

INFORME DE LA TERCERA SUBCOMISION ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTOS, recaído en el proyecto de ley de presupuestos del sector público para el año 2012, en lo relativo a la **PARTIDA 16,** correspondiente al **MINISTERIO DE SALUD.**

BOLETIN Nº 7.972-05 (III).

HONORABLE COMISION ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTOS:

La Tercera Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos informa la Partida señalada en el epígrafe, del proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2012.

En la primera sesión en que la Subcomisión consideró este asunto, el Honorable Senador señor Kuschel fue reemplazado por el Honorable Senador señor Prokurica y el Honorable Senador señor Orpis por el Honorable Senador señor Uriarte y, posteriormente, por el Honorable Senador señor García Ruminot.

A esta sesión concurrieron, además, los Honorables Diputados señoras Denise Pascal Allende y Karla Rubilar Barahona y señores Enrique Accorsi Opazo, Víctor Torres Jeldes, Pedro Velásquez Seguel y Gastón Von Von Mühlenbrock Zamora.

Asimismo, asistió, especialmente invitado el Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich. Igualmente, participaron el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo Fuenzalida; el Subsecretario de Salud Pública, señor Jorge Díaz Anaíz; el Superintendente de Salud, señor Luis Romero; el Director Fondo Nacional de Salud, señor Mikel Uriarte; la Directora del Instituto de Salud Pública, señora Maria Teresa Valenzuela; el Director de la Central de Abastecimiento, señor Valentín Díaz; la Jefa de Gabinete del señor Ministro de Salud, señora Angélica Altamira; el Jefe de Gabinete del Subsecretario de Redes Asistenciales, doctor Mario Villalobos; la Jefa de Gabinete del Subsecretario de Salud Pública, señorita Itziar Linazasoro; los asesores del Ministro, señores Juan Cataldo y Arturo Zúñiga; la Jefa del Departamento de Relaciones Públicas del Ministerio, señora Ana María Morales; el Jefe de Finanzas de FONASA, señor Manuel Rojas; El Jefe del Departamento de Planificación Institucional de FONASA, señor Francisco Santelices; los asesores del Ministro de Salud señores Jaime González y Jorge Andrés Hübner; la funcionaria de la Subsecretaria

de Redes Asistenciales, señora Carolina Covarrubias; la asesora del Superintendente de Salud, señora Pilar Ortega; el Jefe del Departamento de Administración del Instituto de Salud Pública, señor Juan Pablo Sepúlveda; el Jefe de Finanzas de la Central de Abastecimiento, señor Pablo Stuckrath; el Jefe de Gestión y Planificación de Subredes Asistenciales, señor José Ignacio Dougnac;

También estuvieron presentes, en representación del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, la Coordinadora de la División de Relaciones Políticas e Institucionales, señora Carolina Infante y los asesores señora Francisca Merino y el señor Javier Acuña. En representación del Ministerio Secretaría General de Gobierno asistió el asesor señor José Domingo Sagües y en representación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, la Jefa de Subdepartamento del Sector Salud, señora Mariela Orellana; y las sectorialistas de esta área del presupuesto señoras Rebeca Vitali; Gladys Figueroa y Rosita Rojas y el asesor señor Thomas Leisewitz.

Asimismo, concurrió el abogado de la Corporación de Estudios para Latinoamérica, señor Sebastián Pavlovic y el representante de la Fundación Jaime Guzmán, señor Máximo Pavez.

Hacemos presente, además, que en esta primera sesión, la Subcomisión recibió en audiencia a cinco organizaciones: La Confederación Nacional de Asociaciones de Técnicos de Enfermería de Chile (CONAFUTECH); la Fundación Hogar de Cristo; a la Fundación las Rozas; a la Mesa Social de Salud y a la Agrupación “Queremos ser Padres”.

En representación de la Confederación concurrieron la Presidenta de la Federación Regional de FERTESS del Bío Bío, señora Mireya Sanhueza; el Vicepresidente Nacional de CONAFUTECH, señor Juan Rapiman; Tesorera de Fertess Bío Bío, señora Leticia Gutiérrez; la Secretaria General de FERTESS Bío Bío, señora María Angélica Campos; la Protesorera Nacional de CONAFUTECH, señora Marisol Zúñiga; la Prosecretaria Nacional de CONAFUTECH, señora Natalia Clavijo; y la señora Cecilia León y señores Víctor Concha y José Videla.

A nombre de la Fundación Hogar de Cristo, concurrieron su Directora Ejecutiva, señora Susana Tonda; el Director Operación, señor Andrés Millar y la Asesora Técnica, señora Claudia Covarrubias. En nombre de la Fundación Las Rozas: el Gerente General, señor Felipe Valenzuela y la abogada, señora Consuelo Moreno.

En representación de la Mesa Social de Salud asistieron su Presidente señor Claudio González; el Vicepresidente de FENPRUSS Nacional, señor Yamil Asenié y el señor Carlos Verdugo; la Presidenta de CONFUSAM, señora Carolina Espinoza; señor Esteban

Maturana; el Presidente de Médicos Atención Primaria, señor Camilo Bass; el Presidente de FENSUSSAP, señor Lorenzo González y el integrante de esta organización señor Manuel Martínez; el Secretario General de FENATS Nacional señor Roberto Lobos y el integrante de esta organización señor Oscar Riveros; el encargado de las Organizaciones de usuarios de la Salud, señor Enrique Molina; la Presidenta de la Asociación de Estudiantes de Odontología señora Scarlett Mac-Ginty.

Finalmente, en representación de la Agrupación “Queremos ser Padres” concurren su Presidenta, señora Patricia Ramírez, y su Vicepresidenta, señora Patricia Millán.

A la segunda sesión en que se trató esta Partida asistieron, además de sus integrantes, el Honorable Diputado señor Enrique Accorsi; el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo Fuenzalida; el Director Fondo Nacional de Salud, señor Mikel Uriarte y la Jefa de Subdepartamento del Sector Salud de la Dirección de Presupuestos, señora Mariela Orellana.

Tal como se indicó precedentemente, antes de iniciar el análisis pormenorizado de esta Partida, la Subcomisión recibió en audiencia a diversas organizaciones sociales.

En primer lugar, escuchó los planteamientos de la **Confederación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos en Enfermería**

Al comienzo de su presentación, hizo uso de la palabra **la señora Mireya Sanhueza Castillo, Presidenta de FERTESS Biobío**, quien manifestó que desde hace mucho tiempo era un anhelo de las organizaciones que agrupan a los funcionarios técnicos paramédicos, técnicos en enfermería y demás técnicos del área de la salud, tener la oportunidad de hacer presente sus demandas y reivindicaciones ante esta Subcomisión. Opinó que ésta es una instancia muy importante, quizá decisiva para el logro de algunas aspiraciones.

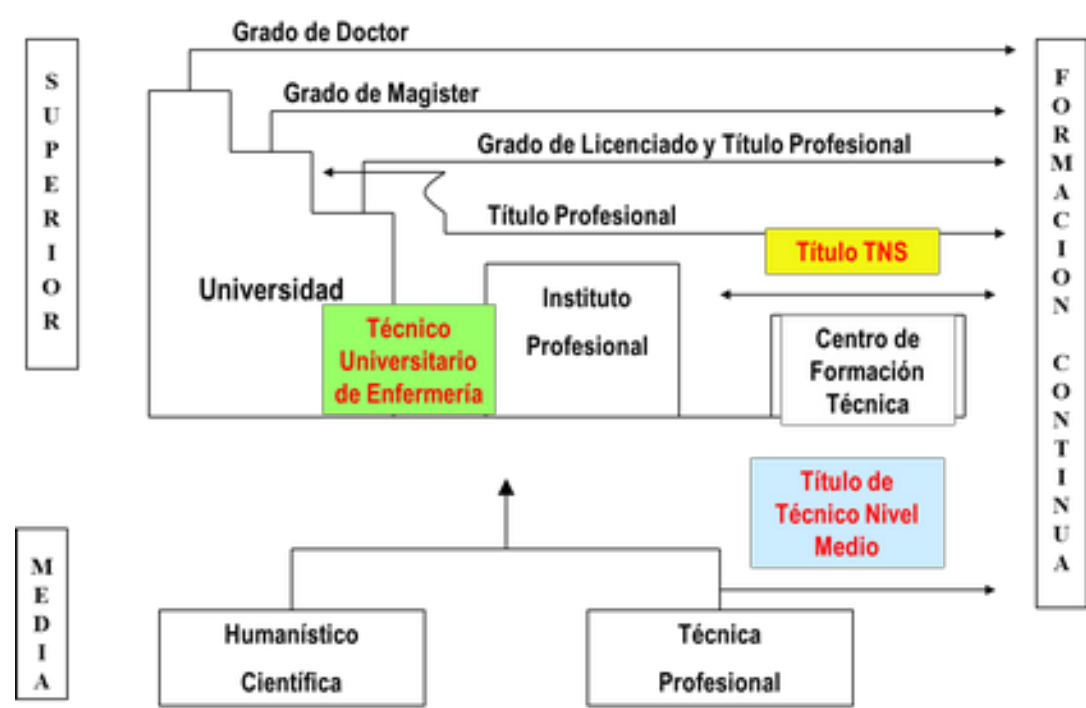
Expresó que desean dar a conocer las muchas tareas pendientes que existen para los trabajadores técnicos-paramédicos del país.

Luego **el representante de la Confederación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos en Enfermería (CONAFUTECH), señor José Videla**, se refirió a la Asignación Técnica para los Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS).

Hizo presente que las organizaciones CONAFUTECH y FERTESS Biobío solicitan, básicamente, Incentivo al Retiro, asignación Técnica, liberación de Turno Nocturno y Festivos, mejoramiento del grado de inicio de los TENS, definición del rol de Técnicos en Enfermería de Nivel Superior dentro del sistema nacional del servicio de salud y, finalmente, terminar con la injusticia y discriminación de la Asignación de Desempeño Colectivo.

Para entender más claramente las referidas solicitudes, consideró necesario remontarnos a la reforma educacional de los años ochenta en que los egresados de la enseñanza superior, no solamente podían irse a la escuela de capacitación y la universidad, sino que se les plantearon las alternativas de los centros de formación técnica, los institutos profesionales y las universidades tanto pública como privadas. En esas entidades se creó la figura del técnico de nivel superior y, en la enseñanza media, el de técnico a nivel medio.

Lo anterior, lo graficó en el siguiente esquema:



Avanzando en la exposición, manifestó que el nuevo Estatuto Administrativo de 1989, ley N° 18.834, creó las plantas de directivos, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares. En ese esquema, agregó, los auxiliares de enfermería que tenían un certificado de competencia quedaron en la planta de técnicos. Por lo tanto, pasaron a ser técnicos sin cumplir los requisitos de estar en la planta técnica.

Más adelante, prosiguió explicando, en 1991, el Ministerio de Salud fijó las plantas de personal de los respectivos Servicios de Salud, y en ese proceso los Auxiliares de Enfermería quedaron en la Planta de Técnicos.

Como consecuencia de lo anterior, dijo, ocurrió que desde la enseñanza superior estaban egresando técnicos de nivel superior, pero no podían trabajar dentro del sistema de personal de la salud pública teniendo un título técnico de nivel superior y, a su vez, los que estaban dentro del sistema se desempeñaban como auxiliares de enfermería, no obstante no contar con un título de técnico de nivel superior. Lo anterior, a su vez, trajo como consecuencia que los técnicos que estaban dentro del sistema quedaron limitados en nuestra propia planta sin poder subir más allá del grado 16 porque no tenían el título de técnico de nivel superior que exigía la ley.

Relató que lo anterior dio lugar a la creación del Colegio de Técnicos Paramédicos de Chile, con la finalidad de arreglar esta situación. Indicó que el Ministerio de Salud creó una Comisión Minsal-Mineduc. El año 1993 se normalizó la nueva carrera de Técnico de Nivel Superior, la que, unos años después, fue incorporada a los programas de los centros de formación y hubo acreditación de la Carrera Profesional de TENS en Universidades, Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica.

Finalmente, el Colegio de Técnicos Paramédicos de Chile celebró un convenio con el ministerio de Salud, cuyo artículo cuarto dispone que las partes se obligan recíprocamente a coordinarse, con el objeto de adoptar las medidas pertinentes para que la preparación de auxiliares de enfermería, impartida de acuerdo al Decreto Ley N° 2.147, de 1978, por el ex Servicio Nacional de Salud o por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, se integre a través de instituciones de educación superior, en el ámbito de la formación de técnicos de nivel superior de conformidad a la legislación vigente.

Reiteró que la aspiración de llegar a ser Técnicos de Nivel Superior (TENS) se justificaba para entregar un servicio de salud de mejor calidad, para lo cual requerían un certificado de competencia –para ser técnicos de derecho y no sólo de hecho- y necesitan una formación superior para obtener nuevos conocimientos, pero principalmente, en la posibilidad de pasar desde un grado 16 de la planta de personal hasta llegar al grado 12.

Lo anterior, lo graficó de la siguiente manera:



Explicó, en seguida que luego de un largo proceso de plantear sus reivindicaciones, el año 2008 se aprobó el encasillamiento del personal de los Servicios de Salud, el que, efectivamente, se verificó.

Sin embargo, aseveró que en esa oportunidad se cometió una injusticia con los estamentos de los técnicos en enfermería

permitiendo igualar a los que tenían título con los auxiliares de enfermería que, sin tenerlo, contaban con veinte años de servicios. De esta forma, explicó, estos últimos obtuvieron cargos grado 12, impidiendo el ascenso a este grado a más de 2.000 técnicos titulados.

Por lo anterior, concluyó, actualmente persisten en el propósito de obtener una asignación técnica para quienes cuentan con formación superior acreditada con el respectivo título.

Connotó que este planteamiento ha sido resistido por la autoridad, que señala que tal asignación no existiría.

No obstante, a esa negativa ellos replican que la ley 19.699 otorga compensaciones y otros beneficios a los funcionarios públicos estudiantes de carreras técnicas de nivel superior.

Sobre la base de este antecedente, sostuvo que, en realidad, sí existe tal beneficio para quienes han estudiado carreras técnicas de nivel superior. Por lo tanto, insistió, hoy día en Chile sí hay asignación técnica.

Puso de relieve que corresponde percibir esta esta asignación a los egresados de una carrera del área de la salud de a lo menos de 4 semestres en una institución reconocida por el Mineduc.

Complementó su planteamiento con los siguientes cuadros de antecedentes:

CONAFUTECH 2006

GRADO	ASIG. PROFESIONAL	60% A.P.
12	\$ 142.544	\$ 85.526
13	\$ 128.022	\$ 76.813
14	\$ 114.922	\$ 68.953
15	\$ 103.160	\$ 61.896
16	\$ 92.604	\$ 55.562
17	\$ 83.129	\$ 49.877

18	\$ 72.626	\$ 43.526
19	\$ 57.640	\$ 34.584
20	\$ 45.747	\$ 27.448
21	\$ 36.308	\$ 21.785
22	\$ 28.813	\$ 17.288
23	\$ 22.868	\$ 13.721

CONFENATS

GRADO	ASIG. PROFESIONAL	50% A.P.
12	\$ 142.544	\$ 71.272
13	\$ 128.022	\$ 64.011
14	\$ 114.922	\$ 57.461
15	\$ 103.160	\$ 51.580
16	\$ 92.604	\$ 46.302
17	\$ 83.129	\$ 41.565
18	\$ 72.626	\$ 36.313
19	\$ 57.640	\$ 28.820
20	\$ 45.747	\$ 22.874
21	\$ 36.308	\$ 18.154
22	\$ 28.813	\$ 14.407

23	\$ 22.868	\$ 11.434
----	-----------	-----------

FENATS UNITARIA

GRADO	SUELDO BASE 20%	20%
12	\$ 203.634	\$ 40.727
13	\$ 188.542	\$ 37.708
14	\$ 174.548	\$ 34.910
15	\$ 161.630	\$ 32.326
16	\$ 149.627	\$ 29.925
17	\$ 138.549	\$ 27.710
18	\$ 128.291	\$ 26.658
19	\$ 199.900	\$ 23.980
20	\$ 112.062	\$ 22.412
21	\$ 104.720	\$ 20.944
22	\$ 97.872	\$ 19.575
23	\$ 91.474	\$ 18.295

FENTSS

GRADO	ASIG. PROFESIONAL 70%	70% A.P.
12	\$ 142.544	\$ 98.781
13	\$ 128.022	\$ 89.615
14	\$ 114.922	\$ 80.445
15	\$ 103.160	\$ 72.212
16	\$ 92.604	\$ 64.823
17	\$ 83.129	\$ 58.190
18	\$ 72.626	\$ 50.838
19	\$ 57.640	\$ 40.348
20	\$ 45.747	\$ 32.022
21	\$ 36.308	\$ 25.416
22	\$ 28.813	\$ 20.169
23	\$ 22.868	\$ 16.008

Hizo hincapié, una vez más, en que los representados por las organizaciones que representa cumplen los requisitos exigidos por la ley pues cuentan con título de técnico de nivel superior, de manera que el Ministerio de Salud no tiene justificación para negar los ascensos y el pago de la asignación técnica.

Presentó, luego, como fundamento adicional para apoyar su solicitud la siguiente Planta esquemáticas de personal de un Servicio de Salud:

DFL 35 Ministerio de Salud 2008, SS Metropolitano Norte

Cargo	Grado	Requisitos
Técnico	12 al 15	Alternativamente

i) Título de Técnico de Nivel Superior otorgado por un Establecimiento de Educación Superior del Estado o reconocido por éste, y acreditar una experiencia como Técnico de Nivel Superior no inferior a dos años, en el sector público o privado; o,

ii) Tener al 30 de julio de 2007, veinte o más años de servicios como técnico paramédico, auxiliar paramédico o auxiliar de enfermería en los Servicios de Salud, y haber aprobado a esa misma fecha, el curso de auxiliar paramédico o de auxiliar de enfermería de 1.500 horas como mínimo, de acuerdo a programas reconocidos por el Ministerio de Salud. Para el cómputo de los años de servicio señalados, se considerarán tanto los años en calidad de titular como a contrata.

Técnico

16 al 22

Alternativamente

i) Título de Técnico de Nivel Superior otorgado por un Establecimiento de Educación Superior del Estado o reconocido por éste y acreditar una experiencia como Técnico de Nivel Superior no inferior a un año, en el sector público o privado ; o,

ii) Título de Técnico de Nivel Medio o equivalente, otorgado por el Ministerio de Educación, y acreditar una experiencia como Técnico de Nivel Medio no inferior a dos años, en el sector público o privado; o,

iii) Licencia de Enseñanza Media o equivalente y certificado de competencias para ejercer como auxiliar paramédico otorgado por la Autoridad Sanitaria, previa aprobación del curso de 1.500 horas como mínimo, según programa del Ministerio de Salud y además, acreditar una experiencia laboral no inferior a tres años como auxiliar paramédico en el sector público o privado.

Técnico

23 Alternativamente

i) Título de Técnico de Nivel Superior otorgado por un Establecimiento de Educación Superior del Estado o reconocido por éste; o,

ii) Título de Técnico de Nivel Medio o equivalente otorgado por el Ministerio de Educación; o,

iii) Licencia de Enseñanza Media o equivalente y certificado de competencias para ejercer como auxiliar paramédico otorgado por la Autoridad Sanitaria, previa aprobación del curso de 1.500 horas como mínimo, según programa del Ministerio de Salud.

