acerca de los antecedentes que lo justifican.

El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, sostuvo que el Instituto de Salud Pública realiza labores de vigilancia de enfermedades y control de vacunas, junto a funciones de control nacional de fármacos. Añadió que esta última área debe ser desarrollada por una entidad autónoma, con presupuesto propio, por lo que se han iniciado los estudios sobre la factibilidad de una reforma legal en ese ámbito. Reiteró que en el ejercicio de tales funciones el Instituto de Salud Pública genera sus propios recursos, mediante el pago de las industrias farmacéuticas por la certificación de sus productos, lo que genera un superávit para dicha entidad y permite el financiamiento del organismo en su conjunto. En ese contexto, detalló que la entidad certifica aquellas agencias que se ocupan de los estudios de bio-equivalencia, habiéndose producido un incremento respecto de aquellas instituciones que lo realizan en nuestro país.

Asimismo, insistió en la mantención del presupuesto de expansión de los fondos destinados a dicho organismo, toda vez que los montos que le fueron entregados durante el año 2012, a objeto de financiar la construcción de las dependencias de la Agencia Nacional de Medicamentos, le han sido asignados al presupuesto para el año 2013, por lo que no se habría producido una disminución en ese sentido.

-La Tercera Subcomisión acordó oficiar a la Directora de Presupuestos, señora Rosanna Costa, solicitándole que considere el pronto envío a tramitación legislativa del proyecto que regula la Agencia Nacional de Medicamentos. Con fecha 18 de octubre de 2012 se expidió el oficio N° 83 dirigido a la autoridad presupuestaria.

- Sometido a votación el Capítulo 04, Programa 01 “Instituto de Salud Pública de Chile”, fue aprobado por 4 votos a favor (Senadores señores García Ruminot y Orpis y Diputados señores Macaya y Ortiz) y 1 voto en contra (Diputado señor Robles), sin modificaciones.

El Diputado señor Robles fundamentó su voto en contra precisando que la cantidad de recursos informados por la

Directora del instituto de Salud Pública no se consignan en el presupuesto, resultando bastante menos que los indicados.

Asimismo, el Diputado señor Robles solicitó se informara, en la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, acerca de la destinación de los 107 cargos en que aumenta la dotación de personal del Instituto.

CAPÍTULO 05
Programa 01
Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud

El presupuesto de este programa para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 6.106.199 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de $ 6.298.609 miles, representa una disminución del 3,05 por ciento.

El Programa en estudio considera cinco glosas:

El Director de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), señor Valentín Díaz, inició su exposición explicando que dicha entidad es un organismo autónomo, funcionalmente descentralizado, que opera sin aportes fiscales libres para sus gastos operacionales, toda vez que su financiamiento deriva del cobro de comisiones por las compras que realizan los hospitales, servicios de salud y los correspondientes programas ministeriales.

Explicó que el presupuesto para dicho organismo, contemplado para el año 2012 y 2013, ha permitido un proceso de restructuración y modernización institucional, a raíz de la aprobación de un proyecto de acuerdo de la Cámara de Diputados, de 17 de mayo de 2011, que apunta a la focalización de compras de aquellos productos con un costo mayor a los 40 millones de pesos anuales -lo que permitió disminuir el número de ítems disponibles de 1.500 a 908-; la externalización de los procesos logísticos, mediante la distribución directa que realizan los laboratorios o los operadores contratados, con lo que CENABAST ya no realiza labores logísticas, habiéndose iniciado un proceso de cierre de sus bodegas; y la facturación directa de los proveedores a los clientes, por lo que la intermediación de fármacos de servicios de salud, hospitales y atención primaria es facturada directamente por los correspondientes laboratorios, contemplándose que lo propio ocurra tratándose de los distintos programas ministeriales desde 2013.

A continuación, sostuvo que el presupuesto que presentó ante la Subcomisión permitirá la modernización de CENABAST sobre la base de un proceso que se funda en cuatro ejes: inteligencia de negocios, en cuya virtud opera la captura y agregación de demanda, estudios de mercado y precios, estudios de compras y control de los contratos; operaciones de distribución, con miras a obtener un control logístico completo que realizan los operadores y laboratorios; servicios de post venta, mediante la satisfacción de despacho oportuno; y soporte administrativo y de tecnologías de la información.

En ese contexto, enfatizó que los desafíos que dicha institución pretende alcanzar durante el año 2013 atingen al mejoramiento de los servicios de abastecimiento, distribución y post venta de fármacos e insumos médicos, debiendo satisfacer estándares de calidad y oportunidad en su entrega. Asimismo, detalló que se pretende iniciar el proceso de facturación directa para el 100% de los programas ministeriales, favorecer la ampliación de la cobertura y monitoreo de la distribución de productos a nivel nacional, la implementación de nuevos estándares de eficiencia mediante la automatización de procesos, y el fortalecimiento de infraestructura y desarrollo de herramientas tecnológicas.

Enseguida, destacó que el total del presupuesto asignado para 2013 a CENABAST asciende 6.106 millones de pesos, los que corresponden, en su totalidad, a comisiones que se cobran a programas ministeriales y a labores de intermediación. Por su parte, detalló que el presupuesto de gastos apunta al pago de remuneraciones de sus 225 funcionarios, al cumplimiento de las obligaciones contraídas con el operador logístico y los gastos operacionales y de sostenimiento del servicio.

Subrayó, a continuación, que CENABAST cuenta con 225 funcionarios, dentro de los cuales 24 se acogerán, dentro de los próximos dos años, a planes de incentivo al retiro, los cuales no serán remplazados en sus funciones. En ese contexto, detalló que, a medida que se produzca el retiro voluntario de los trabajadores, se irá produciendo una reducción de la planta funcionaria hasta llegar a los 180 funcionarios. En materia de capacitación, indicó que se destinarán 30 millones de pesos para desarrollar una serie de programas en dicho ámbito.

Seguidamente, explicó que, mediante el presupuesto total de CENABAST, equivalente a 6.100 millones de pesos, dicha entidad genera 242 mil millones de pesos, en tanto que, para 2013 considerando los programas ministeriales y los mecanismos de intermediación, se contempla la generación de 253 mil millones de pesos, a raíz del aumento en el volumen de negocios de CENABAST. Destacó, dentro de las cifras generadas durante 2012, los siguientes programas:

PRINCIPALES PROGRAMAS	DICIEMBRE 2011 MM$	PROY. DICIEMBRE 2012 MM$
SIDA	33.787	26.758
PROG. NAC. INMUN.	21.885	9.647
APOYO RECIÉN NACIDO	12.676	14.003
HEMOFILIA	12.065	11.173
IRA - ERA	7.486	7.794
ENF. ALTO COSTO	6.254	6.511
PROGRAMA MUJER	3.940	3.942
CARDIOVASCULAR	2.759	4.015
OTROS 19 PROGRAMAS	10.242	24.649

Enseguida, explicó que, dentro de tales programas, destaca la variación existente entre los años 2011 y 2012 como consecuencia de las modalidades de cambio de la captura de la demanda, lo que impacta en los presupuestos de los distintos establecimientos. Asimismo, indicó, respecto del Programa Nacional de Inmunización, que la disminución que se consigna radica en la adquisición de vacunas durante el año 2012 mediante el programa de epidemiologia emergente.

Destacó, en ese contexto, que durante el año 2012 el 79% del volumen de negocios de la institución provino de los diversos programas ministeriales, en tanto que sólo el 21% fue generado por intermediación, existiendo, en ambos casos, altos índices de demanda satisfecha.

Por otra parte, enfatizó que se ha producido una disminución de las deudas de CENABAST, producto de su desintermediación financiera. Al efecto, detalló que, a agosto de 2011, dicha cantidad ascendía a 83 mil millones de pesos a proveedores, en tanto que, al mes de agosto de 2012, tal cifra se ha reducido a 55 mil millones de pesos, sin la necesidad de la provisión de recursos adicionales.

A continuación, afirmó que otro eje fundamental en el funcionamiento de CENABAST radica en la distribución directa desde los proveedores hacia los clientes, lo que requiere un control de los contratos que suscribe a objeto de determinar el momento de arribo y calidad de los insumos. En esa misma línea, señaló que se ha producido un aumento sostenido en las multas hacia los laboratorios y proveedores, habiéndose superado las cifras que se recaudaron durante el año 2011 por dicho concepto.

En ese sentido, añadió que la desintermediación física de los productos ha generado una disminución en el *stock* acopiado en las bodegas de la entidad, toda vez que mantenía fármacos e insumos médicos por un valor equivalente a quince mil millones de pesos. Indicó que, al mes de agosto de 2012, el stock se ha disminuido a 4.761 productos, habiéndose suspendido el acopio de nuevos insumos, por lo que, una vez liquidado el material existente, se procederá al cierre de las bodegas de CENABAST en la comuna de Quinta Normal.

Finalmente, reiteró que se ha favorecido la adquisición de aquellos productos cuyo valor supera los 40 millones de pesos, con la excepción de los que son adquiridos para ser intermediados, al consistir en productos comprendidos dentro del GES o de ala complejidad. En programas ministeriales, sostuvo que se ha reducido el arsenal de 1.500 ítems de a 908, con lo que se favorece una mayor eficiencia en la adquisición de insumos.

CONSULTAS

El Diputado señor Accorsi indicó que los servicios de salud deciden libremente la adquisición de insumos médicos en CENABAST, al no existir una obligación de realizar operaciones con dicho organismo. En consecuencia, enfatizó que, habida cuenta de los beneficios que dicha entidad provee, se debe favorecer el establecimiento de un sistema obligatorio para los servicios de salud y hospitales públicos, con miras a garantizar que los insumos que requieren sean adquiridos por intermedio de CENABAST.

Por otra parte, solicitó que, tratándose de la adquisición de drogas oncológicas, se debe evitar el exceso de intermediación en ese ámbito, toda vez que ello genera un incremento en el valor final de los medicamentos. En ese sentido, abogó por la necesidad de garantizar el acceso de medicamentos oncológicos mediante las funciones que debe desarrollar CENABAST.

El Diputado señor Robles sostuvo que el funcionamiento de CENABAST ha presentado una serie de falencias. Al efecto, consultó, considerando el descenso en el número de medicamentos que intermedia la entidad, acerca del organismo que ha asumido la función de adquirir tales insumos. En lo relativo al proceso logístico que desarrolla, señaló que, habida cuenta de la externalización que se ha verificado a su respecto, resulta necesario conocer el incremento de valor que se ha generado para el cliente final, particularmente los servicios de salud y de atención primaria. Asimismo, consultó acerca de la proporción de los servicios contratados por entidades externas que desarrollan labores de distribución de medicamentos.

Por otra parte, consultó por el número de clientes de CENABAST, particularmente respecto de aquellos servicios de salud de atención primaria, y de los efectos que produjo la creciente intermediación de sus servicios, toda vez que ello puede producir un alza en el valor de los insumos médicos.

Finalmente, consultó por el porcentaje de fármacos vencidos o productos desechados que se encuentran comprendidos en la disminución del *stock* físico de CENABAST. En esa misma línea, solicitó información acerca de las proyecciones de la cantidad de insumos disponibles en el futuro, y de las medidas que se han adoptado para la mantención de un *stock* crítico ante situaciones de emergencia.

El Diputado señor Núñez sostuvo que el presupuesto asignado a CENABAST ha experimentado una disminución sostenida. Al efecto, enfatizó que el descenso real, dentro de los últimos años, supera el 10%. En ese sentido, consultó por los motivos que lo justifican, particularmente en lo tocante al subtítulo correspondiente a programas informáticos, habida cuenta que se requiere la existencia de sistemas acordes a las labores que la institución desarrolla.

Por otra parte, solicitó información relativa a las razones del aumento, en una cifra cercana al 40%, del ítem correspondiente a la contratación de personal a honorarios.

El Diputado señor Macaya consultó por los plazos en que CENABAST procede al pago de las obligaciones con sus proveedores, y de las mejoras que se han verificado en ese ámbito.

El Senador señor Larraín, don Hernán, en esa misma línea, afirmó que CENABAST presenta un stock de deuda muy significativo, aun cuando éste ha sido reducido durante los últimos periodos. Consultó acerca de las proyecciones existentes sobre la materia, particularmente respecto del plazo en que se producirá su extinción.

El Director de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), señor Valentín Díaz, en primer lugar, explicó que no existe la obligación para los servicios de salud, hospitales públicos ni municipios de adquirir insumos médicos en CENABAST, toda vez que se trata de entes autónomos que pueden elegir los proveedores que estimen convenientes para tales efectos, aun cuando dicha entidad provee una serie de beneficios. No obstante ello, destacó que la entidad ha revisado su funcionamiento, habiéndose detectado, en algunos casos, falencias en la cantidad de fármacos disponibles y oportunidad en su entrega a los hospitales y centros de atención primaria. Sostuvo que, considerando ambos elementos, los hospitales públicos y servicios de salud adquieren

medicamentos e insumos médicos en CENABAST en una cifra cercana al 50% del total de sus compras.

Tratándose de la disminución de la oferta de medicamentos que provee CENABAST, afirmó que ello se fundamenta en la focalización de sus adquisiciones en aquellos productos cuyo valor supera los 40 millones de pesos, toda vez que cualquier compra por un menor valor no genera descuentos relevantes para los servicios públicos. Por otra parte, enfatizó que, a partir de 2013, la Subsecretaría de Redes Asistenciales se ocupará de definir los arsenales médicos que éstos deben adquirir.

