

INFORME DE LAS COMISIONES DE HACIENDA Y DE SALUD SOBRE EN EL PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979, CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA DE LAS DISTINTAS MODALIDADES DE GESTIÓN Y FORTALECER LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

Honorable Cámara:

Vuestras Comisiones unidas de Hacienda y de Salud pasan a informaros sobre el proyecto de ley del epígrafe, iniciado en un mensaje de S.E. el Presidente de la República.

I. ANTECEDENTES.

Los recursos de que el país dispone para cuidar la salud de la población son limitados y escasos, por lo que es necesario orientarlos. La orientación fundamental para estos efectos estará dada por los objetivos nacionales de salud.

El proyecto de ley que establece el Régimen de Garantías en Salud, que actualmente se encuentra en tramitación en la Comisión de Salud, señala respecto de los mismos lo siguiente:

"La formulación de objetivos nacionales de salud es un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, ya que en el pasado fue precisamente la fijación de objetivos claros, medibles y practicables lo que permitió los grandes avances en la salud de la población.

En el marco de la reforma, estos objetivos son el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población. "

En este sentido, las metas que se deben plantear para la década 2000 - 2010, deben tener como objetivos:

- "a) Disminuir las desigualdades en salud.
- b) Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- c) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población, y
- d) Mejorar los logros sanitarios alcanzados."

Los objetivos nacionales de salud deben expresarse mediante un instrumento de gestión sanitaria, de forma que constituyan una efectiva vinculación entre las necesidades de la población y la gestión de los recursos destinados a salud.

Este instrumento corresponde al Sistema AUGE, propuesto en la modificación de la ley N° 18.469, que hará posible alcanzar los objetivos nacionales de salud que ha propuesto el Ministerio de Salud para el año 2010.

Para el grupo de enfermedades que los objetivos nacionales de salud identifican como las principales causas de daño y muerte y para las cuales existen tratamientos efectivos, el sistema AUGE establece el Régimen de Garantías en Salud.

La situación actual de la Autoridad Sanitaria presenta una serie de problemas, tales como:

1. Dispersión, burocracia e ineficacia.

En la actualidad, el Ministerio de Salud está involucrado en la conducción de los prestadores públicos. Por su parte, los Servicios de Salud, entes descentralizados, realizan funciones de autoridad sanitaria. Esta mezcla de funciones ha contribuido a debilitar a la autoridad sanitaria.

2. Capacidad normativa desigual.

Actualmente existe exceso de normas o falta de ellas, en el área asistencial, del medio ambiente y ocupacional, lo que conlleva una fiscalización irregular y de escaso impacto sanitario.

3. Insuficiente fiscalización de la calidad de las prestaciones.

La fiscalización de las actividades de los prestadores recae en los Servicios de Salud, para lo cual no existen normas actualizadas que regulen la autorización sanitaria y que permitan el funcionamiento de los establecimientos de salud. Ésta debe ser homogénea para los prestadores de salud públicos y privados.

4. Insuficiente regulación de los administradores privados del seguro de salud.

La relación entre el usuario y los seguros de salud es de naturaleza compleja y se caracteriza por importantes asimetrías de información. Desde la perspectiva de los aseguradores, los usuarios manejan mayor información que aquéllos respecto a su propio estado de salud. Esto genera, en los aseguradores, comportamientos defensivos, para evitar aquellos seguros que impliquen alto riesgo.

Esto hace necesaria la intervención del Estado para regular el quehacer de quienes participan en el sector de la salud y asegurar, de esta forma, que dicha asimetría no se traduzca en atención médica de baja efectividad sanitaria y de insuficiente protección financiera para los usuarios.

La competencia entre seguros incrementa este problema de relación entre usuarios y seguros, puesto que incentiva a los aseguradores a practicar la selección de personas con bajo riesgo de enfermedad, con la consecuente segmentación de la población entre personas de alto y bajo riesgo de enfermedad y la consecuente desviación de recursos hacia prácticas improductivas desde el punto de vista sanitario y económico.

Adicionalmente, la condición de asimetría de información que caracteriza al mercado de la salud impide que la competencia, por sí sola, sea un mecanismo eficaz para alcanzar estándares aceptables de calidad en la prestación de los servicios ya que para ello se requiere regular la calidad de las prestaciones.

Por último, las condiciones de asimetría con el asegurador y con el prestador pueden combinarse para generar condiciones adversas para el usuario, en el caso en que el prestador tenga intereses comunes con el asegurador, puesto que existe el incentivo a racionar las prestaciones, aun cuando esto sea un factor de riesgo para el paciente.

5. Insuficiente comprensión del rol de la Autoridad Sanitaria por parte de la ciudadanía.

La población no tiene claro cómo canalizar sus demandas o reclamos, ni menos sobre cómo exigir el cumplimiento de sus derechos.

6. Insuficiencias en la legislación vigente.

La legislación consagra un régimen que impide la integración armónica de los subsistemas público y privado dificultando un buen uso de los recursos y, además, restringe el acceso equitativo a la salud para muchas personas. Asimismo, limita la labor del Gobierno como responsable del desarrollo de todo el sector, al estar definido el papel de la Autoridad Sanitaria, en forma principal, como responsable de la gestión de las actividades de la salud del subsector público.

También, enfatiza las acciones sanitarias de tipo curativo-asistencial, especialmente en la esfera de la enfermedad y la reparación del daño, a pesar de que la evidencia científica disponible reconoce la importancia de las acciones de salud pública en la mantención y mejoramiento del estado de salud de la población.

II. - SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

En la reforma del sistema de salud realizada en los primeros años de la década de los ochenta, se pretendió concentrar en el Ministerio las tareas normativas y descentralizar en los Servicios la gestión de la atención de salud.

Sin embargo, en esos Servicios se concentraron, también, las facultades fiscalizadoras, tanto del proceso asistencial, transformando a dicha autoridad en juez y parte de su trabajo, como del ámbito de salud pública, heredando las facultades del Servicio Nacional de Salud. Esta doble condición de gestor asistencial y de autoridad sanitaria presenta dificultades para resolver adecuadamente los problemas que se presentan respecto de ambas áreas.

Una segunda medida de dicha reforma fue la municipalización de los consultorios y postas, que contribuyó a generar elementos que distorsionaron más los problemas.

En la práctica, los Servicios concentraron su trabajo en los establecimientos de su dependencia, debilitándose la coordinación entre los distintos niveles de complejidad y restringiendo el traspaso de recursos del hospital a la atención primaria y, con ello, manteniendo una estrategia que se tornó ineficiente para solucionar los problemas de salud de las personas.

Además de dicha reforma, ha contribuido a la ineficiencia de los Servicios de Salud la incapacidad para mantener una adecuada sintonía entre las necesidades asistenciales de la población y la dotación y eficiente capacitación de los recursos humanos que trabajan en dichos Servicios.

Los problemas que hoy en día existen en los Servicios de Salud pueden resumirse en los siguientes:

1. Problemas en el nivel primario.

Desde el punto de vista del **modelo y de la organización**, la atención primaria presenta baja capacidad resolutoria; insuficiente anticipación al daño; baja cobertura de problemas crónicos del adulto; acceso restringido a ciertos horarios; bajo control de calidad; baja capacidad de gestión; poca atracción hacia médicos y otros profesionales; alta rotación del personal médico; postergación por privilegio del desarrollo de la atención hospitalaria, y hospitales de tipo cuatro con exceso de capacidad instalada.

En cuanto a su **relación con los otros niveles**, existen problemas originados en la escasa capacidad de resolución, lo que ocasiona excesivas derivaciones. También hay mínimo acceso a especialistas y a exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico, y problemas de acceso a la atención especializada y hospitalaria.

Respecto de la **relación con la población**, existe poca confiabilidad, dificultades de trato y de acceso; baja participación social, y escasa capacidad de escoger un centro de salud como elemento de poder frente a los consultorios.

2. Problemas del nivel secundario.

Por su parte, en el nivel secundario, los problemas derivados del **modelo de atención y la organización** dicen relación con la baja cobertura de los problemas del adulto mayor y de enfermedades crónicas, de limitaciones en la resolución y manejo ambulatorio de diversas patologías, de bajo control y de baja calidad, entre otros.

En el ámbito de la **relación** del nivel secundario **con otros niveles**, también existe una baja capacidad y adecuación de la respuesta frente a la demanda desde el nivel primario y de urgencias, y baja tasa de devolución de pacientes al primer nivel.

Por último, en su accionar con la **población**, se presentan dificultades en el trato y en los procedimientos extremadamente burocráticos; dificultades en la autonomía e información a los pacientes respecto de su diagnóstico y tratamiento; ausencia de capacidad de escoger prestadores, y bajo control y participación social.

3. Problemas del nivel terciario.

Desde el punto de vista del **modelo de atención y la organización**, existe una baja adecuación al patrón epidemiológico actual; mínima cobertura de los problemas del adulto mayor y enfermedades crónicas; listas de espera; escasa descentralización y capacidad de gestión de recursos; bajo control ético y de calidad; acciones de mínima efectividad o perjudiciales; hospitalizaciones innecesarias; centralización en lo hospitalario; concentración de recursos y de las deudas; servicios clínicos segmentados entre sí, en los que existe poca colaboración, y procedimientos administrativos altamente burocráticos.

En cuanto a su **relación con otros niveles**, hay poca capacidad y adecuación de la respuesta frente a las demandas desde los niveles primario y secundario, centrándose básicamente en resolver las urgencias; falta articulación con centros de alta complejidad, y existe indefinición de los mecanismos de derivación y de pago.

III. - FUNDAMENTOS DEL PROYECTO.

La búsqueda de soluciones a los problemas antes reseñados que fundamenta la iniciativa en comento se pueden resumir en los siguientes temas:

1. Una red Asistencial territorial con énfasis en la atención primaria.

El estado de salud de la población es variable a través de la historia. En Chile, el perfil epidemiológico ha sufrido un drástico cambio desde los años 50, en que se creó el Servicio Nacional de Salud. Ahora las situaciones de mayor peso como causa de muerte y pérdida de calidad de vida son las enfermedades crónicas, degenerativas y de salud mental, y no como hace cinco décadas, en que la mayor tasa de morbilidad y mortalidad estaba representada por las enfermedades infecciosas, la mortalidad infantil y la muerte de la madre en el momento del parto.

Asimismo, es necesario destacar que las nuevas condiciones epidemiológicas y tecnológicas han sido acompañadas con un incremento permanente en el gasto que el país destina a salud. Esta situación caracteriza los sistemas de salud de todo el mundo, que enfrentan la necesidad de realizar cambios profundos.

2. La organización de los recursos.

Las estrategias de organización de los recursos que el país destina a la salud deben ajustarse a las realidades y exigencias del perfil epidemiológico, al cambio tecnológico, a las mayores exigencias de gestión planteadas por los costos incrementales y a las exigencias de los usuarios del sistema.

Sin embargo, la estrategia de organización del sector no se ha modernizado para enfrentar los cambios del perfil epidemiológico, de la tecnología médica, del nivel de gastos en salud y de las exigencias de los usuarios.

Las enfermedades degenerativas, crónicas y de salud mental actuales, requieren de un cambio en la estrategia de atención, porque se caracterizan por un largo desarrollo.

Estas enfermedades afectan con mayor severidad a las personas más pobres, ya que en muchos casos se asocian con condiciones de vida desfavorables para la salud y a una situación socioeconómica deprimida.

El control de la enfermedad debe tener una respuesta equivalente en la estrategia de organización del sistema de salud, en que los casos más graves se enfrenten a mayores niveles de complejidad de atención.

3. El avance tecnológico.

La perspectiva tecnológica ofrece hoy capacidades para pesquisar y tratar las enfermedades en sus distintas etapas de avance y otorga procedimientos menos invasivos, lo que permite efectuar una mejor distribución de los recursos a lo largo del proceso de la enfermedad con un considerable beneficio para el enfermo.

IV. II. IDEAS MATRICES Y OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El presente proyecto de ley, según lo señala el mensaje, propone una nueva estructura sanitaria del sector público de salud, que se ajusta a las actuales exigencias que impone la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población.

Asimismo, se contemplan nuevas facultades de gestión para superar las restricciones actuales, que originan ineficiencia en la administración de los recursos que el Estado y las personas destinan al cuidado de la salud de la población.

En suma, la iniciativa legal en comento tiene tres propósitos fundamentales:

Primero, fortalecer la institucionalidad y las potestades de la Autoridad Sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones con la gestión de los Servicios de Salud.

Segundo, establecer normas que permitan mejorar la gestión de los Servicios de Salud, adecuándola a los requerimientos del Sistema AUGE. Así es como se determina la constitución de redes asistenciales con mayor flexibilidad administrativa que la actual, y con la obligación de rendir cuenta a la ciudadanía, y

Tercero, estatuir instancias de participación ciudadana en las Secretarías Regionales Ministeriales y en las Direcciones de los Servicios de Salud.

- Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.

El Estado tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del sector salud y de asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias de la población. En consecuencia, con ello la

iniciativa en tramitación define las funciones y las atribuciones necesarias para regular y fiscalizar la actividad en salud en la defensa de los usuarios.

La Autoridad Sanitaria es la institucionalidad permanente del Estado, encargada de llevar a cabo estos objetivos con ejercicio de su autoridad en todo el territorio nacional y sobre todos y cada uno de los actores del sistema, de manera de asegurar la conducción política integral del sector salud y de ejercer el liderazgo estratégico técnico del sistema. Además, debe vigilar y controlar los factores que afectan la salud, incluido el del medio ambiente y la atención médica, y desarrollar políticas que contribuyan a generar condiciones para una vida más saludable.

Los deberes que tiene la Autoridad Sanitaria, entre otros, son los de formular políticas que permitan a las personas desarrollar estilos de vida saludable, condiciones para una mejor salud, garantizar el acceso a una promoción de la salud y a la atención de la enfermedad, digna, oportuna, humana y de calidad, al nivel que el país sea capaz de otorgar.

También debe conseguir un desarrollo armónico del sistema de salud, definir normas, obligaciones y reglas claras y uniformes para el funcionamiento de todos los agentes involucrados y debe ser claramente identificada por la ciudadanía como la entidad responsable de garantizar los derechos en salud.

Adicionalmente, la Autoridad Sanitaria juega un papel central en el diseño y desarrollo del proceso de ajuste del sistema a las necesidades de la población. Para ello debe estar dotada de capacidad de análisis de la realidad epidemiológica y de las estrategias válidas de salud pública, tanto del escenario nacional como del internacional.

Para cumplir efectivamente su función, la Autoridad Sanitaria debe contar con instrumentos eficaces para ejercer las funciones de rectoría, regulación y fiscalización del sistema público y privado de salud, así como con las atribuciones que le permitan asegurar y verificar el cumplimiento de la normativa vigente.

En suma, el rediseño de la Autoridad Sanitaria contribuirá al fortalecimiento de la salud pública, por una parte, a través de una mejor definición de su estructura y funciones (nacional y regional), de las tareas esenciales de salud pública, de la formulación y ejecución del plan de salud pública, nacional y regional; y, por la otra, mediante el financiamiento seguro en forma independiente a la cobertura de la atención médica, ya que debe existir un justo equilibrio entre lo curativo-asistencial y la promoción-prevención, que evite el desarrollo de enfermedades.

El proyecto, en definitiva, asegura lo siguiente:

- Rectoría y regulación de la Autoridad Sanitaria sobre todo el sector salud, tanto público, como privado.
- Rectoría de la Autoridad Sanitaria en el espacio intersectorial.
- Conducción política integral del sector salud.
- Liderazgo estratégico técnico sobre todos los actores del sistema.
- Un sistema de normas, obligaciones y reglas coherentes y equilibradas para el funcionamiento de todos los agentes involucrados.
- Un sistema de monitoreo del cumplimiento de la normativa vigente y mecanismos que permitan su regulación en todo el territorio nacional.
- Capacidad para garantizar protección y promoción de la salud a la población.

- Asegurar el acceso a los servicios de salud, en particular de las poblaciones más vulnerables.
- Garantizar los derechos en salud de los usuarios.
- Asegurar garantías de protección financiera para la familia.
- Dar cobertura sanitaria a toda la población.
- Fiscalizar el cumplimiento del sistema AUGE.

Para tales efectos, el proyecto plantea fortalecer la Autoridad Sanitaria Regional. El diseño del proyecto se basa en los siguientes requerimientos:

- Separar las funciones de gestión y fiscalización de la prestación pública que actualmente conviven en los Servicios de Salud.
- Tener una institución desconcentrada.
- Contar con una entidad cercana a las personas, para que éstas puedan canalizar sus reclamos, dudas y demandas respecto a los prestadores públicos y privados.
- Integrar toda la capacidad sanitaria regional, de manera de asegurar una visión y evaluación integral de las políticas sanitarias en el ámbito de la región.
- Releva los temas de salud pública en la región, actualmente desdibujados en los Servicios de Salud por la preponderancia del tema hospitalario.

V. - HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN.

La estrategia definida en el marco de la Reforma de la Salud para la situación descrita es el fortalecimiento de las medidas de promoción de estilos de vida saludable.

La promoción orientada a las personas se realizará principalmente en los consultorios, pero será responsabilidad de todos los niveles de complejidad. Asimismo, la dotación de capacidades de prevención eficaz y de atención de salud cercana al domicilio se realizará también en los consultorios. Sólo en la medida en que el proceso de la enfermedad avance o se detecte en etapas avanzadas, el enfermo deberá derivarse a los niveles más altos de complejidad médica que corresponden a los hospitales y que termina en los hospitales especializados de alta complejidad.

Para ello, el proyecto configura una Red Asistencial constituida por los profesionales, equipamientos, y otros recursos organizados para el mejor y más eficiente cuidado de la salud y tratamiento de la enfermedad de la población que habita en el territorio bajo su responsabilidad. La gestión de la Red Asistencial abarca los establecimientos orientados al manejo de situaciones de baja complejidad médica y alta complejidad social en la atención primaria, y a los hospitales y centros especializados orientados al manejo de situaciones de mediana y de alta complejidad.

La situación actual, definida a partir del perfil epidemiológico, requiere de una estrategia de organización de los recursos de salud que fortalezca la atención primaria y especialice a los hospitales, en el sentido de lograr una redistribución de los recursos acorde con los procesos de enfermedades predominantes y una organización en red para asegurar que las personas reciban el cuidado adecuado a su estado de salud y etapa del proceso de la enfermedad.

En los fundamentos del proyecto que establece un Régimen de Garantías en Salud, se hace hincapié en la necesidad de crear un nuevo

modelo de atención, el que “debe tener una fuerte orientación a la promoción de la salud,”... y “a la creación de condiciones materiales y conductuales para una vida saludable; la prevención de las enfermedades mediante la pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de las enfermedades; la atención oportuna y permanente de las enfermedades en los niveles de complejidad más adecuados, procurando una eficaz integración al interior de las redes asistenciales, superando la fragmentación y descoordinación hoy existente.

Para ello, se impulsará una atención primaria altamente resolutoria, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, donde existirán equipos de salud familiar y comunitaria.... dotados de la tecnología y equipamiento necesario y trabajando coordinadamente con la atención de especialidad.

El segundo nivel de atención estará formado por establecimientos y hospitales que resolverán las derivaciones del primer nivel, privilegiando las actividades ambulatorias.

Ello implica transitar desde una estrategia de organización centrada en el acceso a las prestaciones médicas y de la medicina hospitalaria hacia otro en que se busque establecer ambientes saludables en el hogar, en el trabajo y en la comunidad en general, que, junto con cambios en las conductas personales y en la prevención sistemática, es la manera más cierta de mantener sana a la población y garantizar la equidad en salud.

En consecuencia, la propuesta de un nuevo modelo de atención busca incidir tanto en un mejoramiento sustantivo de la salud de la población como también en un control de los gastos, de manera que estos tengan un costo/efectividad demostrable. Además, se promueve el desarrollo de la medicina basada en pruebas científicas, para evitar que las personas sean sometidas a procedimientos terapéuticos, quirúrgicos y de otra naturaleza para los cuales no existan pruebas científicas que corroboren su eficacia

Todo lo anterior implica que la nueva estrategia produce cambios muy significativos en la práctica médica y, en particular, en la organización y gestión del sistema de salud.

Las modificaciones consideradas en este proyecto de ley buscan solucionar los principales problemas de gestión que hoy enfrentan los Servicios de Salud, dotándolos de capacidad suficiente para responder adecuadamente a las garantías explícitas de acceso, oportunidad y calidad, que contiene el sistema AUGE y el Régimen de Garantías en Salud.

Para tal efecto, en primer lugar, se busca especializar a los Servicios en la atención de las necesidades de salud de las personas, abandonando todas sus responsabilidades ajenas al quehacer asistencial.

Se busca que las Redes Asistenciales de los Servicios, compuestas por establecimientos públicos y privados, respondan eficaz y eficientemente a los desafíos que impone el Régimen de Garantías en Salud.

También el proyecto de ley agrega atribuciones y facultades que facilitarán la gestión de las Redes Asistenciales.

De esta manera, se establece que el Director deberá dirigir y coordinar la ejecución de las acciones de salud de todos los establecimientos de su Red Asistencial, velando especialmente por el fortalecimiento del nivel primario de atención. En este ámbito, podrá destinar también parte de su personal a reforzar diferentes establecimientos.

Con estas modificaciones, se busca reforzar la descentralización y la autonomía de los Servicios de Salud y también los mecanismos para monitorear la gestión de sus autoridades, teniendo como eje la respuesta oportuna y satisfactoria a las necesidades de los usuarios.

VI. - FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

El proyecto de ley busca generar las instancias para hacer efectiva la participación ciudadana en la gestión del sistema de salud y, para ello, además del Consejo del Sistema AUGE propuesto en el proyecto de ley del Régimen de Garantías en Salud ya enviado, se proponen diversos mecanismos de participación de la población usuaria.

VII. RELACIÓN DESCRIPTIVA DEL PROYECTO.

Las ideas matrices y fundamentales de la iniciativa se desarrollan en tres artículos permanentes y dos transitorios.

El artículo 1° contiene 30 numerales por los cuales propone introducir diversas modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979.

El artículo 2° sustituye el artículo 5° del Código Sanitario, a fin de establecer que el concepto de Autoridad Sanitaria comprende al Ministerio de Salud o al Secretario Regional Ministerial de Salud, según corresponda.

El artículo 3° faculta a S.E. el Presidente de la República para que, mediante la dictación de decretos con fuerza de ley, regule diversas materias relacionadas con los servicios y organismos a que se refiere esta iniciativa.

Por último, el artículo primero transitorio establece la vigencia de la ley y el segundo su financiamiento.

Según el mensaje, los contenidos del proyecto se pueden agrupar en los siguientes temas:

VIII. - AUTORIDAD SANITARIA.

El proyecto entiende por Autoridad Sanitaria a la institucionalidad del Estado encargada de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la salud y en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población en el territorio nacional y, en lo fundamental, la radica en el Ministerio de Salud y en los organismos que de él dependen y que tengan atribuciones en este ámbito.

Su papel principal será la rectoría, regulación y fiscalización de los sectores público y privado de la salud y de los agentes cuyas actividades inciden en la salud de la población.

Entre sus funciones se destacan: dictar y dirigir las políticas nacionales de salud; definir los objetivos nacionales de salud; fortalecer y desarrollar su acción en el espacio intersectorial para promover y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; definir el plan de salud y establecer sus garantías.

La Autoridad Sanitaria Regional que la iniciativa propone se constituye separando de los Servicios de Salud las funciones propias de gestión de las redes asistenciales de las de la autoridad.

Las funciones de gestión continúan residiendo en el Director del Servicio y las de autoridad pasan a ser desempeñadas por el Secretario Regional Ministerial.

De este modo, por una parte, dicha separación se traduce en que los Servicios de Salud reformados no tendrán funciones de autoridad sanitaria, por lo que no ejercerán funciones de rectoría ni de regulación. Se concentrarán sólo el otorgamiento de atención médica, siendo responsables de

articular las redes de atención. La Autoridad Sanitaria Regional tendrá la potestad de intervenir la gestión financiera y sanitaria en aquellos casos considerados insatisfactorios.

Por la otra, dicha separación se traduce en que el Secretario Regional Ministerial, con nuevos poderes, además de apoyar al Intendente en los ámbitos de su competencia, desarrollará todas las funciones de vigilancia epidemiológica, fiscalización sanitaria medioambiental, verificación de las normativas de calidad de los prestadores públicos y privados, recepción de opiniones y quejas y solución de controversias.

Para asegurar comunidad de criterios y capacidad de respuesta, dicha autoridad será territorial y funcionalmente desconcentrada, con presencia en todas las regiones del país y utilizará normas y estándares de alcance nacional, definidas por la autoridad central.

IX. - FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS.

El proyecto propone el fortalecimiento de la gestión mediante la regulación y reorganización de la red asistencial y mediante la existencia de hospitales de autogestión en red.

- El proyecto define la **Red Asistencial** como el conjunto de establecimientos de atención de salud que operen dentro del territorio asignado a un Servicio de Salud, actuando en forma coordinada mediante lazos institucionales o contractuales.

Estas redes incluirán, al menos, a los establecimientos que actualmente dependen de los Servicios de Salud. Los de la atención primaria municipal y se podrán incorporar, mediante convenios, a establecimientos privados debidamente acreditados por la Autoridad Sanitaria.

La red funcionará con una lógica territorial y tendrá bajo su responsabilidad la atención de los usuarios de la ley N° 18.469, las emergencias y las atenciones convenidas para los afiliados al sistema de las Isapres y a toda la población en las acciones de salud pública.

- La autogestión de hospitales en red corresponde a aquellos establecimientos que cuenten con mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutoria y que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros y de calidad.

Un reglamento regulará el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contempla el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y de control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias.

Los hospitales clasificados como "hospital de autogestión en red", contarán, de acuerdo con la etapa en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:

- Administrar y disponer de sus ingresos propios.
- Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud, para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas.
- Celebrar contratos de prestaciones de servicio para el desempeño de tareas o funciones clínicas, generales o específicas, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud.

- Atribuciones en materias de gestión y administración interna de sus recursos.

- Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, mientras mantenga la categoría de hospital de autogestión en red.

Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizados por el Secretario Regional Ministerial.

Otro aspecto que contiene el proyecto es la **participación ciudadana**, para lo cual propone la creación de un Consejo Regional de Salud que colabore, con carácter consultivo, con el Secretario Regional Ministerial.

Asimismo, se contempla la existencia de un Consejo Consultivo del Servicio de Salud. Dicho organismo es concebido como un organismo colegiado, con representación de los usuarios y de los establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

Su función será conocer el plan anual de trabajo del Servicio de Salud, así como también su cuenta pública semestral, con capacidad para hacer observaciones y reparos que quedarán consignados en las actas públicas de dicho Consejo.

X. MODIFICACIONES DE LA NORMATIVA VIGENTE.

El proyecto propone modificar el decreto ley N° 2.763, de 1979, y sustituir el artículo 5° del Código Sanitario.

XI. III.- ARTÍCULOS CALIFICADOS COMO NORMAS DE CARÁCTER ORGÁNICO CONSTITUCIONAL O DE QUÓRUM CALIFICADO.

La Comisión acordó, que el artículo 1° número 19, que sustituye el artículo 21 del decreto ley N° 2.763, de 1979, tiene el carácter de ley orgánica constitucional.

No existen normas de quórum calificado.

XII. IV.- PERSONAS ESCUCHADAS POR LA COMISIÓN.

Vuestra Comisión, en el cumplimiento de su cometido contó con la concurrencia de las siguientes personas. Algunos extractos de intervenciones de los invitados están insertos en este informe y otras en las actas de la Comisión.

Ministro Secretario General de la Presidencia, señor Mario Fernández;

Ministro de Hacienda, señor Nicolás Eyzaguirre;

Ministro de Salud, doctor Osvaldo Artaza;

Ministro del Trabajo, señor Ricardo Solari;

Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, doctor Walter Brocking;

Director del Hospital Sótero del Río, doctor Alejandro Vlastelica;

Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., doctor Juan Luis Castro.

Presidente de la Fenats Base del Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, señor Héctor Retamal.

Superintendente de Isapres, señor José Pablo Gómez;
Director del Fondo Nacional de Salud doctor Álvaro Erazo;
Directora del Instituto de Salud Pública, señora Jeanette Vega;
Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud, señor Hernán Sandoval;

IV. 1. INTERVENCIÓN DEL MINISTRO SECRETARIO GENERAL DE LA PRESIDENCIA, SEÑOR MARIO FERNANDEZ.

El Ministro Secretario General de la Presidencia señor Mario Fernández expresó ante las Comisiones unidas que el Gobierno ha presentado los diversos proyectos de ley en tramitación en el Congreso Nacional que dan forma a la reforma de la salud, con un propósito similar al que se tuvo en consideración para llevar a cabo, a principios de los años cincuenta, la reestructuración de la salud en Chile, mediante la creación del Servicio Nacional de Salud. Aclaró que esta analogía es meramente histórica, puesto que no se trata de comparar el contenido de los proyectos, sino su envergadura.

Destacó que, desde hace décadas, existe un consenso general en todos los sectores acerca de la necesidad de modificar los sistemas de salud existentes en el país.

Explicó que el propósito inicial del Gobierno era enviar un solo gran proyecto de ley, que efectuase una descripción de la reforma que se ha propuesto, sus aspectos institucionales -que en el proyecto genéricamente se denominan "autoridad sanitaria"-; sus aspectos funcionales, o sea, aquellos instrumentos de los cuales debe disponer esta reforma; así como también todo lo relativo a los prestadores, las isapres, especialmente en relación con la gestión hospitalaria y el financiamiento. Sin embargo, diversos factores determinaron que este objetivo no se concretase y en definitiva, se han enviado cuatro proyectos de ley, esto es, el denominado plan Auge, del cual conocerá la Comisión de Salud, y las otras tres iniciativas que serán discutidas en estas Comisiones unidas.

Aclaró que los aspectos de la reforma que se encuentran referidos a las Isapres técnicamente constituyen una reforma de la ley de Isapres, sin perjuicio de las referencias que se haga a ellas en el proyecto Auge y, eventualmente, en las otras dos iniciativas.

Resaltó la importancia de que, una vez que las Comisiones unidas inicien el estudio de uno de los proyectos de ley, tengan en consideración la totalidad de las iniciativas, debido al carácter integral de la reforma. Precisamente, en razón de dicha integralidad, se optó por enviar simultáneamente los mensajes respectivos, cuya elaboración implicó una gran tarea para la comisión interministerial de salud.

Admitió que en las iniciativas pueden existir imperfecciones, pero confía en el estudio de las mismas que desempeñarán las Comisiones unidas para mejorarlas.