A mayor abundamiento, acompañó los siguientes cuadros generales de personal de técnicos de los servicios de Salud y de valorización de sus demandas:

RESUMEN ESTUDIO DATOS CONTECH JULIO 2009							
		TITULAR	CONTRATA	TOTAL	% TITULAR	% CONTRATA	% DOTACION
1	Dotación Total del Personal de la Planta de Técnicos del SS.	17.690	8.561	26.251	67,39%	32,61%	100,00%
de 3 a 13	Total Auxiliares	2.456	1.314	3.770	65,15%	34,85%	100,00%
de 34 a 46	Técnicos Asistenciales	13.148	5.611	18.759	70,09%	29,91%	100,00%
47	Técnico en Enfermería de Nivel Superior	805	405	1.210	66,53%	33,47%	100,00%
	Dotación Total del Personal de la Planta de Técnicos del SS. ASISTENCIALES	16.409	7.330	23.739	69,12%	30,88%	100,00%
54	Técnico Universitario de Enfermería	0	1	1	0,00%	100,00%	100,00%
	TOTAL PERSONAL PLANTA TECNICOS ASISTENCIALES	16.409	7.331	23.740	69,12%	30,88%	100,00%
	% EN RELACION A TOTAL PLANTA TECNICOS	92,8	85,6	90,4			

GRADO	Nº FUNCIONARIOS	ART. 19º LEY Nº19.185	ASIGNACIÓN (50% A. PROF.)	COSTO MENSUAL	COSTO ANUAL
12	20	\$ 170.736	\$ 85.368	\$ 1.707.360	\$ 20.488.320
13	18	\$ 153.342	\$ 76.671	\$ 1.380.078	\$ 16.560.936
14	27	\$ 137.651	\$ 68.826	\$ 1.858.289	\$ 22.299.462
15	51	\$ 123.562	\$ 61.781	\$ 3.150.831	\$ 37.809.972
16	77	\$ 110.919	\$ 55.460	\$ 4.270.382	\$ 51.244.578
17	101	\$ 99.570	\$ 49.785	\$ 5.028.285	\$ 60.339.420
18	176	\$ 86.990	\$ 43.495	\$ 7.655.120	\$ 91.861.440
19	219	\$ 69.040	\$ 34.520	\$ 7.559.880	\$ 90.718.560
20	258	\$ 54.795	\$ 27.398	\$ 7.068.555	\$ 84.822.660
21	400	\$ 43.489	\$ 21.745	\$ 8.697.800	\$ 104.373.600
22	528	\$ 34.511	\$ 17.256	\$ 9.110.904	\$ 109.330.848
23	3960	\$ 27.391	\$ 13.696	\$ 54.234.180	\$ 650.810.160
COSTO TOTAL				\$ 111.721.663	\$ 1.340.659.956

Concluyó su intervención presentando las siguientes conclusiones que recapitulan la argumentación desarrollada durante su exposición:

1) El tener un título de Nivel Superior es una exigencia ministerial, por lo que se hace necesario responder a estos funcionarios que realizaron sus estudios sin ayuda del Estado.

2) La profesionalización del estamento de Auxiliar de Enfermería a Técnico en Enfermería de Nivel Superior TENS ha permitido entregar una mejora cualitativa en la atención de calidad a los usuarios de nuestro sistema público de salud.

3) El uso de la nuevas Tecnología de la Información y Comunicación y el uso y cuidado de los nuevos equipos de alta tecnología, se ha desarrollado sin mayores problemas por este personal que se ha profesionalizado, recibiendo los nuevos conocimientos de la formación Superior y una capacitación continua.

4) El cada vez mayor encarecimientos de los insumos que se usan cotidianamente en la atención de salud, hace necesario tener un personal de enfermería que entienda que el uso racional de los recursos es parte de una atención de calidad.

5) La Asignación Técnica es el reconocimiento a la responsabilidad del personal Técnico en Enfermería de Nivel Superior, TENS, que trabaja con seres humanos y no con máquinas, por lo tanto, la calidad de la atención se da con una buena formación y la formación la dan los centros de formación superior reconocidos por el Estado.

Concluida esta exposición, la Subcomisión acordó, por la unanimidad de sus miembros presentes, enviar a los señores Ministros de Salud y de Hacienda un oficio para poner en su conocimiento el documento que presentó la CONAFUTECH, el cual reúne los fundamentos que justificarían la necesidad de consagrar una asignación técnica para el Personal Técnico de Enfermería de Nivel Superior, que se desempeña en los establecimientos públicos de salud.

-.-.-

A continuación, la Subcomisión escuchó a **la señora Susana Tonda** quien asistió en representación de la Fundación Hogar de Cristo y de la Corporación de Beneficencia San Vicente de Paul.

La señora Tonda inició su intervención señalando que el tema que ocupa a las entidades que representa es la Política Pública para Adultos Mayores en Chile y, particularmente, el Plan de Financiamiento para el año 2012 para los Programas Existentes.

En relación con esa temática, expuso algunos antecedentes sobre la situación de la población adulta mayor en nuestro país.

Al respecto, señaló que la población mayor en los últimos 50 años ha ido en aumento, alcanzando actualmente al 15% de la población del país, esto es, 2.541.607 personas (según la encuesta CASEN del año 2009), y sigue creciendo.

El 24% de la población mayor de nuestro país, dijo, sufre de algún grado de dependencia (limitación de la persona para realizar alguna actividad), de las cuales el 66,4% son mujeres.

Se espera, añadió, que el año 2.025 el 23% de la población sea mayor de 60 años (CELADE). Estas cifras, acotó, son muy preocupantes.

En Chile existen 550.000 adultos mayores en el 20% más vulnerable de la población; de ellos, 226.000 se encuentran bajo la línea de pobreza.

En el primer quintil, continuó exponiendo, aproximadamente 66.000 adultos mayores presentan alguna situación de dependencia, moderada o severa.

En cuanto a la actual oferta total, Residencial y Ambulatoria, para este segmento (20% más pobre), explicó que ella alcanza a sólo 12.000 personas, y se realiza a través de servicios entregadas por las organizaciones no gubernamentales que trabajan con adultos mayores con algún grado de dependencia.

Aseveró que adicionalmente el Estado apoya a 11.000 adultos mayores autovalentes, a través del programa Vínculos, de Chile Solidario.

En resumen, puso de relieve que 66.000 adultos mayores del primer quintil, esto es, del 20% más pobre, tienen dependencia moderada o severa. Todos ellos, resaltó, necesitan cuidado diurno y domiciliario especializado o necesitan vivir en residencias de larga estadía.

En relación con la cobertura actual en fundaciones de beneficencia, afirmó ella alcanza es de:

5.800 Ambulatorios: Cuidado domiciliario y Centros diurnos.

6.700 Residenciales: de las cuales Fundación Las Rosas, San Vicente de Paul, Conapran y Hogar de Cristo, representan más del 80% de esa oferta residencial.

Para tener una idea general el costo de atención promedio para un adulto mayor, mostró el siguiente esquema:

- | | |
|--|----------------|
| - En residencias larga estadía: | \$450.000 mes. |
| - Centros Diurnos especializados: | \$110.000 mes. |
| - Cuidado Domiciliario Socio-Sanitario | \$ 80.000 mes. |

En lo relativo al costo anual las fundaciones para asegurar atención residencial, aseguró que él es más de MM\$ 35.000 al año.

En tanto que el costo anual de las fundaciones, proyectado para servicio de calidad, según el nuevo Reglamento de Residencias de Larga Estadía, él aumentaría a más de MM\$ 40.000.

Se refirió, luego, a las fuentes de financiamiento de la oferta de que disponen las Fundaciones para adultos mayores.

Sobre este punto, afirmó que en las Residencias de Larga estadía en todas las fundaciones se gasta aproximadamente MM\$ 36.100 sólo para operar durante el año 2011. Aclaró que esta suma no incluye mejoramiento de infraestructura, sino que se refiere solamente a lo mínimo para sobrevivir.

Añadió que el 12% de ellos hoy día lo financia el Estado con aporte directo, gran parte de ello -el 80%- a través del Fonasa, ya directamente o a través de los Servicios de Salud. Adicionalmente, hay aproximadamente 900 millones de los (MM\$ 4.100) que los apoya Conapran.

Además, indicó, el 16% (MM\$ 5.850) aproximadamente lo aportan los propios adultos mayores a través de sus pensiones, muchas de ellas básicas.

Finalmente, el 72% (+MM\$ 26.000), o más, es aporte privado a través de donaciones que hacen en las fundaciones de beneficencia.

Enfatizó, además, que para los Centros Diurnos y Cuidado Domiciliario, actualmente no hay aporte del Estado a programas ambulatorios o domiciliarios ejecutados por fundaciones. Éstos, insistió, se financian en un 100% con aporte privado hecho llegar a través de donaciones para fundaciones.

En mérito de los antecedentes expuestos precedentemente, las entidades que representa plantean que definitivamente se establezca una política a partir del 2013, entendiendo que para el 2012 ya es demasiado tarde. Pidió que haya un sistema de subvenciones permanente, diferenciadas por dispositivos residenciales, ambulatorios y domiciliarios de responsabilidad compartida, proponiendo, al efecto una distribución del 50% a cargo del Estado y la otra mitad para que sea aportada por la sociedad civil.

Advirtió que, sin embargo, para llegar al 2013 o al 2014, es necesario sobrevivir el año 2012 y, en este sentido, la solicitud que hace al Ministerio de Salud y, particularmente, a Fonasa, es duplicar el aporte estatal actual para cupos en residencias, que es lo más urgente, vía convenios por pago de prestaciones FONASA o transferencia directa del Servicio Nacional del Adulto Mayor, para llegar mínimo a MM\$ 8.000 anuales. Propuso que este aporte transitorio se mantenga hasta la aplicación de la nueva política sugerida que funcionaría con subvenciones permanentes. Actualmente, informó, ascienden a MM\$ 4.000, lo que representa menos del 50%, pero al menos permitiría a las instituciones sobrevivir un año.

Sin perjuicio de lo anterior, sugirió extender el Programa Vínculo a 10.000 adultos mayores.

Resumió sus anteriores planteamientos en el siguiente esquema:



Expresó que, por lo tanto, lo que se solicita es apoyar a las fundaciones de beneficencia para complementar la red socio-sanitaria existente con distintos dispositivos dependiendo de la complejidad para poder asegurar el cuidado de los adultos mayores pobres mediante subvenciones diferenciadas.

Al efecto, mencionó las siguientes medidas o colaboraciones concretas por nivel de complejidad:

- MENOR COMPLEJIDAD: PROGRAMAS DE CUIDADO DOMICILIARIO que trabajen con adultos mayores con todos los niveles de funcionalidad, sus cuidadores o familiares. Esto se lograría, reiteró, ampliando la cobertura del programa Vínculos.

- MEDIANA COMPLEJIDAD: CENTROS DE CUIDADO y REHABILITACION DIURNOS Y APOYO DOMICILIARIO: que entreguen servicios sociales; además, que trabajen en la mantención y mejoramiento de la funcionalidad y autonomía de la persona mayor, evitando o retrasando su ingreso a una residencia.

- ALTA COMPLEJIDAD: RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA: para asegurar servicio a los adultos mayores más dependientes, cualquiera sea quien entregue el servicio. En este caso,

agregó, las residencias podrían ser operadas tanto por el Estado como por organizaciones no gubernamentales.

ASEGURAR EL CUIDADO de los ADULTOS MAYORES POBRES, mediante subvenciones diferenciadas por tipo de atención, por cada adulto mayor atendido.

En seguida se refirió a la propuesta que el Hogar de Cristo ha formulado al Ministerio de Salud para el año 2012.

Explicó que como el Hogar de Cristo y otras organizaciones están reduciendo su oferta residencial, fueron invitados por el Ministerio de Salud para hacer una propuesta, de manera de poder salvar algunas de las residencias y no reducir los cupos.

Puntualizó que, particularmente en la misma línea de duplicar los aportes, le han solicitado apoyo al Ministerio de Salud para mantener abierto Punta Arenas y Porvenir con 60 camas, Osorno con 20 camas y 2 pabellones en Santiago, con lo cual se reconsiderarían 155 camas y, además, apoyar la atención del resto de las residencias lo que tiene que hacerse vía Fonasa o a través de los Servicios de Salud respectivos.

Nos dijeron en algún minuto del año que los 1.300 iban a subir a 1.500 y la verdad es que es absolutamente insuficiente, por lo tanto, nuestras solicitudes ojalá duplicar ese aporte y poder mantener los centros de Punta Arenas, que ha habido bastante tema mediático, porque no hay ninguna residencia privada en la región, por ello Punta Arenas y Porvenir tienen una connotación especial.

Complementó su exposición aportando los siguientes datos:

Adultos Mayores atendidos en Hogar de Cristo	6.500
Adultos Mayores atendidos en Residencias	1.200

Año 2012

Crece en atención domiciliaria y en centros diurnos 10%
Disminuir cobertura residencial a 800 AM en 15 hogares.

Propuesta solicitada por MINSAL

Aumentar cobertura RESIDENCIAL 2012 de 800 AM a 955 AM, considerando obtener financiamiento para las prestaciones en 4 centros:

Punta Arenas con 60 camas, Osorno con 20 camas y 2 pabellones en Santiago (S. Bernardo y Recoleta) con 75 camas: Total CUPOS reconsiderados 155.

Apoyo a la operación de las 15 RESIDENCIAS restantes para evitar futuros cierres, lo que implicaría una disminución progresiva de cupos a partir del 2012.

	<u>Cifras en MM\$ Anuales</u>	
	2.011	2012
Convenio Fonasa – HC AM	1.300	1.800 (*1.500)
Mantener 4 centros		800
Total Fonasa y Servicios de Salud	1.300	2.600

El Presidente de la Subcomisión, Honorable Diputado señor Ortiz, agradeció los antecedentes entregados y señaló que serían tenidos en cuenta durante la discusión de esta Partida del proyecto de Ley de Presupuestos.

-.-.-

Seguidamente, la Subcomisión recibió a la **Asociación “Queremos Ser Padres”**, representada por su Presidenta y vocera señora Patricia Ramírez.

En primer lugar, la señora Ramírez agradeció la invitación e informó que esa entidad fue constituida el 5 de marzo del año 2011, para trabajar en torno a la enfermedad de la infertilidad.

Explicó que el año 2009 la Organización Mundial de la Salud reconoció la infertilidad como una enfermedad, pero que en nuestro país no se ha hecho lo propio. Por ello, solicitó la colaboración de la Subcomisión y, a través de ella, del Congreso Nacional, para obtener que Chile reconozca la infertilidad como una patología.

Insistió en que, como nuestro país no ha admitido la infertilidad como una enfermedad, no se ha codificado como tal en nuestro sistema de salud y, a raíz de ello, dicho mal se trata asimilándolo a una cirugía plástica.

Sus planteamientos, manifestó, se fundan en que Chile tiene una tasa de natalidad de 1,8% por mujer, ubicándose por debajo de la proporción de mantención de la población, y al punto que el año 2025

los habitantes del país van a ser mayoritariamente adultos. Agregó que, incluso, es probable que ya el año 2020 la población mayor se eleve casi al 40%.

Indicó que sus demandas las apoyan, además, en el derecho a la salud y el derecho a constituir una familia, que están considerados en nuestra Constitución.

Explicó que actualmente los pacientes que pretendan tratarse esta enfermedad deben enfrentar un costo de \$ 350.000 a \$ 600.000 por cada intento (si la dolencia es de baja complejidad), con un protocolo que obliga un mínimo de 4 intentos y un máximo de 6. En cambio, añadió, si se trata de una enfermedad de alta complejidad se deben desembolsar desde \$ 3.500.000 a los \$ 6.000.000.-

A título ejemplar, mencionó su caso personal. Ella, relató se ha sometido a diversos procedimientos médicos para quedar embarazada y ha debido vender su casa, su auto, hoy está endeudada y figura en Dicom.

Por eso, dijo, se han manifestado públicamente para solicitar recursos para atender la enfermedad que afecta a los miembros de la Agrupación. Asimismo, resaltó el contrasentido que representa la circunstancia de que el Estado de Chile invierta importantes sumas de dinero para impedir o postergar la maternidad y no destine recursos a favor de quienes si desean ser padres y están impedidos de serlo. En efecto, manifestó que en la adquisición de anticonceptivos, pastillas del día después, dispositivos intrauterinos y otros mecanismos de esta naturaleza, se invierten \$ 8.500 millones de pesos. En cambio, para combatir la infertilidad se destina solamente la suma de \$ 456 millones.

Informó que existen 350.000 parejas en el país, es decir un 15% de las parejas en edad fértil, que padecen de esta enfermedad, aunque, agregó, existen muchas parejas que desconocen que padecen la enfermedad porque no cuentan con los medios para diagnosticar, derivar y tratarlas.

Resaltó que el símbolo que identifica a esta Agrupación es un reloj de arena, lo que significa que para la gente sana es simplemente un año, para ellos representa doce ciclos de ovulación que han perdido.

En concreto, solicitaron a la Subcomisión:

- Aumentar de 259 a 600 los cupos de alta complejidad que entrega de Fonasa;

- Incrementar los cupos de baja complejidad de 40 que se inauguraron recién este año, a un piso de 5.000 con derecho a tres intentos por cada pareja;

- Codificar estas prestaciones para que sean consideradas por las Isapres y las empresas aseguradoras;

- Modificar los criterios de inclusión, de manera que para acceder a esos cupos no haya que tener 35 años, mientras que en el sistema privado se puede tener hasta 45, o no haya que haber tenido nunca un hijo. Respecto de esta última exigencia, mencionó el caso de una mujer que fue violada a los 15 años, tuvo una hija y luego se volvió infértil. Consideró que esa mujer, que optó por la vida, merece una oportunidad para desarrollar su maternidad en familia, con su marido.

- Posibilitar que las parejas que son de las Fuerzas Armadas tengan derecho a tratarse en sus hospitales, lo que actualmente no se permite.

Reiteró que el propósito de la Agrupación es aumentar los cupos para las parejas de escasos recursos y codificar las prestaciones. Si se codificaran, explicó, se evitaría que las Isapres discriminaran y se favorecería a una cantidad importante de personas que están limitadas hoy en día

El Presidente de la Comisión, Honorable Diputado señor Ortiz explicó que los Parlamentarios no tenían iniciativa en materia de gasto público pero que se solicitaría al Ejecutivo la implementación de un plan piloto para beneficiar a las personas que sufren esta enfermedad.

En consideración a estos antecedentes, la Subcomisión acordó, por la unanimidad de sus miembros presentes, solicitar al señor Ministro de Salud que estudie la posibilidad de implementar un plan piloto destinado a solventar la atención médica y hospitalaria de quienes padecen la enfermedad de infertilidad.

-.-.-

A continuación, la Subcomisión escuchó los planteamientos de la entidad denominada **Mesa Social de Salud**.

Por esta entidad, intervino, en primer lugar, la **señora Yamil Asenié Bahamondes, Vicepresidenta de FENPRUS Nacional**.

Primeramente agradeció la posibilidad de participar en este debate presupuestario, que para ellos tiene gran importancia en la perspectiva de poder participativamente e ir construyendo una mejor Nación, un mejor país y, por supuesto, una mejor salud pública.

Informó, enseguida que los integrantes de esta Mesa Social de Salud son la Asociación de Estudiantes de Medicina de Chile ASEMECH; la Asociación de Estudiantes de Odontología; las Organizaciones de Usuarios de Frentes Amplios de la Región Metropolitana; la organización Salud un Derecho; la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal CONFUSAM; la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud FENPRUSS; la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria; la Federación de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública, FENFUSSAP, y Confederación FENATS Nacional.

Señaló que los gremios señalados con organizaciones de usuarios y estudiantes de carreras de la salud, están absolutamente comprometidos con la necesidad de avanzar en los temas de la salud, pues les asiste la convicción de que nuestro país hoy día está en condiciones de brindar a su población un buen servicio en este campo. Los motiva, agregó, el compromiso de avanzar de manera colaborativa en la construcción del bien común y, especialmente, en el mejor ejercicio del derecho humano fundamental a la salud, que en nuestro país, desde su perspectiva, requiere hoy más atención que nunca.

Asimismo, los mueve, agregó, el derecho que como ciudadanos/as tienen de fiscalizar el ejercicio de la autoridad sanitaria. En suma, se sienten comprometidos con la defensa y fortalecimiento de la salud pública.

Afirmó que conciben la salud como un derecho social, garantizado constitucionalmente y, por lo tanto, demandan salud pública, de calidad y gratuita, lo que exige las reformas tributarias pertinentes.

Expresó entender que la política pública en salud debe ser definida en base a principios de universalidad y solidaridad con criterios de calidad, eficiencia y equidad, gratuita y sin copagos, con participación de todos y todas.

En cuanto al presupuesto, puntualizó que si bien revisando los antecedentes para el proyecto del año 2012 hay un aumento de 6,7% en relación a la ley del 2011, señaló que la expansión del presupuesto de salud, es menor que la del año pasado, dado que el

crecimiento en el 2011 fue de 12,5% y, por lo tanto, se está aún lejos de alcanzar un crecimiento que permita resolver los problemas.