En cuanto a las acreencias que CENABAST ha otorgado a las municipalidades, agregó que el 70% del total de la deuda existente se ha regularizado mediante convenios de pago, por lo que dicha situación se estaría resolviendo adecuadamente.

A continuación, explicó que se ha producido una reducción significativa del monto de los procesos logísticos de CENABAST, toda vez que, además de su elevado valor –el que ascendía a 5.700 millones de pesos-, se detectaron una serie de falencias en dicho ámbito, tales como la existencia de insumos en mal estado. En consecuencia argumentó que, a raíz de las mejoras que se implementaron al funcionamiento logístico de la institución, se ha producido un alza en sus índices de eficiencia.

En cuanto al porcentaje de fármacos vencidos que se encuentran en las bodegas de CENABAST, detalló que se han realizado investigaciones sobre el particular en la Contraloría General de la República, CENABAST y la Fiscalía Local de Maipú, sin que se haya determinado fehacientemente el número de tales insumos.

Acerca del *stock* físico que se encuentra en sus bodegas, afirmó que éste ha presentado una disminución progresiva en el último año, alcanzando un monto cercano a los 4.700 millones de pesos, mientras que el promedio de los últimos años ascendía a 15 mil millones de pesos. En esa misma línea, añadió que es probable que se produzca la eliminación total del *stock* durante el mes de marzo de 2013.

En ese contexto, enfatizó que se encuentra en estudio la implementación de un *stock* crítico, el que sería destinado a satisfacer las necesidades médicas ante situaciones de emergencia. Agregó que ello generaría un costo adicional para la entidad, toda vez que, en lo sucesivo, ésta carecerá de espacios físicos donde proceder al almacenamiento de insumos médicos.

Respecto a la disminución progresiva del presupuesto de CENABAST durante los últimos años, explicó que ello se explica en la rebaja en los costos logísticos de operación.

En lo relativo al incremento en las cifras por concepto de personal a honorarios, detalló que se ha procedido a la contratación de dos profesionales –un auditor y un abogado-, lo que generó el alza de dicho ítem.

Seguidamente, reiteró que se han implementado una serie de mejoras en el pago de servicios a proveedores, por lo que se presume que la extinción de la deuda existente por dicho concepto se producirá una vez que los programas ministeriales se encuentren con facturación directa de los proveedores hacia la Subsecretaría de Salud Pública o a los correspondientes servicios, lo que debería ocurrir durante el tercer trimestre del año 2013.

Explicó que el proceso de externalización logística de CENABAST se inició hace diez años mediante la suscripción de contratos de transporte con empresas externas. En consecuencia, enfatizó que actualmente la entidad sólo posee tres camiones para el traslado de los insumos, por lo que sólo puede transportar cerca del 1% del total de los medicamentos que almacena.

En ese sentido, afirmó que durante los últimos años se ha procedido a la licitación de servicios de operación logística, en cuyo mercado operan aproximadamente diez grandes empresas, de acuerdo a un procedimiento que ha sido visado por la Contraloría General de la República.

En materia de distribución logística de los laboratorios, señaló que éstos contratan a empresas de transporte. Con todo, reseñó que los precios de los insumos de CENABAST siguen siendo muy menores en comparación con el resto de las entidades proveedoras.

El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, acotó que respecto de CENABAST existe un plan de desarrollo institucional que se ha cumplido de acuerdo a una serie de parámetros técnicos. Añadió que los ingresos de la entidad derivan del manejo de los planes ministeriales de salud –tales como vacunas e inmunizaciones-, los programas ministeriales de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, y la intermediación que opera cuando un servicio de salud solicita la adquisición de medicamentos o insumos médicos.

Al efecto, agregó que la entidad opera mediante licitaciones públicas, cada una de las cuales pueden contener varios insumos que son adquiridos por el Estado mediante el portal Chile Compra o convenios marco. Afirmó que los medicamentos son, a su vez, transferidos por CENABAST una vez que se produce agregación de la demanda, y siempre que la operación supere un mínimo de 40 millones de pesos. Indicó

que tales operaciones generan un valor final conveniente para los servicios de salud que las realizan.

Respecto del *stock* crítico de medicamentos e insumos médicos, a objeto de mitigar los efectos de contingencias tales como terremotos o enfermedades, enfatizó que el Ministerio de Salud contempla una cifra de 2.000 millones de pesos, la que será destinada al acopio de vacunas, alimentos y medicamentos de programas ministeriales. Con todo, informó que se no se ha definido el lugar en que se procederá a su almacenamiento, para lo que se ha estudiado la utilización de bodegas centrales en las principales regiones del país.

Acerca de los pagos de créditos a proveedores, reiteró que se ha procedido a una reducción significativa en sus montos y plazos. En ese contexto, detalló que dicha deuda se ha reducido de 20.000 millones de pesos a 12.000 millones de pesos. Agregó que, con todo, es posible prever una estimación de pérdida fiscal por créditos insolutos por cerca de 10.000 millones de pesos.

Tratándose del pago de los créditos existentes con los servicios de salud municipales, explicó que se ha solicitado el reconocimiento de las deudas y la suscripción de un convenio de pago con dichas entidades. Con miras a ello, enfatizó que la Subsecretaría de Desarrollo Regional ha asistido a los municipios durante dicho proceso. Sin embargo, indicó que a nivel nacional existen cerca de 10 municipios que no han reconocido la deuda existente, por lo que CENABAST ha realizado las gestiones destinadas a solucionar dicha situación.

Finalmente, sostuvo que CENABAST debe poner en conocimiento de los diversos servicios públicos la conveniencia de los acuerdos que pueden suscribir con la entidad, particularmente respecto del ahorro significativo que ello genera y el cumplimiento en las fechas de entrega de los productos. Asimismo, reseñó que se debe favorecer la estandarización en la certificación de los medicamentos, para lo que resultaría relevante el establecimiento de una Agencia Nacional de Medicamentos funcionalmente independiente que, aplicando un criterio de bio-equivalencia estandarizado, permita la homologación de marcas y la certificación de medicamentos genéricos.

-La Tercera Subcomisión acordó enviar oficio al Director de la CENABAST, señor Valentín Díaz, solicitándole que informe acerca de las compras directas realizadas por hospitales y servicios de salud que no hayan sido intermediadas por CENABAST, esto es, que se hayan verificado directamente hacia laboratorios privados, especificando los montos de dichas operaciones y sus variaciones entre distintos períodos. Con fecha 18 de octubre de 2012 se expidió el oficio N° 82 al Director de la CENABAST.

- Sometido a votación el Capítulo 05, Programa 01, “Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud” fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Subcomisión, Senadores señores García Ruminot y Orpis y Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles, sin modificaciones.

- - -

CAPITULO 09
Programa 01
Subsecretaría de Salud Pública

El presupuesto de este programa para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 334.050.483 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de $ 320.107.036 miles, supone un incremento de un 4,36 por ciento.

El Programa en estudio considera cinco glosas.

La Subcomisión tomó conocimiento de los ingresos y gastos de este Capítulo 09 mediante la exposición realizada por **el Subsecretario de Salud Pública, señor Jorge Díaz, quien** indicó que el presupuesto que se asigna a dicha entidad para el año 2013 asciende a $ 334.050.483 millones, lo que supone un incremento de 4,75 % respecto a la ley de presupuestos para el sector público correspondiente al año 2012. En efecto, aseveró que tal cifra implica un presupuesto de expansión de $10.182.699, el que se distribuye en los siguientes programas:

Proyecto	Ley de Presupuestos sector Público 2013
Modernización de las COMPIN	4.064.678
Estrategia nacional de salud	1.544.776
Programa nacional de inmunizaciones	1.460.096
Implementación de la ley de discapacidad	1.228.626
Fondo único de prestaciones familiares y subsidios	1.616.232
Recursos humanos	76.323

Infraestructura	533.022
Donación órganos	411.600

A continuación, detalló que las labores estratégicas que la Subsecretaría de Salud Pública pretende desarrollar durante 2013 atingen a cinco ejes estratégicos:

- **Modernización de las COMPIN**: explicó que este objetivo apunta a favorecer la centralización de las contralorías médicas, la creación de una unidad de selección o precontraloría médica y la digitalización y almacenamiento de las licencias médicas.

En primer lugar, detalló que se pretende centralizar las contralorías médicas en tres macrozonas a nivel nacional, a objeto que las unidades de licencias médicas operen como entidades receptoras de licencias que no ejercerán facultades contraloras a su respecto. Añadió que de esa manera se pretende alcanzar un mayor control en la fiscalización de licencias médicas fraudulentas, la dictación de normativas uniformes, la rapidez en el flujo de información, la disminución de la variabilidad de criterios para la toma de decisiones y el favorecimiento de economías de escala, mediante una mayor productividad de los médicos contralores.

A continuación, destacó que se pretende crear una unidad de selección o precontraloría médica, las que recibirán licencias médicas, las clasificarán de acuerdo a una serie parámetros y asignarán a los especialistas correspondientes. Enfatizó que ello permitiría optimizar las labores de los médicos contralores, lo que redundaría en un menor lapso de tramitación de las licencias médicas.

Tratándose de la digitalización y almacenamiento de las licencias médicas emitidas en formato de papel, expuso que, para el año 2013, se pretende obtener la digitalización de las licencias médicas y los documentos adjuntos, junto a la recopilación, transporte y almacenamiento de licencias y documentos. Agregó que ello permite asegurar una disminución del tiempo de tramitación de las licencias físicas, la estandarización de las funciones a nivel nacional, la reorientación de recursos físicos y humanos a otras actividades claves, la disponibilidad de la información de manera digital y la reducción del papel en las oficinas, lo que permitirá la reasignación de lugares de bodegaje.

- **Estrategia Nacional de Salud**: en este punto, afirmó que la Subsecretaría de Salud Pública pretende alcanzar una serie de objetivos sanitarios permanentes de mediano plazo evaluables al año 2015, los que atingen, preferentemente, al mejoramiento de la salud de

la población, la disminución de las desigualdades en salud, el aumento de la satisfacción de la población frente a los servicios y el aseguramiento de la calidad de las intervenciones sanitarias.

En ese sentido, detalló que el Objetivo Estratégico 1 que persigue la entidad apunta a reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico. En tal contexto, indicó que se pretende alcanzar, al año 2020, una reducción de la tuberculosis a una tasa inferior a 5 por cada 100 mil personas -en circunstancias que el índice actual es de 12 por cada 100 mil personas-, lo que permitiría que nuestro país fuera declarado como libre de dicha enfermedad en aplicación de los estándares internacionales sobre la materia.

Asimismo, añadió que, considerando que las enfermedades transmisibles presentan una distribución irregular en nuestro país, se debe aumentar la cobertura de inmunizaciones en las Regiones de Tarapacá, Arica y Parinacota, particularmente respecto de la hepatitis A, junto al incremento de las acciones de educación en salud.

En cuanto al Objetivo Estratégico 2, relativo al manejo de la mortalidad por tumores malignos, enfatizó que en nuestro país se presentan variaciones relevantes entre las distintas regiones. Añadió que el propósito de la entidad apunta a reducir en un 5% la tasa de tumores malignos y muertes por cáncer -desde 112 personas por 100 mil habitantes a 97 por 100 mil habitantes-, para lo que se deben realizar labores enfocadas territorialmente junto a un plan de exámenes de medicina preventiva del adulto.

Respecto al Objetivo Estratégico 3, explicó que éste apunta a favorecer el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, que garanticen la reducción de los factores de riesgo asociados a ciertas enfermedades. Consignó que, en este ámbito, un aspecto fundamental consiste en la reducción de un 5%, al año 2020, de la prevalencia de consumo de tabaco entre la población, para lo que se han convenido una serie de programas destinados a prevenir su consumo en el ámbito escolar.

Asimismo, añadió que se deben elevar los factores de control de la salud de la población mediante una serie de programas, tales como la promoción de salud en las comunas, en los lugares de trabajo y en las escuelas.

Tratándose del Plan Estratégico 6, consigno que éste consiste en la protección de la salud mediante el mejoramiento de las condiciones ambientales y de seguridad e inocuidad de los alimentos. Al efecto, enfatizó que se pretende reducir en un 10% el índice de intoxicaciones alimentarias, las que se verifican, preferentemente, durante los primeros meses de cada año.

- **Programa Nacional de Inmunizacione**s: en este punto, sostuvo que dicho plan ha debido enfrentar una serie de desafíos que se originaron como consecuencia de un brote relevante de Coqueluche que se produjo durante 2012, habiéndose controlado la letalidad que produce mediante una estrategia de vacunación del entorno familiar de los grupos de riesgo. En ese contexto, indicó que se ha establecido un plan de protección permanente que se ha incorporado al sistema nacional de inmunizaciones, el que se aplicará respecto a 250.000 adolescentes durante 2013, y que les garantizará protección durante, a lo menos, 10 años.

- **Plan de Donación de Órganos**: en este ámbito, reseñó que nuestro país debe asumir un desafío de suyo relevante, toda vez que, al mes de junio de 2012, 1.500 personas se encuentran esperando un trasplante, en tanto que sólo 5 de cada 1.000.000 de personas son donantes de órganos. Asimismo, detalló que la negativa familiar a la donación de órganos se presenta en un 50% de los casos. En ese contexto, enfatizó que la principal causa de falta de donantes es el desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema de donación y trasplante que existe en el país.

Al efecto, detalló que se pretende desarrollar una campaña durante el año 2013, cuyo propósito apunta a elevar los índices a 170 donantes anuales, esto es, a 10 donantes por 1.000.000 de población, junto a establecer una meta de largo plazo que pretende disminuir la negativa familiar a menos del 40% de los casos.