Agradeció la buena disposición que han tenido los integrantes de las Comisiones de Hacienda y de Salud, y sus presidentes los Diputados señores Pablo Lorenzini y Patricio Cornejo, respectivamente, en orden a iniciar la compleja discusión de estos proyectos.

Finalizó su intervención manifestando la esperanza que tienen todos los actores interesados en esta reforma, independientemente de los usuarios, que representan la enorme mayoría del país, en relación con el trabajo que desarrollarán estas Comisiones e insta a sus integrantes a contribuir a esta reforma.

IV. 2. INTERVENCIÓN DEL MINISTRO DE HACIENDA, SEÑOR NICOLÁS EYZAGUIRRE.

El Ministro de Hacienda, señor Nicolás Eyzaguirre, señaló que si bien, aparentemente, este tema es propio del Ministerio de Salud, en el área correspondiente al manejo racional y eficaz de los recursos existe la llamada economía de la salud. Espera que se produzca una intersección virtuosa entre lo sanitario y la administración de recursos, dado que éstos son escasos y el país tiene, además, otras prioridades.

Destacó la importancia de que la reforma de la salud sea aceptable desde el punto de vista sanitario y apropiadamente organizada desde la perspectiva de los recursos que se requieren para implementarla.

Explicó que la esencia de la reforma consiste en establecer un sistema de acceso universal a la salud. Se estima que el país no puede continuar desarrollándose si no se otorga al conjunto de la población, sin discriminación alguna, un nivel de salud compatible con el perfil epidemiológico del país y de acuerdo con los recursos disponibles.

De este modo, se ha obtenido una suerte de híbrido inicial que otorga el acceso universal a un conjunto de prestaciones de salud que se dividen en dos grupos. Uno de ellos corresponde a aquellas prestaciones asociadas a 56 patologías o estados mórbidos - no a 56 prestaciones -, que reciben una garantía en tres niveles. La primera es una garantía de oportunidad en la atención, esto es, si una persona sufre una de estas patologías, deberá ser atendida dentro de un máximo de tiempo establecido. La segunda es una garantía de calidad, según los actuales estándares médicos, en virtud de la cual esa patología será tratada de acuerdo con un protocolo médico que asegure la adecuada curación o enfrentamiento de la enfermedad. La tercera es una garantía financiera, es decir, tiene asociado un nivel máximo de copago, que es coherente con el gasto que una familia puede enfrentar.

Aclara que, sin perjuicio de que el plan Auge no puede restringirse a estas 56 patologías, supone que todos los habitantes tendrán un acceso con garantías explícitas de cobertura, atención y financiamiento para el número de patologías ya indicado y un acceso conforme a la disponibilidad de recursos para el resto de las patologías.

Explicó que uno de los criterios fundamentales de esta reforma es el principio de equidad. Se propone que exista una prima universal, esto es, que todos los habitantes tengan acceso a estas 56 patologías con garantías explícitas y para el resto de las patologías con garantías no explícitas, a un costo único, que sea independiente del nivel de riesgo de la persona, determinado en una primera instancia por el sexo y la edad. La prima universal, cuyo monto se ha calculado en torno a los 50 mil pesos por beneficiario al año, sería pagada por todos los chilenos y permitiría el acceso a las prestaciones ya señaladas.

Admitió que, además del sexo y de la edad, existe otro tipo de factores que determinan el riesgo de contraer una enfermedad, como, por ejemplo, la condición socioeconómica. En efecto, hay determinadas patologías que son más frecuentes en los estratos socioeconómicos bajos que en los estratos altos. Asimismo, existe un conjunto de enfermedades que han sido contraídas previamente por las personas, que se denominan enfermedades preexistentes.

Destacó que el plan Auge contempla inicialmente la existencia de un fondo de compensación, con el objeto de que la prima universal sea única para todas las personas aseguradas por dicho plan, sin que ello implique un problema financiero para el seguro que cubre a la persona. En efecto, puede ocurrir que un determinado seguro esté orientado a un sector de riesgo determinado por la edad y el sexo, que sea superior al promedio de la población, caso en el cual si sólo recibiera la prima universal como compromiso para estas

prestaciones, es obvio que tendrá un problema financiero. Asimismo, otro seguro podría cubrir a una población cuyo riesgo es inferior al promedio, en virtud de lo cual gastará menos de lo que recibirá como contribución. Por ello es necesario estructurar un fondo de compensación sobre la base de que todos los asegurados contribuyan con la prima universal y, posteriormente, el seguro inyectará, a cada una de las poblaciones aseguradas por cada seguro, los fondos que se estime que debiera destinar conforme a las características de riesgo que ese particular seguro cubre. De esta manera, la prima universal y la idea de no discriminar en razón de factores de riesgo, como el sexo, la edad, la preexistencia y la condición socioeconómica, suponen la existencia de un fondo de compensación de riesgo que se denomina "fondo de conversión solidario", para que sea plenamente fluida la actividad de los seguros y la seguridad para la población.

Por otra parte, se ha planteado la formación de un fondo maternal solidario. En efecto, es sabido que las mujeres en edad fértil, que representan una parte determinada de la población asegurada, pueden enfrentar la contingencia del parto. La sociedad ha estimado que la buena crianza de un hijo supone la existencia de períodos de pre y posnatal y la posibilidad de que la madre acompañe al recién nacido que sufra una enfermedad grave durante su primer año de vida.

Dado que el cuidado de los niños es un tema propio de la familia, se propone que el conjunto de los asegurados se haga cargo del financiamiento de esta prestación.

Explicó que en Chile y en el resto del mundo, desde la formación de los seguros sociales, la prestación maternal ha sido definida como de seguridad social, junto a otras tales como la pensión, el seguro de invalidez y el subsidio por incapacidad laboral. La prestación de seguridad social opera sobre la base de un criterio de salario de sustitución, lo cual significa que durante sus días de ausencia el beneficiario percibe la renta imponible.

En nuestro sistema fiscal, el subsidio estatal a la prestación maternal es el único gasto en el que se utiliza este criterio. En general, el Estado financia bienes públicos, los cuales se caracterizan por el hecho de que su consumo por parte de un individuo no excluye el consumo de otro individuo. No existe en Chile ni en el resto del mundo, con excepción del mencionado subsidio, un caso en el cual el Estado pague más a las personas cuanto mayor sea su salario, lo cual constituye una grave desfocalización e iniquidad fiscal.

Por tal razón, el Gobierno ha planteado que, tal como fuera históricamente en Chile y como es en el resto del mundo, esta prestación sea sobre una base contributiva, igual que el resto de las prestaciones de seguridad social en nuestro país.

Acotó que el subsidio de incapacidad laboral por prestación maternal es otorgado por el seguro de salud y forma parte de un paquete que se otorga junto con el seguro de invalidez, el subsidio de incapacidad laboral general y las prestaciones curativas. Por otra parte, cuando el Estado financia la compra de un bien concedido privadamente, ese subsidio se repacta entre una proporción que subsidia al consumidor y una proporción que subsidia al productor. En tal sentido, es indesmentible, de acuerdo con la teoría económica, que el subsidio maternal estatal constituye también un subsidio a la industria privada de las Isapres.

Por otra parte, explica que el Gobierno, sobre la base de la equidad, ha asumido la obligación de subsidiar la prima universal en el caso de las familias que no tienen ingresos suficientes para pagar su valor, que asciende aproximadamente a 50 mil pesos anuales por asegurado. El plan AUGE supone, entonces, una solidaridad de ingresos, toda vez que el Estado -que a su vez recauda impuestos del conjunto de sus agentes productivos- financiará el costo de la prima universal para beneficiar a las personas que no puedan costearla con sus

propios ingresos, lo cual permite que el acceso universal con garantía explícita tenga efectivamente un carácter universal.

Debido a que dicho financiamiento supone la obtención de recursos por parte del Estado, se ha propuesto aumentar algunas contribuciones impositivas. No obstante, es necesario dilucidar cuáles son las fuentes potenciales de recursos que debieran derivar hacia los seguros de salud. En tal sentido, debe analizarse el tema de los trabajadores independientes.

Explicó que el sistema de salud debe incurrir en ingentes costos por concepto de la atención a trabajadores independientes, quienes, pese a percibir rentas, no contribuyen, configurando una iniquidad social inaceptable. Por tal motivo, en el proyecto de ley se ha propuesto la cotización obligatoria de estos trabajadores, lo que implicará, además, una fuente de recursos para aliviar el importe que el Fisco debe subsidiar en el caso de las personas que no perciben rentas.

Señaló que el Gobierno está consciente de que la posibilidad de brindar un acceso universal de todas las personas a estos planes de salud, sin discriminación, supone un gran esfuerzo de gestión. En este país, que tiene recursos limitados y necesidades en muchos ámbitos, tales como el empleo y la seguridad ciudadana, la utilización eficiente de los recursos que se manejan es una obligación moral.

En tal sentido, la forma en que los recursos serán inyectados al sistema de salud pública presenta una diferencia radical respecto de la experiencia anterior, en materia de incremento de recursos para salud. En efecto, se requieren recursos adicionales, toda vez que al garantizarse el acceso universal deberá aumentarse o multiplicarse, en forma importante, el volumen de prestaciones que se realizará anualmente. De este modo, si en la actualidad hay colas enormes de personas que necesitan operarse de la vesícula y en virtud de este plan se garantiza que dicha prestación debe atenderse en un plazo de dos meses, significa que se reducirán las colas durante el primer año y, por tanto, las atenciones relativas a esta patología se multiplicarán.

Explicó que, históricamente, los hospitales recibían todos los años un presupuesto sobre la base del cual ofrecían la mejor atención posible; sin embargo, se ha propuesto inyectar los recursos a través de un esquema de prestaciones valoradas.

El Ministerio de Salud ha realizado un estudio, basado en información de mercado, que señala los protocolos médicos a través de los cuales estas patologías deben ser atendidas y el costo que implican.

En relación con el financiamiento del aumento de prestaciones, explica que la asignación de recursos a los hospitales se realizará a través de Fonasa en razón de las prestaciones efectivamente otorgadas, lo cual constituye un cambio absoluto en el modelo de gestión, toda vez que hasta la fecha se financiaban con presupuestos históricos, en los cuales se suponía que el hospital atendería a una determinada cantidad de personas.

Asimismo, se propone un conjunto de ampliaciones a las posibilidades gerenciales que tendrán las distintas autoridades de salud para garantizar el uso eficiente de los recursos, que son siempre limitados, con el objeto de que los directores de los hospitales y servicios puedan manejarse de mejor forma en este nuevo esquema.

Afirmó que el plan Auge será de aplicación obligatoria para todos los chilenos, sin efectuar distingos entre la salud pública y la privada, ya que esta última deberá aportar, como mínimo, cobertura para las 56 patologías contempladas en el plan, cobrar la prima universal y replicar las prestaciones que cubren el resto de las patologías cubiertas por el sistema público, a través del modelo de libre elección de Fonasa. Además, según sea necesario, se

establecerán criterios de fidelidad respecto de los plazos y las modalidades en que las Isapres podrán modificar los precios de sus prestaciones.

IV. 3. INTERVENCIÓN DEL MINISTRO DE SALUD, SEÑOR OSVALDO ARTAZA.

El Ministro de Salud, doctor Osvaldo Artaza, destacó que esta reforma está basada en sólidos requerimientos sanitarios y no en criterios de carácter financiero, aunque éstos tengan importancia. Indicó que existe gran consenso entre los expertos en economía de la salud en cuanto a que, de no haber un cambio profundo en la manera de enfrentar los problemas de este sector, nuestro país tendrá serias dificultades para dar solución racionalmente a los problemas de salud más urgentes e importantes, sobre todo si se consideran el nivel de recursos de que se dispone y la actual realidad mundial.

Se podría decir que la reforma de la salud obedece a razones políticas, dada la presión que ejerce la ciudadanía debido a las insatisfacciones que sufre y a la incertidumbre de sus requerimientos, lo cual constituye un argumento de suyo importante, que tiene el mérito suficiente para provocar una modificación profunda en el área de la salud. Si bien el sentir ciudadano es importante, tampoco constituye la razón esencial por la cual el Gobierno solicita el apoyo parlamentario a la reforma de la salud.

La razón fundamental es que Chile ha cambiado profundamente en las últimas décadas, por lo que los problemas sanitarios actuales son radicalmente distintos de los que existían hace 30 ó 60 años atrás. Indica que en el disquete que se ha repartido se pueden apreciar las curvas de mortalidad y de discapacidad que afectan a la población chilena, tras lo cual se puede concluir que los años de vida saludable son alterados por estos dos factores que son absolutamente prevenibles y manejables. En consecuencia, el sistema sanitario ha sido diseñado para enfrentar problemas distintos de los actuales.

Existe una carga progresiva de enfermedades, debido a múltiples razones, entre las cuales destaca el envejecimiento de la población. En efecto, el grupo etario que crece más rápidamente es el de las personas mayores de 65 años, y se estima que antes de dos décadas este grupo superará en número al de los jóvenes de hasta 15 años de edad.

Resalta la existencia de un absoluto consenso acerca del diagnóstico de la situación sanitaria, de las tensiones que trae consigo, desde el punto de vista de las enfermedades emergentes, del aumento de la tecnología que se incorpora a las soluciones de salud y del cambio que tiene la población en relación con los servicios de atención. Los pacientes necesitan que se les garantice un nivel de acceso a estos últimos, que sea concordante con su dignidad como seres humanos.

Por otra parte, el sistema de salud incorpora en forma progresiva tecnología de más alto costo y es necesario decidir, entonces la clase de servicio de salud que se puede incorporar racionalmente.

Este diagnóstico compartido será instrumentalizado a través de los cinco proyectos de ley que se han presentado, que pueden resumirse en cuatro aspectos fundamentales.

En primer lugar, responden a la urgencia de definir un conjunto de problemas sanitarios que sean resueltos para toda la población en forma equitativa, sin distinción alguna de su condición. Estima que esto es posible técnicamente, así como también ordenar todos los problemas de salud de acuerdo con su magnitud. Para ello, se deben establecer derechos sociales, que sean exigibles para todos y en igual medida. De este modo, se genera una institucionalidad, a través de la Superintendencia de Garantías, para que cualquier ciudadano que esté afiliado a Fonasa o a una Isapre obtenga de la sociedad igual satisfacción a sus problemas.

Entre las condiciones que deben existir para que esta reforma de salud pueda aplicarse, cabe destacar la necesidad de introducir modificaciones importantes en las Isapres, toda vez que estas instituciones fueron diseñadas con una lógica distinta. Aclara que esta reforma no es privatizadora ni estatista, sino que apunta a invitar al sector privado a que coopere a solucionar los problemas desde una óptica sanitaria.

Explica que los seguros privados fueron diseñados sobre la base de que los incentivos están puestos en el sobreconsumo de prestaciones. Sin embargo, en la actualidad se pretende que los recursos sean asignados racionalmente, de modo que se traduzcan en mayores resultados de salud para las personas que están en el sector privado. Ello implica que el sector privado se adapte a lo que podría ser una óptica de seguridad social en salud, de tal forma que sus tres millones de afiliados, que representan el 20 por ciento de la población, sin diferenciación alguna derivada del sexo, de la edad o del lugar geográfico donde vivan, tengan respuestas en el 80 por ciento de las enfermedades y problemas de salud que afectan a toda la población chilena.

Asimismo, será menester que el sector público se adapte a los nuevos requerimientos, dado que atiende al 80 por ciento de la población y constituye la columna vertebral del sistema sanitario. Se aspira a un sistema público fuerte, pero para ello es necesario, en primer lugar, modificar el modelo de atención. Esto significa que el mayor esfuerzo financiero del país en el futuro se radique en la atención primaria, de modo que los recursos se destinen principalmente a la prevención de las enfermedades y posteriormente a diagnosticarlas y tratarlas en los centros de atención primaria. Así, se pretende que sólo las acciones de mayor complejidad se radiquen en la atención hospitalaria.

Agrega que esta modificación del modelo requiere un cambio en la administración del mundo hospitalario, pues de lo contrario cada esfuerzo financiero que se haga contribuirá a aumentar el costo de las prestaciones. Indica que en la actualidad aproximadamente el 90 por ciento del gasto público de salud se invierte en el mundo hospitalario. Afirma que esto debe revertirse y que en el próximo decenio el 30 por ciento del gasto público debe destinarse a la atención primaria, tal como ha sucedido en otros países latinoamericanos. Los Estados que tienen un gran desarrollo desde una perspectiva sanitarista o de salud pública invierten el 50 por ciento en esta modalidad de atención. Sin embargo, para lograr este resultado, se necesita un cambio de cultura y una modificación en el desarrollo organizacional de los grandes hospitales, para lo cual debe analizarse el tema de la gestión.

Hace presente que muchos países han intentado introducir reformas en la salud desde una perspectiva financiera o meramente económica, pero no han tenido los resultados esperados, precisamente porque no han tratado dicho aspecto conjuntamente con el tema sanitario. En razón de esto último, la discusión que se genere a propósito de estos proyectos de ley debe reunir tres condiciones esenciales, a saber: celeridad, profundidad en el análisis y la apertura necesaria para que todos los sectores sean debidamente escuchados.

Destaca que ésta es la gran oportunidad histórica de aprobar una reforma elaborada a partir de las necesidades de salud, que ha significado un arduo trabajo técnico durante años.

Manifiesta su optimismo y el de los equipos del comité interministerial, así como también las esperanzas de toda la población en cuanto a que esta reforma se apruebe en el menor tiempo posible.

IV. 4. INTERVENCIÓN DEL MINISTRO DEL TRABAJO, SEÑOR RICARDO SOLARI.

El Ministro del Trabajo, señor Ricardo Solari, señala que el trabajo en torno a esta importante reforma ha sido multisectorial, abarcando a distintas áreas del Gobierno.

Desde el punto de vista de la seguridad social, se plantean tres propósitos transversales de gran importancia.

En primer lugar, se propone por primera vez un tratamiento sistemático para el seguro de salud de los trabajadores independientes. Desde la década de los '50 ha habido una serie de transformaciones radicales en materia de producción, empleo y contratación, de modo que en el país existe gran cantidad de trabajadores por cuenta propia, que realizan labores como pequeños emprendedores o trabajadores independientes calificados, que tienen una situación distinta a la de los trabajadores asalariados dependientes. En efecto, estos últimos han sido atendidos tradicionalmente en el sistema de salud, tanto en sus modalidades de administración del seguro por el sector público o privado, por cuanto estos trabajadores, a diferencia de los independientes, cotizan y tienen cubiertas sus contingencias de salud.

A través de estos proyectos, se pretende incorporar al sistema a los trabajadores independientes, mediante el pago de una cotización que les permita contribuir al financiamiento de su salud y resguardarse en todas aquellas prestaciones necesarias. Esta iniciativa constituye un punto de partida muy importante para resolver problemas tales como el acceso a la cobertura por accidentes del trabajo, el derecho a participar en el sistema de pensiones, etcétera.

Esta reforma representa un proceso en el que se otorgan cada vez más garantías y derechos a las personas. Sostiene que se garantiza el acceso al sistema no sólo a los que contribuyen como independientes, sino también a los indigentes, mediante la administración que del seguro público hace Fonasa.

En segundo término, se plantea una forma nueva de financiamiento del subsidio maternal, lo cual no significa modificar el salario de sustitución que obtienen las trabajadoras que deben abandonar su labor por la maternidad. Los subsidios, en general, son una forma de corregir las imperfecciones en la distribución del ingreso. Un subsidio que tiene un costo creciente y que para el Estado actualmente está en el rango de los 80 mil millones de pesos, debería fluir de modo contundente hacia los deciles de la población de más bajos ingresos; pero, lamentablemente, no es así. Según las estadísticas del año 2000, los quintiles más pobres de la población, esto es, el primero y el segundo, reciben el 9 por ciento del total del subsidio maternal, mientras que los quintiles de mayores ingresos, el 80 por ciento, lo cual constituye una imperfección que debe corregirse.

Para tal efecto, se requiere encontrar una fórmula para que este subsidio sea un mecanismo que mejore las oportunidades de acceso de la población de bajos ingresos.

Acota que los quintiles más pobres -el primero y el segundo- reciben el 75 por ciento de los subsidios monetarios, subsidios de agua potable y otros. Por su parte, los quintiles cuarto y quinto, esto es, los de mayores ingresos, reciben en torno al 10 por ciento de los mencionados subsidios monetarios.

Indica que existen otros temas vinculados a éste, que no están dentro del debate, como es el caso de la mala utilización del beneficio de la licencia médica; pero se procura corregir la focalización de los recursos.

En tercer lugar, estos proyectos regulan el modo en que se garantizan los derechos de los trabajadores en las distintas áreas a las que hacen

referencia. En el caso del proyecto Auge, se constituye una superintendencia de garantías explícitas, que es independiente del administrador del seguro y que amplía la posibilidad y el derecho del trabajador, a quien se descuenta su cotización, de alegar el cumplimiento pleno de los contratos que ha celebrado con el asegurador público, para los efectos de recibir atención en materia de salud. De este modo, se pone fin a la situación actual en la que el Estado es juez y parte, ya que de aprobarse la reforma, aquella persona a quien se le descuenta una parte de la remuneración tendrá los mecanismos para lograr que los derechos que se le han garantizado sean eficazmente cumplidos.

Asimismo, en el proyecto se resuelve el problema que se produce en la actualidad en cuanto a la necesidad de recurrir a múltiples instancias de reclamo - respecto del pago de la licencia médica- o de apelación, en el caso en que el contralor del administrador privado del seguro no ratifica esa situación del trabajador, es decir, cuando el trabajador hace uso de su derecho a licencia, pero la administradora privada le niega el beneficio. En esta iniciativa, las instancias de apelación se reducen, se unifican y se uniforman, y se aplican indistintamente a los sistemas público y privado. En consecuencia, en el ámbito del ejercicio del subsidio monetario, asociado a las licencias médicas, también existe un mejoramiento en los mecanismos, en la forma y en los procedimientos, para que las personas accedan a los beneficios consagrados en las leyes.

Si bien los tres aspectos señalados son tremendamente importantes cuando se trata del derecho a la salud y de la reforma sanitaria, son igualmente trascendentes en el tema de la seguridad social de los chilenos, lo cual constituye un avance.

IV. 5. INTERVENCIÓN DEL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE, DOCTOR WALTER BROCKING.

EL doctor Walter Brocking, (Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente) inició su exposición con una reflexión y una conceptualización de salud, a partir de la frase con que comienza el proyecto de ley que crea el régimen de garantías en salud, Auge, que señala que “La salud es producto de la vida en sociedad.” Estima que esto puede ser leído desde la perspectiva de la enfermedad y la salud puede ser concebida como el producto o la consecuencia del desarrollo y verla como una pesada carga o como un lastre del que hay que hacerse cargo y, por lo tanto, eso podría estimular políticas de contención de costos.

La otra manera de conceptualizar la salud viene, más bien, desde una perspectiva, como causa multifactorial y multicausal, de la vida en sociedad y como un requisito para mejorar la calidad de vida de la población. Es decir, concibe a la salud como un motor del desarrollo y, desde ese punto de vista, además de ser un área posible de ser intervenida en distintos aspectos, es un tema en el que vale la pena invertir.

Esto plantea, rápidamente, el problema de la existencia de infinitas necesidades de salud, no sólo en la prestación de servicios, sino también en vivienda, en legislación laboral, en saneamiento básico, en fin, en distintos campos, y con los siempre limitados recursos de los que dispone el país.

La obligación y la necesidad de vincular ambos aspectos - las necesidades con los recursos- se podría realizar de varias maneras distintas. Acotó que, para no extenderse sobre el tema, que una forma sería dejar que opere el libre mercado, de manera tal que quienes tengan mayor poder adquisitivo puedan acceder a mejores servicios. Otra sería a través de políticas públicas, en que el Estado juega un papel insustituible en el que se focaliza la inversión y los recursos en la población de más riesgo, mediante una lógica sanitaria.

Los instrumentos de que dispone el Estado para implementar las políticas y para lograr objetivos sanitarios, son básicamente tres: primero, los marcos regulatorios, legales y el aspecto financiero; segundo, el sistema público de salud, y tercero, el sector privado. Cada uno de ellos tiene características diferentes y, por lo tanto, de esas diferencias surgen necesidades distintas de transformaciones y reformas en cada una de ellas. Cada uno de uno de estos sistemas -el público y el privado- son conocidos por todos.

La reforma actual del sistema de salud se plantea a partir de varios elementos que obligan a adaptar el sistema de salud a una nueva realidad, la que está dada por cambios demográficos, en la medida en que ha mejorado la esperanza de vida, ha envejecido la población y se han producido cambios en los hábitos de vida, de trabajo y en el medio ambiente. Todo esto ha generado cambios epidemiológicos, de manera que ya no tenemos las enfermedades de la década de los años 50, cuando se produjo la primera gran reforma del sector salud. Hoy existe una prevalencia mucho mayor de enfermedades crónicas, lo que hace surgir nuevas prioridades sanitarias.

Por otro lado, el sistema actual, muy adecuado para las prioridades sanitarias de los años 50, definitivamente se ha quedado obsoleto, ha sufrido transformaciones y no es capaz de dar cuenta de enfermedades de más largo desarrollo, como son las enfermedades crónicas, en que se requiere una mirada integral, multidisciplinaria, más bien preventiva, con lógica territorial, que trabaje en la intersectorialidad y que se adapte flexiblemente a las necesidades de la población.

Los valores que sustentan la reforma, son: primero la salud es un derecho. Eso obliga a mirarla desde un punto de vista de la protección social y de garantizar el acceso de todas las personas a la salud. Otro valor es el de la equidad, esto es, intentar reducir las desigualdades que son evitables, con una mayor protección a los grupos más vulnerables. Es decir, hay una intencionalidad que apunta a proteger a quienes tienen mayores factores de riesgo. Otro valor es el de la solidaridad. Es decir, deben contribuir más aquellos grupos que tienen mayores recursos y menores riesgos hacia aquellos que están más desfavorecidos.

Otro valor muy importante es el de la eficiencia, esto es, tratar de producir mayor seguridad y mejor acceso a menores costos.

Por último, está la participación social, que no es más que la expresión de la vida democrática en el sector de la salud.

La reforma aborda diversas materias. Una de ellas es la definición de objetivos sanitarios nacionales, que permiten orientar las políticas públicas hacia objetivos más claros, medibles y practicables y que permiten establecer prioridades y estrategias para la planificación en salud.

El plan Auge es la expresión de los objetivos sanitarios y plantea un nuevo régimen de garantías en salud. Se estima que será un instrumento eficaz para lograr estos objetivos sanitarios. Lo que hace este sistema es identificar las enfermedades prioritarias, las prestaciones asociadas y las garantías explícitas de acceso.

Asimismo, formula un nuevo modelo de atención que se caracteriza por ser integral, que va desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento y la rehabilitación. Plantea un fortalecimiento muy marcado de la atención primaria, mejorando la capacidad resolutive, llevando la atención desde el hospital hacia lo ambulatorio, y articulando los establecimientos en una red asistencial territorial, con un espíritu de colaboración y no de competencia.

En el plano de los recursos humanos, estimula políticas de desarrollo, de capacitación y de remuneraciones, entre otras cosas.

En cuanto a la autoridad sanitaria, busca dotarla de facultades y potestades que permitan regular, normar y fiscalizar, tanto al Ministerio de Salud como a las autoridades regionales, y separa las funciones de gestión de los servicios de salud, concentrando las de la autoridad sanitaria en las autoridades regionales.

Respecto del financiamiento, se plantea como solidario, es decir, focalizado en los grupos de mayor riesgo y originado en diversas fuentes, de carácter tributario, entre otras.

Por último, la reforma plantea una mejoría en la gestión, buscando profesionalizar la administración mediante el incremento de los recursos, pero asociado a productividad y desempeño, y el mejoramiento del control de la gestión, tratando de orientarlo hacia el logro de metas sanitarias.

Expresó que, como Director de un Servicio de Salud, podría referirse con más propiedad a la situación actual en que se encuentran la autoridad sanitaria y los servicios de salud.

Respecto de la autoridad sanitaria, reconoció que existe una excesiva dispersión y burocracia, surgida de la mezcla de funciones, tanto en el Ministerio como en los servicios de salud, y de una desigual capacidad normativa, lo que hace que la fiscalización que pueden hacer los servicios de salud sea irregular. Además, aparece un conflicto de intereses en la fiscalización, en la medida en que los servicios de salud, en muchas ocasiones, son juez y parte en su propia actividad. El marco legal de que hoy disponen el sistema de salud y la autoridad sanitaria en particular impide una eficiente regulación sobre el sistema privado y concentra fundamentalmente en la autoridad sanitaria la regulación del sistema público.

La situación de los servicios de salud deriva, entre otras cosas, de la reforma que se hizo durante los años 80, que fue la segunda gran reforma que ha sufrido el sector salud. En ella se produjo una transformación de los servicios de salud en gestores, pero también en autoridad sanitaria, es decir, se combinaron facultades fiscalizadoras y atribuciones para la gestión. Lo anterior muchas veces provoca conflictos de intereses en la fiscalización. Esa reforma de los años 80 fragmentó la red asistencial, a través de la municipalización de la atención primaria, e hizo que se generara una escasa relación entre los establecimientos y las necesidades de la población. Existe una escasa retroalimentación del sistema respecto de su comunidad, lo que ha generado un sinnúmero de dificultades en el nivel primario. Hay una baja capacidad resolutoria, produciendo una excesiva derivación de pacientes desde el nivel primario hacia los niveles secundario y terciario.

Existe una baja en la cobertura para las enfermedades que hoy son más frecuentes y que corresponden a enfermedades crónicas. Hay un alto ingreso de médicos extranjeros y una excesiva rotación de médicos nacionales y gran dificultad en el acceso a los niveles de mayor complejidad.

El nivel secundario de atención, en las redes asistenciales de los servicios de salud, tiene una baja cobertura de enfermedades crónicas y del adulto mayor. Éste es un presupuesto hecho sobre bases históricas y no sobre productividad o ajustado a población.

La capacidad para adaptarse a las demandas del nivel primario es muy baja. En los niveles secundarios existe una escasa relación con la comunidad. Todo esto se expresa a través de las listas de espera.

En el nivel terciario, en el ámbito hospitalario, la capacidad para adaptarse a los cambios epidemiológicos es muy baja. Los servicios clínicos suelen estar muy fragmentados y colaboran poco entre sí, lo que hace que la gestión y la administración de los hospitales sean poco flexibles para adaptarse a los cambios epidemiológicos.

Se pone un marcado énfasis en la atención de las urgencias por sobre la atención de lo electivo. Se tiene, en general, una escasa o insuficiente articulación con otros niveles de complejidad.