Las anteriores afirmaciones las resumió en el siguiente cuadro:

	2011	2012	Crecimiento
Presupuesto	3.921.803.728	4.301.644.923	379.841.195
% PIB cada año	3,26%	3,41%	0.38%
Aporte Fiscal	2.734.482.516	2.976.731.457	242.254.941
% PIB cada año	2,28%	2,36%	0,09%

Resaltó que el aporte fiscal en este presupuesto crece, pero que si se traduce este aumento a cifras PIB, el aumento alcanza sólo a un 0,09%, llegando a 2,36% del PIB, lo que está lejos de situarnos en el promedio de los países de la OCDE, que llegan a 6,8% de su gasto PIB en salud. A este ritmo de crecimiento, añadió, nuestra Nación en 50 años más recién llegaría a tener un estándar promedio aceptable de inversión en salud para su población.

Sostuvo que cuando se revisa este presupuesto de salud se observan, también, las inequidades, todas vez que resalta el hecho de que la salud pública se financia con 3,41% del PIB –atendiendo a a 14 millones de chilenos- y la salud privada alcanza al 4,4% PIB, en circunstancias que atiende a 2,8 millones de personas que tienen capacidad de pago para acceder a este sub-sistema. Esto, resumió, ilustra el grado de desigualdad y segregación indigna que posee el sistema de salud chileno.

Indicó que los fondos destinados a Fonasa aumentan en un 7,1% (M\$ 3.587.539.216), enfatizando que en este Capítulo, se encuentran los copagos que realizan los afiliados de Fonasa, y que la estimación de estos disminuyó en **1,88%** (M\$ 145.222.471).

Hizo ver, también, que los fondos destinados a Modalidad Libre Elección creció en un 5,53% en relación al año anterior (M\$ 398.213.338), y que estos recursos se ejecutan casi por completo mediante la compra de soluciones de salud en el sector privado.

Connotó que en el programa de atención primaria hay un discurso coincidente en todos los actores respecto de la necesidad de enfatizar este nivel de intervención; de destacar que es estratégico, que se debe prevenir antes que curar. Sin embargo, agregó, cuando se miran las cifras, se ve que en el presupuesto de salud apenas un 22,8% del total del presupuesto se está destinando a la atención primaria y que, en este subsector hay un crecimiento de un 9,6% en relación al presupuesto que está actualmente en ejecución.

Estimó, sin embargo, necesario mencionar que al comparar el proyecto de ley con el presupuesto vigente, esto es, incorporando las modificaciones presupuestarias, al segundo trimestre del 2011, el aumento es de 11,8%. Connotó que quedan pendientes de asignar M\$ 99.359.904, fondos que crecieron en un 23,3% y que forman parte del programa de contingencias operacionales.

Anunció que recién alcanzaron el compromiso del Ministro en cuanto a aumentar el per cápita basal, que es la unidad de subvención con la cual se transfieren los recursos a la atención primaria de salud municipal, con un valor de \$3.160 en su per cápita basal. De esta forma, añadió, se ha superado la barrera de los \$ 3.000, pero todos los estudios demuestran, incluso los del propio Ministerio, que el valor para solamente financiar la cartera de prestaciones en la atención primaria debiera estar del orden de los \$ 3.500. Por lo tanto, dijo, se aumenta la brecha a efectos de que los municipios puedan con recursos desde el gobierno central entregar a la gente una atención como hoy día se merece.

Sobre este último punto, exhibió la siguiente lámina:

Denominaciones	Moneda Nacional Miles de \$	Variación % Ley 2011	Variación Vigente 2do Trimestre 2011
Programa de Atención Primaria	861.510.513	13,7%	11.8%

Programa Contingencias Operacionales	99.359.904	23.3%	-
--------------------------------------	------------	-------	---

Observó que al revisar la evolución de lo que ha sido el crecimiento del per cápita, se ve que ésta ha fluctuado con distintas expansiones de un año a otro, y que con este valor de per cápita basal de 3.160 para el próximo año no se superan otros crecimientos, pero sí es un aumento significativo. Lo que sí es fundamental, resaltó, es que en ese compromiso de incremento del per cápita de \$ 2.700 superando esa barrera de \$ 3.160 para el próximo año, no se incorporen más prestaciones a la cartera de 96 que existen hoy en atención primaria. Si así ocurriera, advirtió, la brecha de déficit seguiría aumentando. Por ello, afirmó, hay un compromiso por parte del Ministerio de Salud de aumentar este per cápita basal a \$ 3.160 sin aumentar la cartera de prestaciones.

Sobre este punto presentó el siguiente cuadro:

Presupuesto Atención Primaria

Año	per cápita \$	Variación %
2003	957	5,40
2004	974	1,78
2005	1.356	39,22
2006	1.481	9,22
2007	1.500	1,28
2008	1.905	27,00
2009	2.134	12,02
2010	2.324	8,90
2011	2.743	18,03
2012	3.160	15,20

Luego expresó otras dudas acerca del presupuesto en atención primaria.

En relación con el programa de alimentación complementaria afirmó que hay nulo crecimiento, lo que es preocupante y significaría que no hay aumento de población.

En cuanto a la alimentación complementaria para adulto mayor, hay un crecimiento de un 5,6% en vacunas, pero en el plan de inmunizaciones hay una rebaja de casi un 15%, lo que le llama profundamente la atención. Conjeturó que podría deberse a una baja también en el nivel de cobertura, lo que puede significar un riesgo para nuestra población.

En los temas de promoción de la salud, advirtió un incremento que aún sigue siendo insuficiente desde la perspectiva de la mesa Social de Salud, si es que realmente se quiere mayor focalización en los programas sobre hábitos de vida saludable y mostró preocupación, además, por la forma como se están implementando estos programas, los equipos de salud primaria están deficitarios y prácticamente dedicados a una labor asistencial debido a la falta de recursos humanos y de insumos, lo que impide desarrollar acciones de educación sanitaria. Agregó que de parte del

Gobierno hay algunos nuevos programas en esta materia, pero se ejecutan fuera del sistema de salud.

Expresó mayor preocupación aún en cuanto a inversión en salud primaria. Sostuvo que si se comparan los presupuestos 2011 y 2012, se advierte una rebaja de un 27%, lo que contradice los anuncios oficiales sobre implementación o construcción de nuevos centros de salud primaria.

Respecto de esta materia presentó la siguiente lámina:

ATENCION PRIMARIA	PPTO 2011	PPTO 2012	VAR %
Atención Primaria de Salud (Prog. Fonasa)	763.246.914	861.510.513	12,90%
Programa de Alimentación Complementaria	45.624.526	45.624.526	0,00%
Programa Alimentación Complementaria Adulto Mayor	19.593.718	20.687.566	5,60%
Programa Ampliado de Inmunizaciones	28.384.249	24.176.007	- 14,80%
Atención Primaria de Salud - componente promoción	3.093.602	3.511.689	13,50%
Inversiones en Salud Primaria	36.602.490	26.730.659	- 27,00%
TOTAL	896.545.499	982.240.961	9,60%

Luego, hizo uso de la palabra **el señor Claudio González, Presidente de la Fenpruss Nacional**, quien señaló que uno de los temas que motivó el surgimiento de la Mesa Social de Salud fue revisar el presupuesto, el aporte de los ciudadanos y, particularmente, los trabajadores.

Dijo que una de las promesas que se planteó en la discusión del presupuesto pasado fue que en el marco del programa de las prestaciones valoradas los hospitales iban a tener la oportunidad de hacer las prestaciones de acuerdo a un presupuesto determinado y de acuerdo a un precio por patología.

Aseguró que, en efecto, hubo un aumento del presupuesto de las prestaciones valoradas. Este programa, que depende de Fonasa, tiene un aumento de 18,1% en relación al 2011. Los recursos que son transferidos a los distintos servicios de salud aumentan en 21,3%.

Sin embargo, expresó, en el momento de la ejecución presupuestaria se presentaron importantes dificultades, toda vez que en materia de prestaciones valoradas, a las urgencias, a las camas críticas, y otras, se sumaron otras acciones que reeditaban ingresos al hospital, pero lamentablemente por costos y por techos, finalmente, estos fueron traspasados por vía de resolución, a las prestaciones denominadas PPI, es decir, prestaciones institucionales, que son prestaciones que tienen menor costo. En otras palabras, afirmó que hay que asumir que se apostó por un modelo que, finalmente, no funcionó. A modo de ejemplo, señaló que en el Hospital de Los Ángeles se planteó para este año por PPB un presupuesto de trece mil millones y, finalmente, van a ejecutar nueve mil millones de PPB.

Mencionó que al realizar una comparación con el presupuesto vigente al segundo trimestre, la variación porcentual tuvo un aumento de un 44,1% (debido a una reducción vía decreto del presupuesto 2011).

Aseveró que los recursos destinados a privados que están en este programa disminuyen en un 4,5%, donde hay que destacar una disminución de un 36,2% de los fondos para el Bono AUGE, en relación al 2011.

De todas formas, dijo, hay que recordar que los gastos están un 73% más alto que en los gobiernos anteriores.

También en esta materia presentó un gráfico. Este es el siguiente:

Denominaciones	Moneda Nacional Miles de \$	Variación % Ley 2011	Variación Vigente 2do Trimestre 2011
Programa de Prestaciones Valoradas	1.139.270.389	18.1%	44 %
Transferencias al Sector Privado	114.155.068	- 4,5%	- 4,5%
Bono Auge	4.112.000	- 36,2%	- 36,2%

Resaltó que, al comparar el proyecto de ley de presupuesto para el 2012 con el presupuesto vigente al segundo trimestre del 2011, se concluye que la reducción de los fondos llega al 24,7%, dado su aumento en las modificaciones presupuestarias indicadas.

Aseguró que en cuanto a la Central Nacional de Abastecimiento hay, en principio, una apuesta por parte del Gobierno a fortalecerla.

Sin embargo, afirmó, de este Capítulo puede sostenerse que en el presupuesto de 2012 hay una reducción del presupuesto tanto en materia de gastos de personal como también una reducción en bienes y servicios.

En definitiva, en su opinión, el presupuesto para la Cenabast contenido en el proyecto de ley de presupuesto 2012 presenta una reducción en 6,75% en relación a la ley de presupuesto 2011.

La principal disminución al interior de este Capítulo se produce en el subtítulo 21 “gasto en personal” cuya reducción es de 7,47% en relación al 2011. Acotó que en la ejecución del presupuesto 2011, la Cenabast fue castigada con una reducción de un 8%.

En el ítem de Subsecretaría de Salud Pública, el presupuesto que contempla el proyecto de ley enviado por el Gobierno al congreso, la Subsecretaría de Salud Pública presenta una disminución del presupuesto en 0,97%.

Resaltó, asimismo, como la reducción más importante la que se produce en el programa ampliado de inmunizaciones, el cual tiene una disminución en recursos por 21,64% en relación al 2011.

Le llamó la atención el exorbitante crecimiento de gastos en informática, que llevará a esta institución no sólo a superar a SONDA sino también a MICROSOFT.

Destacó que, en relación con la inversión sectorial, lo más preocupante es la sub-ejecución presupuestaria, la que según los informes que se entregan al Senado, alcanza solamente al 14%.

La crítica que de nuestros gremios y en particular de las organizaciones son las compras a privados.

Otras notas características del presupuesto que connotó, fueron las siguientes:

- Los fondos destinados a las inversiones en la Cartera de Salud, se ven reducido en un 3,27% en relación a la ley del 2011.

- Que en el último mensaje presidencial se le dio mucha importancia a los programas dependientes de la Subsecretaría de Redes asistenciales, pero esto no se condice con la reducción en los fondos.

- Que para el segundo trimestre del 2011 la ejecución del presupuesto solo alcanza un 14%.

- Que, aparentemente, se deben asumir como traspasos al sector privado la compra a privados por PPV, las Contingencias Operacionales por PPV y la Modalidad de Libre Elección.

- Que, por otra parte, habría un total de presupuesto destinado a provisión de servicios de salud, conformado por PPV, PPI, APS y MLE.

En relación con las compras al sector privado, se presentó la siguiente tabla:

Ítem	Ppto. 2010	% a Provisión	Ppto. 2011	% a Provisión	Ppto. 2012	% a Prov isión
Compra Privados PPV a	68.224.724	2.6%	119.386.442	4 %	114.155.068	3,5 %
Contingencias Operacionales PPV	86.375.467	3,3%	173.574.311	5,8%	43.084.502	1,3 %
MLE	352.441899	13,4%	376.986.646	12,6 %	398.213.338	12,3 %
TOTAL	507.042.089	19,2%	669.947.400	22,4%	555.452.908	17,2 %
Resto Presupuesto	2.129.907.814	80.8%	2.320.983.567	77,6%	2.672.203.588	82,8 %
Total Provisión	2.636.949.903	100 %	2.990.930.967	100%	3.227.656.496	100 %

Afirmó que los trabajadores de la salud podrían hacer muchas más cosas con los ciento catorce mil millones de pesos que se entregan al mundo privado.

En seguida, se refirió a cuestiones vinculadas con el personal del Sector Salud.

Respecto del número de los cargos, señaló que en el Fonasa, en el ISP, en la CENABAST, en la Subsecretaría de Redes Asistenciales y en la Superintendencia de Salud, que son de administración central del Ministerio, sorprende observar menos cargos en el ámbito de la atención.

En los cargos de enfermeras, matronas, asistentes sociales y personal administrativo, el crecimiento es de 2.4%, el crecimiento de las horas médicas es de un 4.5% y el número de cargos de la ley 15.076 de los médicos es un 3,4%.

Postuló, en general, que el personal actual ha venido asumiendo mayor número de atenciones de salud por el AUGE.

No obstante, añadió, cuando se plantea una ampliación de planta, ella no se refleja en el presupuesto.

Concluyó poniendo de relieve que los gremios ha pedido al Gobierno que se trabaje sobre brechas de personal, encontrando nula disposición para ello en el Ministerio y el Gobierno, no obstante que para hacer planificación a futuro se debe trabajar con cifras, lo que podría ser acordado en el marco del presupuesto de salud.

Estos últimos planteamientos los resumió en el siguiente cuadro:

Dotación de Personal de Salud
(Minsal, SNSS y organismos dependientes)

	2011	2012	Variación %
N° Cargos*	2.571	2.567	-0,16%
N° de Cargos Ley N° 18.834	76.764	78.672	2,49%
N° Horas Ley N° 19.664	369.476	386.350	4,57%
N° de Cargos Ley N° 15.076	3.733	3.860	3,40%

Hizo uso también de la palabra **el señor Lorenzo González, Presidente de FENFUSSAP**.

El señor González puso de relieve que todas las exposiciones anteriores ponen de manifiesto una situación extraña: paradójamente cuando se requiere que haya crecimiento en el presupuesto en el sector salud, el que se ha presentado para el año 2012 es mesquino, considerando las expansiones de gasto anteriores.

Sostuvo que el aumento del aporte fiscal directo respecto al PIB, es de sólo un 0.09%, lo que significa que, a este ritmo, que nos demoraremos décadas en alcanzar el promedio del aporte fiscal de los países de la OCDE. Se preguntó. ¿Cuál es la razón que puedan encontrar de fondo para que esto ocurra?

Seguidamente, señaló que le inquietaba la iniciativa relativa a las licencias médicas que ha ideado Fonasa, ya que ella perseguiría la tasa rechazo de dichas licencias.

Agregó que también les preocupaba el excesivo crecimiento que han tenido las utilidades de las Isapres, lo que no se condice con la escasa población que atienden estas entidades aseguradoras. En esta materia, precisó, hay transferencia de recursos desde las prestaciones valoradas, las prestaciones institucionales.

Manifestó que tenían un juicio crítico respecto de las medidas que había adoptado el Ministerio respecto del funcionamiento de CENABAST. Se está tratando, acotó, potenciar a este Servicio con menos recursos, cuando en realidad con eso se está dejando desprovisto a los municipios que no tienen capacidad para adquirir medicamentos a condiciones de mercado.

Indico que a la Mesa Social de Salud le interesa fortalecer el Sistema de Salud Pública, para lo cual es necesario traspasar dineros que potencialmente van a los privados. Hay, agregó, una impresión generalizada de que han fallado las grandes promesas y los grandes discursos sobre la salud.

En otro orden de materias, puntualizó que de la misma manera es que se ha resuelto la cancelación de ciertos bonos al personal y hay una tremenda sub-ejecución presupuestaria en el pago de las asignaciones de turnos y bonos especiales que están en la Ley Miscelánea.

Finalmente, intervino el señor Camilo Bass del Campo, Presidente de la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria del Colegio Médico.

Comenzó su intervención señalando que era indispensable terminar con el déficit de profesionales y técnicos, tanto en el ámbito hospitalario como en el de la atención primaria. Propuso realizar un estudio para determinar la brecha del personal de salud en los hospitales y en los consultorios.

Explicó que en Chile, de acuerdo con los datos que ellos poseen, existe un déficit de un 37% de médicos en la atención primaria, si utiliza como parámetro el estándar de un médico cada 3.333 personas. Agregó que ese déficit sería mayor si tomara en consideración los criterios que ha fijado la OCDE. Manifestó que lo razonable sería contar con un médico cada 2000 personas. Lamentablemente, acotó, de los 30.000 médicos chilenos, menos de 3.000 están en la atención primaria.

Para superar el déficit, propuso consagrar los incentivos adecuados que reconozcan: asignación médica de Atención Primaria; incentivo a Médicos Especialistas en Atención Primaria; estabilidad laboral para quienes que trabajan en los SAPU, y desarrollar una política de formación continua.

Destacó que el Ministerio de Salud está llevando adelante una inversión significativa de recursos en la formación de especialistas, pero probablemente muy pocos van a trabajar en la atención primaria pues no existe una asignación para los médicos especialistas. Lo anterior se traduce en el hecho de que una vez concluida su especialización ellos se van de los consultorios.

Seguidamente se le preguntó que cuando se refería a la formación de especialistas para consultorios se refería sólo a especialistas en medicina familiar o también en otras especialidades.

El señor Bass señaló que se refería a todas las áreas. Puntualizó que como miembro del Colegio Médico y profesional de la Atención Primaria era partidario que los médicos que se especializaron con recursos públicos devuelvan al Sistema Público lo que éste invirtió en ellos. Agregó que, sin embargo, mientras no se creen los incentivos adecuados para retener a estos profesionales, el problema de la partida de especialistas va a perdurar y se hará crónico. Puntualizó que en los análisis que del tema han hecho con el Ministerio de Salud este ha planteado la existencia de una asignación de un 30%, nosotros creemos, agregó, que debería ser un 40%, ya que se trata de personal altamente calificado.

Añadió que los médicos también requieren estabilidad laboral y un programa de formación continua. Señaló que un médico puede trabajar en un consultorio aún si la remuneración no es muy alta siempre que existan los incentivos adecuados para seguir perfeccionándose profesionalmente.

Luego se hizo presente que otro punto tiene que ver con la participación de la ciudadanía. Se aseveró que la propuesta de la Mesa Social de Salud se construye sobre la idea de que es necesario destinar recursos para permitir que funcionen los Consejo de Desarrollo Locales de Salud y sus homólogos que existen en los hospitales, los cuales se organizan para defender los derechos del paciente, hacer planteamientos y participar más activamente en los centros o establecimientos de salud. Se indicó que el ámbito de la atención primaria de salud requiere de la participación de la comunidad.

Por último, concordamos con la propuesta de reforma tributaria, 30% de impuesto para las empresas y 15% para los ciudadanos. Puntualizó que aún después de la tercera reforma de salud aún

no contamos con una política de recursos humanos que potencie la calidad del servicio.

El Presidente de la Comisión, Honorable Diputado señor Ortiz, precisó que los parlamentarios no tenían atribuciones para incrementar los recursos presupuestarios de conformidad a lo que establece la Constitución Política de la República

El Honorable Senador señor Prokurica manifestó que compartía la preocupación manifestada en orden a que se invierten muchos recursos en formar médicos especialistas y posteriormente ninguno de ellos trabaja en consultorios de provincia. En virtud de lo anterior, solicitó que se remita un oficio solicitando al Ministerio de Salud que indique qué medidas se han adoptado para garantizar que los médicos cuyos estudios de especialización son financiados con recursos públicos efectivamente cumplen con los compromisos que adquirieron.