- **Implementación de la ley de discapacidad**: en esta materia, enfatizó que el propósito del programa consiste en mejorar el acceso de las personas en situación de discapacidad a los múltiples beneficios sociales que se originan en razón de ello. En efecto, detalló que, para 2013, el objetivo radica en dar continuidad al sistema de calificación y certificación de discapacidad en red, la implementación de la segunda etapa de su monitoreo y evaluación, la continuidad de las obras de mejoramiento de la infraestructura de las COMPIN, y la notificación de certificaciones de discapacidad mediante un convenio suscrito con Correos de Chile.

- **Aumento en el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios**: sostuvo que, mediante la entrada en vigencia de la ley N° 20.545, que modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental, se produjo un aumento en el pago de las prestaciones por dicho concepto, con especial énfasis en la entrada en vigencia de su artículo 3º, que, a contar del 1 de enero del 2013, aumenta la cobertura del beneficio a las beneficiarias contratadas a plazo fijo, por lo que se producirá un aumento en la sumas que corresponden a dicho fondo.

CONSULTAS

El Diputado señor Accorsi sostuvo, en primer lugar, que se debe analizar la relevancia de las campañas comunicacionales con miras a favorecer las medidas de prevención respecto de una serie de enfermedades, toda vez que, añadió, los fondos que se asignan a tales campañas resultan ser insuficientes para atender las medidas que deben adoptarse. En consecuencia, consultó la opinión de la Subsecretaría de Salud Pública sobre el particular.

El Senador señor Chahuán solicitó información acerca de los proyectos de expansión y de centralización de las contralorías médicas, a objeto de garantizar un flujo fluido de información entre las diversas entidades, particularmente respecto de las tres macrozonas que se pretenden establecer en este ámbito.

A continuación, en consideración a la disminución de los índices de intoxicación alimentaria, consultó respecto de los planes que desarrolla conjuntamente la Subsecretaría de Salud Pública y la autoridad sanitaria, con especial énfasis en sus planes de fortalecimiento institucional y el ejercicio de sus facultades fiscalizadoras.

Por otra parte, solicitó información acerca de los factores que generaron un incremento en los índices de Coqueluche durante 2012.

Seguidamente, indicó que, tratándose de la donación de órganos, se han realizado una serie campañas comunicacionales que han cumplido su finalidad, toda vez que se verificó un incremento en los índices de trasplantes. En ese sentido, coincidió en la necesidad de favorecer las campanas de difusión y comunicación que pueden desarrollarse en la materia.

Agregó que, en el contexto de la implementación de la ley sobre discapacidad, se debe avanzar en la codificación ante FONASA de una serie de tratamientos e implementos médicos que se utilizan durante la recuperación de los pacientes

El Diputado señor Robles sostuvo que, considerando que el presupuesto que corresponde a las distintas Secretarías Regionales Ministeriales de Salud fue entregado a la Subsecretaría de Salud Pública, se produjo la eliminación de las facultades de dichas entidades para desarrollar funciones en ámbitos específicos, tales como aquellas que pudieren adoptarse en el sector medioambiental. Agregó que ello que habría producido una disminución de los recursos que se asignan por dicho concepto a algunas regiones del país, las que deben afrontar condiciones

medio ambientales muy complejas. En consecuencia, solicitó información acerca de los montos que corresponderán a cada región para desarrollar labores medioambientales.

Asimismo, requirió la opinión de la Subsecretaría de Salud Pública en lo relativo a las medidas de control medioambiental, particularmente en lo tocante a las medidas de prevención que deben desarrollarse en ese ámbito.

Enseguida, consultó acerca de las medidas que se adoptarán a objeto de soslayar los efectos de una serie de enfermedades que se han detectado en el último tiempo, tales como infecciones intrahospitalarias, meningtis y *clostridium difficile*.

El Senador señor García-Huidobro coincidió en la necesidad de favorecer las medidas de difusión y comunicación de prevención de enfermedades que debe promover el Ministerio de Salud.

El Diputado señor Ortiz enfatizó que, dentro de los planes que pretende desarrollar la Subsecretaría de Salud Pública el año 2013, destaca el mejoramiento de COMPIN. En ese sentido, explicó que en el contexto de las facultades fiscalizadoras que se han ejercido para detectar y sancionar licencias médicas extendidas maliciosamente, se debe evitar el rechazo mayoritario e injustificado de la mayoría de dichos certificados, a objeto de resguardar adecuadamente los derechos de los pacientes.

Por otra parte, consultó acerca de la determinación de las tres macrozonas en que se contempla la instalación de contralorías médicas.

El Subsecretario de Salud Pública, señor Jorge Díaz, en primer lugar, sostuvo que se ha detectado una diferencia en el análisis de los criterios que se aplican para determinar el otorgamiento de licencias médicas. En ese sentido, detalló que es necesario controlar de mejor manera dicha materia, para lo que resulta pertinente la creación de tres macrozonas en que se ejerzan facultades fiscalizadoras uniformes. Reseñó que éstas serán ubicadas en la zona norte, centro y sur del país, las que estarán compuestas por equipos técnicos especializados que revisarán las licencias médicas que se otorguen.

Seguidamente, reseñó que, a la fecha, los índices de rechazo de licencias médica alcanzan a un 12%, para aquellas licencias médicas que otorgan quienes han sido denominados como grandes emisores, y de un 10% para aquellas que no han sido ubicados en ese grupo, por lo que aún se está lejos de los niveles de rechazo que se observan en otros sistemas previsionales. Asimismo, enfatizó que los niveles de fiscalización se han incrementado sustantivamente, alcanzando a cerca de un 26% del total de las licencias médicas.

Al efecto, explicó que se ha favorecido la revisión de los informes médicos especializados de carácter adicional que emite el médico tratante. En consecuencia, enfatizó que los sistemas de precalificación permitirán mejorar los mecanismos de fiscalización que se aplican a este respecto.

Finalmente, detalló que las tres macrozonas operarán en aquellos centros urbanos que presentan una cantidad suficiente de médicos especialistas, particularmente en las ciudades de Antofagasta, Santiago y Concepción. Añadió que se ha considerado, además, el incremento en el número de licencias médicas a raíz del aumento de los índices de empleo y de afiliación a FONASA.

El Senador señor Chahuán consultó en relación al efecto que habría producido la entrada en vigencia de la ley N° 20.545, que modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental, en relación al otorgamiento de licencias médicas.

El Subsecretario de Salud Pública, señor Jorge Díaz, apuntó que se produjo una reducción a cerca de un tercio del total de las licencias médicas que se otorgaban con anterioridad a la entrada en vigor de dicha reforma legal, particularmente a raíz de la desaparición del diagnóstico de reflujo gastroesofágico del niño menor de un año.

El Diputado señor Robles reiteró sus observaciones respecto a las reformas legales que deben introducirse a objeto de agilizar el funcionamiento de las COMPIN, particularmente respecto del pago de las licencias médicas.

El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, sostuvo que es efectivo que la extensión del período post natal parental a seis meses ha generado la disminución de la licencia médica maternal por reflujo gastroesofágico del niño menor de un año. Con todo, enfatizó que la normativa generó un traspaso de fondos por concepto de dicha licencia médica hacia el subsidio que opera actualmente, por lo que, en rigor, no se produce un ahorro neto para las arcas fiscales.

Seguidamente, coincidió en que se ha producido un aumento en el número de licencias médicas, por lo que, como consecuencia del aumento de la empleabilidad, de las rentas y del número de usuarios del sistema de FONASA, el gasto en dicho sector ha seguido aumentando. Agregó que, según estadísticas de dicha Secretaría de Estado, cada beneficiario hace uso de una licencia médica por año, habiéndose adoptado los resguardos que permiten limitar la emisión injustificada de tales documentos. Apuntó que cerca de dos tercios del total de las licencias médicas no se tramitan mediante la COMPIN, sino que son intermediadas

por Cajas de Compensación de Asignación Familiar, lo que es relevante considerando que tales instituciones adelantan su pago contra un interés excesivo por su emisión.

Finalmente, acerca de las campañas comunicacionales de difusión de medidas preventivas de salud, afirmó que éstas sólo producen efectos cuando operan conjuntamente, tal como ha ocurrido, sostuvo, a propósito de la campaña de donación de órganos, en que se ha logrado incorporar a una serie de entidades. Asimismo, afirmó que tales programas pueden ser objeto de interpretaciones erróneas respecto a su financiamiento y a las finalidades que persiguen. Por otra parte, sostuvo que éstos deben desarrollarse con cierta flexibilidad, a objeto de atender las contingencias que se verifiquen súbitamente y que pueden generar modificaciones a su contenido.

En esa misma línea, el Senador señor Chahuán indicó que, durante el estudio de la iniciativa sobre televisión digital, se contempla la posibilidad de realizar campañas de utilidad pública obligatorias para los medios de comunicación social, previo acuerdo del Consejo Nacional de Televisión, en cuyo contexto se pueden desarrollar planes en materia de salud preventiva.

A continuación, el Subsecretario de Salud Pública, señor Jorge Díaz, explicó los factores que han generado un alza en los índices de Coqueluche en nuestro país. Al efecto, destacó que dicha enfermedad se propaga mediante brotes cíclicos en períodos que varían entre siete y diez años. Reseñó que la vacuna contra tal enfermedad produce inmunidad por cerca de diez años, al cabo del cual quien la padece asume la condición de portador, por lo que puede contagiar a su entorno más cercano. Agregó que, a objeto de precaver las consecuencias de la enfermedad, se han implementado una serie de planes de vacunación que han permitido soslayar adecuadamente dicha contingencia, sin perjuicio del brote que se produjo a mediados del año 2012 en la región del Bío-Bío. En consecuencia, detalló que se ha implementado un programa a largo plazo, en el marco del sistema nacional de inmunización, a objeto de evitar la ocurrencia de un nuevo brote.

Respecto de la situación relativa a la *meningitis meningococica*, explicó que, en rigor, no se ha producido un brote de la enfermedad, tal como ocurrió a propósito del Coqueluche. Detalló que cada año se producen, en promedio, cerca de 83 casos positivos de *meningitis meningococica*, en tanto que, en 2012, se ha diagnosticado a 96 pacientes con la enfermedad, por lo que tal aumento carece de la entidad para sostener que se ha producido un brote de ella. Con todo, detalló que ha variado la característica genética de la enfermedad, toda vez que durante 2012 ha presentado mayores índices de letalidad -en una cifra cercana al

22% de los casos-, por lo que se han realizado las labores de prevención necesarias para evitar su propagación en la población de mayor riesgo.

Acerca de las labores medioambientales que se verifican por parte de la Subsecretaría de Salud Pública, enfatizó que la normativa actualmente vigente, contenida en el Código Sanitario, establece una serie de funciones indelegables que debe desarrollar dicha entidad. En efecto, afirmó que la creación de la Superintendencia del Medio ambiente supone una modificación a la forma en que se resuelven los conflictos medioambientales en el país, sin perjuicio de las facultades que debe seguir ejerciendo la autoridad sanitaria. En ese sentido, enfatizó que sus atribuciones fiscalizadoras se seguirán desarrollando de la misma manera en que se ha verificado actualmente, tal como, añadió, se ha producido en materia alimentaria, en que se incrementó el numeró de fiscalizaciones y de funcionarios a quienes se asigna dicha labor.

Respecto a las funciones que ejercen las contralorías médicas, manifestó que el sistema actualmente vigente permite introducir mejoras a la calidad de las fiscalizaciones, para lo que resulta de suyo relevante el establecimiento de criterios comunes y la digitalización de los documentos que se utilizan en dicho proceso.

Tratándose de las campañas comunicacionales que realiza el Ministerio de Salud, especificó que éstas se han focalizado en la prevención de enfermedades, programas difusión de vacunación y el mejoramiento de los índices de donación de órganos, entre otras materias.

El Diputado señor Robles reiteró su consulta relativa a los fondos asignados por la Subsecretaría de Salud Pública a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, toda vez que, agregó, ello permite evaluar el funcionamiento de los respectivos organismos.

-La Tercera Subcomisión, por la unanimidad de sus integrantes, acordó oficiar al Subsecretario de Salud Pública con la finalidad de que informe respecto de las siguientes materias:

a) Proyectos de expansión: funcionamiento de las contralorías médicas y descripción de las 3 macrozonas.

b) Índices de hospitalización por intoxicaciones, explicitando las labores que desarrolla la Subsecretaría con la autoridad sanitaria.

c) FONASA: Codificación de enfermedades, previo informe de prevalencia.

d) Presupuesto de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, por cada una de las regiones, especificando el financiamiento del área medioambiental.

e) Porcentaje de rechazo de licencias médicas presentadas en cada una de las regiones del país.

f) Aumento de la tos convulsiva, situación de la meningitis e infecciones intrahospitalarias en las distintas regiones del país.

-Asimismo, la Tercera Subcomisión, por la unanimidad de sus integrantes, acordó oficiar al Ministro de Hacienda para que considere incrementar el presupuesto destinado a las campañas comunicacionales de salud de carácter preventivo, dada la necesidad de multiplicarlas con la finalidad de educar y preparar a la población en estas materias.

Con fecha 5 de noviembre de 2012, fueron remitidos los oficios números 125 y 124 dirigidos a las autoridades mencionadas.

- Sometido a votación el Capítulo 09, Programa 01, "Subsecretaría de Salud Pública", fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Subcomisión, Senadores señores García Ruminot y Orpis y Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles, sin modificaciones.