Los objetivos del proyecto de ley son los siguientes: proponer una nueva estructura sanitaria y una moderna y competente capacidad de gestión, de manera de cumplir con las tres grandes metas fundamentales: primero, fortalecer la institucionalidad de la autoridad sanitaria regional; segundo, mejorar la gestión de los servicios de salud, fortaleciendo la constitución de redes asistenciales territoriales, y tercero, establecer instancias de participación ciudadana que permitan retroalimentar al sector salud.

En cuanto a la autoridad sanitaria, el proyecto define sus funciones, entre otras, la de determinar políticas públicas y objetivos sanitarios, dotándola, asimismo, de las potestades para cumplir con los roles normativos, rectores, reguladores y fiscalizadores sobre los sistemas público y privado. También, respecto de la autoridad sanitaria, define la estructura donde se van a ejercer esas funciones, en el Ministerio y en la Secretaría Ministerial de Salud, que constituye la autoridad sanitaria regional.

Respecto de la gestión de los servicios de salud, el proyecto de ley construye una red asistencial, con una lógica territorial sobre poblaciones definidas y asignadas, la que está constituida por establecimientos de distinta complejidad, por aquellos que hoy son dependientes de los servicios de salud y otros que son dependientes de la atención primaria municipalizada y por prestadores privados que podrían incorporarse a la red a través de convenios.

Otro punto referido a la gestión de los servicios de salud dice relación con los hospitales de autogestión en red. El proyecto plantea que manteniendo ellos una dependencia del servicio de salud, serán establecimientos acreditados en competencias de gestión clínica, administrativa y financiera, a los cuales se les dotará de facultades para administrar ingresos propios, celebrar convenios y contratos con terceros para el desempeño de sus funciones clínicas, en el caso de que sus recursos no fueren los suficientes.

El tercer objetivo del proyecto de ley dice relación con la participación ciudadana. Se establece la creación de consejos relacionados con la autoridad sanitaria regional, el consejo regional de salud, y de un consejo consultivo en los servicios de salud, cuya función básicamente será retroalimentar al servicio de salud de las necesidades de la población, para que pueda llevar a cabo una mejor gestión de la red asistencial.

Desde la perspectiva de los servicios de salud, señaló las siguientes observaciones. Una primera dice relación con la necesaria equidad que debe existir en la asignación de los recursos. Hoy existen servicios de salud que reciben un presupuesto sobre bases históricas y no sobre su realidad epidemiológica o demográfica. Por lo tanto, habría que avanzar hacia una asignación de recursos ajustada a la población y también a los factores como la pobreza, riesgos y otros.

Otro punto de atención es revisar el funcionamiento de la red asistencial propuesta, en términos de fomentar la colaboración de los establecimientos y no la competencia entre ellos. Por consiguiente, habrá que buscar la manera de compatibilizar los intereses propios de estos establecimientos. Particularmente, los de autogestión en red podrán administrar sus propios recursos, con los del conjunto de la red. Habrá establecimientos que tendrán mayor capacidad en gestión y de relación con los proveedores y, otros de menor tamaño, tendrán una menor capacidad de gestión, los que, dejados a su suerte, probablemente no podrán cumplir con los objetivos y las metas sanitarias. De ahí surge la necesidad de que la relación de los establecimientos en una red asistencial sea de colaboración.

Por otra parte, es necesario estudiar la posibilidad de incorporar a los establecimientos y hospitales dependientes de las instituciones de las Fuerzas Armadas a estas redes asistenciales, como también a las mutuales de seguridad, de manera tal que existiendo una enorme capacidad instalada, ésta podría ponerse a disposición de la red asistencial.

El siguiente punto que merece toda la atención está relacionado con mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria, ya que los niveles secundarios y terciarios hospitalarios no podrán mejorar su capacidad sólo con una mejor gestión administrativa y financiera, sino que, además, es imprescindible que la atención primaria pueda resolver más y mejor la tarea que le corresponde y compete en la gestión de salud del país.

En este plano, un cuarto punto de sugerencia u observación dice relación con buscar mecanismos eficaces para que los directores de los servicios de salud, que van a estar a cargo de la gestión y articulación de estas redes asistenciales, puedan intervenir sobre los establecimientos de todos los niveles. En la actualidad, ellos tienen atribuciones sobre los niveles secundario y terciario y no sobre el nivel primario de atención, salvo por la vía financiera, con lo cual habitualmente no se consigue el impacto deseado, sino que restar recursos para disponerlos al servicio de la población. Por lo tanto, se deben buscar mecanismos que permitan a los directores de los servicios de salud tener atribuciones sobre la gestión de la atención primaria municipalizada.

Finalmente, el quinto punto de atención está relacionado con crear mecanismos para garantizar que el trabajo profesional, particularmente el trabajo médico, encuentre las condiciones apropiadas que incentiven la permanencia y estabilidad de los profesionales en la atención primaria. Por lo tanto, ese es el foco en donde se deberá dar prioridad a la asignación de los recursos.

IV. 6. INTERVENCIÓN DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO, DOCTOR ALEJANDRO VLASTELICA.

El Director del hospital Sótero del Río, doctor Alejandro Vlastelica, informa que su establecimiento es el continuador del sanatorio El Peral, cuya construcción se inició en 1930, y que posteriormente fue reconocido como hospital general y que actualmente es campo clínico para docencia de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica. Este establecimiento, en sus inicios, contaba con 300 camas y actualmente posee 772, 17 pabellones quirúrgicos, 60 mil metros cuadrados construidos y 1.970 funcionarios. Agrega que las camas están distribuidas en tres grandes bloques, según la especialidad, salvo la radioterapia y algunas especialidades de medicina nuclear. Anuncia que el próximo año se iniciará un servicio de psiquiatría, igual que en un hospital de alta complejidad.

Este hospital, según el último censo, atiende a 1 millón 320 mil personas que habitan las comunas de Puente Alto, La Florida, Pirque y San José de Maipo, las que son en el ciento por ciento responsabilidad de ese establecimiento, y a una parte de los habitantes de las comunas de La Pintana, San Ramón y La Granja, ya que comparte la atención en las especialidades de obstetricia y pediatria con el hospital Padre Hurtado. Informa que el hospital Padre Hurtado es un establecimiento en desarrollo que no está completo, pero que presta valiosa ayuda para la población en el aspecto infantil. Además, está inserto en un sistema de salud que tiene todas las complejidades de atención primaria, secundaria y terciaria.

En los consultorios del área del Servicio Sur Oriente la mitad de la población total esta inscrita en el Fonasa. El resto, aun cuando no se

encuentra inscrita, igualmente es beneficiaria del sistema. La población beneficiaria del sistema, por ingresos económicos, es cercana al 90 por ciento.

Señala que los egresos han ido aumentando y prácticamente el índice ocupacional durante todos los años ha aumentado. Ascendió a 40.515 en el año 2000 y a 42.573, en el año 2001.

En la actividad del hospital, destaca la atención de emergencia de adultos, porque es el único servicio que tiene el Área Metropolitana Sur Oriente. Todo el aumento de producción y de trabajo ha sido con el mismo personal, sin que haya existido aumento de dotación. Expresa que las críticas señalan que los hospitales públicos son poco eficientes, pero no se tiene en cuenta que muchos tratan de superarlas y de mejorar la eficiencia.

Agrega que el promedio de días de estada lo da la dinámica de las camas. Un hospital no vale más por el número de camas, sino por cómo se mueven. Acota que la estada ha ido bajando y cada vez se trata de tener un promedio de estada menor.

Destaca que en el hospital se desarrollan actividades que aparentemente no serían propias de un establecimiento de alta complejidad. Lo ideal es que estos hospitales tengan atención primaria y secundaria, pero aún no cuenta con la capacidad ni los recursos para tener este tipo de hospital. En todo caso, hace presente que existen tres tipos de atención, uno de día en cirugía y un hospital de día en medicina, lo que significa que los enfermos van por el día, es decir se quedan un solo día, ya que se les da un tratamiento y son enviados a su domicilio para volver al día siguiente. Otros se quedan dos días. Sin embargo, la idea es ir acortando la permanencia de los pacientes en el hospital y que asistan exclusivamente a tratamientos que no pueden hacerse en sus casas o en la atención primaria. Este es el caso de los tratamientos de tipo oncológico.

Respecto del financiamiento y de los problemas que tiene el establecimiento que dirige, señala que la cifra exacta, a fin del año pasado, fue de 1.585 millones de pesos de deuda. Aparentemente, es una situación bastante difícil, pues los proveedores, entes particulares, no dan todas las facilidades correspondientes, por lo que se debe estar todas las semanas negociando con ellos para tener los insumos para trabajar. Se han potenciado las áreas de pabellones, procedimientos, consultas y emergencias, ya que no se puede dejar de hacer la atención, incluso con recursos tan escasos. Hace constar que se habían programado, para el presente año 2002, diez trasplantes renales y hasta la fecha se han realizado diecisiete. Los costos de los otros siete los ha tenido que asumir el hospital, lo que significa no sólo la parte de la operación, sino que también el tratamiento posterior, que es bastante oneroso.

Si se analizan los detalles de por qué no alcanzan los recursos, se podría concluir que ello reside en las remuneraciones, que corresponden al ítem más alto de insumos. Ello se explica por el mejoramiento de las rentas del personal, como, por ejemplo, el derivado de la nueva ley médica. El hospital tiene presupuesto para ello pero no le permite tener un margen para destinarlo a bienes y servicios con el que podría disminuir la deuda del hospital con sus proveedores.

Por otro lado, siempre se critica a los hospitales por las deudas contraídas pero no se considera que a estos establecimientos también se les debe. Existen deudas de los beneficiarios de Isapres y de Fonasa. Estos últimos, los clasificados en las letras c) y d), son las personas beneficiarias del sistema que deben pagar el 10 ó el 20 por ciento, de copago de las prestaciones. Pero, a veces no pueden pagarlo y, sencillamente, se van sin pagar. Los otros que tienen deudas son enfermos que no están inscritos y a los que, en el fondo, igual hay que atenderlos, aunque no paguen.

En lo que dice relación con los beneficiarios de Isapres, aclara que no se trata de una deuda de las Instituciones de Salud Previsional propiamente tal, sino que es el copago que deben efectuar los afiliados a éstas. Cree que esta situación se podría considerar como un vicio de procedimiento, ya que el hospital se entiende con el afiliado y no con la institución a la que cotiza. Estima que se debería considerar la posibilidad de que la Isapre se hiciera responsable de la deuda de su afiliado, pagara al hospital y después que se entendiera con su imponente.

Sin embargo, como igual se debe atender a los pacientes más allá de que paguen o no paguen los copagos, al 31 de diciembre del año pasado, existía una deuda de 735 millones de pesos sólo por concepto de afiliados a Isapres, con un total de 1.351 millones de pesos que no han sido pagados y que, prácticamente, será imposible recuperar. Aclara que en esa cifra no está considerada la condonación que se hace a muchas personas que no pueden pagar, lo cual corresponde al 20 por ciento más.

Destaca que los hospitales públicos reciben a todos los que llegan y les solucionan el problema. No tienen, en comparación con las entidades privadas, la posibilidad de decir: "Mire, usted no tiene medios; por lo tanto, se va a otro lado". Por el contrario, deben asumir todo, y cualquier médico que ha trabajado en urgencia sabe que de repente llegan pacientes de clínicas privadas porque se les agotan los medios económicos y, simplemente, hay que recibirlos. No hay más alternativa y así lo han asumido.

Expresa su apoyo a la propuesta de autogestión en red. Cree que otorgar más autonomía a los hospitales, siempre trabajando en red para que se sepa que se está inserto en un sistema, les daría una mayor flexibilidad de manejo, y mayor cantidad de recursos. Sería más fácil que llegaran los recursos a los hospitales, lo cual les permitiría redestinar áreas, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de la población. Considera que el desarrollo del hospital no está dentro del hospital, sino que está fuera de él, mirando a la población.

Termina expresando que los hospitales públicos no son tan ineficientes ni tan malos como se ha informado a través de la prensa. Enfrentan dificultades que deben solucionar. Por ello se está desarrollando el concepto de atención de clientes, sistema que aún no ha terminado; pero en esa línea está trabajando. Cree que, si obtiene la colaboración necesaria, se dará un paso importante para solucionar los problemas de salud de la población, teniendo presente que lo más importante es el desarrollo del sistema de salud, con una atención primaria fuerte y altamente resolutiva.

Agrega que las camas están distribuidas en tres grandes bloques, según la especialidad. El hospital Sótero del Río posee todas las especialidades, salvo la radioterapia y algunas especialidades de medicina nuclear. Anuncia que el próximo año se iniciará un servicio de psiquiatría, igual que en un hospital de alta complejidad.

IV. 7. INTERVENCIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G., DOCTOR JUAN LUIS CASTRO.

El doctor Juan Luis Castro (Presidente del Colegio Médico de Chile A.G.) se refirió, en primer lugar, a las atribuciones que tiene actualmente el Ministerio de Salud sobre funciones normativas, de regulación y de provisión de prestaciones de salud, estimando importante que no se vean disminuidas en el nuevo régimen, ya que, por lo que se plantea, el Ministerio podría dejar de cumplir las tareas que le encomienda la ley N° 18.469, que contiene el régimen de prestaciones de salud y encomienda a esa Secretaría de Estado la responsabilidad de la provisión de atenciones de salud a la población.

Dejar al Ministerio de Salud sólo con facultades normativas, tal como lo propone el proyecto, sin considerar el conjunto de disposiciones orientadas a la prestación de servicios y a la de dictar los reglamentos correspondientes para ello, es inadecuado tanto respecto de su competencia como de su otorgamiento de atenciones de salud a la ciudadanía a través de los servicios de salud, según lo establece la ley N° 18.469, del Fondo Nacional de Salud.

Consideró que la función normativa debe ser ejecutada eficientemente y que las personas, ante el derecho de reclamación, tengan la seguridad de que el garante de la cobertura sanitaria es el Ministerio de Salud. Sin embargo, a juicio del Colegio Médico, el fortalecimiento de esta acción debiera ser mucho más nítida, pero sin separar esa función de la de provisión, como se contempla en el proyecto, al crear canales distintos, creación de dos subsecretarías, para la realización de una y otra.

La creación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales no le parece claramente justificada, ya que la actual Subsecretaría de Salud tiene potestades suficientes para establecer todas las condiciones que requiere la red asistencial, puesto que posee la tutela de todos los servicios de salud del país respecto de las funciones de salud pública.

En relación con la organización y el funcionamiento de los Servicios de Salud, señala que, entre las facultades que el artículo 3° del proyecto concede al Presidente de la República, están las de reorganizar los servicios y reestructurar las plantas, lo cual genera un alto grado de incertidumbre, puesto que no se sabe cuáles son las condiciones en que se van a ejercer al interior de los Servicios de Salud.

Particularmente, le asisten dudas sobre la ley N° 19.664, que establece el régimen laboral para los 10 mil médicos que trabajan en el sistema público de salud. Hace presente que la aplicación de esa ley ha enfrentado un conjunto de problemas. Destacó que dicho cuerpo legal estableció incentivos al desempeño de los profesionales médicos, los que actualmente incluso se están aplicando al resto de los funcionarios de la salud, tales como asignaciones de desempeño, sistema de acreditación en función del mérito, mecanismos que permiten usar horas prioritarias y no habituales para las prestaciones quirúrgicas a fin de terminar con las horas ociosas de los hospitales en las tardes.

Agregó que las dificultades para hacer efectivos esos incentivos radican esencialmente en problemas de orden financiero. La ley establece tramos definidos y sistemas de acreditación, pero los mecanismos financieros no han operado adecuadamente para que en la práctica se produzcan los efectos deseados. Dejó constancia de que estos problemas han impedido el desarrollo de la carrera funcionaria de los médicos en los últimos dos años.

Asimismo, consideró que la creación de un sistema de ocupación de la actividad médica y quirúrgica de los hospitales en las tardes sigue siendo un problema no resuelto, pese a que existen instrumentos para solucionarlo

que están vigentes desde hace dos años. Incluso, existe un compromiso adquirido en el año 1991 por el entonces Ministro Secretario General de la Presidencia, don José Miguel Insulza, con el Colegio Médico para la creación de mil cargos vespertinos adicionales de médicos en los establecimientos hospitalarios, con lo que se habrían aumentado las horas quirúrgicas. Lamenta que dicho compromiso no se haya cumplido.

Respecto de las atribuciones del artículo 20, que permiten la destinación de médicos en comisión de servicios, le parece importante que se pueda contar con especialistas básicos en la atención primaria de salud, ya que es obvio que se necesitan pediatras, ginecólogos y otros especialistas, y no sólo en los hospitales, sino también en los consultorios. Sin embargo, estima que la norma que se propone establece que, por sobre el Estatuto Administrativo y por tiempo indefinido, dichos profesionales serán destinados a esos establecimientos o a otros de la red asistencial.

Sobre dicha proposición, estimó más lógico y adecuado que ella esté fundamentada. Hay un razonamiento apropiado para encomendar funciones, por los tiempos que se establezcan, a fin de incentivar progresivamente que la red asistencial cuente con los especialistas que hoy no tiene. En la actualidad, la atención primaria de salud es prestada, básicamente, por médicos generales, la que tiene una capacidad de cobertura muy amplia en la solución de los problemas; pero, indudablemente, la gente quiere ser atendida por especialistas, y existen problemas de salud que deben ser abordados por esos profesionales. Sin embargo, no desconoce que existen regiones en que hay falencia de especialistas no sólo en el área pública, sino también en la privada y en otras en que el sector público adolece de ellos, ya que todos están en el privado.

Por lo tanto, es razonable que en la atención primaria haya un vínculo con los especialistas, pero estimó que los mecanismos que propone el artículo 20 deberían ser revisados, para que la autoridad no incurra en discrecionalidad.

Aclaró que se refiere a las modificaciones contenidas en el N° 18, respecto del artículo 20 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Sobre la creación de la categoría de hospitales autogestionados en red, estima necesario y razonable que las direcciones cuenten con facultades para lograr el mejor manejo de sus recursos financieros y humanos. Sin embargo, no opinó lo mismo respecto de la proposición que permite crear un estadio superior de lo que son los hospitales de mayor complejidad, esto es, de tipo 1, a los que se otorgan determinados incentivos para que efectúen directamente las compras o se relacionen con los seguros, públicos o privados, sobre la base de los tres criterios que señala el proyecto: balance entre ingresos y gastos, satisfacción de las personas en las prestaciones AUGE y no más de 60 días de deuda con los proveedores. Le mereció especial reparo el segundo criterio, esto es, la satisfacción de las prestaciones AUGE, ya que éstas estarán pagadas por un sistema de financiamiento distinto, llamado "pago por prestación valorada", que es más cercano al costo real que las prestaciones no AUGE.

Señaló que, en una simple lógica financiera, los directores de establecimientos, le darán preferencia al otorgamiento de las prestaciones valoradas a costo real, para no profundizar el endeudamiento hospitalario, ya que es de todos conocido el hecho de que en el sistema público de salud sólo un tercio de las prestaciones están pagadas a costo real. Por lo tanto, estima que, financieramente, los directores de establecimientos van a preferir las prestaciones valoradas por sobre otras, para mantener el equilibrio entre ingresos y gastos y no tener deudas de más de dos meses con los proveedores.

Sin embargo, consideró que el director de un Servicio de Salud debe visualizar el conjunto de necesidades en una región que incluye distintas comunas y provincias y eso puede verse menoscabado en la medida en que a un hospital determinado, que va a ser de tipo 1, es decir, el más grande de la

región y el hospital de referencia, se le dé este nivel de incentivo para llegar a ser autogestionado en red, con lo cual ese director tenderá a mirarse a sí mismo como hospital, para poder seguir creciendo con los incentivos que se le coloquen, desatendiendo la mirada regional, que significa atender un conjunto de necesidades, muchas de las cuales no serán Auge.

Por lo tanto, es imperativo mantener un equilibrio entre las necesidades de salud de la población con las funciones de gestor de red o de director de servicio de salud, ya que, en caso contrario, se puede llevar al hospital más importante de la región a un grado tal de autonomía con incentivos para autorreproducir sus mecanismos financieros y otorgar en forma preferente las prestaciones Auge por sobre la universalidad de todas las atenciones de salud que requiera la población.

En subsidio de ello, propuso la creación de un fondo regional de ingresos propios, a nivel del servicio de salud correspondiente. Expresó que el problema no sólo es cómo generar ingresos propios, sino que esos ingresos no sean considerados parte del presupuesto y, por lo tanto, deducidos de la transferencia fiscal, lo cual genera un desincentivo a la prestación por la vía de ingresos de pensionados, por ejemplo. En cambio, si existiera como un fondo del servicio de salud, que involucrara a hospitales 1, 2, 3 ó 4, esos recursos podrían ser redistribuidos por el director del Servicio al interior de esa red asistencial.

En el fondo, desea hacer presente su preocupación por los hospitales de menor complejidad, que corresponden a la mayoría de los establecimientos de las regiones, ya que en ellas sólo uno es de tipo 1 y varios corresponden a los de tipo 2, 3 ó 4, los que pueden ver menoscaba su capacidad de oferta asistencial en la medida en que no tengan esos incentivos. En definitiva, señaló que su proposición apunta a que los ingresos propios sean distribuidos dentro de la red y que se consideren como expansión del presupuesto y no como parte del presupuesto.

Respecto al consejo consultivo de la red asistencial, expresó que debe existir mayor énfasis en la participación social, la que debe ser directa, a fin de que la gente pueda sentirse más incorporada en este diseño, respecto de su hospital o consultorio.

Respecto de las facultades del Presidente de la República que establece el artículo 3º del proyecto, señaló que ellas destacan por su amplitud, como las que se conceden para “precisar las funciones de los servicios de salud”, “ordenar el traspaso del personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones, y pagar las diferencias por planilla suplementaria”, “fijar las plantas de personal de estas entidades, disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados”, etcétera.

Destacó que dicha norma concede al Presidente de la República facultades que están relacionadas con materias sensibles vinculadas al decreto ley N° 2.763, de 1979. Sobre el particular, desea que exista especial atención respecto de aquellas relativas con los nombramientos y definiciones de plantas, no sólo de los profesionales, sino que de todos los funcionarios del sistema público, puesto que ellas estarían afectando a más de 65 mil funcionarios. Obviamente, pudieran ser fuentes de conflicto, en la medida en que el Parlamento no establezca las garantías que habitualmente se aplican cuando se pasa de un régimen a otro respecto a las condiciones jurídicas de traspaso referentes a las dotaciones máximas y a las condiciones de funcionamiento que van a tener los futuros servicios de salud.

Sobre la posibilidad de que se creen nuevos servicios de salud, porque hay regiones que requieren más de uno, o de fusión de otros, expresó que se está frente a decisiones bastante complejas, por lo que estimó que

en esas definiciones deberían participar todos los actores, para evitar que exista menoscabo o arbitrariedades al momento del traspaso al nuevo régimen jurídico.

Finalmente, hizo entrega de un documento que contiene las sugerencias estudiadas por el Colegio Médico al proyecto de ley en estudio.

IV.8. INTERVENCIÓN DEL PRESIDENTE DE LA FENATS BASE DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO DEL AMBIENTE, SEÑOR HÉCTOR RETAMAL.

El señor Héctor Retamal (Presidente de la FENATS Base del Sesma) agradeció la oportunidad que le ha dado la Comisión para dar a conocer el problema que afecta a los trabajadores del sector de la salud ambiental. En este sentido, de todo lo que está sucediendo respecto de esta legislación, sólo se han enterado al leer el proyecto de ley, porque nunca antes tuvieron conocimiento de ello. Les ha parece extraño, por cuanto siempre se dijo que los proyectos iban a ser elaborados, de alguna manera, con la participación de los trabajadores. Desafortunadamente, nunca se les dio la oportunidad para manifestar sus inquietudes respecto de este proyecto, sobre todo en lo relacionado con la autoridad sanitaria.

Informa que el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente fue creado por la ley N° 18.122, el año 1982, con el objeto de concentrar las atribuciones que el resto de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana cumplía a través de los Departamentos de Programas del Ambiente. Esto fue innovador y en la actualidad lo sigue siendo, porque el servicio es descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio propio e independiente del resto de los Servicios de Salud, con atribuciones que le permiten fiscalizar no sólo al sector privado, sino también a los servicios públicos, al gobierno, a las fuerzas armadas, etcétera. Ello le ha dado cierta fortaleza, lo que ha significado que el servicio se convierta en una entidad técnica, de referencia no sólo en la Región Metropolitana, sino también en el ámbito nacional. Así es como muchas veces son consultados por otros Servicios de Salud en materia de salud ambiental. Por ello, lo que se ha hecho en 20 años no puede desaparecer en un artículo de un proyecto de ley de la noche a la mañana. Ello sería un inmenso error.

El Sesma es un organismo técnico que, al pasar a formar parte de la nueva institucionalidad, de la Secretaría Regional Metropolitana de Salud, perdería toda la autonomía que hasta la fecha tiene. Si se quiere modernizar al Estado, descentralizar las funciones, no se puede hacer desaparecer un Servicio que ya posee esas características desde hace muchos años. Por el contrario, este servicio debe existir en el ámbito nacional, en razón de los importantes aportes al Estado y a la comunidad.

Destaca que el Sesma tiene características de un servicio nacional que emite informes diarios, sobre todo en lo referente a estudios de impacto ambiental, que son absolutamente técnicos, y no podrían serlo si a futuro pasan a otra autoridad, como La Secretaría Regional Ministerial de Salud, ya que estaría bajo la orden de una autoridad política y no en el ámbito técnico, como es actualmente.

Dentro de las funciones que realiza, fiscaliza, en materia alimenticia, en la Región Metropolitana, a más de 24 mil establecimientos. De éstos, 2 mil tienen características de mayores, ya que no sólo producen alimentos para la Región Metropolitana, sino para el resto del país, y muchos también para la exportación, los cuales, obviamente, deben ser fiscalizados.

En el año 2001, el área del servicio encargada del control de los alimentos realizó 26 mil fiscalizaciones de las cuales el 10 por ciento terminó en sumario sanitario. Destaca que, como producto de esas fiscalizaciones, se aplicaron 50 medidas de prohibición de funcionamiento, por haberse detectado la

existencia de peligro inminente para la salud de las personas, de los trabajadores o de la población. Dichas medidas de prohibición tienen que ser revisadas por el director del servicio dentro de las 24 horas.

En consecuencia, cree que, si se aplica el texto del proyecto de autoridad sanitaria, se puede advertir que todas esas atribuciones van a desaparecer.

Por otra parte, el Sesma también posee un área de salud ocupacional, que realiza una labor en la prevención de los riesgos del trabajo, lo cual ha significado que en la Región Metropolitana los índices de accidentes que sufren los trabajadores hayan ido disminuyendo en razón de que la protección de los lugares de trabajo han sido mejorados cada día, hecho que es reconocido incluso a nivel internacional.

En el tema de calidad del aire, también cuentan con unidades especializadas, como la de material particulado, que es uno de los contaminantes que en mayor medida afecta a la Región Metropolitana. En 1992 se tenían registradas 1.250 fuentes, que emitían 21,5 toneladas de material particulado, y en estos momentos existen registradas más de 8 mil fuentes, de las cuales 5 mil están activas y están emitiendo menos de 3 toneladas diarias de dicho material. Ése ha sido un largo trabajo que muchas veces se ha realizado en acuerdo con los mismos generadores, empresarios dueños de la fuente, con quienes se ha mantenido una estrecha relación.

Además de lo anterior, cuentan con un Departamento de Saneamiento Básico, que en la Región Metropolitana tiene que ver con las aguas servidas, con el agua potable y de regadío; con residuos sólidos industriales, domésticos y peligrosos; con empresas de pesticidas, etcétera, destacando que, además de la fiscalización, también han realizado gestión, por cuanto en el período que va desde de 1992 a 1994 la mayor parte de los residuos sólidos industriales, muchas veces peligrosos, no tenían un lugar donde ser depositados. En ese sentido, el Servicio se preocupó de buscar los lugares adecuados donde pudieran ser ubicados. Ése es un logro que han realizado los funcionarios del Sesma con años de especialización.

Todo eso constituye una demostración de la labor realizada por un Servicio que no debe desaparecer, como está previsto. Si el proyecto es aprobado tal como está, irremediablemente, provocará la desaparición del Servicio de Salud del Ambiente.

Destacó que existe gran preocupación respecto de la situación en que quedarán los funcionarios del Sesma, ya que se produciría un vacío mientras el Presidente de la República dictare los decretos con fuerza de ley que establezcan las nuevas plantas y se entienda que va a formar parte de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. No se sabe el tiempo que tomaría realizar este periodo de transición hasta que desaparezca el Servicio de Salud del Ambiente y lo que va a pasar respecto de las funciones que cumple el servicio y la situación de sus trabajadores.

Por otra parte, es preocupante el concepto de autoridad sanitaria que crea este proyecto, ya que, en los términos en que está concebida en relación con la fiscalización, será algo impracticable puesto que, si bien en el proyecto de ley se señala que el Seremi podrá delegar la función de inspección, no podrá encomendar la fiscalización y la sanción.

Aclaró que la sanción necesariamente trae consigo la realización de un sumario sanitario que no se puede delegar. Así, por ejemplo, si la autoridad sanitaria esta radicada en Iquique, las tareas de fiscalización que deban realizarse en la ciudad de Arica podrían ser delegadas, pero la aplicación de sanciones debería ser de parte de las atribuciones del Seremi de Salud en Iquique.

Casi todas las medidas que debe adoptar el Director del Servicio deben ser resueltas de inmediato y no se puede esperar diez o quince días, ya que existe un riesgo inminente para la salud de la población. Por lo tanto, debe adoptarse una medida de prohibición de funcionamiento y muchas veces de clausura de una actividad.

Respecto de esta situación, no existe claridad en las normas del proyecto. Más aun, ni siquiera son abordadas.

El proyecto de ley contempla además una reposición y apelación al Ministerio de Salud, lo cual puede agudizar el problema en el caso en que exista, por ejemplo, el decomiso de productos del mar, ya que la medida que dicte el director del Servicio puede ser objeto de reconsideración y después de una apelación.

Informó que en algunos años el Sesma ha llegado a tener más de 7 mil sumarios sanitarios, además de las resoluciones que dicta el director del Servicio, que serán alrededor de 12 mil. En la práctica, todo el mundo solicita una reconsideración, que en el fondo es una reposición.

Las apelaciones que deberá resolver el Ministerio serán de varios miles y si bien los plazos son pequeños, de 30 días, en la práctica éstos se van a alargar mucho más. De manera que podrían transcurrir 3 ó 4 meses hasta que llegue la sentencia ejecutoriada de un sumario sanitario. Por lo tanto, la situación que originó la medida del sumario sanitario estaría pendiente.