El Honorable Diputado señor Robles señaló que conocía perfectamente la situación de los médicos que se desempeñaban en los municipios ubicados en el distrito que él representa y ha visto como aquellos que se han especializado son atraídos por Santiago, ya que no existen los incentivos para permanecer en provincia.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, la Subcomisión acordó, por la unanimidad de sus miembros presentes, remitir a los señores Ministros de Salud y de Hacienda un oficio mediante el cual se les solicita considerar las inquietudes planteadas en el documento titulado “Mirada al Presupuesto de Salud, 2012”, en que se analiza la política pública de salud y el proyecto de Ley Presupuesto del Ministerio de Salud para el próximo año.

Finalmente se remitió un oficio al señor Ministro de Salud para pedir, en nombre del Honorable Senador señor Prokurica, un informe que precise cuántos médicos, que obtuvieron financiamiento estatal para realizar estudios de especialización en el extranjero, no ha cumplido con el compromiso de volver a prestar servicios en establecimientos regionales de salud pública y qué medidas se han adoptado para evitar que esta situación se reitere en el futuro.

- - -

A continuación, se efectuará una relación del contenido de esta Partida, una síntesis del debate habido a su respecto y de los acuerdos adoptados por la Comisión.

Los antecedentes propios de este estudio se encuentran a disposición de los señores Parlamentarios en la Unidad de Asesoría Presupuestaria del Senado.

Se adjunta como anexo de este informe, en ejemplar único, copia de la Partida estudiada y aprobada por la Subcomisión, debidamente certificada.

PARTIDA 16 MINISTERIO DE SALUD

La Partida en análisis consta de treinta y ocho capítulos. Su presupuesto para el año 2012 asciende a la suma de \$ 4.301.644.923 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que alcanza a la suma de \$ 4.035.661.794 miles, implica un incremento equivalente a un 6, 6 por ciento.

Al iniciarse el estudio de esta Partida, **el Presidente de la Subcomisión, Honorable Diputado señor Ortiz** ofreció la palabra al Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich, quien agradeció la invitación que se le formuló para presentar los antecedentes en que se funda en presupuesto de ingresos y gastos de la Secretaría de Estado a su cargo para el año 2012.

En primer lugar, hizo presente que el presupuesto del Ministerio de Salud tiene algunas complejidades ya que agrupa a una serie de instituciones que son autónomas y que tienen patrimonio propio, que no responden directamente, en su gestión, al Ministerio de Salud como son los 29 Servicios de Salud del país.

Manifestó que este presupuesto es concordante con el actual Programa de Gobierno e incorpora elementos de continuidad y de cambio. Explicó que para el Ejecutivo el Presupuesto de Salud es un contrato y un compromiso de gestión a la vez. Normalmente este presupuesto tenía un carácter referencial ya que durante el curso del año se hacían suplementos o ajustes de acuerdo a las necesidades que debía enfrentar el país. Ahora, agregó, es un verdadero contrato que debemos cumplir.

Añadió que el presupuesto incorpora usos, gastos específicos y fuentes de ingreso que, como sabe, a diferencia de otros Ministerios, tiene ingresos propios, de diversas fuentes, y especialmente a través de FONASA ya que este Servicio percibe la cotización obligatoria de salud del 7% de los empleos formales.

Explicó que desde el año pasado se reintegró a FONASA la función de velar que se cumplan los compromisos presupuestarios y por ello es el garante ante los Servicios de Salud y ante la población chilena de que el compromiso presupuestario se cumplirá efectivamente de acuerdo a la ley aprobada.

Seguidamente, se refirió a los propósitos más relevantes que inspiran a este presupuesto.

En primer lugar, explicó, interesa fortalecer el Sistema de Atención Primaria de Salud. Señaló que durante el año 2010, como consecuencia de la emergencia que se produjo como resultado del terremoto del día 27 de febrero, tuvieron que distraerse, de alguna manera, de este gran objetivo que es acercar la resolución de los problemas más frecuentes de salud a las personas, mediante un sistema de atención salud primaria. Añadió que precisamente con el objetivo de saldar esa deuda se consideran en el presupuesto el aumento de recursos por persona o per cápita, más profesionales y construcción de unidades físicas para la atención primaria y mayor acceso fármacos de mejor calidad. En relación con el sistema AUGE explicó que se aumenta el contingente y la calidad de las prestaciones que se entregan.

En el ámbito del Auge Preventivo explicó que está contemplado un incremento de los controles de salud preventiva, que en el actual presupuesto considera recursos para atender a la población que tiene 9 años de edad. Explicó que el propósito del Ministerio era avanzar hacia un control preventivo de salud que diera cobertura hasta los 18 años.

Asimismo, explicó que se está trabajando en concepto de centros de salud familiares de excelencia mediante un proyecto, que han desarrollado durante este año en 30 centros en carácter piloto y que a partir del próximo año se generaliza para todos los centros de salud familiar primaria dependientes de los municipios.

En segundo lugar, hizo presente que este presupuesto tiene como pilar fundamental fortalecer la red hospitalaria. Igualmente se está trabajando en el cierre progresivo de la brecha de especialistas, como va a explicar el Subsecretario, Doctor Luis Castillo. Se pretende disminuir las listas de espera quirúrgicas no Auge. Al respecto, explicó que al finalizar este año se habrá logrado reducir de 90 mil a 18 mil el número de pacientes en lista de espera.

Agregó que también se busca que, a mediados del año 2013, terminar con el *stock* de 90 mil personas que no teniendo una

patología Auge esperan por una cirugía en el Sistema Público de Salud por más de un año, garantizando, asimismo, estándares de calidad, a partir de las iniciativas de la Superintendencia, que es un aspecto de la ley Auge, donde no se ha dado cumplimiento cabal a lo que ella dispone.

A continuación, explicó que el crecimiento del presupuesto del Ministerio de Salud asciende a un 6,7%. Destacó que esta era una cifra relevante. Si se observa el incremento del presupuesto total de la Nación, que suma 3 mil millones de dólares, este Ministerio recibe el 18,7% de ese aumento, o sea, es el segundo sector que crece, después de Educación, que recibe un 25,7% del incremento.

Respecto al Gasto Fiscal en Salud, manifestó que en la última década el gasto en salud ha pasado de 3560 millones de dólares a más de 9 mil millones de dólares.

En este sentido, destacó, el aumento del per cápita basal, como financiamiento a la salud primaria municipal, lo que se expresa en un crecimiento de un 11%, a lo cual hay que agregar los indexadores de pobreza, ruralidad, desempeño difícil, tercera edad, que hacen que haya comunas que tienen per cápita indexado que se acercan a los 7 mil pesos por persona inscrita por mes.

Este incremento de los dos últimos años equivale a todo lo que creció el per cápita durante el período de gobierno la ex Presidenta señora Bachelet y da cuenta de una expansión del gasto fiscal focalizado en salud primaria.

Finalmente, reiteró las líneas de acción del Presupuesto en Salud para el año 2012.

Enfatizó que el presupuesto del Ministerio aumenta un 6,7% llegando a los 9 mil millones de dólares. Ese incremento se distribuye en la gran mayoría de los Capítulos del Presupuesto. En el nivel primario, se observa un incremento del 9,6%; en libre elección FONASA un 5,5%; en Autoridad Sanitaria y Subsecretaría de Salud Pública un 8,2; en Cenabas y otros un 0,9%; en fiscalización y regularización un 5,6; en licencias médicas un 5,2 %, y en atenciones de nivel secundario y terciario un 5,9%.

A continuación, el Presidente de la Subcomisión ofreció la palabra a los parlamentarios presentes.

El Honorable Diputado señor Robles manifestó que antes de entrar al análisis de los distintos Servicios en que se divide este

presupuesto, deseaba formular al Ministro algunas preguntas en relación con presentación realizada.

En primer lugar, formuló una pregunta en relación a la garantía de calidad. Al respecto, recordó que cuando se aprobó la Ley AUGE se planteó que existirían garantías financieras, de oportunidad y también una garantía de calidad que aseguraría que los servicios de salud que recibiría la población estarían acreditados. Agregó que dicha ley autorizó, con su voto en contra, que los hospitales pudieran adquirir la condición de auto gestionados. Con el fin de tener más antecedentes sobre esta materia, preguntó al Ministro de Salud cuántos hospitales tienen la calidad de auto gestionados y cuáles están cumpliendo los parámetros fijados en la ley.

Asimismo, solicitó más antecedentes respecto de los recursos y las medidas que se están adoptando para garantizar la calidad en la atención de salud.

Por otra parte planteó, al igual como lo señaló en años anteriores, que los indexadores del per cápita no reflejan las necesidades que tiene los municipios del país. Se habló, recordó, que se iban a realizar algunos cambios, modificaciones, algún estudio, en materia de indexadores para ver cómo el per cápita daba cuenta de las necesidades de poblaciones rurales, de poblaciones con pobreza y de poblaciones que, en síntesis, tienen un importante problema de gestión en salud primaria.

Seguidamente, hizo presente que había una serie de problemas en las medidas que estaba adoptando la autoridad sanitaria central para prevenir problemas de salud en la población, sobre todo, agregó, en el área ambiental, en el área de la salud ocupacional, de los alimentos y de los medicamentos, que es necesario aclarar. A modo de ejemplo, señaló que el Gobierno habría aprobado una normativa que evitaría que el Servicio de Aduanas y la autoridad sanitaria efectúen un control de los medicamentos y de alimentos que pueden ser peligrosos para la salud de la población.

Finalmente, hizo presente que se observaba una centralización creciente en la administración de los recursos que administra el Ministerio lo cual contradice la política de descentralización que se había aplicado en anteriores administraciones. En este sentido, requirió información respecto de los recursos que se asignan a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

El Presidente de la Subcomisión, Honorable Diputado señor Ortiz, propuso que estas consultas se respondieran cuando se analice cada una de los Capítulos en que se divide el presupuesto.

CAPÍTULO 02

Fondo Nacional de Salud

Está conformado por cuatro programas. A continuación se consigna el presupuesto de cada uno de ellos, el debate que generó su análisis en la Subcomisión y finalmente, se da cuenta de la votación de estos cuatro programas.

Programa 01

Fondo Nacional de Salud

El presupuesto de este programa para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 3.587.539.219 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de \$ 3.360.694.413 miles, supone un incremento de un 6, 7 % por ciento.

Programa 02

Programa de Atención Primaria

El presupuesto de este programa para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 861.510.513 miles

Programa 03

Programa de Prestaciones Valoradas

El presupuesto de este programa para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 1.139.270.829 miles.

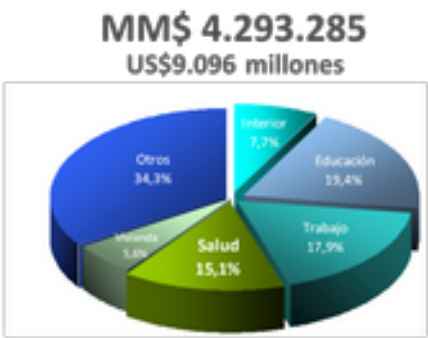
Programa 04

Programa de Prestaciones Institucionales

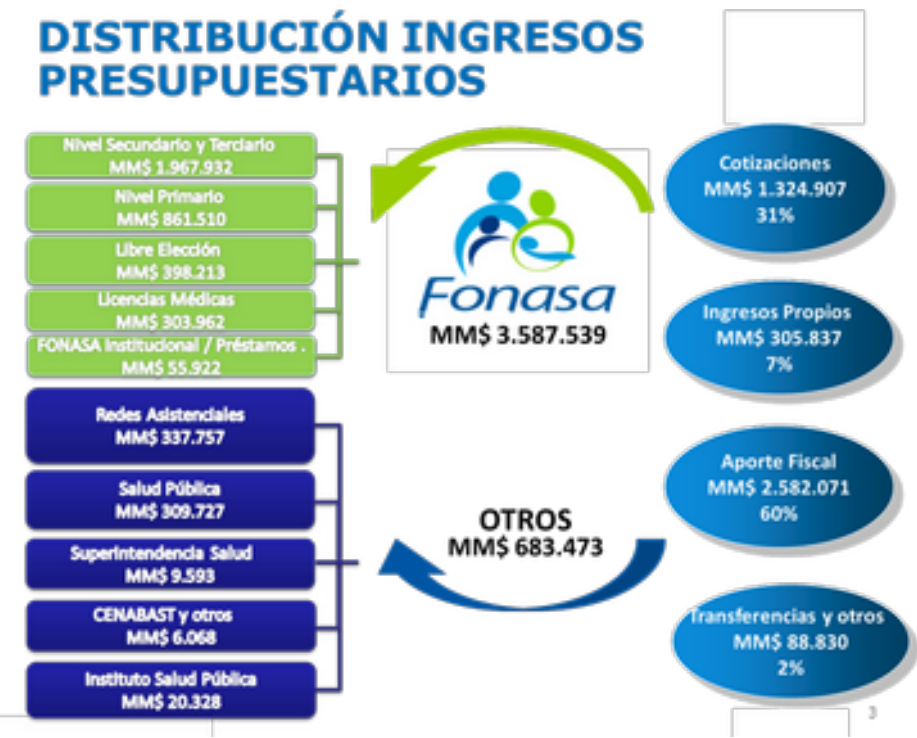
El presupuesto de este programa para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 828.661.816 miles.

Al comenzar el estudio de estos programas, intervino, **el Director del FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA), señor Mikel Uriarte**, quien señaló que el presupuesto de este apartado alcanzaba a la suma de \$ 4.293.285 miles que representa el 15, 1 % del presupuesto global de la Nación, según se da cuenta en el siguiente gráfico.

PRESUPUESTO
SECTOR SALUD 2012



Agregó que los ingresos de esta Partida se estructuran con las siguientes fuentes: Recaudaciones provenientes del 7% de cotizaciones obligatorias que representan el 31 por ciento del presupuesto del Ministerio, los ingresos propios y el aporte fiscal que representa el 60 por ciento de los ingresos de esta Secretaría de Estado, los que se distribuyen según da cuenta el cuadro siguiente:



Seguidamente, explicó que FONASA tiene la obligación de adquirir prestaciones para sus asegurados, lo que realiza en el nivel secundario y terciario y de otras fuentes.

Puntualizó, además, que este Servicio paga Licencias Médicas que han definido las Compines por 3.300 millones y otorga préstamos médicos a los asegurados del Servicio.

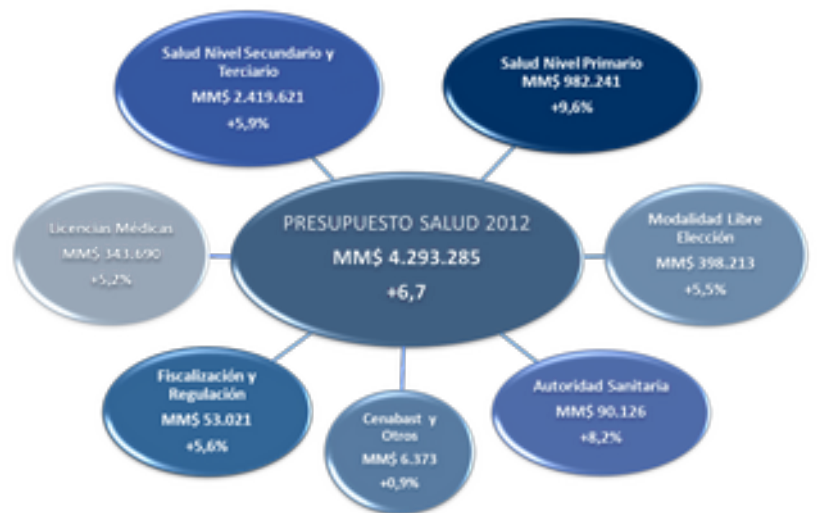
Explicó que los recursos que pasan por FONASA luego van a distintas acciones de salud como, por ejemplo, aquellas de carácter programático (Nivel secundario y Terciario que aumentó un 5,9 por ciento); con prestaciones valoradas e institucionales, con la gestión de redes y con los programas de apoyo al recién nacido. Preciso que las acciones generales de nivel primario tienen que ver con lo que directamente contrata FONASA, con los programas de alimentación complementaria que ve la Subsecretaría de Salud; con el programa de alimentación complementaria del adulto mayor; con el programa ampliado de inmunizaciones, con el programa de gestión y de inversiones en Salud Primaria.

Preciso que las otras acciones de salud se relacionan con el pago de licencias médicas curativas y de accidentes del trabajo. Asimismo, con el reposo maternal, que en el presupuesto vigente alcanza a la suma de 40 mil millones, dineros que se entrega a través de la Subsecretaría de Salud.

Indicó, por otra parte, que con estos recursos se realizan acciones de fiscalización cuyos montos se incrementan en un 5,6 %.

Todos estos antecedentes a parecen especificados en el gráfico siguiente:

PRESUPUESTO 2012 LINEAS DE ACCIÓN



A continuación, recordó cual era la Misión de FONASA, puntualizando que le correspondía actuar como seguro médico publico en los términos que se expresa en la siguiente dispositiva:

MISIÓN

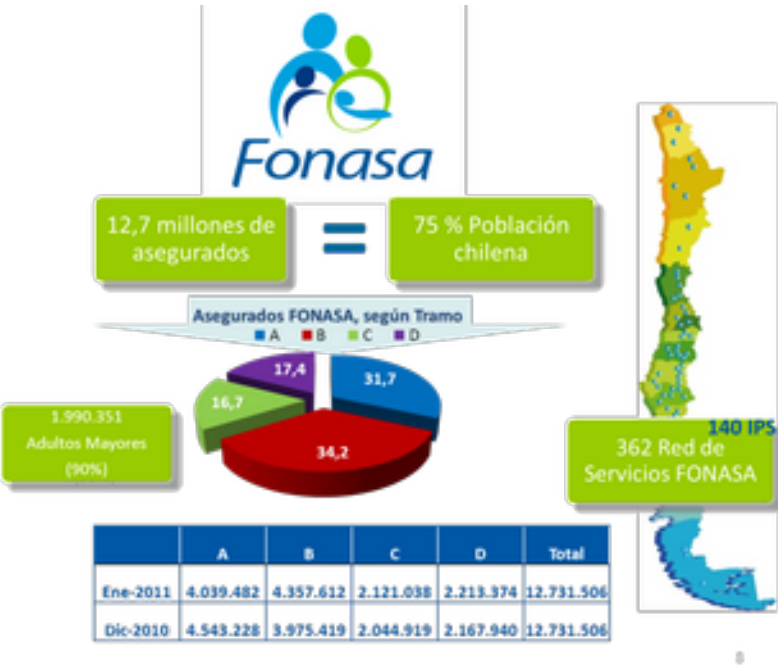
“Ser el Seguro Público, orientado a satisfacer las necesidades de salud de sus asegurados (as) a nivel país, que entrega cobertura financiera de las prestaciones de salud en el sector público y privado, y resguarda un eficiente manejo financiero del sector público de salud”.

- Objetivo N° 1:**
- El Asegurado Público como eje central.
 - Calidad y Oportunidad de Prestaciones.
- Objetivo N° 2:**
- Cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus asegurados.



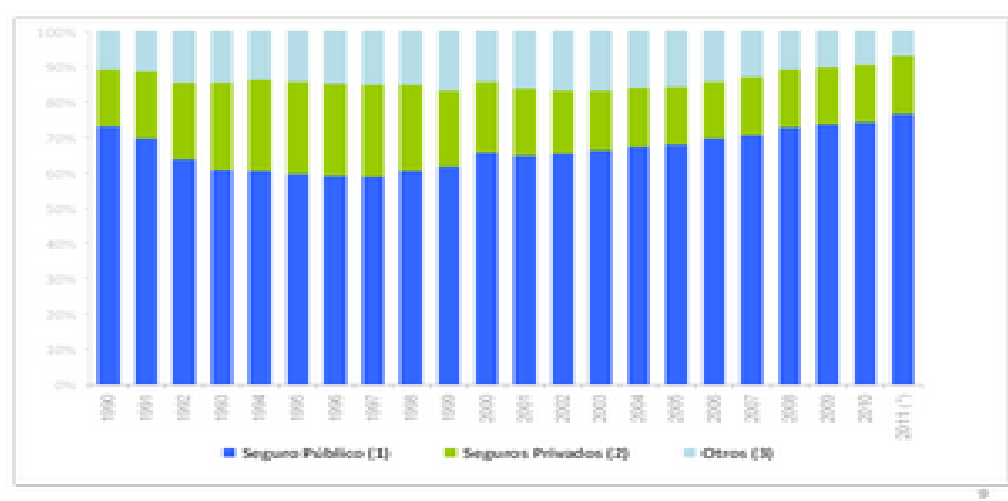
"Al Sr. Juan González Muñoz, asegurado de FONASA, le interesa su salud. No le importa de donde provenga".