CAPÍTULO 10
Subsecretaría de Redes Asistenciales

El Capítulo comprende los programas 01, Subsecretaría de Redes Asistencias, y el 02, Inversión Sectorial de Salud, que la Subcomisión analizó conjuntamente.

Programa 01
Subsecretaría de Redes Asistenciales

El presupuesto de este programa para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 65.283.504 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de $ 41.039.558 miles, supone un incremento de un 59,07 por ciento.

Programa 02
Inversión Sectorial de Salud

El presupuesto de este programa para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 266.965.012 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de $ 306.630.875 miles, una disminución de un 12,94 por ciento.

El Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, señor Luis Castillo presentó el marco estratégico de la entidad para el año 2013, el que apunta a desarrollar una serie de planes en el ámbito de la gestión primaria de salud, garantías explícitas de salud, recursos humanos, gestión y calidad de la atención a los usuarios e inversiones.

Detalló que el presupuesto para la entidad contempla un incremento de un 5,6% en comparación a los montos asignados para el año 2012, correspondiente a 254 mil millones de pesos. Tratándose, en específico, de los montos para atención primaria de salud, indicó que se propone un aumento de presupuesto de 7,7%, lo que equivale 78 mil millones de pesos

A continuación, explicó las siguientes prioridades en materia de atención primaria de salud

- **Mejor calidad de servicio**: en este punto, afirmó que, durante los últimos años, se ha verificado un aumento en la cantidad de beneficiarios de la atención primaria de salud, contemplándose, para 2013, la suma de 12.360.726 personas incorporadas a dicho sistema. En ese contexto, detalló que se contempla un aumento de presupuesto de 3 mil millones de pesos, con miras a desarrollar labores de prevención, mediante el programa de control del joven sano, consistente en una serie de prestaciones y exámenes clínicos para adolescentes de 10 a 19 años.

Asimismo, expuso que se ha desarrollado el plan Piloto GES preventivo, que se desarrolla mediante una estrategia de prevención del consumo de alcohol, promoción y prevención en salud bucal, y el control de salud escolar de los menores entre 5 y 9 años de edad que residan en comunas urbanas con más de 50 mil habitantes.

Respecto a las tecnologías de la información en atención primaria de salud, destacó la implementación de un Proyecto Piloto de dispensación automática de fármacos en la región Metropolitana, el que opera en 20 establecimientos seleccionados estratégicamente a nivel comunal. Al efecto, enfatizó que la entrega de fármacos constituye una de las principales necesidades de los beneficiarios, por lo que dicho mecanismo puede cumplir un rol muy relevante en la materia, habiéndose implementado, durante 2012, un plan piloto en cinco

comunas de la Región Metropolitana respecto de aquellos pacientes que padecen diabetes e hipertensión arterial.

- **Mejor resolutividad**: explicó que se asigna un presupuesto equivalente a 8 mil 260 millones de pesos a objeto de implementar planes y programas en una serie de aspectos. En primer lugar, detalló que en el ámbito de la salud respiratoria se contempla un incremento de 25 nuevas salas para la atención respiratoria de adultos que padecen patologías agudas y crónicas.

En cuanto a la asistencia ventilatoria no invasiva en niños, apuntó que se ha solicitado un incremento de 826 millones de pesos, lo que permitirá ofrecer 70 nuevos cupos que serán asignados a las regiones V, VII, VIII, IX, X y Metropolitana.

Tratándose de asistencia ventilatoria no invasiva en adultos, expuso que se propone un sistema de soporte ventilatorio domiciliario a pacientes con insuficiencia respiratoria, mayores de 20 años, mediante 70 nuevos cupos que permiten liberar camas críticas que serán asignadas a las regiones V, VI y VIII.

Acerca de la rehabilitación integral en las redes de salud, detalló que se pretenden implementar 30 nuevas salas de Rehabilitación de Base Comunitaria y 4 equipos rurales, permitiendo el acceso a personas en situación de discapacidad, con especial énfasis en aquellos pacientes mayores de 20 años con patologías crónicas (tales como accidentes vasculares, Parkinson, TEC y traumatismo raquimedular).

Destacó que ello permitirá la mantención en patologías agudas –tales como el manejo de dolor de artritis y artrosis-, junto a la prevención, apoyo, inclusión social y adaptación de los adultos mayores. Añadió que tales salas de rehabilitación serán instaladas en las regiones V, VI, VII, VII, IX, X y Metropolitana.

En cuanto al programa odontológico general, reseñó que se pretenden desarrollar 6.691 nuevas prestaciones odontológicas, fundamentalmente mediante el aumento de prótesis fijas en adultos mayores, alcanzando la cifra de 23 mil anuales, y 10.448 programas de endodoncia durante el mismo período.

Respecto de imágenes diagnósticas en atención primaria, expuso que se contempla un aumento de 2.152 millones de pesos, a objeto de incorporar las prestaciones del examen de medicina preventiva (mamografías en mujeres de 50 a 54 años), radiografía de pelvis, prestaciones del programa de resolutividad (mamografía en mujeres de 35 y más años, ecografía abdominal en personas de 35 y más y examen eco

mamario), lo que, en definitiva, puede generar un diagnóstico y tratamiento precoz del cáncer mamario.

Por otra parte, detalló que se contempla la creación de 8 nuevas Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), que permitirá la provisión de 23.040 lentes, 23.040 lubricantes y 8.000 fármacos, junto a 5.000 nuevas canastas integrales otorrinolaringológicas, 7.451 canastas integrales gastroenterológicas y 29 nuevas salas de operación e implementación para especialidades cutáneas quirúrgicas de baja complejidad.

- **Mejoramiento de la cobertura**: en este punto, explicó que se pretende implementar mejoras en el servicio de atención primaria de urgencia, mediante un presupuesto de 1.617 millones de pesos destinados a la apertura y puesta en operación de 10 nuevos SAPU en comunas urbanas y 2 nuevos SAPU durante la temporada estival, junto a la ampliación de cobertura para 300.000 personas por año. Asimismo, detalló que se pretende realizar la apertura y puesta en operación de 10 nuevos Servicios de Urgencia Rural (SUR), y la ampliación de su cobertura a 100.000 personas por año.

- **Sustentabilidad Financiera**: en primer término, apuntó que se propone un aumento del aporte estatal a la salud municipal, con un per cápita basal de 29.817 millones de pesos, lo que permitirá el cierre de brechas en acceso a servicios sanitarios en cobertura, la concentración de actividades y el financiamiento a prestaciones esenciales. Agregó que ello permite mejorar la cobertura de prestaciones preventivas, mediante el enfoque en población objetiva según los lineamientos del modelo de atención integral.

En ese contexto, detalló que se asigna un per cápita de $3.452 por cada persona.

Respecto de la provisión de medicamentos AUGE para los programas de atención primaria, señaló que se contempla un presupuesto de 4.976 millones de pesos, destinados a aumentar la cobertura del tratamiento farmacológico de personas con patologías GES, y la adquisición de medicamentos contra la epilepsia, la enfermedad de Parkinson y respiratorias y cardiovasculares.

Acerca del mejoramiento de la cobertura de los planes de atención primaria de salud, reseñó que se consigna un presupuesto de 371 millones de pesos con miras a asegurar el acceso igualitario de la población a todas las prestaciones de salud ofrecidas por la atención primaria municipal. Añadió que, en ese contexto, se han promovido convenios con 8 establecimientos dependientes de ONG´ s y universidades del país que se han incorporado a la atención primaria de salud.

Enseguida, explicó los alcances del presupuesto que se propone para el año 2013 en relación a la atención hospitalaria, para la que se consigna una expansión de 13.140 millones de pesos. Reseñó que ello se fundamenta en cuatro ejes:

- **Redes complejas**: respecto de las redes complejas oncológicas, indicó que se consigna un aumento de 526 millones de pesos, a objeto de reducir la tasa de mortalidad asociada a diversa patologías oncológicas. Asimismo, detalló que se pretende aumentar en 605 millones de pesos los fondos que se asigna al plan AUGE, con la finalidad de incrementar los cupos disponibles para realizar diálisis, producir un incremento de 31% en la capacidad de mamografía instalada y un aumento de los cupos de endoscopía diagnóstica digestiva alta selectiva en población sintomática.

Tratándose del incremento de la complejidad hospitalaria, expuso que se pretende agregar 54 nuevas camas críticas para adultos, 20 nuevas camas para niños y prematuros, transformar 300 camas básicas a camas de cuidados intermedios, y la instalación de hospitalización domiciliaria para pacientes agudos en 15 hospitales.

-. **Atención hospitalaria de urgencia**: destacó que, en esta materia, se contempla un presupuesto de 1.982 millones de pesos, destinado a generar un aumento de ocho ambulancias, la creación de una plataforma tecnológica para atender la demanda de atención que generan distintos centros reguladores del país, la implementación de un equipo de médicos de urgencia de apoyo al nivel central, y un incremento progresivo, de cerca del 20% anual, de la cantidad de prestaciones de la red de apoyo de urgencia, con la finalidad de obtener, al año 2015, un 55,9% de aumento de dicho ítem.

- **Teleradiologia y Telemedicina**: reseñó, respecto a imagenología radiológica, que han operado ocho Hospitales en la Región Metropolitana, junto a centros hospitalarios de la ciudad de Castro, Puerto Montt y Talca, lo que supone la conexión entre diversos sistemas de scanner de urgencia durante las 24 horas del día. Añadió que durante 2013 se pretende agregar a dicha red a todos los hospitales del país. Asimismo, indicó que se propone un incremento de producción de imagenología de urgencia y radiología simple, mediante un aumento de teletransacciones en un 15% anual de 2012 a 2016.

Seguidamente, destacó los planes de telemedicina, que apuntan a un aumento de la cobertura mediante la utilización de equipos móviles y/o fijos para entregar asesoría remota de especialidad. Indicó que ello opera mediante la transmisión en línea entre establecimientos de distinta complejidad, y la instalación de unidades de tele-

cardiología y tele-nefrología en establecimientos hospitalarios y de atención primaria.

Acerca de las estrategias intersector, apuntó que se propone reforzar con recursos humanos la cobertura de la atención de salud mental infanto-adolescente en Coquimbo, Temuco y Puerto Montt, y la implementación de un centro de salud mental en Coquimbo, para lo que se asignan 486 millones de pesos.

- **Medicina transfusional y fortalecimiento de red y gestión de trasplantes y tejidos:** en este acápite, sostuvo que la Subsecretaría de Redes Asistenciales pretende ampliar la capacidad de atención de la red de trasplante renal, cardiaco y pulmonar del Sistema Público de Salud; implementar el primer Banco Nacional de Ojos para el desarrollo de trasplante de córneas; la creación del primer centro de trasplante Riñón–Páncrea del sistema público de salud, ubicado en el Hospital del Salvador de Santiago; y la compra de dos ventiladores mecánicos para manejo de potenciales donantes en servicios de urgencia de la Región Metropolitana, administrados por la Coordinación Nacional de Trasplantes.

Tratándose de los planes de medicina transfusional, detalló que se pretende reforzar la operación de los 4 Centros de Sangre de las macro-redes del país, e implementar el Centro Regulador de la Macro-Red Sur del Reloncaví.

Enseguida, explicó los alcances del presupuesto para el año 2013 respecto a recursos humanos. Al efecto, detalló que se contempla un incremento de 92 mil millones de pesos, cuyo propósito es desarrollar cinco ejes fundamentales:

- **Puesta en marcha de nuevos hospitales**: en este punto indicó que se pretende completar la dotación de personal de nuevos hospitales en San Antonio, Aconcagua, Maule, Concepción, Puerto Montt y Puerto Natales, con la finalidad de asegurar su funcionamiento a plena capacidad para beneficiar al 36% de la población del territorio nacional. Añadió que ello produciría un incremento en las prestaciones asistenciales, disminuyendo el tiempo de espera y mejorando la oportunidad, calidad y satisfacción de los usuarios. Asimismo, destacó que se contempla dotar de recursos humanos y financieros a los establecimientos concesionados de La Florida y Maipú, los que que entrarán en operación durante el año 2013, lo que generará un beneficio para el 41% de la población de la Región Metropolitana.

En esa misma línea, afirmó que se asigna un aumento de dotación en 1.031 cargos, junto a los respectivos recursos operacionales, para aquellos hospitales que han presentado déficits en

recursos humanos, los que se ubican en Arica, Iquique, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, O'Higgins, Talcahuano, Bio Bio, Arauco, Osorno, Magallanes y el sector Metropolitano Oriente.

- **Mejoramiento de las condiciones laborales del personal de salud:** en este acápite, reseñó que las sumas que se contemplan apuntan al financiamiento por el cambio de la base de cálculo de las remuneraciones de 985 funcionarios liberados de guardia, la incorporación de la asignación octavo quater para 230 médicos y odontólogos, y la diferencia de arancel, estipendio y horas extras para médicos y odontólogos ingresados el año 2012. Asimismo, agregó que incorporarán 81 cargos para la contratación de especialistas paramédicos con cumplimiento de PAO (Programa Asistencial Obligatorio) y ajuste de brecha, otorgando 28 horas a los especialistas que realizarán los respectivos turnos.

En ese contexto, añadió que se propone la contratación de horas para egresados de programas de especialización de atención primaria de salud, por 50 nuevos cargos, junto a la asignación de estímulo para especialistas de Pagos Asistenciales Obligatorios.