Finalmente, sugiere que, en lugar de suprimir el Sesma y de traspasar sus funciones a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud se eleve de categoría a los Departamentos de Programas del Ambiente, otorgándoles la calidad de subdirecciones, con las mismas atribuciones que posee actualmente el Sesma. Ello no necesariamente implicará mayores recursos o personal, ya que puede continuar desarrollando su labor con el mismo personal que se desempeña actualmente en los departamentos. La ventaja más importante de esta proposición es salvar los obstáculos de las distancias entre las distintas ciudades que componen una región, como, por ejemplo, entre Valdivia y Puerto Montt, y Arica e Iquique, etc.

IV. 9. INTERVENCIÓN DEL SUPERINTENDENTE DE ISAPRES, SEÑOR JOSÉ PABLO GÓMEZ.

El señor José Pablo Gómez (Superintendente de Isapres) expresó que, a diciembre de 2001, el sistema de Isapres cuenta con 22 instituciones inscritas y habilitadas para ofrecer planes de salud, que se financian con la cotización obligatoria del 7%. De estas 22 instituciones vigentes, 14 son abiertas, es decir, disponibles para todo público, y 8 son cerradas, a las que sólo puede afiliarse el personal de una empresa determinada. Agrega que hay una Isapre habilitada para operar, que es la de la Clínica Alemana, que hasta el momento no cuenta con ningún afiliado porque no ha empezado la venta de planes.

Indicó que estas instituciones otorgan protección a cerca de 2.900.000 personas. A diciembre, eran 2.941.000, cerca del 19,5% de la población de país. De ellas, poco menos de 1.300.000 son cotizantes y el resto son sus cargas, es decir, sus beneficiarios.

La renta promedio de los afiliados a una Isapre es cercana a los 460.000 pesos, y la cotización mensual, que es la que se construye a partir de la cotización obligatoria del 7%, más lo que las personas voluntariamente aportan, alcanza aproximadamente a los 45.000 pesos mensuales, lo que representa cerca de un 9,7%.

En cuanto a las características de los beneficiarios por sexo, un 65,4% de los cotizantes son hombres y el resto son mujeres, lo cual es bastante

similar a la distribución de esos géneros en la fuerza laboral. Sobre el particular, la cotización que pagan es ligeramente distinta, fundamentalmente, por el tamaño de la familia al que están asociados hombres y mujeres, siendo un 9,8 % la cotización que promedia para los hombres y 9,6% para las mujeres. Los cotizantes tienen una edad promedio de 40,2 años y sólo el 5,4% de ellos son adultos mayores.

Actualmente existe una infinidad de planes en este sector de la salud, lo que para las personas representa una serie de problemas de transparencia y comprensión. Entre esos planes, que según lo estimado se implementan a una tasa de aproximadamente 10 mil al año, hay una cierta "mortalidad" de planes, pero cerca de 10 mil aparecen cada año, los cuales tienen las siguientes características: el 65% son individuales, el 29% son negociados colectivamente y el 6% son planes matrimoniales. Cada uno de ellos tiene una cotización promedio distinta. El 90% de estos planes combina la modalidad conocida como de libre elección -modalidad de reembolso, en la cual las personas consumen un servicio médico, piden la boleta y después la reembolsan en la Isapre- con la elección de usar prestadores preferentes o en convenio, es decir, alguna clínica o centro médico que esté asociado con la Isapre para la oferta de ese plan en particular.

Destacó que en los últimos años este sector tuvo una tendencia a la reducción. Pasó de 34 Isapres al comienzo de la década de los noventa a un máximo de 36 en 1994, hasta las 23 que actualmente existen.

En términos de concentración, seis Isapres -Consalud, Banmédica, Cruz Blanca, Colmena Golden Cross, Más Vida y Cigna Salud- representan cerca del 75% de los beneficiarios y un porcentaje similar de los ingresos de todo el sistema de Isapre.

Expresó que, en una perspectiva histórica, en 1997, los beneficiarios del sistema de Isapre llegaron a ser tres millones 900 mil. A partir de allí, se ha producido una disminución, hasta llegar, actualmente, a dos millones 900 mil. Al respecto, la Superintendencia estima y justifica este decrecimiento fundamentalmente por las fluctuaciones que hubo en el empleo y desempleo. Por otro lado, está el fenómeno de encarecimiento de los planes, sostenido especialmente por los incrementos de la siniestralidad, o sea, en los costos que tiene el sistema. De hecho, la siniestralidad, que a comienzo de la década de los noventa era cerca del 74,8% de los ingresos operacionales del sistema, en la actualidad representa cerca del 83,5%.

Afirmó que la Superintendencia, en su labor no sólo reguladora, sino de atención a público, atiende consultas y reclamos de los beneficiarios. Durante el 2001 recibió casi 4.500 casos de reclamos escritos en contra de las Isapre, siendo los temas más frecuentes las licencias médicas, la adecuación anual y los términos de contrato. Sin embargo, si se suman a esto las consultas telefónicas o por medio de la "web", se llega a casi 60 mil consultas y reclamos al año.

Indicó que sucesivas encuestas que se han realizado para saber las percepciones de los afiliados -particularmente dos realizadas por Adimark en los años 2000 y 2001, bajo contrato con la Superintendencia- han arrojado una serie de problemas por parte de los beneficiarios respecto de estas instituciones. En primer lugar, la gente destacó la falta de transparencia en el mercado, originada principalmente por la multiplicidad de planes y la asimetría de información que existe entre las Isapres y los afiliados. Fundamentalmente, la gente opina que no conoce toda la información que las Isapres tienen para configurar un plan, por lo que se le dificulta tremendamente el uso de los planes de salud. Por consiguiente, los afiliados no tienen toda la información requerida para tomar decisiones, ya sea porque las reglas de cobertura son complejas o porque no manejan todos los precios, los aranceles y los topes que están involucrados en estos planes. Como en el sistema de Isapre no existe una cobertura básica o estándar que fije un piso de lo que los planes deben ofrecer, los beneficiarios también se enfrentan a una

gran incertidumbre cuando tienen que hacer uso de los beneficios, razón por la cual se les genera y mantiene en una situación de desprotección de su salud por parte de sus propias Isapre.

El sistema de Isapre genera expectativas de mejor cobertura que el sector público, pero el costo que se ha debido pagar para ello se diferencia por riesgo, en el sistema, de las distintas personas que se afilian. Se observa que esta diferenciación de riesgo posibilita un sistema de tarifas distinto para las personas que están en el sistema de Isapre, lo cual se expresa claramente en los precios de los planes de las mujeres en edad fértil y de los adultos mayores, ya que son mucho más altos que los precios de los planes de los hombres jóvenes. De acuerdo con estimaciones que realizó la Superintendencia, a partir de las tablas de riesgo que utilizan las Isapres, se ha establecido que si un hombre joven tiene un valor referencial de uno, un adulto mayor de 75 años puede llegar a tener un valor referencial de ocho y una mujer, de tres o tres y medio. Lo anterior genera en las personas una sensación de gran discriminación por parte de las Isapres.

Manifestó que, por otro lado, hay una situación importante que ha afectado al sistema de Isapres, y es que, de algún modo, éstas no se han hecho totalmente cargo de los problemas de salud de sus afiliados. El hecho de que no exista la prevención suficiente para los problemas de salud que aquejan a la población afiliada a las Isapres, es de público conocimiento.

Finalmente, señaló que, como en el sistema de Isapres el principal mecanismo de discriminación y "expulsión" es la tarificación, en el proyecto del plan Auge se obliga a las Isapres a ofrecer estos dos beneficios, es decir, el Auge más el conjunto de prestaciones de libre elección del Fonasa a un mismo precio para todos los beneficiarios de una misma Isapre. Es decir, si se está en una Isapre, sea joven, mujer o adulto mayor, se podrá adquirir este conjunto de beneficios, denominado Auge, más la prestación de libre elección a un mismo precio, acabándose, entonces, la discriminación, para lo que el Gobierno considera como prioritarios estos beneficios.

IV. 10. INTERVENCIÓN DEL DIRECTOR DEL FONDO NACIONAL DE SALUD, DOCTOR ÁLVARO ERAZO.

El doctor Alvaro Erazo (Director del Fondo Nacional de Salud) hizo un análisis de contexto, ya que estimó importante caracterizar bien la situación en la que se encuentra el Fondo Nacional de Salud, porque la composición de los afiliados al Fonasa refleja en gran medida las causas y los propósitos que el Gobierno ha tenido para enviar estos proyectos de ley y reformar la salud en Chile.

El Fondo Nacional de Salud tiene 10.450.000 beneficiarios de los cuales cotizan 3.500.000 y tres y medio millones son personas carentes de recursos.

La calificación de indigencia le corresponde hacerla a las municipalidades en el 90%.

En opinión del Ministerio de Salud y del Fonasa, se debe hacer cumplir lo que dispone la ley, esto es, que corresponde al Fondo Nacional de Salud proponer la forma de caracterizar la indigencia. Actualmente, eso está establecido en una resolución ministerial, no modificada desde hace más de seis años.

De esta manera, la población del país que depende de Fonasa, tiene una relación de carga-cotizante de 1,8; del 91% de toda la población de adulto mayor; del 93% de todos los pensionados de Chile; de más del 90% de todas las personas que, teniendo insuficiencia renal crónica, requieren de hemodiálisis; de más del 95% de los pacientes que viven con VIH, sida, y del 70% de todas las mujeres en edad fértil, entre 20 y 44 años.

Si esta situación se analiza a nivel internacional, se puede concluir que estamos ante un fenómeno de selección de riesgo de la más alta importancia. Particularmente, está circunscrita en el ámbito de la estructura etaria de nuestra población. Proporcionalmente, dentro del Fonasa, desde el punto de vista de una muestra país, tiene mayor población de mujeres que de hombres, en términos de un modelo de representación, según encuesta del INE.

En ese sentido, y sin aludir a la estructura de ingreso, sólo cabe mencionar que el nivel promedio de ingresos de los beneficiarios de Fonasa ha subido progresivamente en el último tiempo y es de 136 mil pesos (de promedio de ingreso de cotizaciones). En definitiva, esto es un análisis o contexto sobre el cual nadie puede dejar de reconocer que los fenómenos de selección de riesgo que se han producido en nuestro país son difíciles de poder comparar con otros países en el mundo, incluso con países donde los sistemas de seguro privados han tenido el privilegio de desarrollar la industria de salud. Éste ha sido el juicio y opinión de diversos expertos en la materia.

El Fondo Nacional de Salud es una institución que ejerce el aseguramiento dadas las potestades que le otorgó la ley N° 18.469, modificada en el 2000, que vino a superar la que era la antigua legislación que en el año 1979, por el decreto ley N° 2.763, como producto de la separación de funciones y la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud, le había otorgado funciones fundamentalmente de recaudación.

El Fondo Nacional de Salud obtuvo de la ley Fonasa la condición y potestad de ser una institución de aseguramiento social en salud, básicamente porque esa legislación le otorgó la función de recaudación, administración y distribución de los recursos que provienen fundamentalmente de los aportes de la ley de Presupuestos, del ingreso por cotizaciones, de las contribuciones de afiliados por las prestaciones, de los frutos y propios productos de la enajenación y, por supuesto, también de los empréstitos y créditos que tiene otorgados por ley el propio Fondo Nacional.

Por otro lado, también se le otorgó la potestad de recaudar directamente estos recursos. Informa que hace un par de días, dado que hasta hoy el Fondo Nacional de Salud tenía un convenio, por la vía del INP, para hacer la recaudación indirecta -con la gran mayoría de los cotizantes, AFP, dependientes-, a través del Instituto de Normalización Previsional, la Contraloría le permite establecer convenios directamente con las AFP para facilitar y agilizar la recaudación, que hasta este minuto significaba tener una información con un atraso de tres meses. Hoy, si se establecieran los convenios con las propias Administradoras de Fondos de Pensiones, el Fondo Nacional de Salud tendría la información día a día, para que la recaudación se produjera de manera inmediata.

Por tanto, Fonasa tiene 3,5 millones de cotizantes, que están divididos en la forma en que se recaudan los recursos. El 90% de los recursos son de recaudación indirecta, a través del convenio con el Instituto de Normalización Previsional, y el 10% proviene de la recaudación indirecta, a través de diversas AFP.

El tipo de financiamiento que se otorga, que fundamentalmente está regido por la ley N° 18.469, es un elemento importante de destacar, porque es precisamente uno de los ámbitos donde la reforma ha ejercido las modificaciones. Esta ley establece básicamente dos modalidades de atención. Una es la institucional, a la cual tienen acceso todos los beneficiarios de Fonasa, que establece una diferenciación respecto a copago. Las personas que están en los tramos C y D tienen copago del 10 y del 20%, de acuerdo con su caracterización, y los beneficiarios de Fonasa que están en los grupos A y B tienen cero copago en la modalidad institucional.

En el caso de la modalidad de libre elección, se trata de un régimen al cual sólo pueden acceder las personas que están en el nivel B, C y D.

Esas categorías tienen que ver con el nivel de ingresos, el grupo B, hasta 111.400 pesos; el grupo C, hasta 156.500 pesos, y el grupo D por sobre los 156.500 pesos.

De manera que la modalidad de libre elección es una alternativa complementaria de la modalidad institucional. En ella están inscritos 20 mil prestadores privados. Desde el punto de vista de los recursos que están involucrados, alrededor de 111 mil millones de pesos son copago de beneficiarios y hay una cifra de alrededor de 104 mil millones que bonifica el Fondo Nacional de Salud. También existen convenios que el propio Fondo Nacional de Salud tiene con prestadores privados, con hospitales o clínicas privadas que, en términos de cifras absolutas, corresponden a una cantidad de 16 mil millones de pesos. Es decir, la cantidad de recursos que están en convenio en el Fondo Nacional de Salud ascienden a más de 120 mil millones de pesos. Ésa es la modalidad de libre elección.

Por último, explicó que, en el Fondo Nacional de Salud, la migración que se ha producido en el último tiempo de población-Isapre y población que ingresa por primera vez a trabajar se debería a una serie de factores económicos; pero, indudablemente, hay una mejoría de la percepción que tiene la población respecto del Fondo Nacional de Salud.

En ese sentido, la legislación del Fondo Nacional de Salud tiene dos componentes: uno, de obligatoriedad, que desde el punto de vista de la protección que tenemos en la legislación actualmente regida por la Constitución y los Presupuestos, que están condicionados año a año por los comportamientos de los ingresos estructurales y adicionales que provienen de los cambios del carácter en las fuentes de financiamiento fiscal y de las propias variables que el Ministerio de Hacienda va colocando año a año al momento de definir el presupuesto sectorial. A esto se le incorpora hoy una obligatoriedad de las garantías que debe financiar el régimen garantizado en pleno, que es el Auge. En términos de costos, ello significa cincuenta mil pesos por persona, lo que obliga a establecer una subvención a la prima que, en el caso del Fondo Nacional de Salud, se tiene que multiplicar por la población carente de recursos. Eso es parte de lo que se ha llamado el Fondo Solidario, que tiene una fuente de financiamiento con gravámenes diversos.

Señaló que la obligatoriedad de financiamiento, por primera vez, en el caso de los indigentes, establece una regla de financiamiento que parece, desde el punto de vista del financiamiento de la salud, clave, dado que los carentes de recursos en nuestro país no estaban sometidos a ninguna regla de financiamiento para el derecho de obtención de sus prestaciones. Por ende, se determina coherencia, desde el punto de vista de un tema de doctrina, respecto de la exigibilidad de derechos, particularmente cuando son sociales, en el sentido de que exista un mecanismo a través del cual se pueda indexar el financiamiento, particularmente para quienes no tienen recursos. En este caso, están identificados 153 mil millones de pesos, con una subvención a la prima. Esto se conoce como prima universal, que es el costo que resulta de haber caracterizado 56 patología de salud, y a partir de ellas, haber caracterizado 1.623 prestaciones de salud que constituyen el 75% de la carga de enfermedad en nuestro país. Ello ha sido analizado de acuerdo con los procedimientos más avanzados desde el punto de vista epidemiológico y sanitario, para establecer cuál es la carga de enfermedad del país. A partir de aquello, hoy tenemos estos 56 problemas de prioridad en salud, que se corresponden con 1.623 prestaciones que, en definitiva, forman parte del arancel del Fondo Nacional de Salud en la modalidad institucional, que corresponde a una cifra de 2.300.

Explicó que entraría a coexistir un régimen de garantías exigibles con uno de prestaciones que mantiene su obligación de otorgamiento para el Fondo Nacional de Salud. De manera tal, que, en esta materia no se deroga el artículo 28, que consagra este arancel de Fonasa, en su modalidad institucional y modalidad de libre elección. Desde el punto de vista de los costos

calculados, en el caso del arancel de la modalidad de libre elección, está incorporado el costo de capital y el de rentabilidad. Se han realizado estudios, particularmente con Isapres que tienen un comportamiento más o menos similar en términos de población y de ingreso, que demuestran que los precios de Fonasa, salvo en el caso de consultas de especialidades, son comparables y disputables en el mercado. Agrega que el arancel de la libre elección se diferencia de la modalidad institucional en que no tiene el costo de capital incorporado, dado que el costo de capital en el sector salud, desde el punto de vista de la ley de Presupuestos, se relaciona con el ítem 31 y está desagregado en el análisis de costos. El régimen de garantía, en el caso de Fonasa, obliga a otorgar prestaciones, de acuerdo con las garantías de las prioridades de salud que son 56. Por ejemplo, durante el mes de agosto, se comenzará con todos los cánceres infantiles, las cardiopatías congénitas en niños y la insuficiencia renal. En el caso de los cánceres infantiles, sólo apunta a su resolución, dado que la lógica del Auge, en cuanto a la resolución de problemas de salud, parte con la detección, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y, en algunos casos, tratamientos paliativos. Allí están incorporadas más de 96 prestaciones en los cánceres infantiles.

Varias de las prestaciones incorporadas, desde el punto de vista de la calidad, tienen que ver con costos que, muchas veces, eran “hundidos” para los servicios de salud. Por ejemplo, está el costo de traslado hospitalario, que tiene una amplia demanda en los servicios que habitualmente tienen que ir con cargo a los propios hospitales.

Ahora bien, desde el punto de vista de las funciones del Fondo Nacional de Salud, las modificaciones legales, de decreto ley N° 2.763, de 1979, reafirman las funciones de la seguridad social pública, que son la recaudación, la agregación presupuestaria, la fiscalización sobre los prestadores, la intermediación respecto de los traspasos de recursos a través de los mecanismos de asignación y la cooperación que tiene el Fonasa, desde el punto de vista de la elaboración presupuestaria, con el Ministerio de Salud (anteriormente la ley, decía: “con la subsecretaría”). En ese sentido, el proyecto consagra lo que la ley Fonasa ya le había otorgado a ese Fondo respecto de sus potestades. Desde el punto de vista de lo que la ley Fonasa confirió al fondo, en cuanto a intermediar compras hasta el 10% de lo que correspondía a las transferencias de la modalidad institucional, unos 80 mil millones de pesos, dado de que el presupuesto de transferencia de los servicios de salud era de 800 mil millones de pesos. Tal como mencionó, el Fondo Nacional de Salud, por la vía de convenios con privados, ha efectuado alrededor de 16.600 millones de pesos en transferencias o compras por una parte, convenios descentralizados y, por otra, convenios de compras centralizadas, de acuerdo con las propias prioridades sanitarias que el Ministerio de Salud ha establecido.

Señaló que, por ejemplo, hoy se realiza un total de 26 trasplantes hepáticos al año a través de la clínica Las Condes, mediante un convenio en el que actúa el Servicio de Salud Oriente. En dicho convenio, el FONASA ejerce su potestad de compra, autorizada por el Ministerio de Salud y reglamentada por la resolución taxativa, que año a año este Ministerio le otorga para dar prioridad a ese tipo de prestaciones. En el caso de la clínica Santa María ocurre lo mismo. Allí existe un modelo de intermediación de compra para endoscopias de alta complejidad.

Afirmó que el objetivo en cuanto a la Superintendencia de Garantías, que en el caso del Fonasa se crearía para hacer cumplir el otorgamiento de las prestaciones, a juicio del Ejecutivo, es diferenciar las responsabilidades que, en estas materias, la Superintendencia de Isapres debe tener en la supervisión de las instituciones de salud previsual, como el cumplimiento de sus propios contratos, la composición de sus sociedades, tomar conocimiento de las modificaciones sociales que éstas tienen así como de las

patrimoniales, y asegurarse respecto de la situación económica y financiera de ellas.

La creación de esta Superintendencia le parece pertinente, más aun dado que la lógica del Fondo Nacional de Salud, que no tiene ningún tipo de discriminación para la afiliación, es salvaguardar un elemento que es central y crítico, cual es establecer garantías frente a las barreras de entrada al sector, fundamentalmente expresadas en las colas y en la falta de identificación de los problemas y necesidades de nuestra población. Las brechas que se presentan en algunas patologías, como los problemas de salud de los adultos mayores, que implican cubrir el 90% en una serie de prestaciones, obligan a hacer el mayor esfuerzo para responder frente al cumplimiento de esta garantía, particularmente por la vía de esta Superintendencia.

En materia de compensación de riesgos, el Fondo Nacional de Salud contará con beneficios que se relacionan con la filosofía con la cual fue establecido este mecanismo de compensación, el cual opera en diversos países sin mayores traumas y permite ajustar las carteras que tiene la seguridad social pública con los seguros privados.

Manifestó, finalmente, que dada la concentración de riesgo, al Fondo Nacional de Salud en un ajuste de riesgo por sexo y edad, le producirá un beneficio que permitirá que el financiamiento de la salud no se establezca de acuerdo con los recursos de las personas, sino con sus necesidades sanitarias.

XIII. V.- ARTÍCULOS QUE DEBEN SER CONOCIDOS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA.

El proyecto no tiene que cumplir este trámite reglamentario, en razón de que su estudio y aprobación fue encomendado por la H. Cámara a las Comisiones de Hacienda y de Salud unidas.

XIV. VI.- DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN GENERAL.

En la discusión general se hizo presente que en la actualidad los servicios de salud, además de manejar la red asistencial y de tener labores de carácter prestador, poseen también facultades de fiscalización. Estas atribuciones fiscalizadoras como las relacionadas con el control de los establecimientos de salud, el de las profesiones médicas y paramédicas que se desarrollan en la respectiva jurisdicción, pasan de acuerdo con el proyecto de ley a ser potestad de la Secretaría Regional Ministerial.

También desaparece la potestad sobre el control de los problemas del ambiente. Así es como en la Región Metropolitana va a desaparecer el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, el cual va a pasar a depender de la Secretaría Regional Ministerial Metropolitana; los servicios de salud regionales y subregionales van a depender de la respectiva secretaría regional ministerial. Esto importa un cambio significativo, especialmente en aquellas regiones que tienen más de un servicio de salud, como la Quinta, Octava, Novena y Décima Regiones, donde se va a tener que producir un cambio bastante importante de funcionarios. Por ejemplo, en el caso de la Octava Región, el servicio de salud Ñuble dependerá de la SEREMI de Concepción. De igual manera, los servicios de salud del Biobío, de Arauco y de Talcahuano. Lo mismo se aplicará en la Quinta Región, con los servicios de salud de Valparaíso – San Antonio, de Aconcagua, y de Viña del Mar – Quillota.

En el caso del Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, que debe tener alrededor de 250 funcionarios, éstos van a pasar a la SEREMI. Lo importante es conocer las condiciones en que se van a realizar estos trasposos.

Se hizo presente que el artículo 18 señala que “cada Servicio estará a cargo de un director designado por decreto supremo del Ministerio de Salud y será funcionario de la confianza del Presidente de la República.”, y que el inciso segundo establece que dicho director “será nombrado a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud”.

Esta disposición es contradictoria, ya que por una parte se señala que se trata de un funcionario de confianza del Presidente de la República, pero que será nombrado a partir de un proceso de selección pública.

Se puso de relieve la necesidad de analizar la legislación que se propone respecto de los hospitales de autogestión en red, que estarán constituidos por aquellos establecimientos dependientes que cuenten con mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive

Se destacó que el proyecto pone especial énfasis en la descentralización, como en corregir el principal defecto que tuvo el proceso de municipalización, como fue la falta de coordinación entre el sector público y el sector municipal.

De igual manera se considera altamente positivo el carácter normativo, supervisor y evaluador del Ministerio de Salud.

Se expresó en el debate no concordar primero en la creación de dos subsecretarías y, en segundo lugar, en la existencia de dos superintendencias, para un solo régimen de garantías explícitas, con igualdad de patologías, de costos y de plazos, lo que parece cuestionable, discutible y digno de un análisis exhaustivo

En el debate se resaltó en el convencimiento de que la experiencia moderna en el mundo, sobre todo después de la segunda mitad del siglo XX y de lo que va corrido del siglo XXI, ha demostrado que básicamente los derechos ciudadanos en salud se resguardan cuando existe un sector público poderoso, que está motivado e incentivado por los propósitos de mejorar la prevención, la formación de hábitos saludables, la curación y la rehabilitación cuando la enfermedad se ha presentado. Ésa es la experiencia de todos los países de Europa, sin excepción.

Se destacó que los objetivos del Gobierno se orientan a fortalecer el sector público y a tener a su cargo toda la red pública asistencial del país. Por lo anterior, se estimó muy importante que el Ministerio establezca decisiones de rectoría, de definiciones de salud pública, etcétera. Pero en ninguna parte de sus funciones aparece que estará a cargo de todos los hospitales públicos del país.

Se planteó la preocupación que surge respecto a lo dispuesto por el artículo 8º, en relación con las facultades de la “Subsecretaría de Redes Asistenciales”, que tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociada. Se recalcó, una vez más, lo excepcional de este proyecto que crea dos subsecretarías.

Se hizo presente la necesidad de dejar muy claro el texto de la letra c) del artículo 21 B, que otorga a los directores de servicios de salud la facultad de “celebrar contratos de prestaciones de servicio con personas naturales o jurídicas, de cualquier naturaleza”. Se puso como ejemplo que el director del Servicio de Salud de la Araucanía Sur podría contratar con una Isapre, que sus hospitales vendan todas las prestaciones a esa Isapre, o que las Isapres podrían comprar a los hospitales públicos servicio en camas comunes.

En lo relativo a la gestión se planteó la necesidad de crear la gerencia pública. De igual modo, se indicó que los cargos de Secretario Regional Ministerial, director del servicio, director y subdirector de hospital y jefaturas

clínicas, deberían ser técnicos. Al realizar esta reforma, debe existir transparencia, ya que el proyecto de ley no se refiere claramente a la forma de designación de los cargos.

Se hizo notar que la atención primaria se encuentra actualmente a cargo de las corporaciones de salud. Es decir, son de derecho privado y son ellas las que determinan las políticas en la atención. Desde el punto de vista de los concursos públicos, será muy difícil introducir estos cambios para mejorar la gestión, como también reajustar el per cápita para mejorar el financiamiento.

Se estimó que la participación ciudadana debe explicitarse, pues se está focalizando al usuario como meta. Pero, en el nivel primario, no está expresada la participación de las fuerzas vivas de la comunidad, en las corporaciones de derecho privado. Por lo tanto, la participación ciudadana debe estar expresada desde el nivel primario hasta los niveles secundario y terciario. Sin embargo, eso no está consagrado en la ley.

Se mencionó que sería importante que no sólo se postulen técnicos, profesionales y trabajadores, sino también representantes de la comunidad donde está inserto el hospital.

Se insistió en que si realizaran estos cambios, es muy importante tener referencia de los centros nacionales de derivación, sobre todo en patologías como el trauma, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. En esta materia sería importante contar con sistemas resolutivos en el norte, en el centro y en el sur del país. Eso optimizaría mucho la calidad de atención y de recursos. En ninguna parte de este proyecto de ley aparece el tema de los centros de referencia. Es muy importante tener identificadas, en algunas patologías señeras, los centros de derivación, si se pretende disponer de un buen sistema de gestión.

En el seno de las Comisiones unidas se destacó la importancia de este proyecto, ya que contiene una nueva concepción de la autoridad sanitaria y de las distintas modalidades de gestión, por lo que deben definirse claramente las diversas redes de atención.

Cerrado el debate y puesto en votación el proyecto en general, se aprobó la idea de legislar por la unanimidad de los señores diputados presentes en la sesión.

XV. DISCUSIÓN EN PARTICULAR:

Artículo 1º.

"Artículo 1º.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

Nº1. Sustituye el artículo 4º por el siguiente:

"Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno. Además, le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:

1.- Ejercer la rectoría del sector salud, lo cual comprende, entre otras materias:

a) La formulación, control y evaluación de políticas de Estado en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

2.- Definir las normas sanitarias, en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; sobre medio ambiente, de acuerdo con la ley N° 19.300; ambiente laboral; y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario.

3.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley, a través de la Secretaría Regional Ministerial respectiva, y que no estén encomendadas a otros organismos.

4.- Definir las normas y efectuar la medición y monitoreo nacional de la situación de salud y de vigilancia de salud pública.

5.- Recopilar y generar información en materia de salud y de gestión en salud.

6.- Formular el presupuesto sectorial.

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGÉ", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

8.- Establecer las normas, procedimientos y el sistema de medición y acreditación de la calidad de atención en todos los niveles de complejidad del sector.

9.- Definir políticas destinadas a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la atención de salud y reglamentar los mecanismos de reclamo y apelación que serán implementados por la Secretaría Regional Ministerial respectiva.

10.- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas y planes de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia, eficacia y calidad.

11.- Definir políticas que promuevan la participación de las personas en las diferentes instituciones del Sistema.

12.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

13.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, tanto en el nivel regional como nacional, y

14.- Las demás que le confieran las leyes y reglamentos."

Se presentaron las siguiente indicaciones:

- Del Ejecutivo, para agregar, en la letra a) del N° 1, a continuación de las palabras "políticas de Estado", la siguiente expresión, precedida de una coma (,): "**planes y programas generales**".

Indicación de las señoras Cristi y Tohá y de los señores Aguiló, Cornejo, Jaramillo, Lagos, Letelier, don Felipe; Lorenzini, Ojeda, Olivares, Ortiz, Quintana y Robles, para consignar, en el número 1, **la siguiente letra e), nueva:**

"e) Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al sistema, de acuerdo con las políticas fijadas."

De las mismas señoras y señores diputados para anteponer el siguiente párrafo en el número 2:

"2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas

enfermas. Asimismo, dictar normas sanitarias en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; sobre medio ambiente, de acuerdo con la ley N° 19.300; ambiente laboral; y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario."

Sin debate, puestas en votación ambas indicaciones, **fueron aprobadas por unanimidad.**

Se deja constancia de que el Ejecutivo presentó en la sesión 10ª del día 4 de septiembre de 2002, sendas indicaciones considerando las ideas contenidas en las presentadas por los parlamentarios antes mencionados integrantes de las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud con el objeto de obviar cualquier problema de admisibilidad.