Asimismo, explicó que FONASA atiende a 12, 7 millones de personas lo que corresponde al 75 % de la población de Chile. Esta cifra se divide de acuerdo con los datos que se presenta a continuación, donde destaca el número de adultos mayores atendidos por el Servicio y las distintas categorías de afiliados (A, B, C, y D).



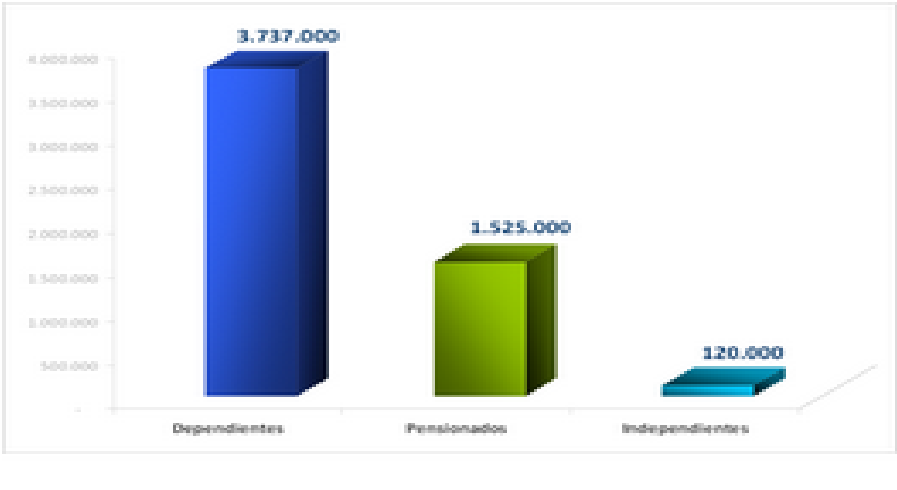
En otro orden de materias explicó que FONASA está incrementando significativamente su participación en el mercado de los seguros de salud, según de consigna en el gráfico siguiente:

**PARTICIPACIÓN DE MERCADO
SEGURO PÚBLICO DE SALUD**



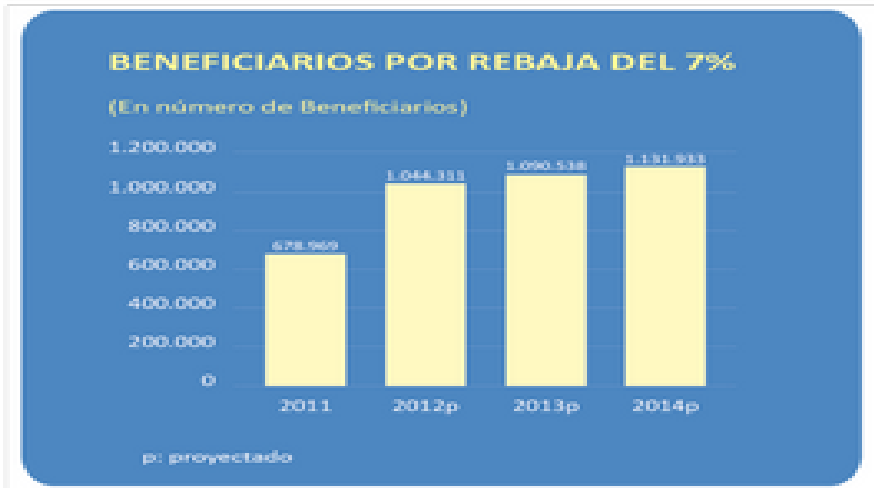
Respecto de los cotizantes de FONASA explicó que el mayor número de ellos se encuentra en el segmento de los trabajadores dependientes, alcanzando a la cantidad de 3.737.000 personas. Agregó que también había 1.525.00 que pertenecen al segmento de pensionados.

**COTIZANTES PROMEDIO
FONASA 2011, 5.382.000**



En relación con el número de pensionados que se verán beneficiados con la rebaja del 7% de salud, explicó que su incremento se producirá, entre los años 2012 y 2014, de acuerdo al gráfico siguiente:

REBAJA 7%
PENSIONADOS



Puntualizó que dichos pensionados seguirán gozando del sistema de libre elección.

Seguidamente, explicó que para atender los 12, 7 millones de clientes el Servicio cuenta con 104 sucursales organizadas para entregar una atención completa. Cuenta, además, con 140 Centros IPS, 64 Cajas de compensación y 100 municipios tienen convenios para otorgar bonos, según se describe en la lámina siguiente:



Valoró especialmente la implementación de los bonos electrónicos ya que otorgan una serie de beneficios tanto a los pacientes, médicos y al propio Servicio que puede controlar de mejor manera las prestaciones que entrega.

Luego, explicó que FONASA atendía al sector más vulnerable de la población, el cual se divide de acuerdo a la siguiente tabla.

ROL SEGURO PÚBLICO EN SALUD

- FONASA asegura a la población más vulnerable del país.

GRUPO ETAREO	%
Niños entre 0-4 años	67,61
Asegurados mayores de 60 años	89,92
Mujeres entre 15-34 años	76,43
Hombres entre 25-39 años	57,56

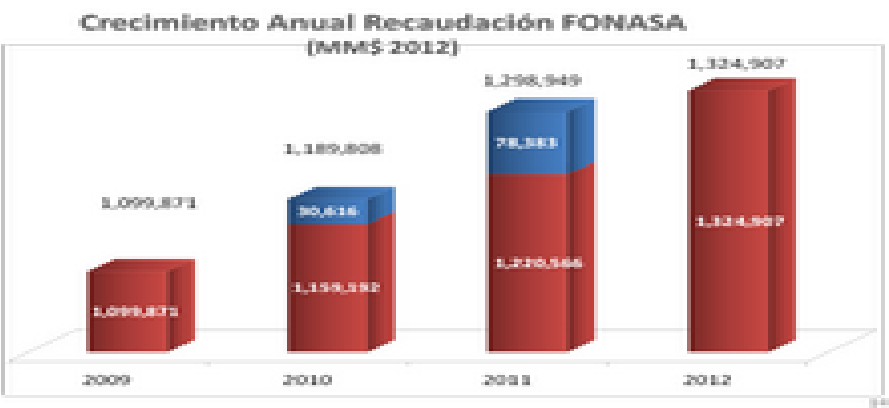
- 4.039 millones de personas actualmente catalogadas como carentes de recursos.

13

Respecto de este gráfico señaló que los adultos mayores constituían una prioridad para el Servicio que él dirige. Explicó que los gastos del Sistema Público en los adultos mayores son muy significativos y alcanza a la suma de 932 mil millones de pesos, cifra estimada a partir del perfil de gastos por edad.

Por otra parte, explicó que FONASA cumple un importante rol en materia de recaudación. Gracias a un conjunto de medidas que se han adoptado se ha elevado su nivel en los últimos años, de acuerdo con los datos que se consignan en el siguiente gráfico.

**ROL DE RECAUDACIÓN
2010-2012**



En materia de fiscalización explicó que el Servicio ha incrementado el número de empresas fiscalizadas, llegándose a la cifra de 10 mil 65 empresas fiscalizadas según los datos que se consignan a continuación:

**MEJORA EN GESTIÓN DE
FISCALIZACIÓN**



A continuación, destacó las iniciativas más relevantes que ha realizado el Servicio durante el último año. Al respecto, mencionó las siguientes:

INICIATIVAS DESTACADAS

- 1. Recuperación del Rol Presupuestario
 - Presupuesto y regularización Deuda.
 - Incentivos a la gestión.
- 2. Término Listas de Espera AUGE y No AUGE
 - Término Listas Espera AUGE.
 - Programa disminución Listas de Espera Quirúrgicas No AUGE.
- 3. Mejora en Gestión de Recaudación y Fiscalización
- 4. Programa de Modernización
 - Ampliación Red Oficinas.
 - 100% Cambio Imagen.
 - Incorporación huella dactilar en red de oficinas y prestadores.
 - Incorporación de formas de pago electrónico.

36

En materia de convenios de gestión valoró, especialmente, el trabajo que ha realizado la Subsecretaría de Redes Asistenciales en esta materia. Al respecto, indicó que esta labor se ha caracterizado por buscar compromisos de actividad de acuerdo con la capacidad hospitalaria de acuerdo a los recursos y necesidades de salud. En esta materia presentó los siguientes antecedentes:

CONVENIOS DE GESTIÓN

I. Convenios de Gestión FONASA, Subsecretaría de Redes y Servicios de Salud:

- Compromisos: Actividad de acuerdo capacidad hospitalaria y a recursos y necesidades de salud.
- Incentivo al Pago por Eficiencia: Se establecieron los incentivos para que toda la red pública ofrezca sus capacidades productivas máximas racionalizando los recursos.

Relación	2009	2010	2011	2012
PPV/PPH (K)	48/52	50/50	52/48	54/42

- Seguimiento Mensual: Información en línea permite a FONASA monitorear la ejecución de las actividades comprometidas, de manera tal de pagar lo que efectivamente se realice.
- Deuda límite por hospital no superior a Diciembre 2010 y no mayor a 45 días, desviaciones superiores sólo con aprobación expresa del Subsecretario de Redes.

17

Explicó, además, que en el ámbito financiero la deuda de los servicios públicos ha ido disminuyendo de manera significativa tal como se expresa en el siguiente gráfico:

ROL FINANCIERO



19

A continuación, señaló que se ha producido un aumento significativo en la productividad de los Servicios Públicos de Salud. Señaló que lo anterior, ha implicado una disminución de las listas de espera No AUGE, lo mismo, acotó, ocurre en las prestaciones complejas y en otros ámbitos.

Los gráficos siguientes dan cuenta de esta situación:

AUMENTO DE PRODUCCIÓN
RED PÚBLICA DE SALUD



20

Explicó que para rebajar las listas de espera se estimuló a que la gente presentar, de acuerdo con la ley, los reclamos correspondientes y, de esta manera, proceder a dar una solución a las listas de espera, según se consigna en el cuadro siguiente:

REDUCCIÓN LISTAS DE ESPERA AUGE

- Se implementó plan para dar solución a los “retrasos” con información mensual, transparente y con acceso directo por el asegurado.



21

Explicó que la gran mayoría de estas soluciones de salud han sido atendidas en la red pública. Por otra parte, destacó que las garantías cumplidas alcanzaron a la cifra de dos millones al año. Precisó que se está trabajando para reducir el número de garantías retrasadas.

Enseguida, presentó un gráfico que da cuenta de lugares donde se han terminado las listas de espera y aquellos en que perduran los retrasos.

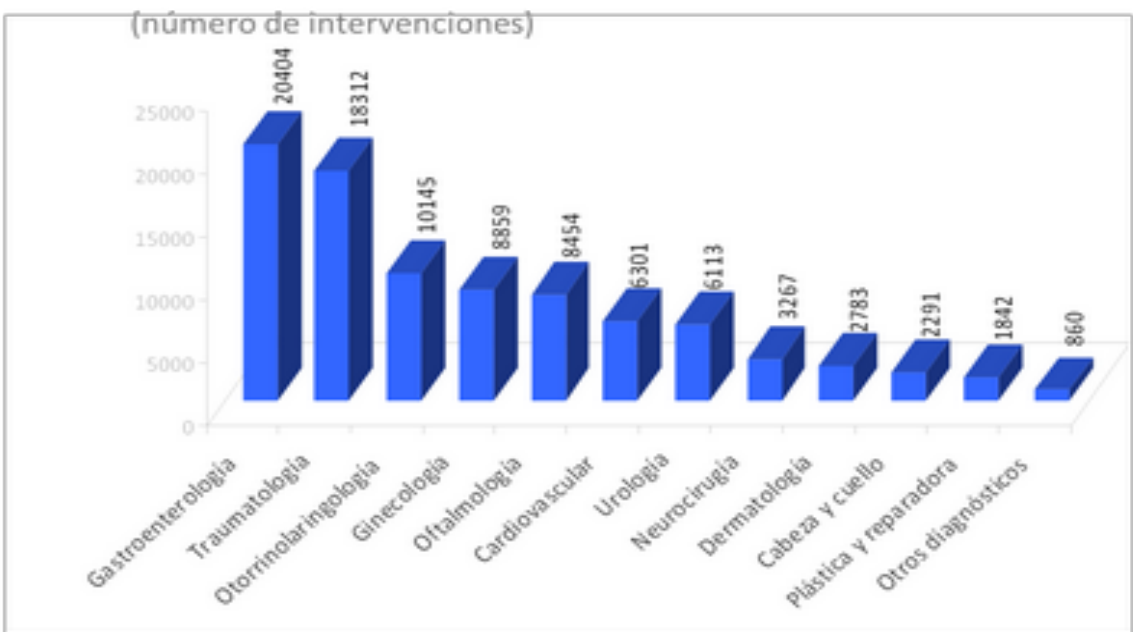
REDUCCIÓN LISTAS DE ESPERA AUGE

ESTADO DE GARANTÍAS AL 15 DE OCTUBRE DE 2011.

SERVICIO DE SALUD	CERTIFICACIÓN	LISTAS DE ESPERA	SERVICIO DE SALUD	CERTIFICACIÓN	LISTAS DE ESPERA
Arica	 ✓	cero	Magallanes		243
Metropolitano Oriente	 ✓	cero	Metropolitano Occidente		298
Osorno	 ✓	cero	Araucanía Norte		409
Valdivia	 ✓	cero	Bío Bío		410
Chiloé	 ✓	cero	Antofagasta		758
Del Libertador B. O'Higgins	 ✓	cero	Coquimbo		772
Talcahuano	 ✓	cero	Viña del Mar Quillota		774
Del Reloncaví	 ✓	cero	Valparaíso Sn Antonio		906
Aysén		42	Iquique		1.144
Atacama		82	Metropolitano Sur		1.154
Aconcagua		116	Metropolitano Sur Oriente		1.261
Arauco		144	Del Maule		1.348
Ñuble		161	Araucanía Sur		1.353
Concepción		230	Metropolitano Norte		2.030
			Metropolitano Central		2.967
			TOTAL GENERAL		16.602

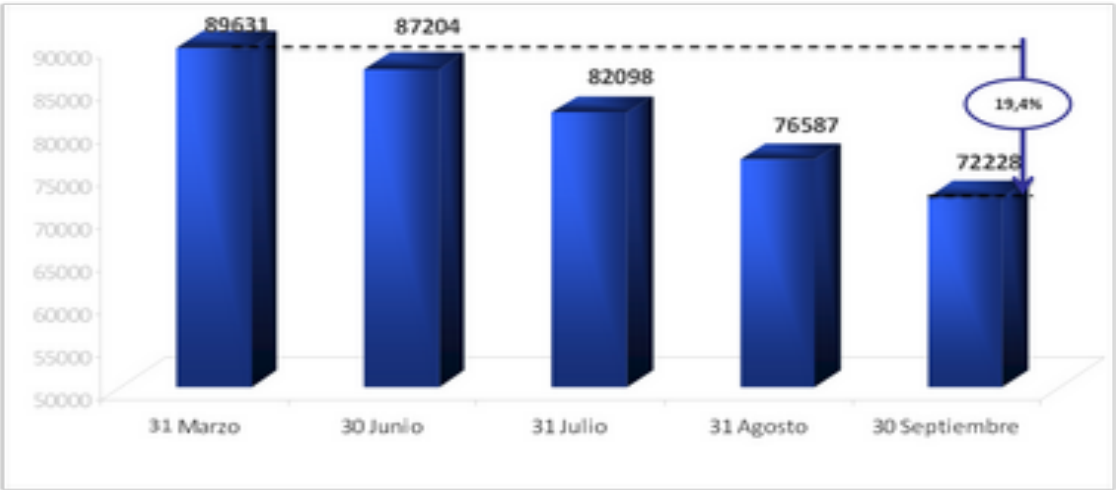
Detalle, asimismo, que se había hecho un esfuerzo por determinar el número de cirugía no auge que estaban pendientes. Preciso que se logró determinar que había 89.631 personas que aún están esperando ser operadas, que se dividen en las especialidades que se señalan a continuación.

LISTAS ESPERA QUIRÚRGICAS NO AUGE > 1 AÑO



Explicó que para hacer frente a esta situación se ha diseñado un plan a 24 meses que permitirá disminuir este número. A continuación se presenta un gráfico que presenta las cifras que demuestran el avance en esta materia. Preciso que estaban destinados 113 mil millones para resolver durante el año 2012 las listas de espera no AUGE.

DISMINUCIÓN DE LISTAS DE ESPERA NO AUGE



Seguidamente se refirió al proceso de modernización de FONASA.

Al respecto, explicó, que en primer lugar se está trabajando en en la modernización de la imagen del Servicio. Asimismo, manifestó que se ha avanzado en las siguientes materias que se indican en el cuadro siguiente:

MODERNIZACIÓN FONASA

- Bono electrónico en prestadores.
- Huella dactilar en red de oficinas.
- Inicio piloto huella dactilar en hospitales.



- Nuevas formas electrónicas de pago.



- Programa de ampliación red de oficinas.
- Piloto licencia médica electrónica.



26

En materia de licencias médicas señaló que ya estaban preparados para pagarlas en el plazo máximo de ocho días.

Explicó que todo lo anterior ha redundado en una progresiva mejora de la imagen pública de FONASA, según da cuenta el siguiente gráfico.

IMAGEN FONASA



Lo cual fue refrendado en una encuesta de satisfacción de los usuarios realizada por la empresa Adimark y que ubica a FONASA en un lugar superior al que ocupan empresas aseguradoras privadas, según se presenta en la siguiente tabla:

- ❑ Chile 3D, Fonasa primero en la categoría de “Previsión/Isapre”



29

A continuación se refirió a los desafíos que debe cumplir el Servicio durante los años 2011 y 2012. Al respecto preciso que ellos eran los siguientes:

DESAFÍOS 2011-2012 FONASA

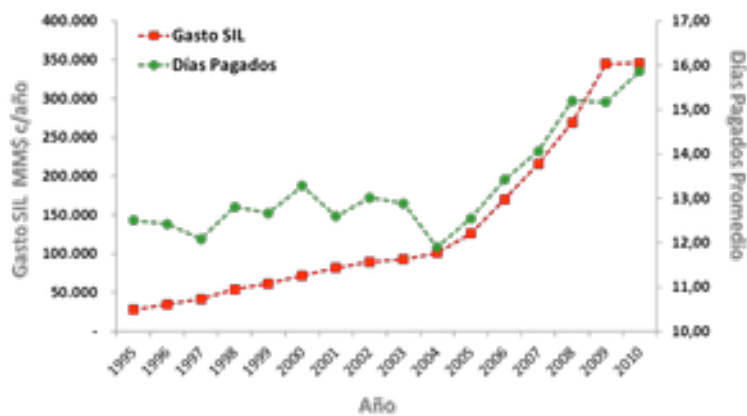
1. Igualdad de derecho de los asegurados para acceder a la modalidad Libre Elección.
2. Mejoras Plan de Salud.
 - Aumento cobertura financiera PAD
 - Aumento gradual del número de PAD
3. Revisión completa de aranceles FONASA.
4. FONASA pasa Visita, asegurados primera prioridad.
5. Término Listas de Espera AUGÉ, antes del plazo comprometido.

- 6. Inicio de resolución de listas de espera No Auge, junto al plan de reducción cirugías mayor a 1 año.
- 7. Fortalecimiento del Plan de Fiscalización.
- 8. Optimización del proceso de Recaudación.
- 9. Nueva Ley de Contraloría Licencias Médicas.
(solicitud permanente asegurados de FONASA pago antes de licencia médica antes de 15 días)

20

Seguidamente presentó dos gráficos. El primero para mostrar los gastos SIL versus los días pagados y otro referido a las tasas de rechazo de licencias médicas.