Asimismo, afirmó que se consignan 15 nuevas funciones críticas destinadas a Directores de Hospitales, las que corresponden a cinco para el Servicio de Salud del Maule, cinco para el Servicio de Salud para Arauco, dos para el Servicio de Salud de Osorno, dos para el Servicio de Salud de Reloncaví, y uno para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

- **Capacitación del personal de salud**: afirmó que se consignan recursos para la ejecución del programa piloto de mejoramiento de calidad y seguridad de la atención de salud con mayor demanda asistencial en los Hospitales de Alta Complejidad, el programa piloto del sistema de aprendizaje a distancia, y el incremento de 0,39% de las remuneraciones imponibles de los funcionarios del Estatuto Administrativo.

- **Formación de médicos especialistas**: agregó que se contemplan 491 nuevas becas para médicos especialistas, a objeto de formar 831 profesionales. Enfatizó que ello permitirá disminuir las brechas en las especialidades priorizadas, mejorando la oportunidad de la atención a los usuarios del sistema de salud.

Agregó que tales cifras suponen un incremento significativo respecto de la formación de médicos en el país durante los últimos años, lo que detalló en conformidad al siguiente gráfico:

Formación de Especialistas	N° Cupos
Especialistas en APS 9 años	37
Concurso Nacional de Especialistas	288
Médicos Subespecialistas	10
Especialistas Odontólogos	50
Especialistas Anestesiologos	32
Especialistas en Urgencia	32
Especialistas Intensivistas	30
Psiquiatras Forenses	12
Total	**491**

- **Otras materias referidas a psiquiatría forense y manejo responsable de residuos sanitarios tóxicos peligrosos**: tratándose, en primer lugar, de los programas de psiquiatría forense, detalló que se contiene un aumento de 4 mil millones de pesos, a objeto de garantizar la creación de cuatro unidades de psiquiatría forense transitoria ubicadas en los recintos carcelarios de las ciudades de Arica, Valparaíso, Colina y en la Cárcel de Mujeres, mediante un programa conjunto desarrollado entre los Ministerios de Justicia y Salud.

Asimismo, enfatizó que se contempla la regularización y expansión de los contratos de Recursos Humanos de las Unidades de Hospitalización de Corta Estadía (UHCE), las que operarán en cárceles de menores en las ciudades de Valdivia e Iquique. Además, añadió que lo propio ocurrirá respecto de aquellas que entrarán en operación el año 2013 en las ciudades de Til Til, Limache y Concepción, mediante el financiamiento compartido entre SENDA, SENAME y el Ministerio de Salud.

En esa misma línea, destacó la necesidad de proveer de recursos humanos para la puesta en marcha de dos unidades de atención de menores vulnerados de derechos, junto a la evaluación y tratamiento de personas que presentan consumo de drogas que han sido beneficiadas con salidas alternativas durante el procedimiento penal.

Finalmente, detalló que es preciso promover la contratación de un profesional en cada Dirección de Servicio de Salud, con especialización en gestión ambiental, a objeto de dirigir la gestión de residuos sanitarios tóxicos peligrosos y residuos de establecimientos de atención en salud, junto a la adquisición de servicios para el retiro y disposición final de tales residuos.

CONSULTAS

El Diputado señor Accorsi felicitó al Ministerio de Salud por el llamado a concurso en el sur del país, para los denominados especialistas de llamada en los servicios de urgencia, iniciativa que permitirá atender en forma integral a los pacientes de urgencia y acortar su estadía liberando, de esa forma, muchas camas que posibilitará un uso racional de las mismas. También consideró oportuno potenciar el sistema de las mensajerías de atención de los pacientes en la atención primaria. Al respecto, estimó pertinente solicitar al Ministerio de Hacienda un incremento de los recursos destinados a los especialistas de llamada para cubrir todos los servicios de urgencia y aumentar el financiamiento de las mensajerías.

Reiteró que su preocupación y la de otros parlamentarios es lograr que los hospitales públicos funcionen en horario completo, porque el futuro anuncia una expectativa de vida significativa y los establecimientos públicos deben estar preparados para poder atender a esa población como es el caso de las mujeres que, según cálculos de las compañías de seguros, van a requerir atención sanitaria por 25 años después de jubilar.

-La Tercera Subcomisión, por la unanimidad de sus integrantes, acordó oficiar al Ministro de Hacienda con la finalidad de que considere un incremento de los recursos destinados a los "especialistas médicos de llamada" para extender dicho sistema a los servicios de urgencia de todo el país, mientras no se evalúe el funcionamiento del concepto de hospitales clínicos y, asimismo, que se puedan aumentar los recursos para las "mensajerías de atención de los pacientes" en la atención primaria. Con fecha 5 de noviembre de 2012 se expidió el oficio número 126 dirigido a la mencionada autoridad.

A continuación, hizo uso de la palabra el Diputado señor Robles recordó que durante el análisis del presupuesto para el año 2012, se discutió el tema del per cápita en la atención primaria y se tuvo en vista un estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica, suscitándose diferencias de opinión que llevaron a un pequeño avance con el compromiso del Ministerio de Salud de fijarlo en $ 3.500. No obstante, indicó, el per cápita nuevamente aparece con menos de $ 3.500, en circunstancias que la atención primaria requiere de un esfuerzo mayor, tal es así que los dirigentes de la Mesa Social Por la Salud plantearon un per cápita de $ 4.000.

Añadió que el per cápita que se está entregando a los hospitales de la Pontificia Universidad Católica, en el denominado Proyecto ANCORA, es superior a $ 3.500.

Enseguida, el Diputado señor Robles hizo referencia a la propuesta del Ejecutivo de aumentar los cupos de diálisis en el sistema AUGE, consultando si corresponde a los tratamientos entregados por los hospitales públicos y cuál es la forma de fiscalizar la situación.

Respecto al plan piloto de máquinas dispensadoras de medicamentos en 5 comunas de la Región Metropolitana, el Diputado señor Robles manifestó su desacuerdo con el inicio de su implementación en Santiago en desmedro de las regiones.

A continuación, señaló que estimaba muy relevante la entrega de recursos para teleradiología, porque en las Regiones existe una falta considerable de especialistas radiólogos, de modo que sería necesario que el Ministerio de Hacienda considerara asignar un mayor aporte a dicho servicio.

En lo que respecta a dotación de funcionarios, indicó tres materias que echó de menos en la presentación del Subsecretario de Redes Asistenciales, la primera relacionada con los hospitales experimentales a cuyo respecto debería adoptarse la decisión de continuar con ese modelo o integrarlos a los servicios de salud. La segunda materia corresponde a las especialidades, con el objetivo de conocer el concepto de especialistas en urgencia, ya que se ofrecen 32 cupos para su formación y el concepto de las unidades de psiquiatría forense, estas últimas en su opinión que deberían ubicarse en el Servicio Médico Legal.

Enseguida, el Diputado señor Robles en cuanto al tema de recursos humanos vinculado con el Programa de Contingencias Operacionales del Capítulo 49, estimó que los montos de dicho Capítulo debieran estar ya asignados en los servicios. Al respecto solicitó su votación separada.

El Diputado señor Robles hizo presente que los recursos para honorarios en la Subsecretaría de Redes Asistenciales aumentan en 151,9% respecto del presupuesto del año 2012, por lo que solicitó una explicación sobre esta alza.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo, contestó las inquietudes de la siguiente manera:

-El per cápita de la atención primaria va aparejado a un indexador de 2,8 o 2,9 y el valor asciende a $3.450, que no incluye los reajustes pertinentes que se agregarán antes de fines de año.

-El proyecto ANCORA está regulado por el decreto con fuerza de ley N° 36 y no recibe per cápita, sino que percibe un 25%

menos -de su costo y gasto real- de lo que se asigna a un centro de salud familiar del mismo municipio donde se desarrolla dicho programa.

-Sobre los cupos de las diálisis, indicó que corresponden a diálisis de pacientes agudos en los hospitales públicos y el proyecto lo que pretende es mejorar la capacidad dialítica de los hospitales para enfermos críticos y agudos. Se consideran los cuidados intensivos de Antofagasta, Copiapó, del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar y de hospitales del sur del país.

Agregó que en las diálisis crónicas, cada hospital cuenta con una comisión que evalúa los enfermos renales. Dicha comisión está conformada por el Director o Subdirector, el jefe del servicio de medicina interna y otros dos personeros, quienes adoptan la decisión de enviar a diálisis crónica a los enfermos.

-Máquinas dispensadoras de medicamentos. El plan piloto se efectúa en la Región Metropolitana, fundamentalmente porque la empresa fabricante es nacional y el año 2013 se podrá expandir este servicio en forma progresiva al resto del país. Destacó el nivel de satisfacción que produce en los usuarios, principalmente en adultos mayores que no tienen que desplazarse hasta los consultorios para obtener sus medicamentos.

-La imagenología digital es un proceso que requiere maduración y velocidad. Con todo en los nueve hospitales de alta complejidad de la Región Metropolitana y en el hospital de Castro se cuenta con un escáner, en este último establecimiento funciona con tecnólogos médicos de 8 de la mañana a 8 de la noche, siendo informadas las imágenes por médicos de Santiago. Resaltó el que se ha podido mejorar la satisfacción de los médicos que trabajan en las unidades de paciente crítico y de emergencias, ya que reciben informes de un radiólogo experto.

Añadió que los escáner adquiridos han sido digitalizados y la proyección es que estén conectados entre sí. A su vez, se ha querido licitar la central de informes con médicos radiólogos, priorizando a los doctores del sector público para que se integren al concepto de manera de poder informar después de las 18 horas, específicamente los fines de semana y los festivos en aquellos lugares donde no existen radiólogos.

A fines del próximo semestre, precisó, debieran estar todos los hospitales auto gestionados conectados al sistema, con diferentes centrales de informe, una en el norte, otra en el sur y la tercera en la zona central, para incentivar a los radiólogos que trabajan en el sector público.

-Hospitales experimentales. En el Senado se encuentra el proyecto que crea dos hospitales clínicos en la Región Metropolitana (Maipú y La Florida), creando el concepto de hospitales clínicos en sustitución del concepto de hospitales experimentales (Boletín N° 8.618-11). La idea es extender la opción de hospitales clínicos que atiendan de 8 de la mañana a las 8 de la noche, incorporando, además, la docencia como un elemento de definición básica.

-Especialistas en urgencia. La “urgenciología” es una especialidad médica básica, que nació en Estados Unidos hace 12 años atrás y ha tenido una expansión progresiva y exponencial.

Explicó el Subsecretario de Redes Asistenciales que el especialista de urgencia debe prepararse durante tres años en nuestro país y varias universidades están entregando dicho postgrado. Es especialista en contingencias agudas de adultos y niños, en reanimación, en preservación y en gestión. Se han ido incorporando progresivamente a los sistemas de urgencia pre-hospitalaria y a los servicios de urgencia, dejando a los médicos cirujanos encargados solamente de la actividad quirúrgica y de las interconsultas más especializadas.

-Psiquiatría forense. Se trata de psiquiatras clínicos especialistas en atenciones mentales para unidades privativas de libertad con pacientes con alteraciones mentales. La administración de esas unidades corresponde al Ministerio de Justicia.

-Aumento de recursos para honorarios en la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Corresponden a honorarios para la nueva división de gestión financiera que inició sus funciones en el mes de julio de 2012. Además 670 millones están destinados para el proyecto de informatización de los hospitales. Por otro lado, 70 millones se destinan al Programa Chile Crece Contigo y 400 millones para el Programa Salud Responde.

-Programa de Contingencias Operacionales. En él se contiene el Proyecto Intersectorial de Psiquiatría Forense, que es una estrategia del SENAME. Asimismo, en general el Programa de Contingencias Operacionales es incorporado a los Servicios de Salud en el Subtítulo 21 y en el Subtítulo 22, de manera que cada servicio tiene una expansión en recursos humanos y en bienes y consumo.

El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, acotó que el Programa de Contingencias Operacionales es un fondo asignado para cada uno de los servicios y que se reserva hasta el momento en que los gastos se pueden ejecutar, porque de lo contrario existe un riesgo muy grande de que esos recursos no se destinen a su verdadero propósito. Reiteró que los fondos tienen nombre y apellido y en cuanto el

correspondiente servicio de salud informe que es procedente su uso así se hace.

Ahondó en el tema de la psiquiatría forense, expresando que las personas que cometen un delito y que están en el contexto de una enfermedad mental siquiátrica no pueden ser discriminadas bajo ningún punto de vista y es responsabilidad del Ministerio de Salud hacerse cargo de su atención. Es por eso que el sistema procesal penal otorga al Ministerio responsabilidades adicionales en el manejo de estos pacientes inimputables, reafirmándose la incorporación de dicho programa en el presupuesto de esta Cartera de Estado.

El Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, respecto de los hospitales experimentales, manifestó que esa etapa está terminada y por ello se encuentra en tramitación en el Senado un proyecto de ley que impulsa la creación de hospitales clínicos, con una jornada de trabajo de 12 horas diarias.

En cuanto a la posibilidad de cambiar, mediante la Ley de Presupuestos, la forma en que se adjudican los recursos para los hospitales experimentales, recordó que existe una normativa bastante rígida sobre el financiamiento de dichos establecimientos y es muy difícil pasarla por encima.

Seguidamente, el señor Ministro de Salud se refirió al reajuste del per cápita de la atención primaria e indicó que el 80% del mismo se gasta en recursos humanos, de manera tal que asumía que el comportamiento del reajuste público será similar al del año pasado, por lo que las cifras del per cápita oscilan entre $3.500 per cápita basal final y $3.508. En todo caso, agregó, la promesa del per cápita $3.500 se había fijado para el año 2014, pero se adelantó para el año 2013.