3.- En la discusión, en relación con este número, se consultó si fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley, a través de la Secretaría Regional Ministerial respectiva, comprende a todos los actos que el Ministerio desarrolla.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que este número tiene su fundamento en que el Ministerio de Salud no fiscaliza, sino que lo hace a través de otros entes dependientes o independientes, como el Instituto de Salud Pública u otro organismo de este tipo.

Insistió en que esta disposición constituye una norma esencial de este proyecto en razón que delega funciones en las secretarías regionales ministeriales. Es importante dejar establecidas las funciones que por esta ley les están siendo dadas, porque hay otros organismos e instituciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud e instituciones autónomas que también tienen la función de fiscalización, como lo son el Fondo Nacional de Salud o el Instituto de Salud Pública. Esa es la idea central de este numeral.

Cerrado el debate y puesto en votación el número 3 del artículo 4º nuevo, **fue aprobado**, en los mismos términos, **por mayoría de votos.**

Los números 4 y 5, **fueron aprobados**, sin debate, **por unanimidad,**

Del Ejecutivo, para sustituir el número 6 por el siguiente:

6.- Formular el presupuesto sectorial a nivel de cada órgano y servicio que integre el Sistema.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que la indicación del Ejecutivo recoge la de los Diputados y precisó que no sólo hay servicios dependientes del Ministerio, sino también órganos que son autónomos. Por ello, en la redacción no se puede hacer referencias sólo a los "servicios".

En el seno de la Comisión se consideró que la explicación del Ministro era acertada y que responde al objetivo perseguido con la indicación.

Puesta en votación la indicación la indicación que sustituye el número 6 del artículo 4º, **fue aprobada por unanimidad.**

Los números 7, 8 y 9, no fueron objeto de indicaciones. Puestos en votación, fueron aprobados por unanimidad, en los mismos términos propuestos.

Puesto en discusión el número 10, el señor Bayo presentó la siguiente indicación:

Para eliminar la conjunción “y” que figura después del vocablo “políticas” e intercalar la expresión “y programas”, entre el término “planes” y la preposición “de”

El Ejecutivo presentó indicación para añadir, a continuación de “planes y programas”, el vocablo “generales”.

La diputada señora Tohá y los diputados señores Palma y Robles formularon indicación para agregar, a continuación de la palabra “eficacia”, el término “calidad”.

Sin debate, puesto en votación el número 10 con las indicaciones, **fue aprobado por unanimidad.**

Los números 11, 12, 13 y 14, **fueron aprobados** en los mismos términos **por unanimidad.**

Puesto en votación el número 1), **fue aprobado por asentimiento unánime.**

Nº2. Intercala un artículo 4º bis, nuevo.

"Artículo 4º bis.- La fiscalización que realice el Ministerio de Salud la ejecutará a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de las facultades que le competan a la Superintendencia de Garantías en Salud, a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y al Instituto de Salud Pública.

La inspección o verificación del cumplimiento de las normas, podrá ser delegada en terceros debidamente calificados para cumplir tales funciones."

Se presentaron las siguientes indicaciones:

El Ejecutivo presentó las siguientes indicaciones que contienen las ideas de otras presentadas por diversos señores diputados:

a) Para reemplazar, en el inciso primero, la expresión "a la Superintendencia de Garantías en Salud, a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y al Instituto de Salud Pública", por la siguiente, precedida de una coma (,): **"por ley, a otros organismos públicos".**

b) Para reemplazar, en el inciso segundo, la expresión "calificados para cumplir tales funciones" por la siguiente: **"acreditados conforme al reglamento respectivo".**

Puestas en votación las indicaciones antes señaladas, **fueron aprobadas por mayoría de votos.**

Por igual votación, **se declaró** aprobado el numeral 2.

Nº3. Sustituye el artículo 5º.

"Artículo 5º.- El Ministerio de Salud está integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública, y las Secretarías Regionales Ministeriales.

El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

El Ministro de Salud, mediante decreto, determinará la estructura y organización interna del Ministerio y asignará las funciones y atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes."

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 5º.- El Ministerio de Salud estará integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública, y las Secretarías Regionales Ministeriales.

El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

El Ministro de Salud, mediante decreto, determinará la estructura y organización interna del Ministerio y asignará las funciones y atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes.

b) Del Diputado señor Bayo, al inciso primero, para reemplazar la frase **"las Subsecretarías de Redes Asistenciales; la Subsecretarías de Salud pública"** por **"el subsecretario"**.

c) De la Diputada señora Mella y de los Diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo, Escalona, Lagos; Letelier, don Felipe; Lorenzini, Olivares, Ortiz, Robles, y Rossi, para agregar, en el inciso final, a continuación del punto final (.), el siguiente párrafo: **"Dicho decreto deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de diseño de políticas y planes en el ámbito de la salud de las personas y el ambiente, financieras e inversiones en el Sistema, gestión de recursos humanos, regulación, epidemiología, estadísticas y auditoría"**.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que, en consideración a las nuevas atribuciones que se otorgan a esa Secretaría de Estado en materias tan importantes como la rectoría y la regulación, es fundamental que exista una subsecretaría que se preocupe de la salud pública y la fiscalización, pero también, en igualdad de condiciones y de relevancia, debe existir otra capaz de coordinar las redes asistenciales, pues ha existido un esfuerzo importante para centralizar el aparato productor de servicios de salud del Estado, pero varias de estas redes sobrepasan a cada servicio de salud y a cada región, ya que muchas personas requieren de servicios especializados que deben ser realizados en otros establecimientos. Insistió en que la práctica ha indicado que, en la medida en que se fortalece la capacidad de coordinar a los distintos servicios de salud, se contribuye a la solución de los problemas de las personas. Existen numerosos ejemplos de ello, como el programa de Infecciones Respiratorias Agudas, IRA, en el cual justamente la capacidad de coordinar ha sido esencial para su buen éxito.

Agregó que, si no existe capacidad de coordinar por sobre los servicios de salud, difícilmente se podrán solucionar los problemas que afectan actualmente a las personas, como lo es el caso de la Posta Central de Santiago. Por ello, reiteró que se requiere de una autoridad con facultades que permita favorecer la solución de los problemas de los pacientes más allá de cada servicio de salud. Destacó que se están clarificando roles, funciones y responsabilidades por lo que al Ejecutivo le parece esencial, para preservar el papel prestador del Estado en términos eficaces, efectivos y eficientes, la existencia de estas subsecretarías como son la de salud pública y la de red.

Respecto de la indicación signada con la letra b), su autor, el señor Bayo señaló que ella se fundamenta en las siguientes razones. La primera es que le parece contradictorio que en un proyecto de ley y, en especial, en una reforma que, en su conjunto, trata de descentralizar los problemas de salud, asignando atribuciones y responsabilidades a los secretarios regionales ministeriales y a los jefes de servicios, lo que conlleva precisamente a establecer diferentes tipos de funciones para determinar y fortalecer las acciones normativas, supervisoras y de evaluación del Ministerio, y que ha costado mucho conseguir, se pretenda, precisamente, establecer dos subsecretarías, claro ejemplo de

centralización. En definitiva, reitera que le parece contradictorio que con esta norma se fortalezca el nivel central.

Añadió que del análisis de las funciones que se les asignarían a cada uno de los subsecretarios no hay duda de que existe una diferencia de peso entre quien tiene atribuciones respecto de las redes asistenciales y aquel que tiene que ver lo relacionado con la salud pública. Destacó que el subsecretario de salud pública tendrá a su cargo el funcionamiento y el régimen interno del ministerio y, además, le corresponderá coordinar todo lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud. De manera tal que se tendrá un subsecretario con una gran carga de trabajo y con todo el aparato administrativo que ello conlleva, y otro dedicado a controlar y supervigilar el funcionamiento interno del ministerio y las acciones de la salud pública que en muchas regiones se ha encomendado por largos años a una enfermera con formación en salud pública, lo que se hace en forma tremendamente eficiente.

Consultó, finalmente, de cuál Subsecretaría van a depender los secretarios regionales ministeriales. Asimismo, si se va a tener un subsecretario de mayor categoría, quien será el contralor, administrador de las secretarías regionales ministeriales, y otro, de menor categoría, que no tendrá esta atribución.

En el debate se hizo presente que se podrían comprender las razones por las cuales justificar la creación de otra subsecretaría que tendría como función primordial la de coordinar las redes asistenciales dentro del marco de la reforma de salud, donde, básicamente, existirá un plan denominado Auge que ofrecerá determinada cantidad de garantías que buscan hacer más eficiente el sistema estatal, coordinar adecuadamente las prestaciones de éste con el sector privado y generar mayor eficiencia. Sin embargo, se estimó que también es bueno que se tengan presentes las funciones que actualmente están asignadas al Fondo Nacional de Salud, Fonasa, que tiene la responsabilidad de llevar adelante muchas de estas acciones. Además, se debería considerar la última modificación legal que otorgó la posibilidad de destinar hasta el 10 por ciento del presupuesto del Fondo Nacional de Salud para contratar servicios con el sector privado en caso de que el sector público no los pueda otorgar.

Así es como uno de los aspectos de eficiencia que busca la reforma estará a cargo de Fonasa, el cual deberá hacer cumplir la garantía en conjunto con un segundo organismo que se estaría creando y que es motivo de discusión en la ley Auge en la Comisión de Salud, cual es la creación de una nueva Superintendencia de Garantías en Salud. Sobre el particular, se hace constar que varios diputados son de la opinión de que debe haber una sola superintendencia. No obstante, se está creando una nueva instancia del Estado que va a ser el organismo donde podrán reclamar los beneficiarios del sistema público y privado que no vean cumplida de manera adecuada su garantía, además de contar con el Instituto de Salud Pública y con los Secretarios Regionales Ministeriales.

Entonces, hay que considerar que cuando se empiezan a desglosar cuáles son los organismos del Estado llamados a intervenir, no aparece claramente establecida la justificación de crear una nueva subsecretaría para que coordine a instancias que están descoordinadas entre sí, en las cuales no ha existido claridad o un adecuado mecanismo de concursos públicos para colocar a las personas idóneas. Se puso énfasis en que las controversias que han existido en el sector salud en el último tiempo están situadas entre los ministros de Salud y de Hacienda, porque los recursos son insuficientes o porque uno de ellos maneja los recursos y el otro no. Pero ese conflicto no se soluciona con la creación de una nueva subsecretaría. Asimismo, tampoco se solucionan los problemas que han existido entre los directores de hospitales con los funcionarios bajo su dependencia.

Además, la existencia de una nueva subsecretaría tampoco aborda ni soluciona los problemas que existen y existirán en lo futuro entre los secretarios regionales ministeriales y los Intendentes, ya que, si bien los primeros dependen administrativamente del Ministerio de Salud, ejecutivamente lo son del intendente.

Por ello, se estimó que las instancias que existen más las nuevas atribuciones que se han otorgado al Fonasa, más una adecuada coordinación hacen que la posibilidad de crear una nueva subsecretaría con estas características no sea un tema determinante en el éxito de la reforma. Se entiende que puede haber argumentos por parte del ministro en cuanto a que ella podría ayudar; pero, al final, se debe considerar que, al incorporar nuevos elementos de administración, éstos podrían entorpecer la coordinación, más que ayudar a su éxito.

Finalmente, en el seno de la Comisión se expresó que la creación de una nueva subsecretaría posibilitará separar funciones y simplificar la labor de la actual subsecretaría. Se destacó que los que han sido partícipes del sistema, en calidad de ex directores de un Servicio de Salud, pueden dar fe de las complejidades que afronta el Subsecretario para cumplir su función y del recargo que tiene la subsecretaría, al deber que manejar la totalidad de la red asistencial pública y todos los elementos de fiscalización, adecuar toda la normativa vigente y manejar los planes y programas, que implican una cantidad gigantesca de trabajo y de labores, para lo cual un subsecretario es realmente insuficiente.

Por ello, se estimó enteramente razonable que esta subsecretaría se abra en dos: una, para manejar la red asistencial a lo largo y ancho de nuestro país, como las redes de atención primaria, secundaria y terciaria y de especialidades, y otra que se preocupe del establecimiento de normas y de fiscalización, lo cual simplemente implica adecuar la situación actual a una real reforma.

Se insistió en que, para manejar la reforma de la salud, hacerla más flexible y operativa y fortalecer al sector público de salud, es básico y elemental crear esta apertura de la actual subsecretaría en dos, porque ello significará dar mucho mejor atención por parte del subsecretario de redes a toda la red asistencial, especialmente en todo lo que dice relación con coordinar la atención primaria con la secundaria y terciaria, en lo cual existe gran desvinculación entre los distintos niveles de atención de salud, fundamentalmente, en el sistema de referencia y contrarreferencia al interior de cada una de las regiones.

Cerrado el debate y sometida a votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra b), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra c), **fue aprobada por unanimidad.**

Puesto en votación el artículo, **fue aprobado por mayoría de votos.**

N° 4. Modifica el artículo 6°.

Sin debate y **por mayoría de votos, fue aprobado** el número 4, que propone *derogar el inciso final del artículo 6° del decreto ley N° 2.763, de 1979.*

N° 5. Suprime el artículo 7°.

Sin discusión y **por mayoría de votos, fue aprobado** el N° 5, que *suprime el artículo 7° del decreto ley N° 2.763, de 1979.*

Nº 6. Modifica el artículo 8º.

a) Reempláanse los incisos primero y segundo por el siguiente:

"Artículo 8º.- La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociadas a las prestaciones individuales, tales como la alimentación complementaria y vacunaciones, y las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes Nº 18.469 y Nº 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud."

b) Derógase el inciso final."

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para reemplazar los incisos primero y segundo por el siguiente:

"Artículo 8º.- La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control del Sistema y de todo lo relacionado con la provisión de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes Nº 18.469 y Nº 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud, salvo en las materias que sean de la competencia de la Subsecretaría de Salud Pública."

b) Del Diputado señor Bayo, para reemplazar los incisos primero y segundo por el siguiente:

"El Subsecretario tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociadas a las prestaciones individuales, tales como la alimentación complementaria y vacunaciones y las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes Nº 18.469 y Nº 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud."

c) Del Ejecutivo, para modificar el inciso tercero, que ha pasado a ser segundo, del siguiente modo:

I.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto y coma (;) la conjunción "y".

II.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.)

III.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.

d) Del Ejecutivo, para sustituir el inciso final por el siguiente:

"La Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá contar con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de las acciones de salud del Sistema."

Respecto de la indicación signada con la letra b), su autor, el señor Bayo, hace presente que ella concuerda con otra que fue rechazada. En todo caso, desea que quede constancia de ello a fin de que sea considerada en las instancias posteriores de la tramitación legislativa.

Sin debate, sometida a votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada, por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra b), **fue rechazada**, sin discusión, **por mayoría de votos.**

Respecto de la indicación del Ejecutivo que suprime los dos párrafos de la letra d), se expresó en el debate que se está eliminado todo lo relacionado con la administración del financiamiento de las prestaciones por tanto, es necesario conocer los fundamentos del Ejecutivo para tomar esta determinación.

Se insistió en que una de las atribuciones importantes que la Subsecretaría siempre ha tenido es la relacionada con la administración de las prestaciones. En el caso del Régimen de Garantías en Salud, ello adquiere mayor relevancia, en razón de que el Subsecretario tiene que velar por que las prestaciones, tanto las garantizadas como las no garantizadas, sean efectivamente prestadas a las personas.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) responde que las funciones de control y gestión y la de política sanitaria son distintas y, por tanto, ambas tienen una traducción financiera. La Subsecretaría de Salud Pública es, por así decirlo, la continuadora de la antigua División de Presupuesto del Ministerio de Salud, y es la que tiene que seguir con las políticas sanitarias, tarea distinta a la de control y gestión. Por lo tanto, se estimó de toda lógica que esas responsabilidades quedaran plenamente separadas.

Cerrado el debate y puestas en votación las indicaciones, signadas con la letras a), b), c) y d) **fueron aprobadas por mayoría de votos.**

Puesto en votación el numeral 6, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Nº 7. Sustituye el artículo 9º.

"Artículo 9º.- La Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio.

A dicha Subsecretaría le corresponderá coordinar todo lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud, salvo en las materias que sean de competencia de la Subsecretaría de Redes Asistenciales."

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 9º.- La Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con:

1.- Las funciones de regulación y fiscalización del sector salud.

2.- Las acciones de salud pública.

Para los efectos de lo dispuesto en este número, a la Subsecretaría le corresponderá, entre otras cosas, administrar el financiamiento de las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de cobertura nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, sin consideración a la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie. Para el cumplimiento de lo señalado, la ley de Presupuestos deberá contemplar los montos parciales y totales que se destinarán a cada una de ellas.

El Subsecretario estará facultado para requerir las correcciones que sean necesarias cuando, de oficio o por presentación de reclamo, detecte incumplimiento de la normativa que rija a las prestaciones y actividades indicadas en el inciso anterior. La dictación de estas normas se entenderá sin perjuicio de las modificaciones o innovaciones que apruebe en relación con las iniciativas que, con fines de mejoramiento de calidad o eficiencia, le sean propuestas.

Asimismo, la Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio.

La Subsecretaría de Salud Pública contará con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de sus funciones."

b) Del Diputado señor Bayo, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 9º.- El Subsecretario tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y le corresponderá coordinar todo lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud."

En el debate se hizo presente que esta disposición es la misma que figura en el texto de la ley N° 19.650, que introdujo modificaciones en diversas normas del área de la salud y, en especial, en las que tenían relación con el Fondo Nacional de Salud en lo cual se otorgó al Subsecretario de Salud esta misma función.

Por otra parte, se expresó que esta indicación otorga a la Subsecretaría de Salud Pública facultades para realizar las acciones de salud pública, lo que implica administrar el financiamiento, coordinar, restringir, corregir y comprobar su incumplimiento. Sin embargo, es necesario conocer las razones por las cuales en esta indicación se hace una enumeración tan exhaustiva y un desarrollo tan extenso de dichas facultades.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) precisó que lo único que se está haciendo con esta indicación es repetir la norma ya aprobada por el Parlamento en los mismos términos. Se está haciendo mediante indicación, por cuanto se está reparando una omisión.

Puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con la letra b), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesto en votación el número 7, **fue aprobado por mayoría de votos.**

N° 8. Sustituye el artículo 10.

"Artículo 10.- Corresponderá a cada Subsecretaría, dentro de su competencia, ejercer las siguientes atribuciones:

a.- Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del Sistema, y coordinar su ejecución por los organismos que integran dicho Sistema;

b.- Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma que garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de manera integral, eficiente y uniforme; y

c.- Ejercer las demás funciones que le asignan las leyes y reglamentos."

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para reemplazar la letra a) por la siguiente:

"a) Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del sector salud; y coordinar su ejecución por los organismos que integran el Sistema;"

b) Del Diputado señor Bayo, al artículo 10, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 10.- Asimismo, corresponderá al Subsecretario:

a) Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del Sistema, y coordinar su ejecución por los organismos que integran dicho sistema;

b) Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma que se garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de manera integral, eficiente y uniforme, y

c) Ejercer las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos."

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada, por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra b), **fue rechazada, por mayoría de votos.**

Antes del cierre de la votación, se solicitó dejar constancia de que la votación en contra de la aprobación de las indicaciones y de los numerales es consecuente con la posición en contra de la creación de otra subsecretaría.

Puesto en votación el número 8, **fue aprobado, por mayoría de votos.**

N° 9. Deroga los artículos 11, 12 y 13.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señala que la supresión de estos artículos concuerda con la idea de dejar en la ley sólo las funciones genéricas y con ello dar la posibilidad de que, en lo sucesivo, el Ministerio de Salud mantenga sus funciones y se pueda ir adaptando a los requerimientos de los tiempos.

Se hizo presente que es importante aclarar que el artículo 5° señala que el Ministerio estará organizado en divisiones, departamentos, secciones y oficinas.

Asimismo, se solicitó dejar constancia de las aprensiones en esta materia, en orden a que no se deja establecido en la ley que estas funciones deben existir siempre. Además, de que este criterio de flexibilización no haya sido aplicado a la subsecretaría.

Cerrado el debate y puesto en votación el numeral 9, **fue aprobado por unanimidad.**

N° 10. Modifica el artículo 14.

“a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con las palabras “el que deberá” y termina con la expresión “siguientes.”, por: “sin perjuicio de las oficinas provinciales o locales que pudieran requerirse.”

b) Suprímense los literales desde la letra a) a la j).

Sin debate, puesto en votación este numeral, **fue aprobado por mayoría de votos.**

N° 11. Intercala, a continuación del artículo 14, los artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D, 14 E, 14 F, 14 G y 14 H.

En consideración con la complejidad e importancia de las disposiciones, se acuerda proceder a la votación y discusión de los artículos en forma separada.

Artículo 14 A.

“Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la salud pública.”

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) De los Diputados Accorsi y Robles, para agregar, en el inciso segundo, a continuación de las palabras **“profesional universitario”**, la frase **“del área de la salud”**.

b) Del Ejecutivo, para agregar, en el inciso segundo, antes del punto final (.), la siguiente frase, precedida de una coma (,): **“de acuerdo con lo que señale el reglamento”**.

En el debate se enfatizó que la primera indicación implica un cambio de fondo respecto de lo propuesto en el proyecto, ya que limita el campo de los profesionales que puedan desempeñar el cargo de Secretario Regional Ministerial de Salud sólo a aquellos que tengan relación con el área de la salud. Ello es incompatible con la tendencia actual, en que existen personas que, sin poseer títulos ligados a un área determinada del conocimiento, poseen la experiencia necesaria para desempeñar determinados cargos. En ese sentido, se estima que no se debe aprobar la indicación signada con la letra a).

Una opinión en contrario se expresó en el sentido de que para desempeñar este cargo en lo dice relación con la salud, se debe poseer cierta experiencia en ese campo, sobre todo si se consideran las nuevas atribuciones que se le están asignando. Si no posee acabados conocimientos en salud acreditados en ese ámbito, difícilmente podrá asesorar bien al intendente. Por lo anterior, quiere decir que una enfermera, una matrona o una persona especializada en salud pública, perfectamente puede asesorar al intendente. Se recalcó que lo único que se pretende es que el Seremi sea un profesional de la salud. No se está haciendo distinción con respecto a que otros profesionales puedan desempeñarse en el área de la gestión, por ejemplo.

Se añadió, además, que existen innumerables ejemplos de personas con títulos de abogado, ingeniero, o de médico veterinario que poseen vasta experiencia laboral y de estudios de posgrado en el área de la salud que

pueden perfectamente cumplir las funciones de asesorar al Intendente en estas materias. La más importante es la de liderar el proceso de reforma en la región.

También se destacó que la indicación en debate tiene por finalidad no restringir la experiencia, los conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito público, ya que podría tratarse de un profesional con amplia experiencia en salud, pero en el ámbito privado.

En un prolongado debate se destacó que no existe ninguna norma sectorial que establezca requisitos para el nombramiento de un secretario regional ministerial, que es de la exclusiva confianza del Presidente de la República. Él determinará a quién nombra y por qué lo nombra. Se supone que no se va a equivocar en una cuestión tan importante.

Se insistió en que no se puede restringir el nombramiento de Secretario Regional Ministerial de Salud a determinadas profesiones de la salud, sino que lo que debe validarse es que la persona tenga experiencia y trayectoria en el área. Esta cuestión está bien recogida en el artículo propuesto.

Cerrado el debate y sometida a votación, la indicación signada con la letra a), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra b), **fue aprobada por unanimidad.**

Artículo 14 B.

“Artículo 14 B.- La organización de la Secretaría Regional Ministerial será definida por resolución del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo, cuyas funciones e integrantes, que no serán remunerados, se determinarán por decreto del Ministerio de Salud.”

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituir, en el inciso primero, la palabra “resolución” por **“decreto”**.

b) Del Diputado señor Bayo para sustituir, en el inciso primero, la palabra “resolución” por **“decreto supremo”**.

c) De los Diputados Accorsi y Robles, para reemplazar, en el inciso primero, la frase “resolución del Ministerio de Salud” por **“resolución del respectivo secretario regional ministerial”**.

d) Del Ejecutivo, para intercalar, a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, pasando el actual a ser tercero:

“Dicho decreto deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de inspectoría en materias sanitarias ambientales y de calidad de los prestadores; salud pública; epidemiología, y acreditación de establecimientos de salud.”

e) Del Ejecutivo, para reemplazar el inciso segundo, que ha pasado a ser tercero, por los siguientes incisos tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo y octavo, nuevos:

“Sin perjuicio de lo anterior, existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale esta ley, el reglamento y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración.

El Consejo Asesor estará integrado por:

1.- Los directores de los Servicios de Salud correspondientes;

2.- Dos alcaldes o quienes los representen para estos efectos, elegidos por los alcaldes de la región;

3.- Un representante de los colegios profesionales del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;

4.- Un representante de los trabajadores del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;

5.- Un representante de las agrupaciones de usuarios de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;

6.- Un representante de las juntas de vecinos de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;

7.- Un representante de las agrupaciones de las entidades productivas o del comercio de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;

8.- Un representante de la Comisión Regional del Medio Ambiente, elegido por ésta;

9.- El Secretario Regional Ministerial de Educación; y

10.- Un representante de las universidades o centros de formación superior de la región, si existieren, elegido en la forma que señale el reglamento.

El Consejo podrá realizar consultas adicionales a las instancias que estime pertinentes.

Los integrantes del Comité Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

Corresponderá al Ministerio de Salud definir, para cada región, el número de representantes a que se refieren los numerales 3, 4, 5 y 6, teniendo en cuenta, entre otras variables, el número de habitantes de la región.

El reglamento señalará el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento.”

Respecto de la indicación signada con la letra a), se solicitó aclaración respecto de los alcances de las expresiones “resolución”, “decreto”, “decreto supremo” y “resolución del secretario regional ministerial”.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) precisó que la indicación del Ejecutivo tiene por propósito concordar esta disposición con las normas de la ley orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, la que contiene normas muy específicas en todas las materias que tienen relación con los gobiernos regionales y las secretarías regionales ministeriales. Por lo tanto, lo que corresponde legalmente usar es la palabra “decreto”.

Puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por unanimidad.**

Se hizo presente que la indicación signada con la letra b), se daba por rechazada, al haber sido aprobada por unanimidad la anterior.

El señor Presidente declaró **inadmisible** la indicación de los señores Accorsi y Robles, signada con la letra c)

En el debate de la indicación signada con la letra d), se destacó que esta indicación del Ejecutivo otorga al Secretario Regional Ministerial funciones de inspectoría en materias sanitarias, ambientales, además de otras, con lo cual se otorgan al Secretario Regional Ministerial funciones ejecutivas.

Se hace presente que, actualmente, las secretarías regionales ministeriales no tienen dichas funciones, sino que ellas son realizadas a través de las direcciones de los servicios de salud.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) informa que el Ejecutivo al formular esta indicación, tiene como propósito que las funciones relacionadas con el cuidado, fomento y prevención de la salud de la población de un territorio queden radicadas en el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo y las que dicen relación con la salud de las personas y el otorgamiento de prestaciones, es decir, aquellas relativas al rol de prestadores, correspondan al Director del Servicio de Salud.

Destaca que todas las materias que tengan que ver con la calidad de vida y la salud de la población deben estar señaladas en el decreto que define la organización de esta secretaría regional ministerial. Así se establece al señalar que la función de inspectoría será de competencia del Secretario Regional Ministerial, ya que se pretende que el responsable tenga una amplia visión de los distintos problemas que competen a la región, como lo son las materias sanitarias, la calidad de vida, la epidemiología, la acreditación y el ambiente. Todas ellas son situaciones que no deben separarse unas de otras. Separarlas sería mutilar algo imposible de cercenar, dado que el ser humano vive en sociedad y en un entorno medioambiental y todos estos aspectos afectan su calidad de vida, su salud, de manera que el secretario regional tiene la responsabilidad de velar por todas estas cosas, por lo que debe contar con las atribuciones para que esta función se pueda cumplir debidamente.

Por otra parte, se expresó en contrario que, en el decreto a que alude el nuevo inciso segundo, se debe considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de inspectoría, por cuanto aquí aparecen como acciones de tipo ejecutivo, en circunstancias que corresponden a acciones de tipo normativo, de supervisión y de evaluación, que ya están consignadas y aprobadas en el artículo 14.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con la letra d), **fue aprobada por mayoría de votos.**

En el debate de la letra e) se mencionó, por un sector de la sala, que, en general, se manifestaba de acuerdo con la composición del Consejo Asesor. Pero, a la vez, tenía dudas respecto del representante de las agrupaciones de usuarios de la salud de cada región, ya que estimaba que son pocas las organizaciones que puede haber en el país y que ha costado que se organicen. De igual manera, se desconoce que exista alguna asociación que represente a los usuarios del sector público. En todo caso, se consideró que es una buena idea, pero de difícil aplicación práctica.

En segundo lugar, se destacó la falta de, al menos, un representante de los prestadores de la salud privada de cada región. Con el objeto de salvar esta omisión, se anunció la presentación de una indicación en tal sentido, ya que ello cerraría el ciclo completo de quienes podrían asesorar al secretario regional ministerial, más aun si éste va actuar sobre el sector privado, al menos en lo que al plan Auge se refiere.

Por otra parte, en el seno de la Comisión se compartió la proposición sobre la composición del Consejo Asesor. Pero se objetó que sus integrantes no fueran remunerados, porque se trata de un consejo que, en general, ejecutará funciones consultivas o de asesoría, las cuales, además, son relevantes para el desempeño de la secretaría regional ministerial. Se añadió que la experiencia indica que, cuando son cargos *ad honórem*, es poco lo que se puede exigir. Si realmente se valora la función y se cree importante que exista, debería remunerarse a los integrantes. Si sólo se establece para dar una señal de participación, sin que tenga mayor relevancia su actuación, lo mejor sería que no

existiera. Por las razones expuestas, se solicitó votar en forma separada el inciso sexto.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que las organizaciones de usuarios, existen actualmente en el país debidamente formalizadas, por lo que se las va a estimular, ya que ellas tendrán una participación preponderante, a fin de asegurar el adecuado nivel de control social que se quiere en el modelo que se está construyendo.

Respecto de la participación de un representante del sector prestador privado, acotó que se había pensado que esos prestadores también estuvieran representados a través del director de la red. Pero que, si la Comisión estima que es conveniente que participen en el Consejo Asesor, no existe ninguna objeción en tal sentido.

En relación con la posibilidad de que los integrantes del Consejo reciban remuneración, expresa que el Ejecutivo no es partidario de esa proposición y que, por lo tanto, no está en condiciones de asegurar el patrocinio para esa indicación.