GASTO SIL v/s DÍAS PAGADOS
PROMEDIO



20

TASAS DE RECHAZO - COMPIN
Según Clasificación por Tipo



34

A continuación, se refirió a las razones que explicaban el rechazo de las licencias médicas, de acuerdo a los antecedentes que figuran en el siguiente cuadro:

EXCESIVA DEMORA EN PAGO
LICENCIA MÉDICA

- **Estructura**
No existe una estructura organizacional homogénea a nivel país.
- **Dotación**
Heterogénea, tanto a nivel de médicos como profesionales y administrativos.
- **Carga Laboral**
Heterogénea, tanto para personal médico como administrativo.
- **Sistemas de Información**
Deficiencias en el uso de tecnologías modernas que soporten los procesos y apoyen la toma de decisiones.
- **Procesos y Procedimientos**
Falta de definición centralizada y homogenización de controles y resultados.
- **Guías o Protocolos**
Necesidad de mayor número de protocolos o guías que apoyen al trabajo considerando las principales enfermedades, los tiempos de reposo asociados, etc.
- **Peritaje**
Baja labor de peritaje, el nivel de Licencias Pendientes en Peritaje equivale a un 0,05% a nivel país.
- **Sanciones**
Prácticamente no existen Sanciones, ni a prestadores ni a Pacientes.
Es necesario definir normas específicas para tipificar el delito del uso fraudulento de LM.

35

Para subsanar esta situación planteó que se estaban llevando adelante una serie de innovaciones legales y reglamentarias para hacer frente a esta situación.

En esta materia, exhibió un cuadro donde se resumen los beneficios de las las Licencias Médicas Electrónicas.

BENEFICIOS LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA

TRABAJADORES	• Evitar el trámite de traslado del formulario ahorrando tiempo y costos • Evitar una preocupación incompatible con el estado de salud • Verificación electrónica del estado de la licencia • Garantía de que se preservará el secreto médico sobre los diagnósticos
PROFESIONALES	• Evitar malas prácticas en el otorgamiento de licencias médicas • Garantía de que se preservará el secreto médico sobre los diagnósticos • Acceso a información de las licencias electrónicamente otorgadas
EMPLEADORES	• Notificación electrónica de la ausencia de sus trabajadores de manera oportuna. • Tramitación rápida, económica y eficiente • Evitar costos de traslado del formulario
ENTIDADES QUE SE PRONUNCIAN (COMPIN)	• Acceso a la información de manera más oportuna • Optimizar proceso de fiscalización • Facilitar el control del gasto en SLL • Ahorros operacionales debido a la sustitución del procesamiento de licencias en papel
Globales (Organismos Públicos competentes)	• Acceso a información de manera oportuna y eficiente • Diseño de políticas públicas de salud y seguridad social

38

Enseguida, detalló algunas cifras para explicar los principales cambios que presenta el Presupuesto de FONASA para el próximo año.

Al respecto, explicó que éste crecía en un 6,7 % si se le compara con el presupuesto vigente, llegando a la suma de \$ 3.587.539.216 miles, según se explica en el siguiente gráfico.



Señaló, asimismo, que este presupuesto crecía especialmente, en las prestaciones del nivel primario de salud, donde hay un incremento presupuestario de un 12,9 %.

**PRESUPUESTO COMPRA
PRESTACIONES**

NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN
MM\$ 861.510



Crecimiento

\$ 98.264 millones adicionales

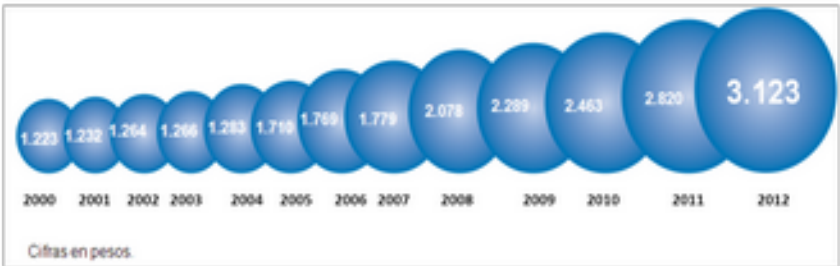
40

Estas cifras, explicó, implican un crecimiento del per cápita de un 11%, lo que en los dos últimos años implica un incremento total de un 27 % del per cápita basal, según se muestra en los cuadros siguientes:

**PER CÁPITA BASAL
ATENCIÓN PRIMARIA**

Crecimiento 2012, \$ 2.820 a \$ 3.123
+11%

Acumulado últimos dos años
+27%



42

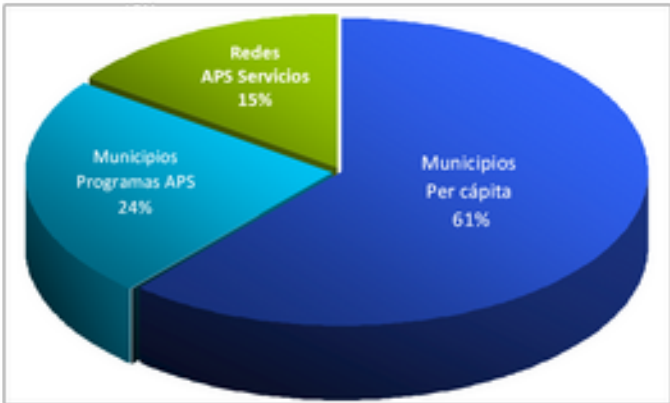
Hizo presente que si se le agregan los indexadores, tal como lo planteó el Honorable Diputado señor Robles, se llega a las siguientes cifras:



En relación a los recursos destinados a las compras de salud primaria (APS) precisó que ellos se dividen en un 15 % destinado a APS Servicios; 24% programas APS adicionales al per cápita de los Municipios y 61% a Municipios per cápita.

**PRESUPUESTO COMPRA
PRESTACIONES APS**

MM\$ 861.510



44

Seguidamente, indicó que la compra de prestaciones incluye los elementos que se indican a continuación:

**COMPRA DE PRESTACIONES APS
PRINCIPALES CRECIMIENTOS**

- Incluye un 11% de crecimiento real del per cápita basal aumentando de \$2.820 a \$ 3.123.
- Considera Recursos por aumento de población estimada **(12.010.995)**.
- Considera financiamiento para premiar a 30 Centros de Salud Familiar de Excelencia.
- Considera recursos para financiamiento de la continuidad de los Programas GES (medicamentos).
- Se amplía cobertura en 15 SAPU (Sistema de Atención Primaria de Urgencia) y 15 SUR (Sistema de Atención Primaria de Urgencia Rural).
- Incorpora 15 nuevas unidades de Atención Oftalmológica y 20 nuevas salas de operación.
- Incorpora recursos para financiamiento de gastos operacionales de 14 CESFAM y 19 consultorios que se acreditan como CESFAM en 2012.
- Incremento de recursos para asignación de desarrollo y estímulo.

45

- ▣ Aumento de cobertura del Programa de Asistencia Ventilatoria no invasiva para 40 adultos y 20 niños.
- ▣ Considera recursos destinados a 30 nuevas salas de Rehabilitación Base Comunitaria (RBC) y 4 nuevos equipos rurales.
- ▣ Aumento de acciones bajo el modelo intercultural en la Región de la Amazonia.
- ▣ Ampliación de 30 equipos de Salas ERA.
- ▣ Aumento de cobertura de imágenes diagnósticas.

En relación con la compra de prestaciones de salud en el nivel secundario y terciario, explicó que se observa un crecimiento de un 5,2 %.

PRESUPUESTO COMPRA PRESTACIONES

NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

MM\$ 1.967.932



Crecimiento

\$ 96.770 millones adicionales

Manifestó que estas compras se dividen en los siguientes ámbitos:

**COMPRA DE PRESTACIONES
NIVEL SECUNDARIO Y Terciario
PRINCIPALES CRECIMIENTOS**



Luego, detalló las áreas en las que se utilizarán estos recursos, de acuerdo con el siguiente cuadro:

COMPRA DE PRESTACIONES NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO PRINCIPALES CRECIMIENTOS

- ❑ Se destinarán **\$ 27.340 millones** adicionales para financiar el crecimiento en el número de casos por variaciones en la prevalencia de los problemas AUGE y de la población beneficiaria FONASA.
- ❑ Se mantienen **\$ 4.112 millones** para el financiamiento del Bono AUGE con el fin de solucionar garantías en salud retrasadas para beneficiarios del Sistema Público de Salud.
- ❑ Se incrementaron en **\$ 4.268 millones** los recursos destinados a la disminución de lista de espera no AUGE de larga data.
- ❑ Se incorporan recursos adicionales por **\$ 12.537 millones** destinados a financiar prestaciones complejas tales como cardiocirugías adulto, cáncer e implantes cocleares.
- ❑ Se destinan **\$ 7.247 millones** para aumento de cobertura de camas críticas (38 adultas, 43 neonatológicas y hospitalización domiciliaria en 5 establecimientos).
- ❑ Urgencia Hospitalaria y pre hospitalaria cuenta con **\$ 2.169 millones** para 7 nuevas ambulancias SAMU, fortalecimiento de equipos clínicos e implementación de TRIAGE en unidades de emergencia hospitalaria.

49

- ❑ Se incrementan los recursos en **\$ 5.610 millones** para el Programa de Resolutividad de Atención y Tele radiología.
- ❑ Se incorporan **\$ 47.269 millones** para financiar efectos leyes de personal, suplencias y reemplazos y efectos año de nuevos cargos contratados en 2011.
- ❑ Incorpora recursos por **\$ 10.965 millones** para la formación de especialistas y subespecialistas.
- ❑ Considera recursos por **\$ 7.941 millones** para financiar la puesta en marcha de 7 proyectos que comienzan a operar en 2012 y **\$ 5.040 millones** para financiar la operación de proyectos de inversión de años anteriores.
- ❑ Considera **MM\$ 2.849** adicionales para financiar aumento de cobertura de hogares y residencias protegidas de salud mental.
- ❑ Medicina transfusional **\$ 329 millones**.
- ❑ Programa Oxigenoterapia ambulatorio **\$ 979 millones**.
- ❑ Fortalecimiento del proyecto de GRD e implantación en 10 nuevos hospitales.
- ❑ Aumento de cobertura Programa de Medicamentos de Alto Costo **\$ 915 millones**.
- ❑ Ampliación del convenio de compra de Prestaciones Médicas DFL 36 **\$ 1.109 millones**.

50

En este punto, aclaró que el Servicio había presentado querellas para investigar los posibles delitos que se han cometido, en aquellos casos en que hay un número muy elevado e injustificado de licencias otorgadas por un determinado prestador.

Finalmente, entregó cifras relativas al incremento en los recursos que se destinan a la modalidad de libre elección y a subsidios por incapacidad laboral, las cuales se presentan en los siguientes esquemas:

**PRESUPUESTO
MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN**

MM\$ 398.213



Crecimiento \$ 20.860 millones

Destinados a financiar un aumento de la actividad y uso de prestaciones médicas y la incorporación de 4 nuevos PAD asociados a problemas oftalmológicos, de cálculo renal, operación de meniscos e histerectomía.

**PRESUPUESTO SUBSIDIOS
INCAPACIDAD LABORAL**

MM\$ 303.962



Crecimiento \$ 13.874 millones

Subsidios de Incapacidad Laboral para licencias
curativas comunes producto del aumento del número
de cotizantes y gasto promedio.

Asimismo, el Director de FONASA explicó que el presupuesto institucional de este Servicio crecen en un 3,8 por ciento, según da cuenta a continuación, siendo estos recursos utilizados en la construcción de tres nuevas sedes sucursales, en gastos de salas cunas para hijos funcionarios y en gastos de servicios operacionales

**PRESUPUESTO
FONASA INSTITUCIONAL**

MM\$ 49.162



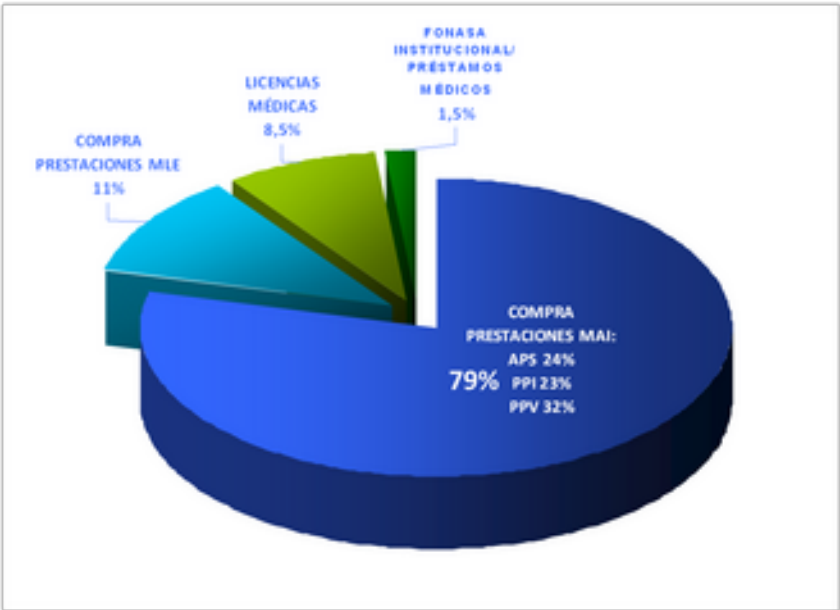
Crecimiento MM\$ 1.797

- Considera la construcción de 3 nuevas sucursales.
- Gastos en salas cuna (hijos (as) de funcionarias).
- Gastos por servicios operacionales para asegurados.

53

En síntesis señaló que el presupuesto de FONASA se invertirá de acuerdo a los siguientes parámetros: un 79 % en la compra de Prestaciones de Salud; 11 % en Prestaciones de Libre Elección; un 8,5 % en Licencias Médicas, y un 1,5 % en el FONASA Institucional y Préstamos Médicos

**PRESUPUESTO 2012
FONASA, MM\$ 3.587.539**



54

A continuación, **el Presidente de la Subcomisión, el Honorable Diputado señor Ortiz**, ofreció la palabra a los Senadores y Diputados presentes en la sesión

En primer lugar intervino, **el Honorable Senador señor Uriarte** quien valoró enormemente la labor que está realizando el Ministerio de Salud y en particular FONASA para llevar adelante todas las iniciativas que previamente se han descrito.

Destacó, además, que en el modelo de gestión se garantizar la libertad de elección de las personas y la igualdad de oportunidades para escoger las prestaciones tanto en el Sector Público como privado. Puntualizó que era muy claro que ambos sectores eran muy distintos, que tienen prestaciones diferentes y que el esfuerzo del Estado se dirige a garantizar a los ciudadanos la igualdad de oportunidades al momento de ser atendido en un hospital público o clínica privada

Señaló que si bien hoy en día no es lo mismo ser atendido por un accidente en el Hospital de Ovalle que en el Hospital Sótero Del Río, es evidente que se está haciendo un esfuerzo considerable por garantizar la igualdad de oportunidades, cuya concreción más importante se aprecia en la disminución de las listas de espera, en fiscalización de la inversión de los recursos públicos de todos los chilenos, particularmente de los pacientes.

Seguidamente, le planteó al Ministro un problema que afecta a personas que viven en la Región que él representa y que dice relación con los recursos que se destinan en el presupuesto para atender enfermedades raras.

Al respecto, preguntó si en el presupuesto del próximo año están considerados recursos para crear un Fondo orientado a solventar los gastos de las personas que sufren dichas enfermedades.

Hizo presente, además, que junto con otros parlamentarios había presentado una Moción para crear un Fondo especial. Entiendo, agregó, que el Ministerio está estudiando la creación de un Fondo de similar naturaleza.

Sin perjuicio de lo anterior, manifestó que mientras no se apruebe la creación de ese Fondo se necesita otro, de carácter transitorio, que permita financiar a los enfermos que se encuentran en un estado terminal. Se trata de 70 ó 90 pacientes, muchos de los cuales viven en la Región de Coquimbo. A partir de este antecedente, preguntó si se considera crear dicho Fondo.

Asimismo, manifestó que le preocupaba otro problema de salud, que también inquieta al Honorable Diputado señor Velásquez, que dice relación con un mal muy radicado en la zona rural de la provincia del Limarí, cual es la hidatidosis. Puntualizó que esta enfermedad que tiene una alta prevalencia en la población rural y en los índices de salud. Su tratamiento exige invertir 960 millones de pesos para poder crear un Fondo que se haga cargo de la atención de los pacientes que sufren esta enfermedad.

A continuación, intervino **el Honorable Diputado señor Víctor Torres** quien valoró también la presentación del Director de FONASA, a pesar de diferencias conceptuales que tiene con él en algunas materias.

Seguidamente, recordó que el Congreso Nacional aprobó recientemente la eliminación del 7%, de cotización obligatoria y se estableció por ley un bono compensatorio Fonasa. Sin embargo, continuó, no se desprende claramente de los datos entregados cómo se generarán los recursos para financiar los bonos compensatorios.

Asimismo, solicitó una mayor explicación que justifique la afirmación de que las imposiciones previsionales aumentarán en un 8,5%, cifra que no se condice con el crecimiento nacional.

En tercer lugar, pidió al Gobierno estudiar seriamente la posibilidad de garantizar a todas las personas, especialmente a las más pobres, prestaciones del servicio odontológico. Planteó que un signo de modernización de FONASA sería incorporar, al listado de dolencias cubiertas por el seguro público, a las de carácter odontológico.

Finalmente, respaldó la petición del Honorable Senador señor Uriarte para que el Estado cree un Fondo para atender enfermedades raras.

A continuación, intervino **el Honorable Diputado señor Robles** quien preguntó en qué parte del presupuesto se contemplan los recursos, que tienen que venir del Gobierno Central, para cubrir lo que deja de percibir FONASA por la disminución del aporte del 7%.

Asimismo, preguntó en qué Capítulo de esta Partida se consideran los recursos que va a necesitar FONASA como consecuencia de la modificación del régimen legal al post natal, lo que demandará el pago de licencias médicas y otros gastos.

En otro orden de materias, señaló que hay una disminución de 26 cargos en el presupuesto de FONASA y sin embargo, aumentan en un 40% los recursos destinados a en convenio con personas

naturales. A partir de este antecedente, requirió al Ministro de Salud que precisara en qué personas se han gastado, durante el año 2011, dichos recursos.

Solicitó, también, que dado que el proyecto de ley sobre licencias médicas permitirá el traslado de funcionarios, se informe cómo ellos van ser distribuidos por Región para apoyar la labor que realiza FONASA.

Por otra parte, abordó el tema de los recursos destinados a la atención primaria. Al respecto, preguntó por qué disminuían la inversión de recursos destinados a este ítem. Entiendo, agregó, que los únicos recursos que considera por este programa de atención primaria de FONASA son los del per cápita y no están contemplados los destinados a inversión. Puntualizó que siempre existía una relación entre ambos tipos de recursos.

Pidió, asimismo información acerca los lugares, dónde se están incrementando los recursos a los centros de atención primaria. Al respecto, puntualizó que le preocupaba que los premios otorgados por excelencia en la atención sólo se concentren en los centros de salud familiar ubicados en la Región Metropolitana.

Requirió, además, antecedentes adicionales para conocer donde se instalarán los quince SAPUS sur, y las nuevas unidades de atención oftalmológicas.

En relación con el programa de prestaciones valoradas, señaló que le interesaba conocer el destino de los recursos que se considera para transferencias corrientes al sector privado y qué tipo de prestaciones pueden ser valoradas. Sobre este punto, señaló que en las visitas a hospitales había constatado que FONASA les paga tres o cuatro meses después de que ellos han entregado una prestación valorada.

En relación con los recursos institucionales, preguntó qué tipo de problemas se han presentado a propósito de la remesa de recursos que envía Fonasa a los Servicios de Salud y cómo dichos recursos se distribuye entre los hospitales.

Luego, señaló que, aunque no compartía la nueva filosofía de este Servicio que se orienta en la lógica de un sistema de seguros y no de un Fondo Solidario, apreciaba los esfuerzos por mejorar la gestión que estaba haciendo el Director de FONASA.