A continuación, el Subsecretario de Salud Pública, señor Jorge Díaz, hizo entrega formal al Diputado señor Robles de información relativa a las glosas 06, 07, 08, 09 y 10 de la Partida del Ministerio de Salud, especificando que en la página 17 se consigna la distribución del presupuesto de cada Secretaría Regional Ministerial de Salud a lo largo del país.

En relación a la necesidad de especialistas en la salud pública y especialmente de los “especialistas de llamada”, el Diputado señor Robles hizo uso de la palabra para manifestar que muchos profesionales no participan en dicho programa, ya que los honorarios que perciben son menores, por lo que al Ministerio de Salud le cabe la responsabilidad de enfrentar esa situación con el objetivo de que la salud pública entregue la mejor atención a sus usuarios. Al respecto, puso como ejemplo el área de traumatología en Vallenar donde prestan servicios dos

profesionales, pero en un horario reducido que ha redundado en un crecimiento de la lista de espera.

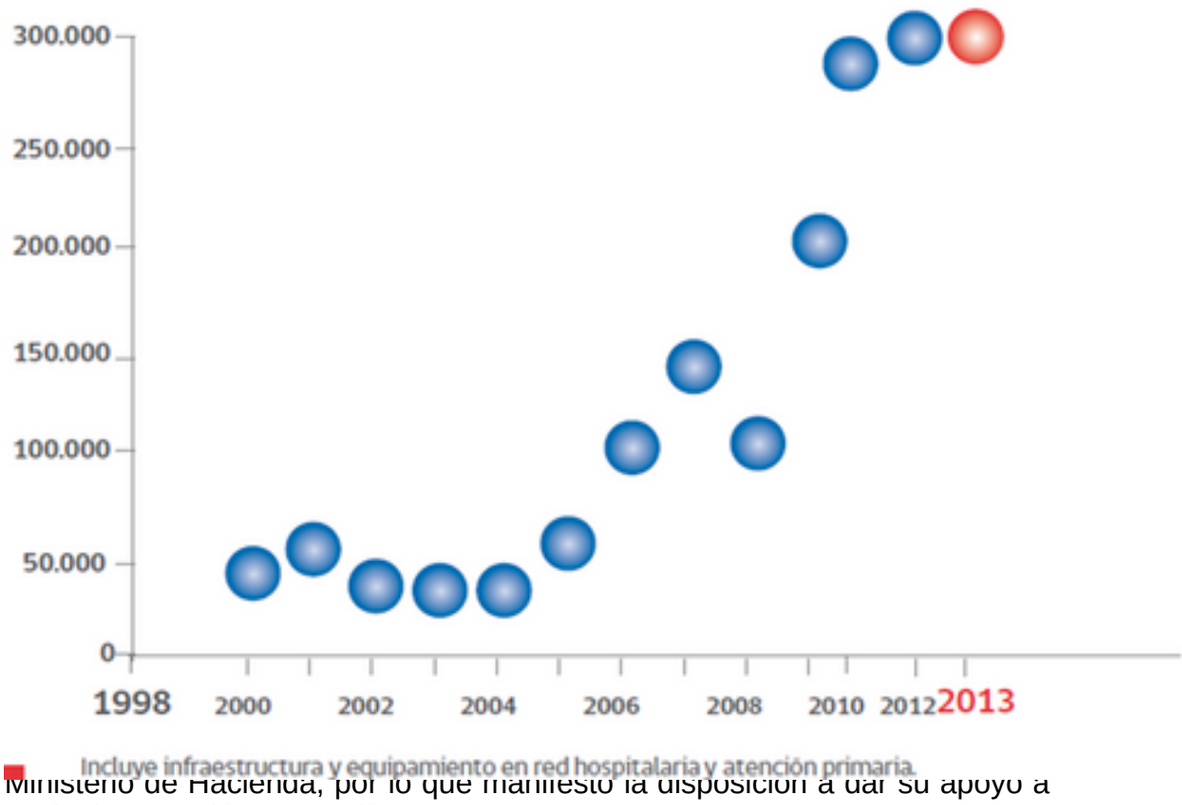
INVERSIONES EN SALUD

Una vez efectuadas las diversas consultas y dadas las respuestas que se consignan precedentemente, el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo, explicó la evolución y ejecución de las inversiones, mediante la presentación de los siguientes cuadros:

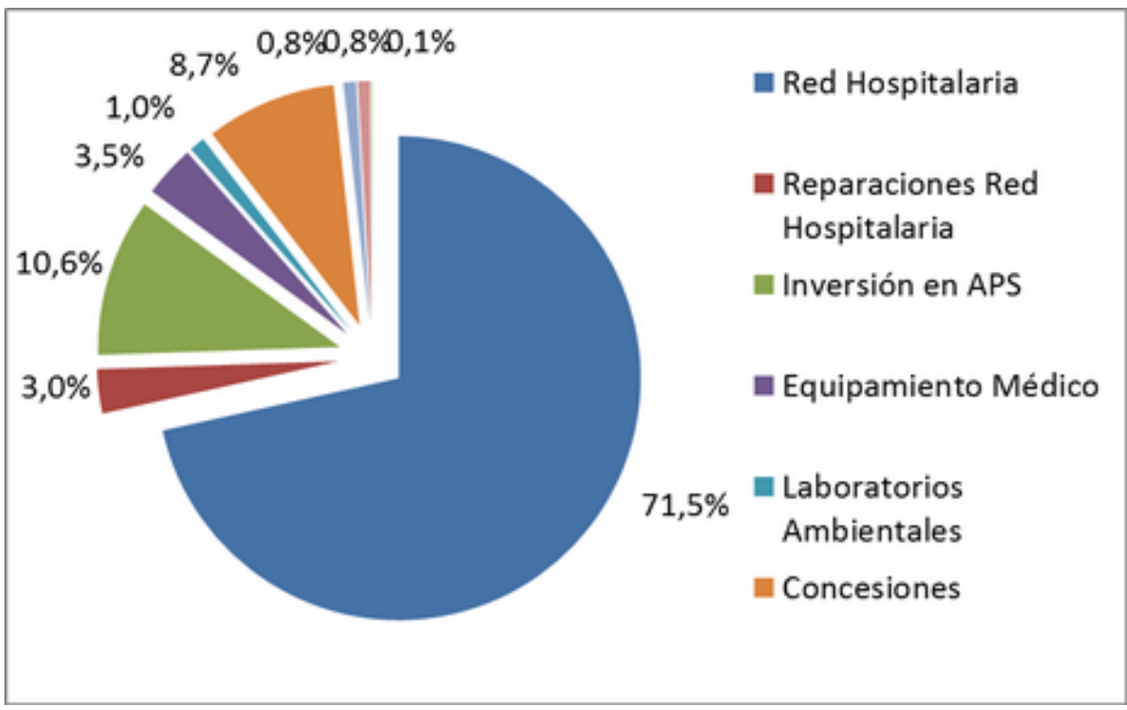
INVERSIONES

Total presupuesto M$296.321.185

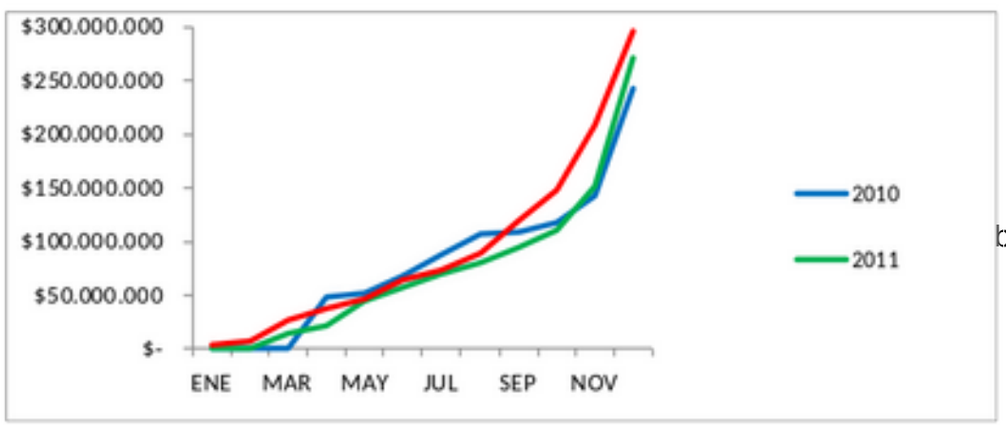
EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIONES



Ministerio de Hacienda, por lo que manifestó la disposición a dar su apoyo a cualquiera gestión en esa línea.



EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE INVERSIONES



bsecretar

año 2011 sólo se ha gastado el 61% del Subtítulo 31, pero también se gastó el año pasado cerca de 80 mil millones en el Subtítulo 29, porque hubo que comprar para los hospitales resonadores, escáner, equipamiento clínico en el Hospital de Antofagasta, en el Hospital de Copiapó, en el Hospital Carlos Van Buren y en el Hospital Gustavo Fricke. En Santiago se renovó el equipamiento quirúrgico del Instituto de Neurocirugía.

En consecuencia, agregó, la ejecución completa de infraestructura, de reparación, de equipos y de equipamiento es cercana

al 92%. Para el presente año, las proyecciones del Ministerio son las mismas, porque del Subtítulo 31 el 50% del presupuesto del año 2012 son obras de arrastre, esto es, hospitales que vienen construyéndose y sus gastos financieros tienen una planificación determinada. El 50% restante corresponde en un 12% a obras de atención primaria que se encuentran en licitación o licitados. Además, equipos y equipamientos asociados al Subtítulo 31 como los hospitales concesionados –Maipú y La Florida- que ascienden a 40 mil millones de pesos y, finalmente, se comprenden los cierres de brecha para lograr acreditación y obras menores asociadas a diferentes hospitales y centros de resolución de diagnósticos a lo largo del país.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo, refirió que se tiene proyectado para el año 2012 mejorar el porcentaje de ejecución de las inversiones, de modo que el último trimestre alcanzar al 92% del total del presupuesto.

Precisó que debe diferenciarse la ejecución del Subtítulo 31: infraestructura, cemento hormigón de la ejecución del Subtítulo 29: equipos, equipamiento, estructura de los ascensores, grupo electrógeno, resonadores nucleares, escáner, equipamiento mayor, centrales de esterilización y otros, área en la que no se había invertido en los últimos 15 años.

El Diputado señor Ortiz acotó que la Dirección de Presupuestos debería tener la disposición a considerar los recursos que no se alcancen a ejecutar como saldo de caja o gastos devengados para el año 2013.

El Diputado señor Robles solicitó mayores antecedentes respecto al estado de avance de los proyectos de inversión, dado que en el año 2011 se dejaron de ejecutar más de 3 mil millones de pesos y, además, se ha señalado por el Subsecretario de Redes Asistenciales que se utiliza el Subtítulo 29, figura que generalmente se ocupa cuando las inversiones no se cumplen y se sustituyen por la adquisición de implementos que son más fáciles de adjudicar y de comprar.

Agregó que, según informaciones recibidas, hasta junio de 2012 de 69 iniciativas incluidas en el plan de inversiones, 42 no registraban avance y en atención primaria la inversión disminuyó casi en un 20% el año 2011 y este año la disminución alcanza al 27%.

En materia de concesiones, el Diputado señor Robles indicó que, conforme a cifras del Banco Mundial, es más oneroso construir establecimientos hospitalarios mediante el sistema concesionado.

Continuando con su presentación, el Subsecretario de Redes Asistenciales, manifestó que el avance en inversiones hospitalarias entre marzo de 2010 y septiembre de 2012 comprende 16 hospitales terminados, que corresponden a Coquimbo, Punta Arenas, Tocopilla, Santa Cruz, Higueras, Chillán, Félix Bulnes, San Antonio-Putaendo de construcción acelerada post terremoto, Talca, interno y externo, de construcción acelerada post terremoto, Parral, Hualañé (Hospital chileno-japonés), Cauquenes de construcción acelerada, Curicó de construcción acelerada, Arica y Hanga Roa. Todos ellos suman 2.288 camas, 160 mil 940 metros cuadrados construidos y con una inversión de 205 mil millones de pesos.

Añadió que el avance en inversiones CESFAM entre marzo de 2010 y septiembre de 2012 es de 31 CESFAM terminados, lo que equivale a 68.683 metros cuadrados y una inversión de 67 mil millones de pesos. Aclaró que se trata de inversiones sectoriales en Centros de Salud Familiar y la inversión con fondos de desarrollo regional es casi igual o mayor en número de CESFAM.

Respecto al avance en inversiones de reconstrucción, indicó que se realizaron 3 reparaciones mayores, lo que equivale a 22.139 metros cuadrados y corresponden a la habilitación de 120 camas y CDT del Hospital de Temuco, a la habilitación e instalación de 10 pabellones quirúrgicos en el mismo hospital y la reparación del Hospital Doctor Mauricio Heyermann de Angol.

Continuó explicando que las obras hospitalarias en ejecución a septiembre de 2012 son 12 hospitales, de los cuales 3 terminan obras el año 2012, 8 terminan obras el 2013 y 1 termina la obra el 2015. Explicitó que los hospitales de Cañete, Osorno y Corral están listos. El hospital de Calama, el Traumatológico de Concepción, el hospital de Rancagua y los concesionados de Maipú y La Florida se terminarán el año 2013. Los hospitales de Talca, Los Ángeles y Puerto Montt el año 2014 y el de Copiapó el año 2015. Todos ellos suman 3.228 camas, 468.053 metros cuadrados y 535 mil millones de inversión.