Finalmente, se hizo presente que existiría un problema de redacción entre lo que establece el inciso cuarto, que señala que “el consejo asesor estará integrado” y lo dispuesto en el inciso séptimo, que establece que “corresponderá al Ministerio de Salud definir, para cada región, el número de representantes a que se refieren los numerales 3, 4, 5 y 6, teniendo en cuenta, entre otras variables, el número de habitantes de la región”. Por lo anterior, se solicitó la aclaración de este punto.

Cerrado el debate, se presentaron las siguientes indicaciones:

1) Del Diputado señor Von Mühlenbrock, al N° 2, para eliminar las palabras **“o quienes los representen para estos efectos”**.

2) Del Diputado señor Dittborn, al número 5, **para suprimirlo.**

3) De los Diputados señores Bayo, Masferrer y Melero, **para agregar el siguiente N° 5, nuevo:**

“5.-Un representante de los prestadores privados de salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento.”

4) Del Diputado señor Bayo, al número 9, para agregar, la siguiente frase final **“o su representante”**.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) fundamenta la indicación del Ejecutivo para reemplazar el inciso segundo, que ha pasado a ser tercero, en que se consideró conveniente dejar explícita en la ley la composición del Consejo Asesor, quedando encomendado al reglamento sólo la forma de elegir a determinados integrantes.

Asimismo, reitera que es necesario estimular a las agrupaciones de usuarios que hoy existen y que es importante que se considere su participación en este tipo de entidades. El Ejecutivo no tiene ninguna observación ni objeción a la indicación propuesta por el Diputado señor Melero.

Se consultó si existe un plazo para dictar el reglamento que permitirá la elección de representantes al Consejo Asesor.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) respondió que no está establecido, pero que, para la historia de la ley, desea que se deje constancia de que asume el compromiso de publicarlo en un plazo no superior a 180 días, no sólo este reglamento en especial, sino que todas aquellas materias reglamentarias.

Sometidos a votación los numerales 1, 3, 4, 6, 7 y 8 **fueron aprobados por unanimidad.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue aprobada, por mayoría de votos.**

El Diputado señor DITTBORN fundamentó su indicación señalando que no justifica la participación de los usuarios en el Consejo Asesor, por cuanto constituyen una parte demasiado interesada y poco objetiva, ya que presionarán por mayores servicios en relación con la patología a la que representen si se trata de una organización que corresponda a enfermos o familiares de pacientes. Piensa que no se les puede pedir objetividad ni que sean un aporte real en estas materias, por tratarse de una parte demasiado interesada en la organización y orientación de ese Consejo. En definitiva, no cree que sea prudente que sean parte del Consejo Asesor.

Sometida a votación la indicación signada con el número 2), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 3, **fue aprobada por mayoría de votos.**

El Diputado señor BAYO fundamentó su indicación señalando que ella tiene por objeto asegurar la participación de un representante de la Secretaría Ministerial de Educación en el Consejo Asesor, para que este funcione en los términos que el señor Ministro desea.

Puesta en votación la indicación signada con el número 4, se contabilizaron 9 votos a favor, 8 en contra y una abstención. Por no haberse reunido el quórum reglamentario, repetida la votación, **fue aprobada, por unanimidad.**

Accediendo a la solicitud del Diputado señor Rossi, se procede a la votación del inciso sexto en forma separada, **fue aprobado, por mayoría de votos.**

Artículo 14 C.

“Artículo 14 C.- Las Secretarías Regionales Ministeriales tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud, a través de las respectivas Subsecretarías:

- 1.- Representar al Ministerio de Salud en la Región.*
- 2.- Colaborar con el Intendente y asesorarlo en las materias sectoriales que sean de su competencia.*
- 3.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región.*
- 4.- Supervisar a los organismos indicados en el artículo 15, en cuanto al cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud. Para tales efectos, entre otras cosas, podrán requerir de la autoridad correspondiente la adopción de las medidas administrativas que procedieren si detectare el incumplimiento de las obligaciones o deberes por parte de tales organismos.*
- 5.- Mantener el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.*
- 6.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre calidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, por parte de*

los prestadores de salud, sean personas naturales o jurídicas que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas.

Lo anterior no podrá significar una limitación de las potestades que le correspondan a la Superintendencia de Garantías en Salud ni a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, en la fiscalización del Régimen de Garantías en Salud.

7.- Colaborar, conforme a las instrucciones del Subsecretario de Redes Asistenciales, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

8.- Dictar las normas sanitarias de su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias, elaborar informes en materias sanitarias, acreditar establecimientos y fiscalizar la calidad de atención de salud en la región.

Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, por parte de los Secretarios Regionales Ministeriales, serán homogéneas para los establecimientos de salud públicos y privados.

9.- Desempeñar las funciones y atribuciones que el Código Sanitario confiere a la autoridad sanitaria, excepto aquellas que por su naturaleza competan al Instituto de Salud Pública de Chile o a los Servicios de Salud.

10.- Ejecutar las acciones necesarias para la protección de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de la calidad de los elementos básicos del ambiente.

11.- Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorguen los prestadores de salud, tanto públicos como privados, siempre que no exista otro órgano administrativo que resuelva tales reclamos, en especial respecto de las atribuciones que le competan a la Superintendencia de Garantías en Salud y a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

De lo resuelto por el Secretario Regional Ministerial podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud, en la forma que señala el artículo 14 G, sin que sea aplicable lo dispuesto en la letra n) del artículo 24 de la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

Un reglamento establecerá el procedimiento para la presentación y resolución de estos reclamos.

12.- Colaborar, a solicitud de la Superintendencia de Garantías en Salud y de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos que se refieran al incumplimiento de garantías en salud, que escapen al ámbito de su competencia, especialmente cuando se trate de los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respecto de los reclamos que pudieren efectuar ante la Superintendencia de Garantías en Salud y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Los procedimientos a que se refiere este numeral, deberán ser concordados con las mencionadas Superintendencias.

13.- Organizar, bajo su dependencia, y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico-administrativas, y

14.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.”

En el debate, se hizo mención de que este artículo fija las atribuciones del secretario regional ministerial de salud y de que es importante analizarlas antes de entrar a la discusión de las indicaciones.

Se expresaron opiniones discrepantes con las del Ejecutivo sobre las facultades relativas a materias ambientales que se otorgan a los secretarios regionales ministeriales de salud, las que actualmente están radicadas en un órgano técnico.

Se puso énfasis en que la discusión debe centrarse en la conveniencia de suprimir el Sesma y traspasar sus funciones a las secretarías regionales ministeriales. A diferencia de lo que el Ejecutivo está planteando, se estima que lo ideal sería que existieran, por menos, trece Servicios de Salud del Ambiente, uno por cada región, sin necesidad de ampliar plantas, sino que redestinando las funciones que hoy se cumplen en los servicios de salud.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) estimó interesante la sugerencia en cuanto a la creación de organismos similares al Sesma en todo el país, pero que desea hacer presente que ello corresponde a una materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República,

Cerrado el debate, se adoptó acuerdo unánime en el sentido de votar los numerales separadamente.

Al número 3, se presentaron las siguientes indicaciones:

De los señores Bayo, Hidalgo, Lagos y Robles, para agregar, a continuación de la palabra "planes", el vocablo "**programas**".

Del Ejecutivo, para agregar, antes del punto aparte (.), la siguiente frase, precedida de una coma (,) "**oyendo previamente al Consejo Asesor**".

Puestas en votación las indicaciones, fueron **aprobadas por unanimidad**.

Al número 4, el Ejecutivo formuló indicación para agregar, después del guarismo "15", la siguiente frase, precedida de una coma (,): "**en el ámbito de su competencia regional**".

Sometida a votación la indicación, fue **aprobada por unanimidad**.

Al número 6, formuló las siguientes indicaciones:

a) Al párrafo primero, para suprimir la siguiente frase "**que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas**"

b) Al párrafo segundo, para sustituir la frase "la Superintendencia de Garantías en Salud y a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional", por la siguiente: "**otros organismos públicos**".

Luego de un breve intercambio de opiniones, puestas en votación las indicaciones, **fueron aprobadas por unanimidad**.

De los Diputados Accorsi, Girardi y Robles, para agregar el siguiente **Nº 6 bis**, que pasó a ser número 7:

"6 bis.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre salud ambiental y velar por la adecuada coordinación de las acciones sobre las personas y sobre el medio ambiente de los Servicios de Salud de las Personas y del Ambiente en el ámbito de jurisdicción de sus respectivos territorios."

La indicación fue aprobada por mayoría de votos

Al número 7, que pasó a ser 8, el Ejecutivo, formuló indicación para sustituir la expresión “de Redes Asistenciales” por la siguiente: **“correspondiente”**.

Sin debate, puesta en votación la indicación, fue **aprobada por unanimidad**.

Del Ejecutivo, para agregar, antes del punto final (.), precedida de una coma (,) , la siguiente frase: **“especialmente con los Servicios de Salud y las entidades administradoras de salud municipal respectivas.”**

Sin debate, esta indicación **fue aprobada por unanimidad**.

Al artículo 14 C, números 8, 9 y 10, indicación de los señores Accorsi y Robles, para eliminarlos.

El fundamento de esta indicación se basa en que en dichas disposiciones están contenidas las funciones medioambientales a que se ha hecho referencia durante la discusión y en la necesidad de que estas materias queden radicadas en organismos absolutamente autónomos que resistan cualquier presión política.

Se insistió en que la idea es dar forma a una buena ley y no destruir por medio de ella organismos como el Sesma, que han dado cumplimiento a una excelente función, la que debe alcanzar a todas las regiones del país.

Luego de un breve intercambio de ideas, cerrado el debate, los números 8, 9 y 10 **fueron rechazados por mayoría de votos**.

Por lo anterior, las indicaciones del Ejecutivo al número 8 y 10 y del señor Bayo al número 10 **se dieron por desechadas**.

Dichas indicaciones son del siguiente tenor:

Al N° 10, del Ejecutivo, para agregar, a continuación del punto final (.) que pasa a ser seguido (.), el siguiente párrafo: **“Para estos efectos, cada Secretaría Regional Ministerial deberá desarrollar un departamento, sección u oficina especialmente dedicada al cumplimiento de esta función, debiendo coordinar su labor con las demás entidades públicas competentes, especialmente con los Municipios de la región, a los cuales se les podrá delegar funciones tales como la inspección o verificación del cumplimiento de estas normas, mediante la celebración de los convenios respectivos.”**

Del Diputado señor Bayo, **al N° 10**, para sustituir el vocablo “Ejecutar” por la expresión **“Velar por la ejecución”**.

Al N° 11, que pasó a ser número 9, se formularon las siguientes indicaciones:

a) De la Diputada señora Cristi y de los Diputados señores Masferrer, Melero y Von Mühlenbrock, para reemplazarlo por el siguiente:

“9.- Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorgan los prestadores de salud del sector público, siempre que no exista otro órgano administrativo que resuelva tales reclamos.

De lo resuelto por el secretario regional ministerial, podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud en el plazo de 15 días, contados desde que se notifique la resolución, sin que sea aplicable lo dispuesto en la letra n) del artículo 24 de la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional. El ministro de Salud tendrá 30 días para resolver.

Un reglamento establecerá las demás disposiciones que sean necesarias para el funcionamiento de este procedimiento de reclamo.”

b) Del Ejecutivo, para sustituir, en el primer párrafo de la oración que comienza con las palabras “siempre que” y termina con el vocablo “Previsional”, por la siguiente: **“sin perjuicio de las facultades que les competen a otros organismos públicos”**.

c) “Del diputado señor Bayo, al inciso primero, para eliminar la frase **“a la Superintendencia de Garantías en Salud y”**”.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) solicita que se declare la inadmisibilidad de la indicación signada con la letra a).

Por otra parte, precisa que la indicación del Diputado señor Bayo está recogida en la del Ejecutivo.

El Diputado señor CORNEJO (Presidente accidental) declara inadmisibles las indicaciones signadas con la letra a).

Sin debate, sometida a votación la indicación del Ejecutivo, signada con la letra b), **fue aprobada por mayoría de votos**.

Puesto en votación, el N° 11, que pasó a ser número 9, con la indicación antes aprobada, **fue aprobado por mayoría de votos**.

Al N° 12, que pasó a ser número 10, se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituir el N°12, que pasó a ser número 10, por lo siguiente:

“10.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.”

b) Del Diputado señor Bayo, para eliminar, en el primer párrafo, las frases **“la Superintendencia de Garantías en Salud y a”** y **“Superintendencia de Garantías en Salud y la”**.

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada, por unanimidad**. Por lo anterior, la indicación signada con la letra b) quedó desechada.

Puesto en votación el artículo 14 C, **fue aprobado por mayoría de votos**.

N° 11, intercala un artículo 14 D, nuevo.

“Artículo 14 D.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, todas aquellas materias que actualmente corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud.

En caso de conflicto, ya sea por la materia regulada o el ente fiscalizado, se resolverá en favor de la competencia del organismo fiscalizador que corresponda.”

El Ejecutivo formula indicación para **suprimir el inciso final**.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señaló que el Ejecutivo estima conveniente suprimir el inciso segundo, pues la ley de Bases es

muy precisa sobre este tema. De mantenerlo, se podría entrar en una contradicción con ese cuerpo legal, que para estos efectos tiene un rango superior.

Sin debate, puesta en votación la indicación, fue **aprobada por unanimidad**.

Puesto en votación el artículo, fue **aprobado por igual votación**.

Nº 11, intercala un artículo 14 E, nuevo.

“Artículo 14 E.- El Secretario Regional Ministerial podrá aplicar las siguientes sanciones, por incumplimiento de la normativa vigente que le compete fiscalizar:

- 1.- Amonestación.
- 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento.
- 3.- Clausura.
- 4.- Cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.
- 5.- Las demás que las leyes y reglamentos autoricen aplicar a la autoridad sanitaria.”

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituir el primer párrafo del artículo 14 E por el siguiente:

“Artículo 14 E.- En uso de las atribuciones que le confiere el artículo 14 C, números 6 y 11, el Secretario Regional Ministerial, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá aplicar las siguientes sanciones: ”.

b) Del Diputado señor Bayo, al Nº 2 del artículo 14 E, para agregar, a continuación de la palabra “multa”, la expresión **“a beneficio fiscal”, y**

c) Del mismo señor Diputado, para agregar el siguiente inciso final:

“Las sanciones serán aplicadas en consideración a la cantidad de usuarios afectados y a la gravedad de la infracción.”

En la discusión se precisó que esta disposición establece la posibilidad de instruir sumarios de manera general y no sólo sobre temas ambientales, además de otorgar potestad para aplicar amonestaciones, multas, clausuras, etcétera.

Concordando con lo anterior, se añadió que hay que aclarar que esta norma es de aplicación general y dice relación con otras atribuciones de los Secretarios Regionales Ministeriales, pero que no está relacionada con el Código Sanitario.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señaló que está consciente de la controversia sobre el tema medioambiental y también está seguro de que se buscará una fórmula para resolverlo, pues se ha producido un vacío legal al haberse suprimido los números 8, 9 y 10 que es necesario corregir en forma racional e inteligente.

Puesta en votación la indicación signada con la letra a), fue **aprobada por mayoría de votos**.

El Diputado señor CORNEJO (Presidente accidental) declaró **inadmisible** la indicación signada con la letra b).

Sometida a votación la indicación signada con la letra c) **fue rechazada por mayoría de votos.**

Nº 11, intercala un artículo 14 F, nuevo.

“Artículo 14 F.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Secretario Regional Ministerial podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del organismo fiscalizado o de terceros, y requerir de ellas o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por el Secretario Regional Ministerial, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes de los organismos fiscalizados o de terceros, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.”

Se formularon las siguientes indicaciones.

a) Del Ejecutivo, para modificar el artículo 14 F, del siguiente modo:

1) Para sustituir el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 14 F: “Para el cumplimiento de sus funciones fiscalizadoras a que se refieren los artículos anteriores, el Secretario Regional Ministerial podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos que obren en poder del organismo fiscalizado, y requerir de éste o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar, a éstos o a terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por el Secretario Regional Ministerial, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.”

2) Para agregar, en el inciso segundo, a continuación de la palabra “terceros”, la siguiente frase **“directamente relacionados con la materia fiscalizada”**.

b) De los Diputados señores Accorsi, Bayo, Hidalgo y Lagos, para intercalar, en el inciso primero, entre las palabras “documentos” y “que obren”, la frase **“relacionados explícitamente con salud”**.

c) De los Diputados señores Accorsi, Bayo, Hidalgo, Lagos y Robles para agregar un inciso tercero, nuevo, del siguiente tenor:

“En el cumplimiento de las funciones fiscalizadoras, la autoridad deberá cautelar los derechos de las personas consagrados en la ley 19.628, las normas sobre secreto profesional.”

En el debate se consultó si todas las facultades que por una parte se le están otorgando al secretario regional ministerial - igual que en uno de los artículos que ya se han visto -, por otra se le están quitando al director del servicio de salud. ¿O éstas se superponen y se le suman al secretario regional ministerial, además de permanecer en el ámbito del director del servicio de salud?

El señor CORNEJO (Presidente accidental) informó que esta materia quedó bastante clara por el artículo 14 D -que ya fue aprobado- en el que se les quitaron todas las atribuciones a los directores de servicio.

Por otra parte, se estimó que esto es de mucha importancia, por cuanto se le están concediendo excesivas atribuciones al secretario regional ministerial. De acuerdo con el texto propuesto por el Ejecutivo, incluso puede pedir bienes, libros, cuentas y archivos. Esto significa injerir en el ámbito administrativo de los entes sujetos a su fiscalización, sean públicos o privados. Su función es fiscalizadora, normativa y supervisora, pero no puede inmiscuirse en la forma en que se administran las clínicas, por ejemplo. Si se mantiene el texto que está proponiendo el Ejecutivo, el día de mañana podría incorporar bajo su dependencia el control de los libros, cuentas, archivos, etcétera, y eso sería introducirse en el ámbito administrativo de una entidad, privada o no, que tiene convenio con el ministerio y que está cumpliendo los planes, programas y directrices técnicas de éste. Aquí se están incorporando, de manera exagerada, materias de carácter administrativo, cuestión que significaría poner en riesgo al sector privado.

Continuando el debate, se expresó que el artículo 14 D señala que se darán al secretario regional ministerial las facultades que hoy día tienen los servicios de salud, pero la idea es que no se les quiten esas facultades a los servicios de salud. No hay una transferencia de facultades. Lo que se está haciendo es dar al secretario regional ministerial las mismas facultades que hoy tiene el director de servicio, con lo cual se produciría una duplicidad, lo cual puede crear un significativo desorden administrativo y de fiscalización.

El señor ARTAZA. (Ministro de Salud) expresó que, en primer lugar, no existe colisión de potestades. Al aprobar el artículo 14 C, número 6, las funciones que tendrá el secretario regional ministerial no implican limitación de las potestades que corresponden a la superintendencia o a otros organismos públicos.

En segundo lugar, dentro de ese mismo artículo, al secretario regional ministerial se le dan funciones relacionadas con la defensa de los intereses y derechos ciudadanos respecto de las características que debe tener la prestación de servicios, tanto en las entidades públicas como privadas de sus respectivos territorios. Por lo tanto, se le otorgan esas atribuciones para que pueda cumplir sus funciones. Estas facultades hoy ya las tienen distintas entidades, como la Superintendencia, y no han sido objeto de cuestionamiento. No son intromisiones indebidas, sino materias que hoy existen en otros ámbitos regulatorios; por lo tanto, son facultades propias de un ente regulador. Esta entidad regional va a tener una función regulatoria importante desde el punto de vista de los prestadores y de la calidad de la prestación.

Se argumentó, en el sentido contrario de lo que señaló por quien se opone a esta norma, que es absolutamente necesario, y bueno para la salud de la población, que exista un órgano que fiscalice tanto al servicio de salud pública como al sistema de salud privado, toda vez que existen dos sistemas que funcionan con principios distintos. O sea, el sistema de salud público funciona bajo la lógica del principio del beneficio, y el privado bajo la lógica del principio del lucro. Por lo tanto, es absolutamente necesario –como señaló el señor ministro- que tenga todas estas facultades para poder cumplir las funciones determinadas en los artículos que los preceden.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Se fundamentó la indicación signada con la letra b) en que actualmente el Ministerio de Salud y sus servicios tienen todas las atribuciones respecto de las municipalidades en lo referido a la exigencia del cumplimiento de los planes, normas y programas del Ministerio. Sin embargo, ni éste ni el secretario

regional ministerial pueden inmiscuirse en las materias administrativas de las municipalidades. De manera que parece realmente un paso hacia atrás que hoy se permita aquello, porque significaría terminar con lo que se ha avanzado en materia de salud municipal.

Puesta en votación la indicación signada con la letra b), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Se fundamentó la indicación que propone agregar un inciso tercero nuevo, en que es muy importante entender que hay una protección fijada por la ley N° 19.628, que también está dada por la Constitución, en el sentido del secreto profesional. Eso se quiere resguardar en forma absoluta.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con la letra c), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesto en votación el artículo 14 F, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Número 11, intercala un artículo 14 G, nuevo.

“Artículo 14 G.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el Secretario Regional Ministerial, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

El Secretario Regional Ministerial deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Resuelto por el Secretario Regional Ministerial el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella, dentro del plazo de quince días hábiles contado desde la notificación de la medida, ante el Ministro de Salud, el cual dispondrá de treinta días para resolver.”

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Diputado señor Bayo para sustituir el artículo 14 G por el siguiente:

“Artículo 14 G.- El afectado por clausura o por cancelación de la autorización sanitaria para funcionar podrá reclamar de ella ante el juez de letras en lo civil que corresponda dentro del plazo de diez días, contado desde la fecha de la notificación.

La reclamación se someterá a las normas del procedimiento sumario y su interposición no suspenderá la caducidad decretada, salvo que el juez de la causa resuelva en contrario.

Las notificaciones que practique el Secretario Regional Ministerial se harán por carta certificada y los plazos a que ella se refiera empezarán a correr tres días después de recibida por la empresa de correos.”

b) Del Ejecutivo para agregar, en el inciso primero del artículo 14 G, a continuación de la palabra “Ministerial”, la siguiente frase, precedida de una coma: **“en uso de las facultades de fiscalización descritas en los artículos anteriores,”.**

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra b) **fue aprobada por mayoría de votos.**

c) Del Diputado señor Melero:

1) Al inciso tercero, para sustituir la palabra “medida” por “resolución”.

2) Para agregar un inciso final, nuevo:

“Las notificaciones a que se refiere el inciso primero de deberán efectuarse por carta certificada y los plazos a que ella se refiera se empezarán a correr tres días después de recibida por la empresa de correos.”

Se fundamentó la indicación en que necesario mantener una coherencia en el uso del lenguaje, por lo que debe usarse alguno de los conceptos a que alude el inciso primero.

Asimismo, se señaló que la segunda indicación tiene por objeto establecer un procedimiento para las notificaciones, las que se efectuarán por carta certificada, y además, se señala desde cuándo se contará el plazo.

Sin debate, sometidas a votación las indicaciones signadas con la letra c), **fueron rechazadas por mayoría de votos.**

Puesto en votación el artículo, fue aprobado por mayoría de votos.

Número 11, Artículo 14 H.

“Artículo 14 H.- Será facultad del Secretario Regional Ministerial instruir sumarios administrativos al personal directivo de los Servicios de Salud, en lo referente al cumplimiento de las normas de calidad, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan los Directores de dichos organismos y la Contraloría General de la República.

Asimismo, el Secretario Regional Ministerial podrá aplicar al Director del Servicio de Salud o al Director del establecimiento público de salud respectivo, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones emitidas por dicho Secretario en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa responderá personalmente el infractor.”

El Ejecutivo formuló indicación para sustituir, en el inciso primero del artículo 14 H, la frase “instruir sumarios administrativos al” por la siguiente: **“ordenar, a la autoridad que corresponda, la instrucción de investigaciones o sumarios administrativos respecto del”.**

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señaló que esta indicación no tiene otro objeto que mantener el espíritu del Estatuto Administrativo.

Puesto en votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por unanimidad.**

Nº 12. Sustituye el artículo 15.

“Artículo 15.- Los siguientes organismos dependerán del Ministerio de Salud, en la forma que establece esta ley:

- 1.- Los Servicios de Salud;*
- 2.- El Fondo Nacional de Salud;*
- 3.- La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud;*
- 4.- Los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud; y*

5.- *El Instituto de Salud Pública de Chile.*

Dichos organismos dependerán del Ministerio a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, excepto el Instituto de Salud Pública de Chile, el que lo hará a través de la Subsecretaría de Salud Pública."

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para agregar, en el N° 4 del inciso primero, a continuación de la palabra "Salud", la siguiente frase, precedida de una coma (,): "conforme a dichos cuerpos legales".

b) Del diputado Bayo, para sustituir el inciso final por el siguiente:

"Dichos organismos dependerán del Ministerio a través del Subsecretario."

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señaló que la indicación del Ejecutivo aclara que todos estos establecimientos de carácter experimental tienen sus propios cuerpos legales.

Puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con la letra b), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesto en votación el numeral 12, con la indicación, **fue aprobado por mayoría de votos.**

N° 13. Modifica el artículo 16.

"a) Sustitúyense, en el primer párrafo del inciso primero, la expresión "los Servicios" por "los Servicios o el Servicio"; y la frase "fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas:", por la frase "promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud:".

"b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente.", por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente."

"c) Sustitúyese el inciso final por el siguiente:

"Su sede, territorio y población potencialmente beneficiaria serán establecidos por decreto supremo."

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1) Del Ejecutivo, para sustituir la letra a) por la siguiente:

"a) Sustitúyese, en el primer párrafo del inciso primero, la expresión "los Servicios" por "los Servicios o el Servicio", y la frase "fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas:" por "promoción, fomento, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud:"

2) De la Diputada Mella y de los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Escalona, Lagos; Letelier, don Felipe; Lorenzini, Olivares, Ortiz y Robles, **para suprimir la letra c) del numeral 13.**

3) Del Ejecutivo, **para suprimir la letra c) del numeral 13.**

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con el N° 1, **fue aprobada por unanimidad.**

En la discusión se precisó que la letra b) del proyecto suprime el Servicio Metropolitano del Ambiente.

Sometida a votación la letra b) del N° 13, fue **rechazada por mayoría de votos.**

El señor LORENZINI (Presidente) hizo presente que existen dos indicaciones con el mismo propósito; suprimir la letra c) de este numeral. Una, corresponde al Ejecutivo y la otra ha sido presentada por diputados.

Se mencionó que esta situación se ha producido con anterioridad. Las indicaciones de los parlamentarios y del Ejecutivo son concordantes, pero habiendo sido presentadas antes las de los parlamentarios.

Se acuerda proceder a votar la indicación que primero se presentó y esta fue la de los Diputados.

Se fundamentó la indicación en razón que, si se fija el territorio y población de cada servicio de salud, se estaría vulnerando el principio de red.

Se ejemplificó el problema señalando que un servicio de salud como el de la Región del Maule tiene como potencial beneficiaria a la población de esa región. Pero hay materias que no pueden ser tratadas en la región, porque no existe en ella la tecnología necesaria, como es el caso de los tratamientos oncológicos, patologías que deben ser tratadas en hospitales de referencia que se encuentran en la Región Metropolitana. Por lo tanto, para el caso de estos hospitales, su beneficiaria es la población de todas las regiones que no cuentan con la tecnología requerida. Se destacó que, si queda la restricción que plantea la letra c) del numeral 13 del proyecto, habría razones para no atender a una gran parte de la población.

Sometida a votación la indicación signada con el N° 2, fue **aprobada por unanimidad.**

Se hace presente que la signada con el número 3 **se da por desechada.**

N° 14. Intercala un artículo 16 bis, nuevo.

"Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de atención primaria de salud municipal, y los privados que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud dentro de su territorio, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población."

Se presentó la siguiente indicación:

Del Ejecutivo, al inciso primero del artículo 16 bis nuevo, para reemplazar la expresión "que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud" por la siguiente: **"en convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley,"**

Sometida a votación la indicación del Ejecutivo, fue **aprobada por unanimidad.**

N° 15. Deroga los incisos segundo y tercero del artículo 17.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que con la proposición de eliminación de estos incisos se está señalando que se derogan

todas las funciones que no corresponden a las prestaciones que tienen relación con fomento, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Puesto en votación el numeral, **fue aprobado por unanimidad.**

Nº 16. Sustituye el artículo 18.

“Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director designado por decreto supremo del Ministerio de Salud y que será funcionario de la confianza del Presidente de la República.

El Director deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la gestión en salud. Será nombrado a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los resultados de su gestión y con los objetivos diseñados al momento de su nombramiento, en la forma que señale el reglamento.”

Sin debate, puesto en votación el numeral, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Nº 17. Intercala un artículo 18 bis, nuevo.

“Artículo 18 bis.- Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud.

El Director deberá, asimismo, velar por la efectiva y eficiente derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red.”

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, al inciso primero, para agregar, a continuación de las palabras “control de”, la siguiente frase: **“las acciones de salud que prestan”**.

b) Del Ejecutivo, para agregar el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

“Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención.”

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señaló que la indicación recoge la proposición de algunos señores Diputados en orden a precisar más esta materia.

Sin debate, sometido a votación el numeral con las indicaciones antes señaladas, **fue aprobado por unanimidad.**

Nº 18. Modifica el artículo 20.

“a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente

“a) Dirigir la ejecución de las acciones de salud y coordinar, asesorar y controlar todos los establecimientos que conforman la Red Asistencial, velando especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención;”.

“b) Derógase la letra m).

“c) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción “y” y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

“d) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o) y p), nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra q):

“o) Disponer el traspaso de los funcionarios, en comisión de servicios, a cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, sin limitación de tiempo;

p) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación, y”.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituir la letra a) por la siguiente:

“a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial, como asimismo coordinar, asesorar y controlar todos los establecimientos del servicio.”

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señaló que esta indicación tiene por objeto precisar algunas acciones que le corresponde desarrollar al director de la red, ya que, en el caso de la atención primaria, tiene como función velar por el cumplimiento de los planes, mientras que en el resto de los establecimientos le corresponde dirigir. Por lo tanto, esta redacción da cuenta de que en una red asistencial hay establecimientos de distinto carácter y dependencia.

Sin debate, sometida a votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por unanimidad.**

b) Del Ejecutivo, para reemplazar la letra m) por la siguiente:

“m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;”.