Precisamente, en el área de la gestión de seguros y la forma en que está funcionando el Sistema AUGE, indicó que observa con preocupación que uno de los grandes problemas que hoy se presenta es determinar en qué momento la persona empieza a hacer valer la garantía

Auge. En efecto, recordó que en la práctica una persona recibe determinado diagnóstico en la atención primaria, luego pasa al nivel secundario y terciario, para poder, recién entonces, utilizar los beneficios del Sistema. A partir de lo anterior, se preguntó si efectivamente estaban disminuyendo las listas de espera por este rubro, ya que se ha incrementado la cantidad de personas que todavía no tienen diagnóstico porque están esperando ser atendidas en la atención secundaria y terciaria. Al respecto, puntualizó que pacientes de edad que están con un adenoma de próstata diagnosticado en un consultorio de atención primaria no son vistos por el urólogo sino que en tres, cuatro, cinco, seis, siete, un año, a pesar de tener un diagnóstico primario de atención primaria. Porque el protocolo indica que el auge comienza cuando el especialista lo diagnostica y eso en varias otras patologías.

Por último, y refiriéndose a los modelos que permiten garantizar la presencia de médicos especialistas en la atención primaria, preguntó al Director de Fonasa qué medidas o incentivos se están evaluando para garantizar que los consultorios cuenten con especialistas y evitando que ellos emigren desde regiones a Santiago.

Por último, señaló que el Ministerio de Salud debiera adoptar medidas para mejorar la gestión de los hospitales públicos, procurando que se utilicen plenamente sus capacidades físicas y profesionales.

Enseguida, intervino **el Honorable Diputado señor Macaya** quien preguntó acerca de las resoluciones concretas que había adoptado FONASA para disminuir la deuda hospitalaria, cuál era el presupuesto considerado para poner en marcha el sistema de licencias médicas electrónicas, y qué medidas resguardos adicionales se han adoptado para evitar el problema de las licencias médicas fraudulentas.

Por último, solicitó al Ministro una evaluación de la aplicación del bono por enfermedades respiratorias implementado en la campaña invierno.

A continuación, **el Honorable Diputado señor Accorsi** solicitó información sobre el porcentaje de ejecución del presupuesto vigente y de las obras de inversión en infraestructura, dado que, de acuerdo a la información disponible, habría un desfase importante entre lo programado y lo efectivamente realizado.

Por otra parte, compartió la inquietud manifestada previamente respecto del número de médicos especialistas que se desempeñan en los consultorios de atención primaria. Puntualizó que es sabido que hay muy pocos especialistas en ésta área, y parece que no hay presupuesto previsto para enfrentar este problema.

Asimismo, solicitó mayores antecedentes en relación con el número de prestaciones de salud que FONASA está adquiriendo en el sector privado para resolver el tema de las listas de espera AUGE.

Finalmente, acotó que, con la aprobación de las nuevas normas referidas al post natal, será necesario implementar un programa de lactancia a nivel primario que es esencial para que funcione adecuadamente el nuevo beneficio.

A continuación, intervino, **el Honorable Senador señor Prokurica**, quien felicitó al Ministro de Salud por los avances que se han producido en el sector a su cargo.

Enseguida, formuló dos consultas:

La primera referida al tema de la falta de médicos especialistas en regiones. Sobre el particular, sostuvo que en la Región de Atacama faltan muchos especialistas y que es necesario reforzar el sistema de generales de zona o convenios con otros países que pudieran brindarnos lo que los médicos locales no quieren hacer, pues se han trasladado a Santiago.

En segundo lugar, recordó que hace unos meses solicitó al Ministerio que se investigara, en todo el país, cuántos de los médicos que habían hecho su especialidad gracias a becas otorgadas por el Estado no habían cumplido sus compromisos volviendo a regiones. Acotó que si en la Región que representa los médicos especialistas hubiesen vuelto o no se les hubiese entregado sus cheques o sus pagarés, no habría lista de espera de pacientes para ser atendidos u operados. Por lo tanto, preguntó, si ese estudio estaba terminado y qué medidas se iban adoptar para evitar que este problema se repitiera en el futuro.

Seguidamente, intervino **la Honorable Diputada señora Karla Rubilar** quien comenzó su intervención felicitando al Ministro de Salud y al Director de FONASA por las medidas que habían adoptado para mejorar la gestión de los servicios y las prestaciones que reciben los usuarios del sistema de salud público.

Destacó, asimismo, el alto nivel de evaluación que tiene FONASA entre sus usuarios, especialmente en el tema del sistema AUGE.

En relación con este último punto, recordó que a ella le correspondió integrar, en el período anterior, la Comisión Investigadora del Plan Auge, donde se señaló que era muy difícil reducir las listas de espera. Ahora, en cambio, gracias a una administración eficiente, lo que parecía imposible se está logrando, acotó.

A continuación, formuló las siguientes consultas a los representantes del Ministerio de Salud.

En primer lugar, solicitó mayores antecedentes de las medidas que se estaban adoptando para revisar los aranceles de FONASA y la codificación de nuevas prestaciones que actualmente no son cubiertas por el sector privado.

En relación con este último punto, preguntó qué posibilidad existía de codificar la enfermedad de infertilidad. Al respecto recordó que el año 2009 la OMS declaró que este mal debía ser considerado una enfermedad, situación que hasta ahora Chile no reconoce.

En segundo lugar, se refirió al Plan Nacional de Alimentación Complementaria y a las medidas que habría que adoptar para enfrentar el problema de la obesidad infantil. Al respecto, puntualizó que el incremento de la obesidad infantil se relaciona con el mayor consumo de leche en los niños. Por otra parte, recordó que en cambio hay otros niños que requieren leches especiales pues padecen algún tipo de alergia alimentaria. Sostuvo que era necesario que Fonasa codificara las leches hipo alergénicas como un alimento medicamentoso -como ocurre en la gran mayoría de los países de América Latina y de los países desarrollados-, lo que permitiría que quedase cubierto por las prestaciones de los seguros privados.

El señor Ministro de Salud agradeció las preguntas formuladas y señaló que muchas de ellas van a ser contestadas por los encargados de cada uno de los servicios.

Hizo presente que el tema de las inversiones sería tratado, posteriormente, por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

En lo que dice relación con los problemas que se enfrentan con la financiación de los médicos especialistas indicó que habían llegado a las mismas conclusiones que planteó el Honorable Senador señor Prokurica. En este tema, señaló que, durante la década pasada, se defraudó sistemáticamente al Fisco, por cuanto los médicos que tenían que cumplir su destino, en la Región de Atacama, no lo cumplieron, tenemos, agregó, un 20% de médicos en esa situación y en la mayoría de ellos se dejó pasar el tiempo, no se les cobró las multas e incluso una antigua Directora de Servicio devolvió las garantías en un sobre. Al respecto, hizo presente que ya se formuló una denuncia sobre este tema al Consejo de Defensa del Estado y a la Contraloría General de la República.

Ahondando en esta materia, señaló que se ha diseñado un nuevo protocolo en todos los llamados en que además de todo

lo que se le pide al médico como fianza, o sea, que devuelva el sueldo que se le pagó, la matrícula en la universidad donde se formó, debe entregar una nueva garantía, por una escritura pública, de cinco mil UF, de manera tal de que si la persona no vuelve a cumplir su destino, el Director del Servicio tenga cinco mil UF para contratar médicos especialistas.

En relación con el tema de las enfermedades raras señaló que habían adicionado al proyecto de ley de presupuestos que se va a aprobar la cantidad de 914 mil millones, vale decir, un millón y medio de dólares, aproximadamente, para aumentar la cobertura de enfermedades raras, no catastróficas sino enfermedades de muy poca frecuencia que tienen medicamentos probados y que pagarlos significa arruinar a cualquiera, por rico que sea. Hizo presente que actualmente se están cubriendo las necesidades médicas de los 10 pacientes de Tirosinemia que hay en Chile con fondos que son uso discrecional del Ministro de Salud. Explicó que el costo anual de cada uno de estos niños asciende a 101.667.000. Al respecto indicó que no existía una glosa específica sobre esta materia.

Asimismo, se están atendiendo, gracias a este presupuesto adicional, a 12 pacientes de Coquimbo, 6 de Iquique y otros cuatro más que padecen la enfermedad de Fabry y también 32 pacientes que sufren la enfermedad de Gaucher, cuyos tratamientos implican costos elevadísimos. Explicó que ya se estaba gastando 1300 millones a los cuales había que agregar los 915 millones que se añaden en este presupuesto

Respecto al proyecto de ley sobre enfermedades raras, efectivamente una vía sería que el Ministerio de Hacienda lo apruebe y lo que significaría una cifra de 20 mil millones de pesos o cuarenta millones de dólares al año, en una población que no alcanza las 100 personas y la vía es integrarlo en el nuevo programa que se está proponiendo en el plan garantizado de salud de manera que se constituya un seguro que permita financiar enfermedades de alto costo e infrecuentes, como las mencionadas. Este seguro catastrófico adicional tendría un costo de \$ 300 pesos por persona, aproximadamente, podría ser un mecanismo diferente. Agregó que lo que actualmente se está analizando es el primer proyecto que mencioné y que está considerando el Ministerio de Hacienda.

El Honorable Senador señor Uriarte preguntó si era posible aumentar los 1.300 millones que actualmente están adicionados al presupuesto.

El señor Ministro de Salud explicó que la cifra recibida para este aporte ya era elevada.

Ante una consulta, puntualizó que se estaba trabajando en las dos vías mencionadas precedentemente. Reiteró que el

plan garantizado contempla la cobertura adicional de enfermedades catastróficas, con lo cual se resuelve este tema.

Indicó, además que una enfermedad que alcanza un determinado deducible en un año, automáticamente pasa a ser una enfermedad catastrófica.

El señor Director de FONASA explicó, el plan catastrófico, en el seguro estatal, requiere una modificación para comprar por cuenta de las personas.

Seguidamente, **el señor Ministro de Salud** se refirió a los centros de excelencia. Al respecto explicó que existía un plan piloto de treinta centros de excelencia, que supone invertir 80 millones por cada uno de ellos, que se distribuyen de la siguiente manera: Un 40% en personal, un 40% a mejorías del sistema y un 20% a mejorías del sistema para los pacientes. Preciso que este plan termina en el mes de febrero, y al el postularon 180 centros y se eligieron 30, siguiendo el criterio de un centro por Servicio de Salud, y que fueran políticamente equilibrados de manera que no hubiera un desbalance político, porque este Gobierno, sostuvo, es, transparente.

Hizo presente que en el presupuesto se incorpora un financiamiento para que el concepto de centro de excelencia se generalice a todos los centros de salud familiar primaria municipal y el acuerdo con la Confusam, cerrado el viernes de la semana antepasada, contempla un bono por desempeño que se otorgaría a aquellos centros que mejoran sustantivamente la atención otorgada a sus usuarios, condición que se mide mediante una encuesta que se aplica a los beneficiarios.

Respecto al AUGE, precisó que estaban muy orgullosos de los resultados obtenidos en la reducción de las listas de espera y que en las cifras entregadas no había ningún tipo de trampa. Señaló que en esta materia, se cumple estrictamente con lo que disponen cada una de las guías clínicas para cada patología auge, las que indican cuándo el paciente tiene que ser entrado al Sistema. Asimismo, precisó que no tenían potestad legal ni administrativa para hacer algo diferente a lo que está prescrito. Sin perjuicio de lo anterior, señaló que el nuevo Consejo Consultivo Auge está revisando cada una de estas guías clínicas para adecuarlas a la modernidad o al cambio tecnológico de prestaciones médicas.

A continuación, intervino el **Honorable Diputado señor Robles** quien afirmó que no estaba acusando que hubiera intervención en esta materia, sin embargo, sostuvo, es evidente que si uno se dedica a solucionar las patologías Auge, el tiempo que los especialistas ocupan en solucionar ese problema se lo quitan a otra cosa. Agregó que hay algunos datos, que pueden ser erróneos, que dicen que ha disminuido el

número de pacientes nuevos y se ha mantenido o aumentado el porcentaje de pacientes antiguos. Si eso ocurre, en términos concretos en todo el país, lo que sucede es que la lista de espera del paciente nuevo se retrasa y eso en el Sector Público implica necesariamente que el diagnóstico es tardío, por lo tanto la espera se alarga. Precisó que en ningún caso estaba afirmando que esto fuera premeditadamente buscado.

A partir de estos antecedentes, preguntó si para mejorar el sistema se estaba trabajando horas extras o si con las mismas horas de desempeño se están resolviendo las listas de espera. En este sentido, pidió más información estadística sobre este tema.

A continuación intervino **la Honorable Diputada señora Rubilar** quien precisó que el plan Auge empieza garantizado lo que dice el protocolo, si en el protocolo dice –continuó– que el plan empieza desde la especialidad es un problema que está desde siempre y no hay un atraso porque no se le diagnostique antes.

Seguidamente, hizo uso de la palabra **el señor Director de FONASA** quien abordó el tema de la recaudación del 7%. Al respecto, indicó que el sistema opera del siguiente modo: Hay un aporte directo del IPS individualizado en la persona, por lo tanto en el presupuesto se está manteniendo, para el próximo año, la estimación de recaudación que se debiera tener por el 7%, incluyendo la disminución que es pagada directamente ahora por el IPS, por lo tanto, señaló, se debiera mantener la recaudación en forma pareja.

El Honorable Diputado señor Robles indicó a los representantes de Hacienda que esos recursos deberían estar claramente acotados en los ingresos derivados de transferencias corrientes del Gobierno Central, lo permitiría conocer qué cantidad recurso proviene de la disminución del 7% y qué gasto tiene el país en su conjunto y no sólo el sector Salud. Sostuvo que si esta información está englobada en lo demás, no es posible percibirla con claridad. Lo razonable sería presentarla mediante el clasificador presupuestario correspondiente.

La sectorialista de la Dirección de Presupuestos, señora Mariela Orellana, señaló que esa información está reflejada en el presupuesto del Ministerio del Trabajo en el ítem Instituto de Previsión Social.

El Honorable Diputados señor Robles insistió que estos antecedentes debían figurar en el presupuesto de esta Partida.

Continuando con su exposición, **el señor Director de FONASA** explicó que se esperaba un crecimiento, para el

próximo año, del 8,5 % del IPC y con la dedicación de los funcionarios aumentarlo por sobre presupuesto.

Respecto de la pregunta en relación con el post natal, señaló que el presupuesto considera recursos adicionales, para reposo maternal y cuidado del niño, por 6.147 millones de acuerdo a la ley que crea el permiso post natal parental que modifica el Código del Trabajo. Están dentro del Capítulo correspondiente a la Subsecretaría de Salud en el ítem sobre con licencias médicas sin reposo maternal y cuidado del niño.

En relación con la consulta acerca de la posibilidad de atender prestaciones odontológicas precisó que existía un programa piloto, con recursos por 500 millones para el próximo año.

Precisó que las prestaciones consideradas son:

1.- Ortodoncia, para atender una patología fija, los beneficiarios de Fonasa serían niños que tienen entre 12 y 14 años.

2.- Prótesis implantoasistida, rehabilitación de prótesis inferior más dos implantes, para adulto, entre 60 y 65 años, y

3.- Atención dental de discapacitados beneficiarios de Fonasa menores de 20 años.

En relación con el plan de reducción de personal de FONASA, el cual fue autorizado por ley, indicó que no se ha necesitado la cantidad aprobada porque hay gente contratada dentro de un rango remuneratorio razonable aunque no muy alto. Agregó que se pensaba que se iban a necesitar más fiscalizadores, lo que tal vez ocurra cuando se apruebe el proyecto de ley de traspaso de las funciones de Compín a Fonasa.

Puntualizó que respecto del tema de las prestaciones valoradas y los aranceles siempre existe el problema de determinar cuál es el valor más adecuado. Explicó que en esta materia no se ha hecho un estudio desde el año 2002. Sólo ahora –continuó– se inició un estudio que se seleccionó por concurso público y que va a estar terminado a fines de diciembre del presente año. Precisó que el problema que debemos dilucidar es cuánto cuestan los aranceles reales dada la realidad del sector público de salud. Debemos, indicó, determinar qué podemos pagar específicamente dentro de los hospitales y cuáles son las prestaciones institucionales.

Precisó que sobre este tema ha habido una gran discusión en FONASA, luego de la cual se tomó una decisión. Al principio, señaló, consideramos que la actividad de urgencia podría ser individualizada

pero luego llegamos a la conclusión que no podíamos regularla y en consecuencia concluimos que los hospitales se tienen que financiar por las prestaciones institucionales y así hemos podido ir variando para determinar, junto con dichos establecimientos, qué prestaciones debieran ser valoradas. Asimismo, explicó que paralelamente se está haciendo un estudio en todos los hospitales de Chile para determinar los grupos de referencia de diagnóstico, que son los GRE, de manera que el próximo año, tengamos un sistema más afinado de pago de prestaciones. De esa manera, agregó, vamos a poder tener rentabilizados los pabellones en la tarde, con gente que esté trabajando solamente en la función pública.

En materia de gastos por el AUGE precisó que legalmente sólo hasta un 10% de compras directas se pueden hacer con privados, especialmente cuando los hospitales están congestionados. Explicó que este año sólo se van a comprar prestaciones por un 3,9% del total de compras que nos permite la ley.

Esas compras, explicó, se realizan a través del sistema de Chilecompras.

Agregó, en materia de fijación de aranceles, que cuando se aprueben su monto debemos concordar con el el Ministerio de Hacienda cuál de los aranceles es más rentable socialmente. No debemos olvidar, agregó, que los aranceles de Fonasa son indicativos de lo mínimo que tiene que cobrar la Isapre pero ellas pueden agregar todo lo que ellas estimen pertinente. Por lo tanto, ahí vamos a tener una buena base para adelante y codificar mejor.

Respecto a la infertilidad precisó que es un tema que el Ministerio está estudiando y considerando. Explicó que existe un programa de 500 millones al año, concentrado básicamente en fertilidad de baja complejidad, que se mantiene con un incremento pequeño para el próximo año y que lleva adelante el Hospital de la Universidad de Chile.

En relación con el Plan Nacional de Alimentación Complementaria señaló que a esa materia se referiría posteriormente el Subsecretario de Salud.

Respecto las licencias médicas electrónicas insistió que ellas representan un beneficio muy importante para los trabajadores ya que les evita los traslados con formularios, los libera de las preocupaciones incompatibles con su estado de salud, permite verificar electrónicamente el estado de la licencia, está además garantizado el secreto médico sobre los diagnóstico, evita malas prácticas en otorgamiento de licencias médicas. A mayor abundamiento señaló que este sistema permite al Servicio pagar antes de ocho días de acuerdo al plan piloto que se ha diseñado.

Finalmente, respecto de la experiencia del bono por enfermedades respiratorias señaló que ella fue muy exitosa, ya que permitió utilizar, al interior de la red pública, los 2120 bonos respiratorios que se distribuyeron en su oportunidad.

El Honorable Diputado señor Torres señaló que no se había dado respuesta a la pregunta acerca de la justificación del aumento que proyectan al 8,5% en las imposiciones previsionales de Fonasa.

El señor Director de FONASA insistió en la idea de que se trataba de una proyección que se hace a partir del crecimiento gradual de la recaudación, que en el caso de este Servicio, ha superado el año pasado las estimaciones iniciales del presupuesto. También, agregó, que esperaba, con el esfuerzo de los funcionarios, implementar mejores mecanismos de recaudación ya que lamentablemente todavía hay gente que no paga sus obligaciones.

Concluido el debate de este Capítulo, el Presidente de la Subcomisión, Honorable Diputado señor Ortiz, puso en votación conjunta los cuatro programas que componen este apartado del presupuesto de Salud.

- Sometidos a votación el Programa 01, Fondo Nacional de Salud; el 02 Programa de Atención Primaria; el Programa 03 Programa de Prestaciones Valoradas y el Programa 04 Programa de Prestaciones Institucionales, todos del Capítulo 02, fueron aprobados sin enmiendas, por la unanimidad de los miembros de la Subcomisión, Honorables Senadores señores Prokurica y Uriarte y Honorables Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles.

- - -

CAPÍTULO 04 **Programa 01** **Instituto de Salud Pública de Chile**

El presupuesto de este programa para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 20.328.424 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de \$ 19.630.015 miles, supone un incremento de un 3,6 % por ciento.

Al iniciarse el estudio de este Capítulo, la Directora del Instituto, **señora María Teresa Valenzuela**, presentó los siguientes cuadros que contienen los clasificadores presupuestarios básicos del Servicio y sus variaciones más recientes, y que muestran que ese presupuesto, para el año 2012, asciende a \$ 20.000 millones.