Las obras CESFAM en ejecución alcanzan a 12, 4 de los cuales terminan obras el 2012 y 8 terminan obras el 2013 (CESFAM Sector Norte de Arica, Normalización CESFAM Cordillera, Reposición Centro de Salud Familiar Tirúa, Reposición CESFAM Los Álamos, Construcción CESFAM III Estación Central, Reposición Consultorio Steeger-Cerro Navia, Construcción CESFAM de Chonchi, Juan Fernández, Castro, Adriana Madrid Pinto y Dalcahue y Reposición Centro de Salud Gómez Carreño). Al respecto, el Subsecretario de Redes Asistenciales quiso precisar que una cosa es el avance físico y otra el avance financiero, de modo que en la glosa correspondiente se consigna el avance físico de las obras mayores.

Ejemplificó la diferencia con el caso de un hospital 100% ejecutado de avance físico y 50% de avance financiero, ya sea por facturas pendientes, reclamaciones, aumento de obras y de plazo. El caso inverso es no tener avance físico al ser recién adjudicado un hospital, pero con un anticipo de un 20% que corresponde al avance financiero.

En cuanto a la inversión en red hospitalaria y en la atención primaria, el Subsecretario de Redes Asistenciales señaló los siguientes proyectos:

Servicio de Salud Arica
Remodelación Servicio Dental Hospital Arica

Servicio de Salud Iquique
Diseño construcción Hospital Alto Hospicio
Recuperación Hospital Dr. E.T.G., Iquique
Diseño CESFAM Iquique
Ejecución Consultorio Pedro Pulgar, Alto Hospicio
Normalización Consultorio Salud Rural de Pica
Ejecución Consultorio General Rural, Pozo Almonte

Servicio de Salud Antofagasta
Normalización Hospital Carlos Cisterna, Calama, Construcción CESFAM Sector Norte, Construcción CESFAM Calama Central

Servicio de Salud Atacama
Normalización Hospital de Copiapó, Etapas 4 y 5

Servicio de Salud Coquimbo
Ejecución Hospital de Ovalle Normalización Hospital Salamanca
Conservación pabellones quirúrgicos Hospital de Illapel
Habilitación Terreno Ex Cárcel Coquimbo
Hospital Los Vilos
Hospital La Serena
Mejoramiento instalaciones básicas, Hospital Ovalle
Construcción CESFAM Urbano Illapel
Servicio de Salud Valparaíso
Diseño Normalización Hospital Claudio Vicuña
Modular Urgencias Casablanca
CESFAM Rodelillo, Valparaíso
Reposición CESFAM Algarrobo
Construcción Centro de Salud en Juan Fernández

Servicio de Salud Viña del Mar
Normalización Hospital Gustavo Fricke

Reposición Centro de Salud Gómez Carreño
Reposición CESFAM Puchuncaví
Construcción CESFAM La Ligua

Servicio de Salud Aconcagua
Reposición CESFAM Centenario
Reposición Centro Salud Eduardo Raggio Catemu
Reparación Hospital Philippe Pinel
Normalización CESFAM Cordillera

Servicio de Salud O'Higgins
Construcción CESFAM San Vicente de Tagua Tagua
Diseño Reposición Hospital de Chimbarongo
Normalización Hospital de Rancagua

Servicio de Salud Maule
Diseño Normalización Hospital de Constitución
Normalización Hospital Regional de Talca, 2º Etapa
Conservación infraestructura Hospital Linares NTB
Conservación infraestructura Hospital de Curicó

Servicio de Salud Bio bio
Estudio construcción Hospital Comunitario de Cabrero
Reposición Hospital de Laja
Normalización Hospital Víctor Ríos Ríos, los Ángeles, 3ª Etapa
Diseño construcción CESFAM Entre Ríos

Servicio de Salud Talcahuano
Diseño Normalización 3ª Etapa y Final Hospital Las Higueras
Reposición Hospital Penco-Lirquen
Reparación y remodelación CESFAM Paula Avendaño Pereda

Servicio de Salud Concepción
Reparación torre Hospitalización Paciente Crítico y Urgencia Hospital Guillermo Grant Benavente, Etapa 1 y 2
Diseño reposición Hospital de Florida
Construcción Centro de Salud Santa Sabina
Normalización Hospital Traumatológico y Unida de Apoyo Complejo Hosp. Guillermo Grant Benavente.
Diseño y reposición Consultorio Urbano Lorenzo Arenas.

Servicio de Salud Arauco
Reparación mayor Hospital Curanilahue
Diseño y normalización Hospital Santa Isabel de Lebu
Habilitación Laboratorio Hospital de Curanilahue

Servicio de Salud Ñuble

Reparación Torre Especialidades y Pabellón Hospital San Carlos
Reparación Torre Quirúrgico Hospital Herminda Marín
Diseño reposición CESFAM Isabel Riquelme

Servicio de Salud Araucanía norte
Diseño Normalización Hospital San Agustí Collipulli
Diseño Normalización Hospital de Lonquimay
Diseño Normalización Hospital de Curacautín
Reposición Servicio de Urgencia Hospital Purén
Reposición Servicio de Urgencia Hospital Traiguén
Diseño Normalización Hospital Mauricio Heyermann, Angol

Servicio de Salud Araucanía sur
Diseño Construcción Hospital Padre de las Casas
Normalización Hospital de Villarrica
Normalización Hospital Comunitario y Familiar Carahue
Normalización Hospital Pitrufquén
Normalización Hospital Lautaro

Servicio de Salud Osorno
Reposición Centro de Salud Familiar Entre Lagos
Reposición Centro de Salud Familiar Bahía Mansa

Servicio de Salud Chiloé
Diseño Normalización Hospital de Ancud
Reposición Centro de Salud Familiar Dalcahue
Reposición Centro de Salud Familiar Chonchi
Construcción CESFAM Castro

Servicio de Salud Reloncavi
Normalización Hospital Futaleufú
Normalización Hospital Puerto Montt

Servicio de Salud Aysen
Diseño y Ejecución Hospital de Cochrane
Normalización Hospital Puerto Aysén
Diseño y construcción CESFAM Coyhaique y SAPU
Servicio de Salud Los Ríos
Diseño Hospital de Los Lagos
Diseño Hospital Río Bueno
Diseño Hospital de Lanco
Diseño Hospital de La Unión

Servicio de Salud Magallanes

Normalización Hospital Puerto Natales
Normalización Hospital Porvenir

Servicio de Salud Metropolitano Central
Mejoramiento H. Urgencia Asistencia Publica
Reposición electricidad Complejo San Borja Arriarán
Diseño Reposición CESFAM Lo Valledor Norte
Construcción CESFAM Erasmo Escala
Equipamiento Hospital de Maipú

Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Diseño normalización Hospital de Melipilla
CESFAM Rural la Islita
CESFAM Rural Adriana Madrid, María Pinto
Reposición Consultorio Steeger, Cerro Navia

Servicio de Salud Metropolitano Sur
Conservación Infraestructura Hospital San Luis de Buin
Reposición Hospital Exequiel González Cortes
Reposición Urgencia CABL.
Construcción Consultorio General Rural Loc. de Hospital
Reposición Consultorio El Manzano
Reposición CESFAM Santa Teresa, de San Joaquín
Reposición Consultorio General de Paine
Reposición Consultorio Barros Luco

Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Normalización UPC Hospital Calvo Mackenna
Equipamiento Instituto del Tórax
Habilitación y traslado áreas industriales, servicios y pabellones, Hospital del Salvador

Servicio de Salud Metropolitano Norte
Construcción Unidad Oncológica Hospital Roberto del Río

Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Construcción CRS Puente Alto
Equipamiento Hospital de la Florida

Respecto al Programa de concesiones, en sus etapas 1 y 2, el Subsecretario de redes Asistenciales, señor Luis Castillo señaló que conlleva 5.523 camas, con una inversión cercana a los dos mil cuatrocientos millones de dólares.

Agregó que respecto al Hospital de Antofagasta se licitó el anteproyecto, se recepcionó el proyecto físico y económico y en breve se adjudicará la empresa que lo va a construir.

Prosiguió señalando que sobre el Hospital Metropolitano Occidente (ex Félix Bulnes) se licitó el anteproyecto.

Asimismo, se licita la construcción del Hospital Sótero del Río, del Hospital Puente Alto, del Hospital Curicó, del Hospital Chillán, del Hospital Linares, del Hospital Marga Marga y del Hospital Biprovincial Quillota Petorca.

La construcción de los hospitales de Maipú y La Florida tiene un 77% de ejecución de obras

Como resumen de las Inversiones, precisó lo siguiente: obras terminadas: 16 Hospitales terminados; obras en ejecución: 12 hospitales y 31 CESFAM; obras por licitar: 15 hospitales y 24 CESFAM y obras en concesión: el año 2013, 2 hospitales terminados, se iniciará la construcción de 4 hospitales y se adjudicarán 7 hospitales.

El Diputado señor Robles solicitó al Subsecretario de Redes Asistenciales que hiciera llegar los porcentajes de avance físico y financiero de las inversiones al mes de octubre de 2012.

Seguidamente, recordó que el año 2011 respecto del Servicio de Salud de Atacama se comprometió un aumento del personal que se iba a destinar al Hospital de Vallenar, con la finalidad de habilitar un ala en medicina que se encuentra cerrada. Los cargos aparecen en el presupuesto, pero nunca llegaron a Vallenar. Para este año, el aumento de cargos es para el Hospital de Atacama. En esta materia solicitó al Subsecretario de Redes Asistenciales que informe sobre los cargos que no se completaron en Vallenar.

El Diputado señor Robles expresó que uno de los grandes problemas que presenta el sector salud es que se invierte, se construye, pero los recursos para la mantención de la infraestructura no se logran diferenciar, de tal modo que los directores de hospitales utilizan los recursos del Subtítulo 22 para otras necesidades, pero no la dirigen a la mantención. Solicitó que en el presupuesto se identifiquen los recursos –mediante una glosa especial- para la mantención de la infraestructura hospitalaria, así como ocurre con las concesiones que comprenden dineros para la mantención de los establecimientos.

En materia de inversiones en la atención primaria, dijo entender que el Ministerio de Salud va a realizar inversión mediante el Fondo de Desarrollo Regional, por lo que solicitó se hiciera llegar la información respecto de cada región del país.

El Diputado Accorsi solicitó al Subsecretario de Redes Asistenciales que informe sobre el número total de camas que se incorporan al sistema público por medio de las nuevas construcciones de establecimientos hospitalarios. Asimismo, dejó constancia de sus felicitaciones a la iniciativa de llevar el buque Sargento Aldea a Aysén, ya que permitió que 70 médicos entregaran atención a personas que estaban en

listas de espera de consultas con especialistas y manifestó su anhelo que dichos operativos médicos se realicen también en otros lugares del país.

- Sometido a votación el Programa 01 del Capítulo 10, "Subsecretaría de Redes Asistenciales" fue aprobado por la unanimidad de los integrantes de la Subcomisión, Senadores señores García Ruminot y Orpis y Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles, sin modificaciones.

-Sometido a votación el Programa 02 del Capítulo 10, "Inversión Sectorial de Salud" fue aprobado por 4 votos a favor (Senadores señores García Ruminot y Orpis y Diputados señores Macaya y Ortiz) y 1 abstención (Diputado señor Robles), sin modificaciones.

El Diputado señor Robles fundamentó su voto de abstención en no contar con las cifras completas del grado de inversión, agregando que todos los años más de cien mil millones están siendo reasignados, materia que debe ser aclarada.

CAPÍTULO 11
Programa 01
Superintendencia de Salud

El presupuesto de este programa para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 10.539.120 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de $ 10.026.991 miles, supone un incremento de un 5,11 por ciento.

El Programa en estudio considera tres glosas:

El Superintendente de Salud, señor Luis Romero, inició su exposición explicando que dicha entidad entró en funcionamiento el 1 de enero de 2005, en su calidad de sucesora legal de la Superintendencia de ISAPRES. Reseñó que sus atribuciones apuntan al control del cumplimiento de los contratos de salud del sistema privado, la protección de los derechos de los beneficiarios de FONASA, el cumplimiento de las garantías que contempla el plan AUGE y la acreditación y certificación de los prestadores de servicios de salud.

Tratándose, en específico, del presupuesto correspondiente al año 2012, detalló que se contemplaron fondos por 9.755 millones de pesos, a cuyo respecto su ejecución alcanza a un 80% al mes de

septiembre de 2012. Afirmó que durante dicho período las funciones que la entidad ha desarrollado corresponden, preferentemente, al aumento en las labores de difusión ciudadana, el mejoramiento de los estándares de atención, y labores de fiscalización y registro de prestadores.

Respecto de las funciones que la entidad pretende desarrollar durante el año 2013, destacó la fiscalización del sistema general de salud, para lo que se contempla un aumento presupuestario de $104 millones de pesos, con especial énfasis en tres materias: el cumplimiento de la normativa sobre derechos y deberes de los pacientes –para lo que se asigna un incremento de $458 millones de pesos-, la garantía de calidad de atenciones de salud, y un programa piloto de supervisión al sistema de ISAPRES mediante un régimen basado en riesgos. Finalmente, reseñó que se contempla el pago de $98 millones de pesos al Instituto Nacional de Estadísticas por la confección del denominado IPC de la salud, cuyo propósito es establecer un índice referencial oficial en esta materia.

CONSULTAS

El Diputado señor Accorsi sostuvo que, considerando la gran cantidad de personas que no han hecho uso de las garantías del sistema AUGE, es preciso favorecer las políticas comunicacionales en ese ámbito. En ese contexto, consultó acerca de los ítems presupuestarios en materia de promoción e información a los usuarios.