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

c) Del Ejecutivo, a la letra d), para sustituir la letra o), que se intercala, por la siguiente:

“o) Disponer, mediante resolución fundada, el traspaso de los funcionarios, en comisión de servicios, a cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, por el término de tres años, prorrogables por una sola vez por resolución fundada. Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.”

d) Del Diputado señor Melero, a la letra o) que se intercala para reemplazar la frase “por el término de tres años prorrogables por una sola vez, por resolución fundada” por la siguiente: **“sin límite de tiempo, no pudiendo, en todo caso, extenderse por más de diez años”.**

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) manifestó que la indicación tiene por finalidad favorecer ordenada y racionalmente la posibilidad de que el director de la red asistencial pueda ir reconvirtiendo al personal desde la atención hospitalaria hacia la atención ambulatoria. Esta facultad está relacionada con el futuro del sistema y da tranquilidad a los funcionarios en el sentido de que siempre habrá una tarea que hacer.

Informó que el Ejecutivo, más adelante, perfeccionará esta letra, en atención a que hay distintos tipos de funcionarios en el sector salud. Por ello están en estudio aspectos tocantes, por ejemplo, a los especialistas. Solicita que se apruebe la indicación en los términos en que se ha propuesto, en el entendimiento de que en los próximos trámites será modificada.

Fue consultado en relación con la comisión de servicios respecto de si está tendrá lugar en los establecimientos de la red de cada servicio de salud o en cualquier establecimiento público del país.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) respondió que sólo tendrá lugar en establecimientos del servicio de salud. Precisó que éste es uno de los temas que se encuentran analizando y que serán abordados en una indicación que en esta materia perfeccione la norma.

Aclaró que las comisiones de servicio no tendrán ningún costo, ya que ellas sólo podrán ocurrir dentro del mismo servicio de salud.

Se le consultó sobre las razones por las cuales se cambió de criterio, ya que en el proyecto se señalaba que la comisión de servicios no tenía limitación de tiempo y ahora es hasta por seis años. Es decir, es de tres años, renovables por otros tres años. Entiende que el sentido de esta indicación es que la red asistencial aproveche lo mejor posible a los funcionarios que tiene y cubra las áreas en las cuales se pueda, en algún momento, generar determinadas debilidades en la atención o en el acceso de la gente, lo cual es muy bueno, pues da flexibilidad a la autoridad para cumplir bien su rol. Estima que podría ser necesario un período mayor, más aun cuando se sabe que las plantas de cada uno de los servicios u hospitales están, en algunos casos, bastante restringidas y, en otros, muy abultadas.

Se hizo presente que la experiencia demuestra que las comisiones de servicio, en el servicio público, se prestan para "castigar" a los funcionarios o eludir la aplicación de sanciones a quienes no están desempeñando bien el cargo. Esto es, se usa esta medida como una forma de "sacárselos de encima". Se consulta si se podría establecer como requisito adicional que el funcionario esté calificado en lista 1.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) precisó, finalmente, que los funcionarios pueden ser trasladados a cualquier establecimiento que forme parte de la red y si un centro privado es parte del servicio también lo es de la red, por lo que sus funcionarios podrían ser enviados en comisión de servicios.

Sobre la fijación de plazos para la comisión de servicios, señala que con ello se está dando cumplimiento a lo establecido en la ley de Bases de la Administración del Estado.

Puesta en votación la indicación signada con la letra c), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con la letra d) **fue rechazada, por mayoría de votos.**

Puesto en votación el numeral 18, **fue aprobado, por mayoría de votos a favor.**

N° 19. Sustituye el artículo 21.

"Artículo 21.- La estructura y la organización interna de los Servicios serán determinadas en el reglamento.

Con todo, en dicho reglamento, se deberá contemplar la categoría de "hospitales de autogestión en red", la que estará constituida por aquellos establecimientos dependientes que cuenten con mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive y que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros, de gestión y calidad.

En relación con dichos hospitales, un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contemple el proceso; los requisitos que

deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias."

El Ejecutivo presentó indicación para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 21.- La estructura y organización básica de los servicios serán determinadas en el reglamento, sin perjuicio de la facultad del Director del Servicio señalada en la letra b) del artículo anterior. Dicho reglamento deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de planificación, presupuesto, gestión de recursos humanos, gestión de planes y programas, gestión de la Red Asistencial, estadística, epidemiología y auditoría.

Los servicios estarán organizados en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

Con todo, en el mencionado reglamento se deberá contemplar la categoría de "establecimiento de autogestión en red", la que estará constituida por aquellos establecimientos dependientes que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros, de gestión y calidad.

En relación con dichos establecimientos, un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contemple el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias."

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que la indicación tiene por objeto precisar funciones básicas que deben cumplir los servicios de salud para su buen funcionamiento y, además, abrir la posibilidad de adquirir la categoría de autogestión en red a todos los establecimientos dependientes. Asimismo, recoge diversas inquietudes de parlamentarios en orden a que la norma del proyecto era muy restrictiva

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Nº 20. Intercala los artículos 21 A, 21 B y 21 C, nuevos.

Artículo 21 A.

"Artículo 21 A.- Para ingresar al sistema de postulación como "hospital de autogestión en red", el establecimiento deberá tener, entre otros, los siguientes requisitos:

a) Cumplir satisfactoriamente los estándares e indicadores fijados en convenios, normas técnicas u otros instrumentos emanados de la autoridad competente, para la atención de los beneficiarios de la Red Asistencial a la cual pertenece, en términos de oportunidad, calidad e indicadores de gestión clínica.

b) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión básicos y desarrollo de competencias, en áreas tales como planificación y control de gestión; gestión de administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna, entre otras.

Para cada uno de los sistemas o competencias anteriores, se establecerán estándares e indicadores que luego serán verificados por la

autoridad, sobre la base de informes externos, de la forma en que el reglamento lo señale.

c) *Lograr equilibrio financiero, lo que se expresará, entre otras variables, en que la proyección de los ingresos devengados sea equivalente a la de los gastos estimados para el ejercicio presupuestario siguiente; que el plazo de las obligaciones devengadas y no pagadas no sea superior a sesenta días; y que la proyección del gasto en personal se encuentre financiada para el año correspondiente.*

d) *Obtener niveles de satisfacción de los usuarios, conforme a parámetros definidos en un sistema objetivo de medición.*”

El Ejecutivo formuló indicación para sustituir el artículo 21 A, por el siguiente:

“Artículo 21 A.- Para que los establecimientos puedan ingresar al sistema de postulación como “establecimiento de autogestión en red”, el reglamento exigirá, como mínimo, el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Cumplir satisfactoriamente los estándares e indicadores fijados en convenios, normas técnicas u otros instrumentos emanados de la autoridad competente, para la atención de los beneficiarios de la ley 18.469, en términos de oportunidad, calidad e indicadores de gestión clínica.

b) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión básicos y desarrollo de competencias, en áreas tales como planificación y control de gestión; gestión de administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de participación de los trabajadores y usuarios del establecimiento; sistemas de cuenta pública y control social, entre otras.

Para cada uno de los sistemas o competencias anteriores, se establecerán estándares e indicadores que luego serán verificados por la autoridad, sobre la base de informes externos, de la forma en que el reglamento lo señale.

c) Lograr equilibrio financiero, lo que se expresará, entre otras variables, en que la proyección de los ingresos devengados sea equivalente a la de los gastos estimados para el ejercicio presupuestario siguiente; que el plazo de las obligaciones devengadas y no pagadas no sea superior a sesenta días; y que la proyección del gasto en personal se encuentre financiada para el año correspondiente.

d) Obtener niveles de satisfacción de los usuarios, conforme a parámetros definidos en un sistema objetivo de medición.”

En el debate se consultó, en relación con la letra b), a qué se refiere la expresión “informes externos”.

Respecto de la letra c), donde se plantea como requisito haber logrado el equilibrio financiero para el ejercicio presupuestario siguiente, se consultó cuántos establecimientos estarían en condiciones de adquirir la categoría de autogestión en red considerando la exigencia de que no tengan un desequilibrio para el presupuesto siguiente y que sus deudas no sean superiores a sesenta días.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que la razón que fundamenta la indicación es la modificación de lo que establecía el proyecto. Recuerda que aquí se está hablando de las condiciones para ingresar a esta categoría y, dentro de ellas, hay algunas que dicen relación con el cumplimiento de las metas sanitarias con que la red obliga al establecimiento en relación con los beneficiarios de la ley N° 18.469. Lo segundo, son estándares o condiciones

propias de una buena gestión. Respecto de esta exigencia, lo que se quiso agregar es que parte de una buena gestión sea la participación de los trabajadores y de los usuarios. Dentro de lo que se entiende como una gestión moderna, se da el criterio de lo que se entiende como gestión participativa. Por lo tanto, que el establecimiento tenga un funcionamiento verificable, un sistema de gestión participativa, le parece que es una condición tan importante como su manejo administrativo contable o su equilibrio financiero. Ése es el fundamento de la indicación.

Respecto de los informes externos, señala que los sistemas de verificación se basan en que existan entidades distintas de los interesados. Por lo tanto, es una buena práctica que el balance de una empresa sea realizado por una entidad externa, y que verifique que los estándares que exige la autoridad se hayan aplicado. Esto tiene que ver con la transparencia del Estado y con la posibilidad de que se pueda efectuar un adecuado control social.

Asimismo, precisó que es la autoridad la que define el estándar y, luego de definido éste, es verificado.

En relación con la deuda, reconoce que, si la ley estuviera en vigencia hoy, no habría más de veinte establecimientos en condiciones de adquirir la categoría de autogestión. Es decir, habría hospitales en condiciones de acceder; pero ellos son muy pocos.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación del Ejecutivo, que sustituye el artículo 21 A, **fue aprobada, por unanimidad.**

Artículo 21 B.

“Artículo 21 B.- Los establecimientos a que se refiere el artículo 21 contarán, de acuerdo con la etapa del proceso en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:

a) Administrar y disponer de sus ingresos propios, conformados por los recursos obtenidos de la facturación por ventas y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes; por la recuperación de subsidios por incapacidad laboral; y por donaciones, de acuerdo con la normativa presupuestaria que les fuere aplicable.

b) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud, para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas.

c) Celebrar contratos de prestaciones de servicio con personas naturales o jurídicas, de cualquier naturaleza, para el desempeño de tareas o funciones clínicas, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del establecimiento, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud.

El monto de recursos financieros asignados a este gasto, se determinará anualmente en una glosa de la ley de Presupuestos, en la partida del Ministerio de Salud.

d) Todas las atribuciones en materias de gestión y administración interna de sus recursos.

e) Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de 1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de “hospital de autogestión en red”.

Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizados por el Secretario Regional Ministerial, conforme a la ley.

Mediante resolución fundada del Ministerio de Salud, deberá revocarse la clasificación otorgada cuando los establecimientos dejen de cumplir los requisitos o incurran en incumplimiento de sus funciones u obligaciones, conforme lo determine el reglamento.”

El Ejecutivo formuló indicación para sustituir el artículo 21 B por el siguiente:

“Artículo 21 B.- Los establecimientos a que se refiere el inciso tercero, del artículo 21 contarán, de acuerdo con la etapa del proceso en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:

a) Administrar y disponer de sus ingresos propios, conformados por los recursos obtenidos en la facturación por ventas y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes; por la recuperación del subsidio por incapacidad laboral, y por donaciones, de acuerdo con la normativa presupuestaria que le fuere aplicable.

El 20 por ciento del monto que resulte del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, será destinado a un Fondo que será administrado por el Servicio de Salud respectivo, para la capacitación del personal, adquisición y equipamiento crítico, cumplimiento del régimen de la ley 18.469 y fortalecimiento de la atención primaria de la Red Asistencial correspondiente.

b) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud, para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas. Estos convenios deberán ser previamente autorizados por el director del Servicio de Salud respectivo, a fin de velar por lo dispuesto en la letra a) del artículo precedente.

c) Celebrar contratos de compra de prestaciones de servicio con personas naturales, para el desempeño al interior del establecimiento de tareas y funciones clínicas, generales o específicas, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud. Dichos contratos deberán contemplar similares condiciones remuneracionales para los funcionarios de dichos establecimientos, de acuerdo con las funciones y responsabilidad que desempeñen.

El gasto asignado a este ítem no podrá exceder del 20 por ciento del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.

d) La gestión y administración de sus recursos. El establecimiento que haya cumplido todas las etapas contará con la plenitud de las facultades en esta materia.

e) Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de 1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de “establecimiento de autogestión en red”.

Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la red asistencial, serán supervigilados y controlados por el servicio de salud respectivo, y fiscalizados por el secretario regional ministerial, conforme a la ley.

Se adquirirá la clasificación mediante resolución fundada del Ministerio de Salud, previa visación del Ministerio de Hacienda.

De igual manera, deberá revocarse la clasificación otorgada cuando los establecimientos dejen de cumplir los requisitos o incurran en incumplimiento de sus funciones u obligaciones, conforme lo determine el reglamento.”

En la discusión se señaló que debería quedar establecido que los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación de los establecimientos y que alcanzarán al director y al personal también deberían beneficiar a los cargos directivos superiores, ya que se puede dar el caso que, al otorgarse mayores beneficios a un director de hospital, este quede percibiendo una remuneración mayor que la del director del servicio de salud. Esta situación debe ser abordada en esta disposición para evitar que un director superior de servicio obtenga una menor remuneración que su subordinado.

Se solicitó precisar el concepto de costos fijos y variables señalados en el párrafo segundo de la letra a).

Se destacó el desacuerdo con la norma del párrafo segundo de la letra a), que permite destinar el 20 por ciento de los recursos propios a la formación de un fondo, por estimarse que el total de recursos que genere un establecimiento hospitalario debe quedar en su poder y que ellos deben ser destinados al mejoramiento del propio hospital como, por ejemplo, a adquisición de equipamiento crítico.

Respecto del párrafo segundo de la letra a), en relación con los recursos que se generen, se expresó que esto constituyó un desincentivo que tuvieron durante mucho tiempo los directores de hospitales, quienes se veían obligados, respecto de los recursos que generaban, a que después se les castigaran las partidas presupuestarias del año siguiente, situación que fue corregida.

Sin embargo, ahora pende una segunda espada de Damocles o desincentivo, cual es darles un destino en el 20 por ciento a esos recursos que se autogeneran tanto para la capacitación y la adquisición de equipamiento crítico como para el fortalecimiento de la atención primaria. Es decir, con los recursos que ellos generan, como producto de una buena gestión, se les están, poniendo objetivos que incluso van más allá de la gestión hospitalaria, como es fortalecer la atención primaria. Como se ha señalado, ello es materia de competencia de las municipalidades, tiene otro objetivo y puede ser muy loable fortalecerla. Pero, por qué a los ingresos propios de un hospital, que es propio de la excelente gestión de un director y de su equipo, se le quita un porcentaje que se destinará por ley para fortalecer la atención primaria.

La capacitación del personal, indudablemente, es muy importante, pero ¿por qué se va a fortalecer la salud primaria contra este ítem? ¿Acaso no es un rol del Estado, considerado en el presupuesto de la nación, tener que capacitar a su gente? ¿Por qué se ponen dificultades a un elemento clave de incentivo al hacer una buena gestión, como es destinar estos recursos de esta forma?

En consecuencia, se señaló que gustaría que el Ministro indicara cuál es la filosofía que se establece en este punto, por cuanto, por un lado, se fortalece a los directores de hospitales para que tengan recursos propios y, por otro, se les están desviando. Además, se entiende que el equipamiento crítico es muy caro. El nivel central y el presupuesto de la nación deberían preocuparse de estas cosas, porque nuevamente se carga lo que constituye el principal acicate para hacer una buena gestión. La mayor parte de esos recursos deberían ser destinados para fortalecer el propio establecimiento, pero no a las distracciones que se están dando.

En relación con el artículo 21 B, se señaló que el hospital clínico regional de Concepción, el centro hospitalario más grande de Chile,

enfrenta un déficit que ha ido aumentando no en razón de la ineficiencia del personal profesional y paramédico, sino en función de que ha efectuado muchas más prestaciones año tras año.

Se añadió que se ha expresado inquietud al iniciarse las labores de esta Comisión, en el sentido de que, si se les va a exigir autofinanciamiento a los hospitales, es obvio que ello va a significar realizar un menor número de prestaciones.

También se ha dicho que los hospitales públicos no tienen la capacidad para recuperar sus prestaciones de ventas y servicios a privados, esto es, a las Isapres.

Se preguntó si están dadas las condiciones, a través del personal del Ministerio de Salud, para que los hospitales puedan cobrar el costo efectivo de las prestaciones realizadas por los servicios de privados.

En segundo lugar, en la letra b) del mismo artículo 21 B, se señala “Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud...”, en las mismas condiciones. El presupuesto que se fija, año tras año, a Fonasa tiene un tope presupuestario, y en las glosas respectivas está establecido que Fonasa puede hacer equis prestaciones a tal nivel. ¿En qué condiciones van a comenzar a operar, si es que estos hospitales, efectivamente, empiezan a otorgar mayores prestaciones a través de estos convenios con Fonasa? ¿Las prestaciones van a ser a precio real y efectivo?

Se expresó que esta norma contiene los incentivos para la gestión hospitalaria y que el monto que será destinado para cosas más generales es el 20 por ciento líquido. Es decir, se han descontado los costos fijos y variables. Parece que no se está hablando de un porcentaje tan grande del total.

En segundo lugar, se cree que no hay que olvidar que, si bien se está pidiendo a los hospitales un mejoramiento de la gestión, hay que recordar que estos hospitales son parte de una red, que tiene un objetivo común, y que en esa red los consultorios y la salud primaria cumplen un rol determinado. El fortalecimiento de la salud primaria puede implicar un ahorro en los propios hospitales. El traspaso de recursos, que no es sólo para la salud primaria, va a realizarse sobre la base de convenios establecidos con la salud primaria. Es decir, estos convenios van a poder ser dirigidos justamente a aquellas áreas críticas de los hospitales o servicios de salud que se necesiten fortalecer en la salud primaria para ahorrar costos y mejorar el sistema de red. Por lo tanto, parece que es un incentivo correcto, desde el punto de vista de crear una red para la atención de salud.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) aclaró que actualmente los hospitales no tienen prácticamente ningún incentivo para generar ingresos propios y que, una vez que entre en vigencia este cuerpo legal, existirán los incentivos para hacerlo. Considera que redestinar el 20 por ciento de los ingresos propios líquidos a otras materias no se traducirá en un desincentivo. En todo caso, recuerda que los hospitales generan ingresos propios con equipos e infraestructura que son parte o propiedad de la red. Por lo tanto, se puede entender que hay una suerte de arrendamiento de infraestructura o de equipos con los cuales se generan dichas utilidades. Visto así, puede considerarse un justo término.

Se presentaron, además, las siguientes indicaciones:

a) Del Diputado señor Melero, para reemplazar, en el párrafo segundo de la letra a), el guarismo “20 por ciento”, **por “10 por ciento”**.

b) Del Diputado Bayo, para reemplazar el párrafo segundo de la letra a) por el siguiente:

“Los montos que resulten del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, serán destinados a un fondo que será administrado por el establecimiento respectivo. Se tendrán presentes, entre otros, los problemas de capacitación de personal, adquisición de equipamiento, atención primaria y eventuales contratos de compra de prestaciones de servicios con personas naturales necesarios para el cumplimiento de sus funciones.”

c) Del Diputado señor Bayo, para asignarles las letras f) y g) a los dos últimos párrafos de la letra e).

Se señaló que la indicación signada con la letra b) es consistente con una política que está inmersa en todo el proyecto de reforma de la salud, que tiende a descentralizar y a otorgar más atribuciones al servicio de salud y a las direcciones de hospitales. No se debe restringir ni limitar la descentralización, sino que, por el contrario, hay que conceder todas las facilidades para que, utilizando la flexibilización que ya se les ha otorgado en el uso de los recursos humanos, manejen los fondos que, como producto de su excelente gestión, el día de mañana les permitan capacitar en mejor forma a sus funcionarios y generar contratos acordes con criterios de buena administración.

En relación con la indicación signada con la letra c), el señor ARTAZA (Ministro de Salud) precisó que los dos últimos párrafos no corresponden a la letra e), sino que son incisos del artículo.

Puesta en votación la indicación sustitutiva del Ejecutivo, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometidas a votación las indicaciones signadas con las letras a), b) y c), **fueron rechazadas por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 21 C.

“Artículo 21 C.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá un carácter consultivo y conocerá de la gestión del Servicio, en lo referido a sus planes de trabajo, así como de su gestión programática, financiera y presupuestaria.

En el desempeño de sus funciones, este Consejo conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.

El Consejo estará constituido por representantes de usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

La composición y funcionamiento del Consejo serán determinados en el reglamento.”

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

Nº 21. Modifica el artículo 23.

“Sustitúyese, en el artículo 23, la frase “del decreto con fuerza de ley Nº 338, de 1960” por la siguiente: “de la ley Nº 18.834”.

Sin debate, **fue aprobado por unanimidad.**

Nº 22. Sustituye el artículo 24.

“Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

a) Con los pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial, o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

e) Con los bienes que adquieran por donación, herencia o legado;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."

El Ejecutivo, formuló indicación para intercalar, en la letra a), las palabras "**aportes y**", entre las palabras "con los" y "pagos".

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Por la misma votación, **fue aprobado** el numeral.

N° 23. Modifica el artículo 27.

"En el inciso primero del artículo 27:

a) Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra "ley" y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: "y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo".

b) Suprímese, en la letra d), la conjunción "y", con que finaliza.

c) Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

"e) Otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 el Régimen de Garantías en Salud.

f) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia de Garantías en Salud en la materia; y".

El Ejecutivo **formuló indicación para sustituir la letra c) por la siguiente:**

"c) Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser g):

"e) Otorgar a los beneficiarios de la ley 18.469 el Régimen de Garantías de Salud y financiar a éstos las prestaciones que no formen parte de dicho Régimen, conforme a la ley;

"f) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos conforme a la ley; y".

Sin debate, sometida a votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Por la misma votación, **fue aprobado** el numeral 23.

N° 24. Modifica el artículo 30.

"Intercálase, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva, pasando las actuales letras k) y l) a ser l) y m), respectivamente:

"k) Proponer a la autoridad que corresponda la aplicación de las medidas administrativas que procedieren a los funcionarios que incurrieren en incumplimiento de los convenios relacionados con las garantías establecidas en el Régimen de Garantías en Salud;"

Sin debate, puesto en votación el numeral **24, fue aprobado por unanimidad.**

N° 25. Modifica el artículo 31.

"Sustitúyese, en el inciso segundo, el numeral "28" por el numeral "31".

Sin debate, sometido a votación el numeral 25, **fue aprobado por unanimidad.**

N° 26, nuevo.

Los Diputados señores Cornejo, Lorenzini, Melero y Robles formularon indicación *para agregar un numeral 26, nuevo.*

"26) Agréganse, a la letra c) del artículo 37 del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes incisos, a continuación del primer punto aparte (.):

"Deberá satisfacer las necesidades de productos biológicos que surjan frente a emergencias sanitarias, catástrofes, ausencia o insuficiencia de ellos u otros eventos que afecten la salud de la población.

"Para estos efectos, el Instituto de Salud Pública deberá mantener una línea permanente de investigación y desarrollo en el área de los productos biológicos."

El Diputado señor LORENZINI (Presidente) declaró **inadmisible** la indicación.

N° 26. Modifica el artículo 39.

"a) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

b) Derógase la letra l)."

El Ejecutivo, **formuló indicación para sustituir la letra b) por la siguiente:**

"b) Sustitúyese la letra l) por la siguiente:

"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley".

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

N° 27. Modifica el artículo 40.

"Sustitúyese, la frase "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

Sin debate, sometido a votación el numeral, **fue aprobado por unanimidad.**

N° 28. Sustituye el artículo 42.

"Artículo 42.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra k) del artículo 39 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Instituto, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que lo integran."

Sin debate, puesto en votación el numeral, **fue aprobado por unanimidad.**

N° 29. Modifica el artículo 50.

"a) Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

b) Derógase la letra f)."

El Ejecutivo **formuló indicación para sustituir la letra b) por la siguiente:**

"b) Reemplázase la letra f) por la siguiente:

"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;".

Sin debate, puesto en votación el numeral con la indicación, **fue aprobado por unanimidad.**

N° 30. Sustituye el artículo 51.

"Artículo 51.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra e) del artículo 51 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna de la Central, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que la integran."

Sin debate, sometido a votación el numeral, **fue aprobado por unanimidad.**

N° 31, nuevo. Modifica el artículo 52.

El Ejecutivo formuló indicación para agregar, a continuación del numeral 30, el siguiente numeral 31, nuevo:

"31) Sustitúyense, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:

"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, que la presidirá;

b) Un representante del Ministro de Salud;"

Se solicitó votar las letras en forma separada, y así se acordó.

Sin debate, puesta en votación la letra a) del numeral 31, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sin debate, sometida a votación la letra b) del numeral 31, **fue aprobada por unanimidad.**

ARTÍCULO 2°.

Sustituye el artículo 5° del Código Sanitario por el siguiente:

"Artículo 5°.- Cada vez que el presente Código haga referencia a la autoridad sanitaria, se entenderá por ella el Ministro de Salud o el Secretario Regional Ministerial de Salud, según corresponda, o las personas en quienes deleguen sus funciones o atribuciones."

El Ejecutivo formuló indicación para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 5°.- Cada vez que el presente Código aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud, en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código radica en dichas autoridades y que ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponden respecto de las materias sanitarias que este Código regula, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones.”

Se hizo presente en el debate que existe un problema de coherencia entre las normas del artículo 1° del proyecto y la contenida en la indicación.

Por otra parte, se destacó que el problema radica en que se mantiene el Sesma, pero las facultades relacionadas con el tema ambiental se traspasaron a las Secretarías Regionales Ministeriales, de manera tal que este punto debe ser reestudiado. Se sugirió rechazar la indicación.

Puesta en votación la indicación, fue **rechazada por unanimidad.**

Sometido a votación el artículo, **fue rechazado por unanimidad.**

ARTÍCULO 3°.

“Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, establezca las normas necesarias para regular las materias que se expresarán, a saber

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1°;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos, en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley N° 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás Directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en la presente ley.”

El Diputado señor Bayo formuló indicación para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 3º.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, establezca las normas necesarias para regular las materias que se expresarán, a saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1º;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos, en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en la presente ley.”

Para sostener su indicación, hizo presente que, durante su larga vida parlamentaria, muy pocas veces ha visto una disposición que otorgue tantas facultades al Presidente de la República. Estimó que, aparentemente, aquí están absolutamente todas las atribuciones que se han concedido a diferentes organismos durante la discusión del proyecto.

Agregó que, hace poco, se analizó la importancia que tenía el funcionamiento de la salud en red. Se vieron las atribuciones que tenían los directores de los servicios y los directores de los establecimientos en red asistencial para trasladar gente y para contratar y dividir el horario a jornada parcial.

Sin embargo, en la letra d) también se otorga al Presidente de la República la facultad para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Es la misma atribución que se le había otorgado ya al director de la red del establecimiento.

La letra g) señala que la aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicio o supresión o fusión de empleo, situación de la que también se había hablado anteriormente.

Lo que más le hace fuerza para plantear la indicación es que se faculta al Presidente de la República para reorganizar los servicios y organismos públicos o crearlos. El senador señor Mariano Ruiz-Esqüide y algunos miembros de la Comisión de Salud saben lo que costó crear el Servicio de Salud Araucanía Norte. Puede ser bueno o malo, pero fue creado después de cuatro años de tramitación. Asimismo, hace presente que el Diputado Ortiz es testigo y conoce los beneficios que ha traído a su zona el tener un servicio de salud diferente, separado del de Concepción, de la misma forma en que él sabe lo que es el Servicio de Salud Araucanía Norte con respecto al de Araucanía en general. Sin embargo, aquí, mediante una disposición, se le está otorgando al Presidente de la República la facultad para que por sí y ante sí cree un servicio de salud.

Hace un llamado a sus colegas médicos, que saben lo que significa esto, desde el punto de vista de lograr una mejor salud en Chile, a que apoyen su indicación, mediante la cual se otorgan facultades al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de la ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, el que también deberá llevar la firma del Ministro de Hacienda establezca, las normas necesarias para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1º.

Por otra parte, se insistió en que la aplicación de la ley requerirá de las facultades extraordinarias a que alude este artículo, especialmente porque existen una serie de disposiciones en que es necesaria la dictación de un decreto con fuerza de ley para que se materialicen sus normas.

Se destacó, también, que es necesario efectuar varias precisiones en este artículo sobre las atribuciones que puede tener el Presidente de la República. Parece excesivo que tenga las facultades para crear un servicio de salud. No corresponde que tenga una facultad de ese tipo. Por lo anterior, se propone la idea de reestudiar estas facultades que se dan al Presidente de la República.

Asimismo, se reconoció que las facultades que se otorgan al Presidente de la República en el artículo 3º son muy amplias. Ello hace pensar que el trabajo que se ha efectuado respecto del artículo 1º y de las modificaciones del decreto ley N° 2.763 no tiene sentido.

El tema de la salud es tremendamente complejo y presenta innumerables problemas. El Ejecutivo ha dado muestra, en esta sesión, de no tener todo enteramente resuelto. Por lo tanto, se estimó peligroso cerrar la puerta completamente y no dejar ninguna facultad al Presidente de la República para que enmiende las cosas que se deben modificar en terreno. Es evidente que pueden ser miles los imponderables que en esta Comisión probablemente no se han previsto, por lo que se considera que deben otorgarse facultades al Presidente de la República para poner en vigencia esta ley.

Puesta en votación la indicación para sustituir este artículo, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Se accede a la solicitud de someter a votación el artículo por letras.

Puestas en votación las letras a), c) y l), **fueron aprobadas por mayoría de votos.**

Sometidas a votación las letras b), d), e), f), g), h), i), j) y k), **fueron aprobadas por unanimidad.**

ARTÍCULOS TRANSITORIOS.

Artículo 1º.

“Lo dispuesto en el artículo 14 D, que se agrega al decreto ley N° 2.763, de 1979, regirá a contar de la fecha de vigencia de la presente ley.”

Puesto en votación el artículo, **fue aprobado, por unanimidad.**

Artículo 2°.

“El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley, se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud.”

Sometido a votación el artículo, **fue aprobado, por unanimidad.**

VII.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS POR LA COMISIÓN.

a) Artículos rechazados:

Se encuentra en esta situación el artículo 2° del proyecto

b) Indicaciones rechazadas:

Al N° 3, que sustituye el artículo 5°.

- Del Diputado señor Bayo, al inciso primero, para reemplazar la frase “la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública” por “el subsecretario”.

Al N° 6, que modifica el artículo 8°.

- Del Diputado señor Bayo, para reemplazar la letra a) por la siguiente:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por el siguiente:

“El Subsecretario tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociadas a las prestaciones individuales, tales como la alimentación complementaria y vacunaciones y las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud.”

Al N° 7, que sustituye el artículo 9°.

- Del Diputado señor Bayo, para sustituirlo por el siguiente:

7) Sustitúyese el artículo 9° por el siguiente:

“Artículo 9°.- El Subsecretario tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y le corresponderá coordinar todo lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud.”

Al N° 8, que sustituye el artículo 10.

- Del Diputado señor Bayo, al artículo 10, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 10.- Asimismo, corresponderá al Subsecretario:

a) Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del Sistema, y coordinar su ejecución por los organismos que integran dicho sistema;

b) Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma que garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de manera integral, eficiente y uniforme, y

c) Ejercer las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Al N° 11, que agrega un artículo 14 A.

a) De los Diputados Accorsi y Robles para agregar en el inciso segundo, a continuación de las palabras “profesional universitario”, la frase “del área de la salud”.

Al N° 11, que agrega un artículo 14 B.

- Del Diputado señor Bayo, para sustituir, en el inciso primero, la palabra “resolución” por “decreto supremo”.

- Del Diputado señor Dittborn, al artículo 14 B, inciso cuarto, N° 5, para suprimirlo.

Al N° 11, que agrega un artículo 14 C.

- De la Diputada señora Cristi y de los Diputados señores Dittborn, Masferrer, Melero y Von Mülenbrock, al artículo 14 C, número 6, para reemplazarlo por el siguiente:

“6) Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre la calidad de las prestaciones que se otorguen en el sistema público de salud”.

- Del Ejecutivo, al artículo 14 C, número 8, para sustituir la frase “Dictar las normas sanitarias de” por la siguiente, “Adoptar las medidas sanitarias que corresponda según”.

- Del Diputado señor Bayo, al artículo 14 C, número 10, para sustituir la palabra “Ejecutar” por la frase “Velar por la ejecución”.

- Del Ejecutivo, al artículo 14 C, número 10, para agregar, antes del punto aparte (.), la siguiente frase, precedida de una coma (,) “debiendo coordinarse, para estos efectos, con las entidades que correspondan”.

- Del Ejecutivo para agregar, al artículo 14 C, en el N° 10, a continuación del punto final (.) que pasa a ser seguido (.), el siguiente párrafo: “Para estos efectos, cada Secretaría Regional Ministerial deberá desarrollar un departamento, sección u oficina especialmente dedicada al cumplimiento de esta función, debiendo coordinar su labor con las demás entidades públicas competentes, especialmente con los Municipios de la región, a los cuales se les podrá delegar funciones tales como la inspección o verificación del cumplimiento de estas normas, mediante la celebración de los convenios respectivos.”

- Del Diputado señor Bayo, al artículo 14 C, N° 11, al párrafo primero, para eliminar la frase “a la Superintendencia de Garantías en Salud y”.

- Del Diputado señor Bayo, al artículo 14 C, N° 12, para eliminar, en el primer párrafo, las frases “la Superintendencia de Garantías en Salud y a” y “Superintendencia de Garantías en Salud y la”.

Al N° 11, que intercala un artículo 14 E.

- Del Diputado señor Bayo, para agregar el siguiente inciso final:

“Las sanciones serán aplicadas en consideración a la cantidad de usuarios afectados y a la gravedad de la infracción.”

Al N° 11, que intercala un artículo 14 F.

- De los Diputados señores Accorsi, Bayo, Hidalgo, Lagos y Robles, al artículo 14 F, para agregar un inciso tercero, nuevo, del siguiente tenor: “En el cumplimiento de las funciones fiscalizadoras, la autoridad deberá cautelar

los derechos de las personas consagrados en la ley N° 19.628, las normas sobre secreto profesional.”

Al N° 11, que intercala un artículo 14 G.

- Del Diputado señor Bayo, para sustituir el artículo 14 G, por el siguiente:

“Artículo 14 G.- El afectado por clausura o por cancelación de la autorización sanitaria para funcionar podrá reclamar de ella ante el juez de letras en lo civil que corresponda dentro del plazo de diez días, contado desde la fecha de la notificación.

“La reclamación se someterá a las normas del procedimiento sumario y su interposición no suspenderá la caducidad decretada, salvo que el juez de la causa resuelva en contrario.

“Las notificaciones que practique el Secretario Regional Ministerial se harán por carta certificada y los plazos a que ella se refiera empezarán a correr tres días después de recibida por la empresa de correos.”

- Del Diputado señor Melero, al artículo 14 G, inciso tercero, para reemplazar el vocablo “medida” por “resolución”.

- Del Diputado señor Melero, al artículo 14 G, para agregar un inciso final, nuevo:

“Las notificaciones a que se refiere el inciso primero de este artículo deberán efectuarse por carta certificada y los plazos a que ella se refiere empezarán a correr tres días después de recibida por la empresa de correos.”

Al N° 12, que sustituye el artículo 15,

- Del diputado señor Bayo, para sustituir el inciso final por el siguiente:

“Dichos organismos dependerán del Ministerio a través del Subsecretario.”

Al N° 13, que modifica el artículo 16.

- Del Ejecutivo, para suprimir la letra c) del numeral 13.

Al N° 18, que modifica el artículo 20.

- Del Diputado señor Melero, a la letra o) que se intercala para reemplazar la frase “por el término de tres años prorrogables por una sola vez, por resolución fundada” por la siguiente: “sin límite de tiempo, no pudiendo, en todo caso, extenderse por más de diez años”.

Al N° 20, que intercala un artículo 21 B).

- Del Diputado señor Bayo, para reemplazar el párrafo segundo de la letra a) por el siguiente: “Los montos que resulten del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, serán destinados a un fondo que será administrado por el establecimiento respectivo. Se tendrán presentes, entre otros, los problemas de capacitación de personal, adquisición de equipamiento, atención primaria y eventuales contratos de compra de prestaciones de servicios con personas naturales necesarias para el cumplimiento de sus funciones”.

- Del Diputado señor Melero, para reemplazar, en el párrafo segundo de la letra a), el guarismo “20%”, por “10%”.

- Del Diputado señor Bayo para asignarles las letras f) y g) a los dos últimos párrafos de la letra e).

Al artículo 2°.

- Del Ejecutivo, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 5°.- Cada vez que el presente Código aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud, en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código radica en dichas autoridades y que ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponden respecto de las materias sanitarias que este Código regula, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones.”

Al artículo 3°.

- Del Diputado señor Bayo, para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 3°.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, establezca las normas necesarias para regular las materias que se expresarán, a saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1°;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en la presente ley.”

Indicaciones inadmisibles.

Al N° 11, que agrega un artículo 14 B).

- De los Diputados Accorsi y Robles, para reemplazar, en el inciso primero, la frase “resolución del Ministerio de Salud”, por “resolución del respectivo secretario regional ministerial”.

Al N° 11, que agrega un artículo 14 C.

De la Diputada señora Cristi y de los Diputados señores Masferrer, Melero y Von Mühlenbrock, para reemplazar el número 11 por el siguiente:

“11.- Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicios que otorguen los prestadores de salud del sector público, siempre que no exista otro órgano administrativo que resuelva tales reclamos.

De lo resuelto por el secretario regional ministerial, podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud en el plazo de quince días, contados desde que se notifique la resolución, sin que sea aplicable lo dispuesto en la letra n) del artículo 24 de la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional. El ministro de Salud tendrá treinta días para resolver.

Un reglamento establecerá las demás disposiciones que sean necesarias para el funcionamiento de este procedimiento de reclamo.”

Al N° 11, que intercala un artículo 14 E.

- Del Diputado señor Bayo, al N° 2 del artículo 14 E, para agregar, a continuación de la palabra “multa”, la expresión “a beneficio fiscal”.

N° 26, nuevo, que modifica el artículo 37.

De los Diputados Cornejo, Lorenzini, Melero y Robles, para agregar un numeral 26, nuevo.

26) Agréganse, a la letra c) del artículo 37 del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes párrafos nuevos, a continuación del primer punto aparte (.):

“Deberá satisfacer las necesidades de productos biológicos que surjan frente a emergencias sanitarias, catástrofes, ausencia o insuficiencia de ellos u otros eventos que afecten la salud de la población.

Para estos efectos, el Instituto de Salud Pública deberá mantener una línea permanente de investigación y desarrollo en el área de los productos biológicos.”

En mérito de lo expuesto y por las consideraciones que, en su oportunidad, dará a conocer el señor Diputado Informante las Comisiones Unidas de Hacienda y de Salud recomiendan la aprobación del siguiente

XVI. PROYECTO DE LEY

ARTÍCULO 1°.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

1) Sustitúyese el artículo 4° por el siguiente:

"Artículo 4°.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno. Además, le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:

1.- Ejercer la rectoría del sector salud, lo cual comprende, entre otras materias:

a) La formulación, control y evaluación de políticas de Estado, planes y programas generales en materia de salud.

- b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.
- c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
- d) La coordinación y cooperación internacional en salud.
- e) Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al Sistema, de acuerdo con las políticas fijadas.

2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas. Asimismo, dictar normas sanitarias en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; medio ambiente, de acuerdo con la ley N° 19.300; ambiente laboral, y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario.

3.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley, a través de la Secretaría Regional Ministerial respectiva, y que no estén encomendadas a otros organismos.

4.- Definir las normas y efectuar la medición y monitoreo nacional de la situación de salud y de vigilancia de salud pública.

5.- Recopilar y generar información en materia de salud y de gestión en salud.

6.- Formular el presupuesto sectorial a nivel de cada órgano y servicio que integre el Sistema.

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGÉ", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

8.- Establecer las normas, procedimientos y el sistema de medición y acreditación de la calidad de atención en todos los niveles de complejidad del sector.

9.- Definir políticas destinadas a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la atención de salud y reglamentar los mecanismos de reclamo y apelación que serán implementados por la Secretaría Regional Ministerial respectiva.

10.- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y programas generales de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia, eficacia y calidad.

11.- Definir políticas que promuevan la participación de las personas en las diferentes instituciones del Sistema.

12.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

13.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, tanto en el nivel regional como nacional, y

14.- Las demás que le confieran las leyes y reglamentos."

2) Intercálase, a continuación del artículo 4º, el siguiente artículo 4º bis, nuevo:

"Artículo 4º bis.- El Ministerio de Salud ejecutará la fiscalización a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de las facultades que le competen, por ley, a otros organismos públicos.

La inspección o verificación del cumplimiento de las normas, podrá ser delegada en terceros debidamente acreditados conforme al reglamento respectivo.

3) Sustitúyese el artículo 5º por el siguiente:

"Artículo 5º.- El Ministerio de Salud está integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública, y las Secretarías Regionales Ministeriales.

El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

El Ministro de Salud, mediante decreto, determinará la estructura y organización interna del Ministerio y asignará las funciones y atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes. Dicho decreto deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de diseño de políticas y planes en el ámbito de la salud de las personas y el ambiente, financieras e inversiones en el Sistema, gestión de recursos humanos, regulación, epidemiología, estadísticas y auditoría."

4) Derógase el inciso final del artículo 6º.

5) Derógase el artículo 7º.

6) En el artículo 8º:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo, por el siguiente:

"Artículo 8º.- La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control del Sistema y de todo lo relacionado con la provisión de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud, salvo en las materias que sean de la competencia de la Subsecretaría de Salud Pública."

b) Modifícase el inciso tercero, que ha pasado a ser segundo, del siguiente modo:

i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto y coma (;), la conjunción "y".

ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).

iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.

c) Sustitúyase el inciso final por el siguiente:

"La Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá contar con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de las acciones de salud del Sistema."

7) Sustitúyese el artículo 9º por el siguiente:

"Artículo 9º.- La Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con:

1.- Las funciones de regulación y fiscalización del sector salud.

2.- Las acciones de salud pública.

Para los efectos de lo dispuesto en este número, a la Subsecretaría le corresponderá, entre otras cosas, administrar el financiamiento de las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de cobertura nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, sin consideración a la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie. Para el cumplimiento de lo señalado, la ley de Presupuestos deberá contemplar los montos parciales y totales que se destinarán a cada una de ellas.

El Subsecretario estará facultado para requerir las correcciones que sean necesarias cuando, de oficio o por presentación de reclamo, detecte incumplimiento de la normativa que rija a las prestaciones y actividades indicadas en el inciso anterior. La dictación de estas normas se entenderá sin perjuicio de las modificaciones o innovaciones que apruebe en relación con las iniciativas que, con fines de mejoramiento de calidad o eficiencia, le sean propuestas.

Asimismo, la Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio.

La Subsecretaría de Salud Pública contará con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de sus funciones."

8) Sustitúyese el artículo 10 por el siguiente:

"Artículo 10.- Corresponderá a cada Subsecretaría, dentro de su competencia, ejercer las siguientes atribuciones:

a.- Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del sector salud, y coordinar su ejecución por los organismos que integran el Sistema;

b.- Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma de que se garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de una manera integral, eficiente y uniforme; y

c.- Ejercer las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos."

9) Deróganse los artículos 11 a 13.

10) En el artículo 14:

a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con las palabras "el que deberá" y termina con la expresión "siguientes:", por: "sin perjuicio de las oficinas provinciales o locales que pudieran requerirse."

b) Suprímense los literales desde la a) a la j).

11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D, 14 E, 14 F, 14 G, y 14 H, nuevos:

"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la salud pública, de acuerdo con lo que señale el reglamento."

"Artículo 14 B.- La organización de la Secretaría Regional Ministerial será definida por decreto del Ministerio de Salud.

Dicho decreto deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de inspectoría en materias sanitarias, ambientales y de calidad de los prestadores; salud pública; epidemiología, y acreditación de establecimientos de salud.

Sin perjuicio de lo anterior, existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señalen esta ley y el reglamento y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración.

El Consejo Asesor estará integrado por:

1.- Los directores de los Servicios de Salud correspondientes;

2.- Dos alcaldes elegidos por los alcaldes de la región;

3.- Un representante de los colegios profesionales del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;

4.- Un representante de los trabajadores del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;

5.- Un representante de los prestadores de salud privada de la región, elegido en la forma que señale el reglamento.

6.- Un representante de las agrupaciones de usuarios de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;

7.- Un representante de las juntas de vecinos de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;

8.- Un representante de las agrupaciones de las entidades productivas o del comercio de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;

9.- Un representante de la Comisión Regional del Medio Ambiente, elegido por ésta;

10.- El Secretario Regional Ministerial de Educación o su representante, y

11.- Un representante de las universidades o centros de formación superior de la región, si existieren, elegido en la forma que señale el reglamento.

El Consejo podrá realizar consultas adicionales a las instancias que estime pertinentes.

Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

Corresponderá al Ministerio de Salud definir, para cada región, el número de representantes a que se refieren los numerales 3, 4, 5 y 6, teniendo en cuenta, entre otras variables, el número de habitantes de la región.

El reglamento señalará el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento."

"Artículo 14 C.- Las Secretarías Regionales Ministeriales tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud, a través de las respectivas Subsecretarías:

1.- Representar al Ministerio de Salud en la región.

2.- Colaborar con el Intendente y asesorarlo en las materias sectoriales que sean de su competencia.

3.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región, oyendo previamente al Consejo Asesor.

4.- Supervisar a los organismos indicados en el artículo 15, en el ámbito de su competencia regional, en cuanto al cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud. Para tales efectos, entre otras cosas, podrá requerir de la autoridad correspondiente, la adopción de las medidas administrativas que procedieren si detectare el incumplimiento de las obligaciones o deberes por parte de tales organismos.

5.- Mantener el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

6.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre calidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, por parte de los prestadores de salud, sean personas naturales o jurídicas.

Lo anterior no podrá significar una limitación de las potestades que les correspondan a otros organismos públicos, en la fiscalización del Régimen de Garantías en Salud.

7.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre salud ambiental y velar por la adecuada coordinación de las acciones sobre las personas y sobre el medio ambiente de los Servicios de Salud de las Personas y del Ambiente, en el ámbito de jurisdicción de sus respectivos territorios.

8.- Colaborar, conforme las instrucciones del Subsecretario correspondiente, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan, especialmente con los servicios de salud y las entidades administradoras de salud municipal respectivas.

9.- Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorguen los prestadores de salud, tanto públicos como privados, sin perjuicio de las facultades que les competan a otros organismos públicos.

De lo resuelto por el Secretario Regional Ministerial, podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud, en la forma que señala el artículo 14 G, sin que sea aplicable lo dispuesto en la letra n) del artículo 24 de la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

Un reglamento establecerá el procedimiento para la presentación y resolución de estos reclamos.

10.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

11.- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico-administrativas, y

12.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.”

“Artículo 14 D.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, todas aquellas materias que actualmente corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud.”

“Artículo 14 E.- En uso de las atribuciones que le confiere el artículo 14 C, números 6 y 9, el Secretario Regional Ministerial, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá aplicar las siguientes sanciones:

- 1.- Amonestación.
- 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento.
- 3.- Clausura.
- 4.- Cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.
- 5.- Las demás que las leyes y reglamentos autoricen aplicar a la autoridad sanitaria.”

“Artículo 14 F.- Para el cumplimiento de sus funciones fiscalizadoras a que se refieren los artículos anteriores, el Secretario Regional Ministerial podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos relacionados explícitamente con salud, que obren en poder del organismo fiscalizado, y requerir de éste o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar, a éstos o a terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por el Secretario Regional Ministerial, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes de los organismos fiscalizados o de terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.”

“Artículo 14 G.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el Secretario Regional Ministerial, en uso de las facultades de fiscalización descritas en los artículos anteriores, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

El Secretario Regional Ministerial deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Resuelto por el Secretario Regional Ministerial el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ello; dentro del plazo de quince días hábiles contado desde la notificación de la medida, ante el Ministro de Salud, el cual dispondrá de treinta días para resolver.”

“Artículo 14 H.- Será facultad del Secretario Regional Ministerial ordenar, a la autoridad que corresponda, la instrucción de investigaciones o sumarios administrativos respecto del personal directivo de los Servicios de Salud, en lo referente al cumplimiento de las normas de calidad, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan los Directores de dichos organismos y la Contraloría General de la República.

Asimismo, el Secretario Regional Ministerial podrá aplicar al Director del Servicio de Salud o al Director del establecimiento público de salud respectivo, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones emitidas por dicho Secretario en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada un vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor."

12) Sustitúyese el artículo 15 por el siguiente:

"Artículo 15.- Los siguientes organismos dependerán del Ministerio de Salud, en la forma que establece esta ley:

- 1.- Los Servicios de Salud;
- 2.- El Fondo Nacional de Salud;
- 3.- La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud;
- 4.- Los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud, conforme a dichos cuerpos legales, y
- 5.- El Instituto de Salud Pública de Chile.

Dichos organismos dependerán del Ministerio a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, excepto el Instituto de Salud Pública de Chile, el que lo hará a través de la Subsecretaría de Salud Pública."

13) Sustitúyese, en el primer párrafo del inciso primero del artículo 16, la expresión "los Servicios" por "los Servicios o el Servicio", y la frase "fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas", por la siguiente: "promoción, fomento, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud:"

14) Intercálase, a continuación del artículo 16, el siguiente artículo 16 bis, nuevo:

"Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud, estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de atención primaria de salud municipal y los privados en convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, dentro de su territorio, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población."

15) Deróganse los incisos segundo y tercero del artículo 17.

16) Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director designado por decreto supremo del Ministerio de Salud y que será funcionario de la confianza del Presidente de la República.

El Director deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la gestión en salud. Será nombrado a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los

resultados de su gestión y con los objetivos diseñados al momento de su nombramiento, en la forma que señale el reglamento."

17) Intercálase, a continuación del artículo 18, el siguiente artículo 18 bis, nuevo:

"Artículo 18 bis.- Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud.

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención.

El Director deberá, asimismo, velar por la efectiva y eficiente derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red."

18) En el artículo 20:

a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente

"a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como asimismo coordinar, asesorar y controlar todos los establecimientos del Servicio."

b) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:

"m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;"

c) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

d) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o) y p), nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra q):

"o) Disponer, mediante resolución fundada, el traspaso de los funcionarios, en comisión de servicios, a cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, por el término de tres años, prorrogables por una sola vez por resolución fundada. Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.

p) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación, y".

19) Sustitúyese el artículo 21 por el siguiente:

"Artículo 21.- La estructura y organización básica de los Servicios serán determinadas en el reglamento, sin perjuicio de la facultad del Director del Servicio señalada en la letra b) del artículo anterior. Dicho reglamento deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de planificación, presupuesto, gestión de recursos humanos, gestión de planes y programas, gestión de la Red Asistencial, estadística, epidemiología y auditoría.

Los Servicios estarán organizados en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

Con todo, en el mencionado reglamento se deberá contemplar la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", la que estará constituida por aquellos establecimientos dependientes que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros, de gestión y de calidad.

En relación con dichos establecimientos, un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contemple el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias."

20) Intercálanse, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A, 21 B y 21 C, nuevos:

"Artículo 21 A.- Para que los establecimientos puedan ingresar al sistema de postulación como "Establecimiento de Autogestión en Red", el reglamento exigirá, como mínimo, el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Cumplir satisfactoriamente los estándares e indicadores fijados en convenios, normas técnicas u otros instrumentos emanados de la autoridad competente, para la atención de los beneficiarios de la ley N° 18.469, en términos de oportunidad, calidad e indicadores de gestión clínica.

b) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión básicos y desarrollo de competencias, en áreas tales como planificación y control de gestión; gestión de administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de participación de los trabajadores y usuarios del establecimiento; sistemas de cuenta pública y control social, entre otras.

Para cada uno de los sistemas o competencias anteriores, se establecerán estándares e indicadores que luego serán verificados por la autoridad, sobre la base de informes externos, de la forma en que el reglamento lo señale.

c) Lograr equilibrio financiero, lo que se expresará, entre otras variables, en que la proyección de los ingresos devengados sea equivalente a los gastos devengados para el ejercicio presupuestario siguiente; que el plazo de las obligaciones devengadas y no pagadas no sea superior a sesenta días, y que la proyección del gasto en personal, se encuentre financiada para el año correspondiente.

d) Obtener niveles de satisfacción de los usuarios, conforme a parámetros definidos en un sistema objetivo de medición."

"Artículo 21 B.- Los establecimientos a que se refiere el inciso tercero del artículo 21 contarán, de acuerdo con la etapa del proceso en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:

a) Administrar y disponer de sus ingresos propios, conformados por los recursos obtenidos de la facturación por ventas y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes; por la recuperación de subsidios por incapacidad laboral, y por donaciones, según la normativa presupuestaria que les fuere aplicable.

El 20% del monto que resulte del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, será destinado a un fondo que será administrado por el Servicio de Salud respectivo, para la capacitación del personal, adquisición de equipamiento crítico, cumplimiento del Régimen de la ley N° 18.469 y fortalecimiento de la atención primaria de la Red Asistencial correspondiente.

b) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas. Estos convenios deberán ser previamente autorizados por el Director

del Servicio de Salud respectivo, a fin de velar por lo dispuesto en la letra a) del artículo precedente.

c) Celebrar contratos de compra de prestaciones de servicio con personas naturales, para el desempeño al interior del establecimiento de tareas o funciones clínicas, generales o específicas, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud. Dichos contratos deberán contemplar similares condiciones remuneracionales que los funcionarios de dichos establecimientos, de acuerdo con las funciones y responsabilidad que desempeñen.

El gasto asignado a este ítem no podrá exceder del 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.

d) La gestión y administración de sus recursos. El establecimiento que haya cumplido todas las etapas contará con la plenitud de las facultades en esta materia.

e) Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de 1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red".

Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizados por el Secretario Regional Ministerial, conforme a la ley.

Se adquirirá la clasificación mediante resolución fundada del Ministerio de Salud, previa visación del Ministerio de Hacienda. De igual manera deberá revocarse la clasificación otorgada, cuando los establecimientos dejen de cumplir los requisitos o incurran en incumplimiento de sus funciones u obligaciones, conforme lo determine el reglamento."

"Artículo 21 C.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá un carácter consultivo y conocerá de la gestión del Servicio, en lo referido a sus planes de trabajo, así como de su gestión programática, financiera y presupuestaria.

En el desempeño de sus funciones, este Consejo conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.

El Consejo estará constituido por representantes de usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

La composición y funcionamiento del Consejo serán determinados en el reglamento."

21) Sustitúyese, en el artículo 23, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

22) Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

"Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

e) Con los bienes que adquieran por donación, herencia o legado;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."

23) En el inciso primero del artículo 27:

a) Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra "ley" y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: "y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo".

b) Suprímese, en la letra d), la conjunción "y", con que finaliza.

c) Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

"e) Otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 el Régimen de Garantías en Salud, y financiar a estos las prestaciones que no formen parte de dicho Régimen, conforme a la ley;"

"f) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley, y".

24) Intercálase, en el artículo 30, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva, pasando las actuales letras k) y l), a ser l) y m), respectivamente:

"k) Proponer, a la autoridad que corresponda, la aplicación de las medidas administrativas que procedieren a los funcionarios que incurrieren en incumplimiento de los convenios relacionados con las garantías establecidas en el Régimen de Garantías en Salud;"

25) Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral "28" por el numeral "31".

26) En el artículo 39:

a) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

b) Sustituye la letra l) por la siguiente:

"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley."

27) Sustitúyese, en el artículo 40, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

28) Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

"Artículo 42.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra k) del artículo 39 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Instituto, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que lo integren."

29) En el artículo 50:

a) Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

b) Reemplázase la letra f) por la siguiente:

"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley."

30) Sustitúyese el artículo 51 por el siguiente:

"Artículo 51.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra e) del artículo 51 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna de la Central, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que la integren."

"31) Sustitúyense, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:

"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, quien la presidirá;"

"b) Un representante del Ministro de Salud;"

ARTÍCULO 2º.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias, saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1º;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos, en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley N° 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás Directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen

desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en esta ley.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo 1° transitorio.- Lo dispuesto en el artículo 14 D, que se agrega al decreto ley N° 2.763, de 1979, regirá a contar de la fecha de vigencia de esta ley.

Artículo 2° transitorio.- El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud."

Se designó Diputado Informante, al señor **ROBLES**, don Alberto.

SALA DE LAS COMISIONES UNIDAS, aprobado en sesiones de fechas 15, 17, 29 y 31 de julio, 7, 14 y 21 de agosto, 4 y 11 de septiembre de 2002, con la asistencia del Diputado señores Pablo Lorenzini, Presidente, de las Diputadas señoras María Angélica Cristi y Carolina Tohá, y de los Diputados señores Enrique Accorsi, Sergio Aguiló, Claudio Alvarado, Rodrigo Álvarez, Francisco Bayo, Alberto Cardemil, Patricio Cornejo, Julio Dittborn, Camilo Escalona, Marcelo Forni, Guido Girardi, Carlos Hidalgo, Enrique Jaramillo, Eduardo Lagos; Juan Masferrer, Patricio Melero, Sergio Ojeda, Carlos Olivares, José Miguel Ortiz, Osvaldo Palma, Alberto Robles, Exequiel Silva, y Gaston von Mühlenbrock.

Asimismo, asistieron, por la vía del reemplazo, la Diputada señora María Eugenia Mella, y los Diputados señores Felipe Letelier, Carlos Abel Jarpa, Jaime Quintana, Fulvio Rossi.

HÉCTOR PIÑA DE LA FUENTE
Secretario de las Comisiones Unidas

INDICE

I. ANTECEDENTES.....	1
1. DISPERSIÓN, BUROCRACIA E INEFICACIA.....	2
2. CAPACIDAD NORMATIVA DESIGUAL.....	2
3. INSUFICIENTE FISCALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES.....	2
4. INSUFICIENTE REGULACIÓN DE LOS ADMINISTRADORES PRIVADOS DEL SEGURO DE SALUD.....	2
5. INSUFICIENTE COMPRENSIÓN DEL ROL DE LA AUTORIDAD SANITARIA POR PARTE DE LA CIUDADANÍA.....	2
6. INSUFICIENCIAS EN LA LEGISLACIÓN VIGENTE.....	2
- SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	3
1. PROBLEMAS EN EL NIVEL PRIMARIO.....	3
2. PROBLEMAS DEL NIVEL SECUNDARIO.....	3
3. PROBLEMAS DEL NIVEL Terciario.....	4
- FUNDAMENTOS DEL PROYECTO.....	4
1. UNA RED ASISTENCIAL TERRITORIAL CON ÉNFASIS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	4
2. LA ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS.....	4
3. EL AVANCE TECNOLÓGICO.....	5
II. IDEAS MATRICES Y OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	5
- FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA.....	5
- HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN.....	7
- FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.....	8
RELACIÓN DESCRIPTIVA DEL PROYECTO.....	8
- AUTORIDAD SANITARIA.....	9
- FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS.....	9
MODIFICACIONES DE LA NORMATIVA VIGENTE.....	11
III.- ARTÍCULOS CALIFICADOS COMO NORMAS DE CARÁCTER ORGÁNICO CONSTITUCIONAL O DE QUÓRUM CALIFICADO.....	11
IV.- PERSONAS ESCUCHADAS POR LA COMISIÓN.....	11
IV. 1. INTERVENCIÓN DEL MINISTRO SECRETARIO GENERAL DE LA PRESIDENCIA, SEÑOR MARIO FERNANDEZ.....	11
IV. 2. INTERVENCIÓN DEL MINISTRO DE HACIENDA, SEÑOR NICOLÁS EYZAGUIRRE.....	12
IV. 3. INTERVENCIÓN DEL MINISTRO DE SALUD, SEÑOR OSVALDO ARTAZA.....	15
IV. 4. INTERVENCIÓN DEL MINISTRO DEL TRABAJO, SEÑOR RICARDO SOLARI.....	17
IV. 5. INTERVENCIÓN DEL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE, DOCTOR WALTER BROCKING.....	18
IV. 6. INTERVENCIÓN DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO, DOCTOR ALEJANDRO VLASTELICA.....	22
IV. 7. INTERVENCIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G., DOCTOR JUAN LUIS CASTRO.....	25
IV.8. INTERVENCIÓN DEL PRESIDENTE DE LA FENATS BASE DEL SERVICIO DE SALUD METRPOLITANO DEL AMBIENTE, SEÑOR HÉCTOR RETAMAL.....	28
IV. 9. INTERVENCIÓN DEL SUPERINTENDENTE DE ISAPRES, SEÑOR JOSÉ PABLO GÓMEZ.....	30
IV. 10. INTERVENCIÓN DEL DIRECTOR DEL FONDO NACIONAL DE SALUD, DOCTOR ÁLVARO ERAZO.....	32
V.- ARTÍCULOS QUE DEBEN SER CONOCIDOS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA..	36
VI.- DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN GENERAL.....	36
DISCUSIÓN EN PARTICULAR:.....	38
PROYECTO DE LEY.....	85