El Diputado señor Robles consultó por la eventual reducción de las listas de espera del plan AUGE, particularmente respecto de lo que ha señalado la Contraloría General de la República en torno a la necesidad de una mayor fiscalización en esta materia. En consecuencia, añadió que tales labores de control deben ser realizadas por la Superintendencia de Salud.

A continuación, indicó que la entidad no ha divulgado los resultados de las labores que le corresponde desarrollar sobre el particular, por lo que solicitó información acerca de los planes de fiscalización, los recursos requeridos, las necesidades de la entidad y su diagnóstico sobre la materia.

Por otra parte, consultó por las funciones de control de la Superintendencia de Salud en lo relativo a la gestión hospitalaria de los recintos auto-gestionados, con especial énfasis en el cumplimiento de los requisitos que establece la normativa aplicable al efecto.

Asimismo, sostuvo que, a propósito del cumplimiento de las garantías que establece el plan AUGE, que se debe certificar a las entidades prestadoras del sector público y privado, lo que habría sido realizado preferentemente por la Subsecretaría de Redes

Asistenciales. Manifestó que tales funciones deben ser cumplidas por la Superintendencia de Salud, por lo que solicitó que dicha entidad informe de las labores que se desarrollarán en dicho ámbito, junto al análisis de la aplicación de las normas sobre derechos y deberes de los pacientes.

Finalmente, solicitó mayor información acerca del funcionamiento del denominado IPC de la salud, toda vez que su propósito sería radicar su fiscalización ante el Instituto Nacional de Estadísticas, y no ante la Superintendencia de Salud.

El Superintendente de Salud, señor Luis Romero, explicó que, durante el año 2012, la entidad ha realizado labores de difusión respecto del derecho de notificación de las personas cuyas patologías pueden ser cubiertas por el sistema AUGE. En efecto, detalló que, durante el mes de enero, se inició una campaña comunicacional en los consultorios y hospitales públicos del país. Agregó que ello constituye la base del funcionamiento del sistema de protección de salud, toda vez que ello permite el ejercicio de los derechos y garantías que éste contempla.

Acerca de las labores de fiscalización que desarrolla el organismo, enfatizó que se ha producido un incremento durante los últimos años, puesto que, durante el año 2009, se realizaban cerca de 100 fiscalizaciones a hospitales públicos, prestadores privados y consultorios, en tanto que, en el año 2012, tuvieron lugar 1.400 fiscalizaciones a dichas entidades.

En cuanto al nivel de cumplimiento del plan AUGE, añadió que se ha monitoreado el índice de garantías que contempla el sector público y privado, particularmente respecto de los instrumentos financieras.

Asimismo, indicó que se ha verificado el término de las listas de espera AUGE. En ese sentido, explicó que se implementaron planes de estudio desde diciembre de 2011, mediante el análisis de la situación de 110.000 personas cuyas atenciones se encontraban pendientes desde marzo de 2010. Sostuvo que, de dicho universo, una cifra inferior al 1% de pacientes no había sido atendido a diciembre de 2011.

Por otra parte, detalló que la Superintendencia de Salud ha validado los indicadores que ha implementado FONASA respecto al estado de cumplimiento de las prestaciones del programa AUGE, para lo que la entidad revisó aleatoriamente una serie de casos en todo el país. Agregó que se han detectado una serie de problemas administrativos, toda vez que cerca de la mitad de los casos que se encontraban en estado pendiente se habían cumplido.

En esa misma línea, enfatizó que durante el año 2009 sólo se produjo una amonestación por incumplimiento de las garantías

que contempla en plan AUGE, en tanto que, durante 2012, se han cursado 250 amonestaciones mediante del ejercicio de facultades fiscalizadoras en todas las regiones del país.

En cuanto al cumplimiento de las normas de calidad de los hospitales públicos, explicó que la Superintendencia de Salud ha suscrito un acuerdo con el Ministerio de Salud con el objeto de favorecer el cumplimiento de la garantía de calidad que opera a su respecto. Detalló que se ha producido la acreditación de 3 hospitales públicos, en tanto que otros 7 hospitales se encuentran en proceso de obtenerla.

Finalmente afirmó, acerca del denominado IPC de la salud, que para 2012 la Superintendencia de Salud ha realizado una estimación en conformidad a la documentación disponible. Con todo, añadió que se encuentra en estudio una iniciativa legal que confiere dicha facultad al Instituto Nacional de Estadística, por lo que se ha realizado un trabajo conjunto con dicho organismo. De esa manera, agregó, durante el mes de enero de 2013 se divulgará el índice oficial sobre la materia.

A continuación, el Diputado señor Robles insistió en que las normas sobre calidad de la atención hospitalaria no han sido implementadas, sin perjuicio de las fiscalizaciones que se han verificado en la materia. En ese contexto, sostuvo que la normativa actualmente vigente exige que los hospitales públicos deban cumplir una serie de parámetros de atención para poder auto gestionarse, aun cuando, indicó, dichas disposiciones no son fiscalizadas correctamente por la Superintendencia de Salud.

El Superintendente de Salud, señor Luis Romero, enfatizó que la entidad cuenta con facultades fiscalizadoras relativas a las garantías de funcionamiento de calidad, pero carece de atribuciones respecto de la auto gestión hospitalaria. En ese sentido, añadió que se han desarrollado labores con miras a favorecer la acreditación de los hospitales, pero insistió en que su labor apunta preferentemente a aquellos centros que ya se encuentran acreditados.

- Sometido a votación el Capítulo 11, Programa 01, “Superintendencia de Salud”, fue aprobado por la unanimidad de los integrantes de la Subcomisión, Senadores señores García Ruminot y Orpis y Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles, sin modificaciones.

- - -

A continuación, el Presidente de la Subcomisión, Diputado señor Ortiz, puso en discusión los Capítulos 20 a 47 y 53 de la Partida 16, correspondientes a los Servicios de Salud del

país. Los antecedentes presupuestarios de estos Capítulos son los siguientes:

CAPITULO 20
Programa 01
Servicio de Salud Arica

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 41.135.091 miles.

CAPÍTULO 21
Programa 01
Servicio de Salud Iquique

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 58.628.588 miles.

CAPÍTULO 22
Programa 01
Servicio de Salud Antofagasta

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 82.774.653 miles.

CAPÍTULO 23
Programa 01
Servicio de Salud Atacama

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 54.844.430 miles.

CAPÍTULO 24
Programa 01
Servicio de Salud Coquimbo

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 109.617.460 miles.

CAPÍTULO 25
Programa 01
Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 102.606.098 miles.

CAPÍTULO 26
Programa 01
Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 145.810.141 miles.

CAPÍTULO 27
Programa 01
Servicio de Salud Aconcagua

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 52.931.961 miles.

CAPÍTULO 28
Programa 01
Servicio de Salud Libertador General Bernardo O'Higgins

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 122.032.429 miles.

CAPÍTULO 29
Programa 01
Servicio de Salud Maule

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 160.471.048 miles.

CAPÍTULO 30
Programa 01
Servicio de Salud Ñuble

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 91.123.011 miles.

CAPÍTULO 31
Programa 01
Servicio de Salud Concepción

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 133.529.048 miles.

CAPÍTULO 32
Programa 01
Servicio de Salud Talcahuano

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 70.093.268 miles.

CAPÍTULO 33
Programa 01
Servicio de Salud Bío-Bío

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 80.967.886 miles.

CAPÍTULO 34
Programa 01
Servicio de Salud Arauco

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 35.721.754 miles.

CAPÍTULO 35
Programa 01
Servicio de Salud Araucanía Norte

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 46.366.931 miles.

CAPÍTULO 36
Programa 01
Servicio de Salud Araucanía Sur

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 141.329.506 miles.

CAPÍTULO 37
Programa 01
Servicio de Salud Valdivia

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 81.339.466 miles.

CAPÍTULO 38
Programa 01
Servicio de Salud Osorno

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 56.136.810 miles.

CAPÍTULO 39
Programa 01
Servicio de Salud del Reloncaví

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 71.644.406 miles.

CAPÍTULO 40
Programa 01
Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez Del Campo

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 35.647.629 miles.

CAPÍTULO 41
Programa 01
Servicio de Salud Magallanes

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 47.126.856 miles.

CAPÍTULO 42
Programa 01
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 176.225.462 miles.

CAPÍTULO 43
Programa 01
Servicio de Salud Metropolitano Central

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 160.674.425 miles.

CAPÍTULO 44
Programa 01
Servicio de Salud Metropolitano Sur

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 195.548.916 miles.

CAPÍTULO 45
Programa 01
Servicio de Salud Metropolitano Norte

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 148.257.224 miles.

CAPÍTULO 46
Programa 01
Servicio de Salud Metropolitano Occidente

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 186.548.369 miles.

CAPÍTULO 47
Programa 01
Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 206.427.044 miles.

CAPÍTULO 53
Programa 01
Servicio de Salud Chiloé

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 39.128.097 miles.

Respecto de los presupuestos considerados para cada uno de estos Capítulos, el Presidente de la Subcomisión, **Honorable Diputado señor Ortiz**, ofreció la palabra a los parlamentarios presentes.

El Diputado señor Robles insistió en solicitar información respecto de los cargos que se habían destinado el año 2011 al Hospital de Vallenar y qué ocurrirá con los cargos para Copiapó el año 2012.

Además, el señor Diputado transmitió una inquietud del Diputado señor Espinoza en relación con el cierre de la Clínica Alemana en Puerto Varas, que prestaba atención a usuarios del sistema público.

El Subsecretario de Redes Asistenciales informó que dicha organización se declaró en quiebra, por lo que los usuarios del sistema público se podrán atender en el Hospital de Puerto Montt y a su vez existe un plan de contingencia que va a permitir satisfacer a los pacientes de la ciudad de Puerto Varas.

- Sometidos a votación los Capítulos 20 a 48 y 53, fueron aprobados por la unanimidad de los integrantes de la Subcomisión, Senadores señores García Ruminot y Orpis y Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles.

A continuación, la Subcomisión consideró los Capítulos 49 a 52 de esta Partida. El presupuesto de cada uno de ellos es el siguiente:

CAPÍTULO 49
Programa 01
Programa Contingencias Operacionales

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 195.675.440 miles.

CAPÍTULO 50
Programa 01
Hospital Padre Alberto Hurtado

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 32.172.576 miles.

CAPÍTULO 51
Programa 01
Centro de Referencia de Salud de Maipú

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 8.709.075 miles.

CAPÍTULO 52
Programa 01
Centro de Referencia de Salud de Peñalolén Cordillera Oriente

El presupuesto de este Capítulo para el año 2013 considera ingresos y gastos por $ 6.186.849 miles.

-**El Diputado señor Robles solicitó votación separada del Capítulo 49, Programa 01.**

-Sometido a votación el Capítulo 49, Programa 01, "Programa Contingencias Operacionales", fue aprobado por 4 votos a favor (Senadores señores García Ruminot y Orpis y Diputados señores Macaya y Ortiz) y 1 abstención (Diputado señor Robles), sin modificaciones.

El Diputado señor Robles fundamentó su voto de abstención señalando que este Capítulo y Programa debieran incorporarse en los Servicios de Salud.

- Sometidos a votación los Capítulos 50, 51 y 52, fueron aprobados, sin enmiendas, por la unanimidad de los miembros de la Subcomisión, Senadores señores García Ruminot y Orpis y Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles.

De conformidad a los acuerdos adoptados por la Tercera Subcomisión respecto de la Partida 16, correspondiente al Ministerio de Salud, que se consignan en este informe, dicha Partida fue aprobada sin modificaciones.

Acordado en sesiones celebradas el día 11 de octubre de 2012, con asistencia de los Senadores señores Carlos Ignacio Kuschel Silva y Jaime Orpis Bouchon, y Diputados señores Javier Macaya Danús, José Miguel Ortiz Novoa (Presidente) y Alberto Robles Pantoja; el 18 de octubre de 2012, con asistencia de los Senadores señores Carlos Ignacio Kuschel Silva y Hernán Larraín Fernández (Jaime Orpis Bouchon), y Diputados señores Javier Macaya Danús, José Miguel Ortiz Novoa (Presidente) y Alberto Robles Pantoja y el 5 de noviembre de 2012, con

asistencia de los Senadores señores Francisco Chahuán Chahuán y José García Ruminot (Carlos Ignacio Kuschel Silva), Alejandro García-Huidobro Sanfuentes (Jaime Orpis Bouchón) y Jaime Orpis Bouchon, y Diputados señores Javier Macaya Danús, José Miguel Ortiz Novoa (Presidente) y Alberto Robles Pantoja.

Sala de la Subcomisión, a 8 de noviembre de 2012.

PILAR SILVA GARCÍA DE CORTÁZAR
Secretaria de la Subcomisión

ÍNDICE

Asistencia	1
Constancia información entregada por Secretaría	4
Audiencias a instituciones de ayuda a enfermedades Especiales y a Federaciones de funcionarios de la salud y de profesionales universitarios de los servicios de salud	5
Discusión y votación de la Partida 16:	23
FONASA	24
Votación FONASA	45

Instituto de Salud Pública 45
Votación ISP 50

Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud 50
Votación CENABAST 58

Subsecretaría Salud Pública 58
Votación Subsecretaría 68

Subsecretaría de Redes Asistenciales 68
Votación Subsecretaría 89

Superintendencia de Salud 89
Votación Superintendencia 93

Servicios de Salud 93
Votación Servicios de Salud 98

Contingencias Operacionales y Capítulos 50, 51 y 52 98
Votación 99