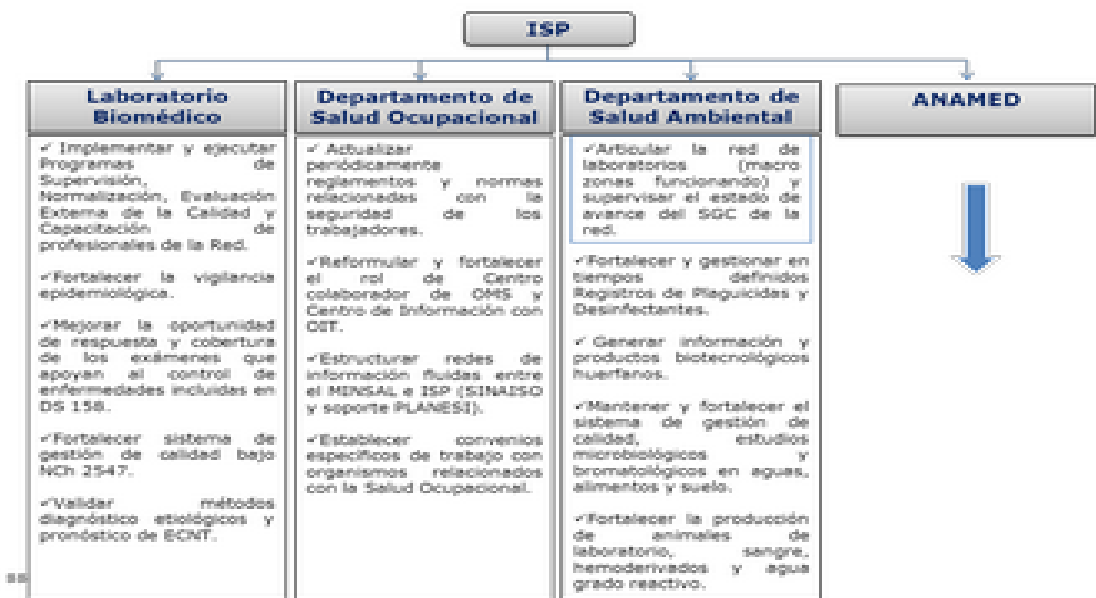
1) Presupuesto 2012

Sub Título	Ítem	Denominaciones	TOTAL M\$
		INGRESOS	20.328.434
05		TRANSFERENCIAS CORRIENTES	545.103
07		INGRESOS DE OPERACION	8.173.855
08		OTROS INGRESOS CORRIENTES	800.442
09		APORTE FISCAL	10.550.682
12		RECUPERACION DE PRETAMOS	232.352
15		SALDO INICIAL DE CAJA	26.000
		GASTOS	20.328.434
21		GASTOS EN PERSONAL	9.184.164
22		BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	8.371.534
24		TRANSFERENCIAS CORRIENTES	548.892
29		ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	2.197.844
	4	Mobiliario y Otros	116.942
	5	Maquinas y Equipos	
	6	Equipos Informáticos	97.243
	7	Programas Informáticos	
34		SERVICIO DE LA DEUDA	25.000
35		SALDO FINAL DE CAJA	1.000

84

Destacó que el rubro importante de este presupuesto está destinado al recurso humano y alcanza \$ 9.184 millones.

2) Instituto de Salud Pública



Describió, enseguida, la estructura fundamental del organismo a su cargo, mediante el siguiente esquema de unidades y funciones de cada una de ellas:

3) Principios Fundamentales – Red de Laboratorios

- Son parte de la Subsecretaría de Salud Pública, como instancia científica, técnica y legal.
- Son referentes técnicos/científicos de las condiciones medioambientales y laborales del país, garantes de la fe pública con la ciudadanía.
- Su rol es determinante para la activación de los sistemas de **alerta temprana** del Ministerio de Salud ante emergencias alimentarias, medio ambientales y de salud ocupacional.
- En las SEREMIs de Salud se suman al fortalecimiento de la autoridad sanitaria por medio de acciones fiscalizadoras específicas.

El Instituto se estructura sobre la base de 4 departamentos técnicos y un departamento administrativo, a cargo de la parte administrativa y financiera del mismo.

Precisó que el Laboratorio Biomédico está a cargo de la implementación de los programas de supervisión, de normalización, de la evaluación externa de la calidad de los laboratorios clínicos del país y la capacitación de profesionales de la red. Todo ello, acotó, apunta a algo fundamental que es la calidad en esta área y el apoyo al proceso de acreditación que se iniciará próximamente.

En cuanto a la labor de fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, señaló que la misión central del Instituto es detectar lo más precozmente posible agentes de riesgo para la salud pública de la población chilena, mejorar la oportunidad de respuesta y cobertura de los exámenes que apoyan el control de enfermedades incluidas en el decreto supremo 158, sobre enfermedades emergentes. Es decir, agregó, esa entidad desarrolla todos los métodos de última tecnología y de mayor oportunidad posible para la detección de agentes infecciosos que afectan a la población.

Puso de relieve, también, la tarea de fortalecimiento de la gestión de calidad según la norma chilena 2547, para todas las prestaciones que el Instituto realiza en el área de laboratorios biomédicos y en el ámbito del diagnóstico epidemiológico y de enfermedades crónicas no transmisibles, que es el programa que se inició este año 2011.

Respecto del Departamento de Salud Ocupacional puso de relieve que él actualiza periódicamente todos los reglamentos que están relacionadas con la seguridad de los trabajadores, y ha considerado un extenso programa de salud laboral.

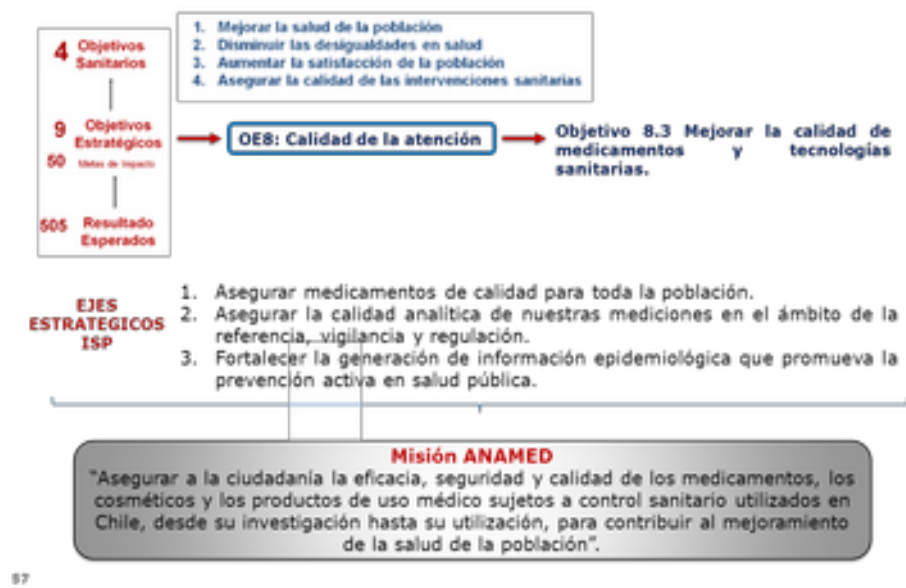
Luego, sobre el Departamento de Salud Ambiental, adelantó que él asumirá durante el año 2012 la articulación de la red de laboratorios bajo el concepto de macroregiones, funcionando y supervisando el estado de avance de un sistema global de esta red, que está compuesta por 20 laboratorios a lo largo de Chile, además de otros 4 laboratorios satélites para el diagnóstico de marea roja.

Enseguida, connotó que los laboratorios de salud pública van a desarrollar sus labores en forma coordinada, para actuar como laboratorios del Instituto de Salud Pública en apoyo al trabajo que realizan las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud a lo largo del país.

A propósito de esta afirmación presentó las siguientes láminas que dan cuenta de los principios fundamentales de la Red

de Laboratorios y de la forma en que ella se inserta en el Plan Nacional de Salud 2011-20200:

4) Estrategia Nacional de Salud 2011-2020



97

5) Agencia Nacional de Medicamentos ANAMED



98

6) Cronogramas de Actividades

Ítem Recursos Humano	Plazos
Llamado a concurso 16 cargos	Enero 2012
Selección y Reclutamiento	Febrero-Marzo 2012

Ítem Habitación Edificio ANAMED	Plazos
Proceso de Licitación en revisión en la CGR.	Noviembre 2011
Inicio de ejecución de obra.	Diciembre 2011
Edificio habilitado.	Junio 2012



59

Posteriormente, abordó lo relativo a la Agencia Nacional de Medicamentos, enfatizando que ella se ha desarrollado con el objetivo central de alcanzar la mejor calidad de los medicamentos en nuestro país.

Afirmó que, en efecto, esta Agencia está llamada a cumplir uno de los objetivos estratégicos planteados en el Plan Nacional de Salud para los años 2011-2020, en orden a mejorar la calidad de los medicamentos y tecnologías sanitarias.

Aseveró que esta entidad será responsable de garantizar a la ciudadanía la eficacia, la seguridad y la calidad de los medicamentos, los cosméticos y los productos médicos que están sujetos a un control sanitario.

Expresó que el presupuesto para desarrollar esta Agencia fue, en parte, aprobado en el presupuesto para el presente ejercicio, por lo que daría cuenta de lo avanzado durante el año 2011.

Señaló que mediante una resolución interna se creó esta agencia, definiéndose sus funciones a partir del modelo FDA, de Estados Unidos, ANVISA, de Brasil, y EMA, que es la agencia europea, identificando claramente las brechas nacionales y, por ello, se presentó un

plan estratégico y un plan de acción que está prácticamente desarrollado a la fecha.

A partir de lo anterior, continuó exponiendo, se inició el diseño y la habilitación del edificio de la Agencia Nacional de Medicamentos, hasta llegar a la etapa de la licitación pública de la ejecución de este edificio.

Indicó que para el año 2012 se solicita, adicionalmente, \$680 millones para el aseguramiento de la calidad de los medicamentos. Detalló que esa suma se desglosa en Subtítulo 21 con \$107 millones y para el Subtítulo 22 \$572 millones.

Opinó que lo fundamental es que se continuaría con obras complementarias para terminar el edificio de la agencia, se terminaría de hacer todo el equipamiento del laboratorio nacional de control y todo el desarrollo de las tecnologías de información, que ha sido un gran avance para la transparencia de los registros de los medicamentos y la renovación y modernización del Laboratorio Nacional de Control.

Lo expresado precedentemente, lo resumió en el siguiente cuadro:

7) Beneficios para los Ciudadanos

Compromiso	Producto
Buenas Prácticas de Manufactura (GMP)	62,2% (23/37) de las Plantas de Producción Farmacéutica en Chile estarán certificadas bajo BPM.
Fortalecer la Bioequivalencia.	90,1% (73/81) de productos serán declarados equivalentes terapéuticos, respecto al total de productos evaluados. Lo que significa mayor oportunidad de acceso a medicamentos de eficacia y calidad equivalentes.
Cumplir con los plazos estipulados para los registros de medicamentos y cosméticos.	Automatización de Procesos y diseño de un nuevo sistema de información acorde a las necesidades de ANAMED, en respuesta a las necesidades de los usuarios y al D.S. 3.
Mejorar la oportunidad en la respuesta a denuncias por fallas en la calidad de medicamentos.	Mayor rapidez en la investigación de las denuncias por faltas a la calidad, disminuyendo en un 10% el tiempo de respuesta a los usuarios.
Mayor cobertura de dispositivos médicos seguros, efectivos y de calidad.	Impulsar las reformas legales para aumentar la cobertura de dispositivos bajo control y tecnovigilancia.
Mayor cobertura en la vigilancia del uso de los Productos farmacéuticos utilizados en la población chilena.	Contar con un Plan Nacional de Farmacovigilancia.
Fortalecer el sistema de fiscalización y control del uso correcto de sustancias estupefacientes y psicotrópicos.	Estudio y propuesta para actualizar el Reglamento de Estupefacientes y Psicotrópicos para fortalecer la fiscalización, uso correcto de medicamentos y aumento de análisis de productos.

A continuación, describió la forma en que pretenden trabajar durante el año 2012.

En materia de personal (Subtítulo 21), puntualizó que se llamará a concurso para proveer los 16 cargos de que disponen, que ello ocurrirá en enero de 2012, que habrá un periodo de selección y, finalmente, un lapso de entrenamiento.

En materia de inversiones (Subtítulo 22), informó que el proceso de licitación se encuentra en revisión en la Contraloría, esperándose completarlo en noviembre de 2011, para iniciar las obras en diciembre de 2011 y tener este edificio habilitado en julio de 2012.

Lo anterior lo resumió en la siguiente lámina:

6) Cronogramas de Actividades

Ítem Recursos Humano	Plazos
Llamado a concurso 16 cargos	Enero 2012
Selección y Reclutamiento	Febrero-Marzo 2012

Ítem Habilitación Edificio ANAMED	Plazos
Proceso de Licitación en revisión en la CGR.	Noviembre 2011
Inicio de ejecución de obra.	Diciembre 2011
Edificio habilitado.	Junio 2012

59

Finalmente, se refirió a los beneficios que traerá a la ciudadanía el disponer de esta Agencia. Resaltó que ellos son múltiples, pero, fundamentalmente, se resumen en asegurar a nuestro país que realmente los laboratorios que existen y las plantas de producción de medicamentos, las 37 plantas, probablemente ya el año 2014 estarían todas certificadas, funcionando con buenas prácticas de manufactura y, además, con buenas prácticas de laboratorio.

Este punto lo graficó mediante el siguiente esquema:

7) Beneficios para los Ciudadanos

Compromiso	Producto
Buenas Prácticas de Manufactura (GMP)	62,2% (23/37) de las Plantas de Producción Farmacéutica en Chile estarán certificadas bajo BPM.
Fortalecer la Bioequivalencia.	90,1% (73/81) de productos serán declarados equivalentes terapéuticos, respecto al total de productos evaluados. Lo que significa mayor oportunidad de acceso a medicamentos de eficacia y calidad equivalentes.
Cumplir con los plazos estipulados para los registros de medicamentos y cosméticos.	Automatización de Procesos y diseño de un nuevo sistema de información acorde a las necesidades de ANAMED, en respuesta a las necesidades de los usuarios y al D.S. 3.
Mejorar la oportunidad en la respuesta a denuncias por fallas en la calidad de medicamentos.	Mayor rapidez en la investigación de las denuncias por faltas a la calidad, disminuyendo en un 10% el tiempo de respuesta a los usuarios.
Mayor cobertura de dispositivos médicos seguros, efectivos y de calidad.	Impulsar las reformas legales para aumentar la cobertura de dispositivos bajo control y tecnovigilancia.
Mayor cobertura en la vigilancia del uso de los Productos farmacéuticos utilizados en la población chilena.	Contar con un Plan Nacional de Farmacovigilancia .
Fortalecer el sistema de fiscalización y control del uso correcto de sustancias estupefacientes y psicotrópicos.	Estudio y propuesta para actualizar el Reglamento de Estupefacientes y Psicotrópicos para fortalecer la fiscalización, uso correcto de medicamentos y aumento de análisis de productos.

60

Seguidamente, **el Presidente de la Subcomisión, Honorable Diputado señor Ortiz**, ofreció la palabra.

El Honorable Diputado señor Robles expresó su preocupación por el uso de los recursos en el Instituto de Salud Pública. Señaló que, efectivamente, se solicitan recursos para poder avanzar, pero no se divisa en el proyecto de presupuesto los recursos para la inversión en el edificio. Pareciera, dijo, que todo lo planteado por la señora Directora del Instituto no estuviera debidamente respaldado en el presupuesto.

Aseveró que lo previsto para inversión en mobiliario, en máquinas y equipos y en programas informáticos parece absolutamente insuficiente.

En relación con el personal, llamó la atención que se prevén 107 millones para contratar a 16 personas. Preguntó, por ello, qué tipo de cargos se piensa contratar, porque esa cantidad de recursos permite pagar remuneraciones de \$500.000 pesos, en promedio, de remuneración bruta por persona.

Lo anterior, resaltó, no se condice con el carácter vital que representa el Instituto de Salud Pública, que es un servicio clave

para la política de prevención en salud. Expresó que durante muchos años este organismo ha tenido bajo presupuesto y, para enfrentar los desafíos recién descritos por su Directora, necesariamente deberían considerarse más recursos.

La Directora del Instituto, señora Valenzuela, hizo presente que, al asumir su cargo, ese Servicio contaba con 134 profesionales en el Departamento de Control Nacional, que es el núcleo esencial del mismo. En este período, solamente en el 2011, el personal se incrementó en 25 profesionales más, o sea, hubo un aumento de 20% de recurso humano, y con el presupuesto del año 2012 se agregarán 8 profesionales, además de un técnico de apoyo.

Agregó que, desde el punto de vista de los esfuerzos de modernización que se han implementado en el Instituto y, especialmente, por la adopción nuevos procesos y la utilización de nuevos sistemas de informatización, se ha alcanzado un extraordinario ahorro de horas profesionales. Incluso, dijo, hay procesos que se van haciendo en forma paralela, lo que ha reducido todavía más el uso de personal.

En tercer lugar, indicó que se ha efectuado toda una revisión de lo que hacía el Instituto respecto de cosméticos, detectándose que pasaban por registros todos ellos. En cambio, acotó, hoy día se hizo una priorización y se están revisando todos los mecanismos, lo que ha permitido nuevos ahorros de horas hombre y hacer más eficiente el sistema.

Por último, recordó que para la construcción del edificio ANAMED el presupuesto fue solicitado y autorizado para el año 2011. Fueron, dijo, \$1600 millones que se autorizaron el año pasado solamente para la agencia, y a esos fondos se debe sumar el saldo para continuar con la etapa final del edificio.

Sobre este mismo punto, **el Ministro señor Mañalich** explicó que el Gobierno apunta a la creación de una dependencia permanente, de la Agencia Nacional de Medicamentos en una ley. Añadió que el proyecto está en trámite legislativo y consiste en una gran modificación a la regulación de farmacias y medicamentos, actualmente radicada en la Comisión de Salud del Senado.

Aclaró que la manera como se construyó el presupuesto para ANAMED fue estructurándolo como un servicio dependiente de la Dirección del Instituto de Salud Pública, y se incluye en el Subtítulo 22 del presupuesto de este Instituto. Hubo, insistió, que incorporarlo como bienes de consumo, además de la glosa 03.

El Honorable Diputado señor Robles replicó que la referida glosa se refiere a capacitación y perfeccionamiento y, por tanto, a su juicio, hay una situación poco clara en esta parte del presupuesto. Reiteró que él no divisa dónde se encuentran los recursos para invertir en ANAMED.

En este punto del debate, **el Presidente de la Subcomisión** solicitó a la representante de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda que aclarara la información contenida en el proyecto de ley de presupuestos.

La mencionada funcionaria señaló que los recursos destinados a la Agencia Nacional de Medicamentos están contemplados en el Subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo, toda vez que las obras pendientes del edificio de la Agencia consisten en la habilitación del mismo y, por su naturaleza, se deben consideraren este clasificador.

El Honorable Senador señor García confirmó que no se necesita glosa especial en esta materia porque los recursos en discusión se consideran en el clasificador presupuestario adecuado. De no ser así, argumentó, la Contraloría objetaría los gastos, y el Instituto no se va a exponer a una situación de esta naturaleza.

Con el fin de acoger la observación formuladas por el Honorable Diputado señor Robles, el señor Ministro de Salud hizo llegar a la Subcomisión una indicación de S.E el Presidente de la República mediante la cual se modifica el presupuesto del Instituto de Salud Pública. Mediante ella se reasignan \$ 572.742 miles desde el Subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo a un nuevo Subtítulo 31, Iniciativas de Inversión, Ítem 02, Proyectos. Mediante esta enmienda, explicó, habría mayor claridad en orden a que estos recursos se destinan a las obras complementarias que permitirán terminar la habilitación y modernización del nuevo Laboratorio de Control.

- Sometido a votación el programa 04 fue aprobado con la modificación ya indicada, por la unanimidad de los miembros de la Subcomisión, Honorables Senadores señores García Ruminot y Prokurica y Honorables Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles.

Luego, **el Honorable Senador señor García** hizo presente la dificultad que representa la exigencia a la que se somete a las farmacias mapuches de contar con un químico farmacéutico, entendiendo que ella es innecesaria.

A esta consulta, **la señora Directora del Instituto de Salud Pública** confirmó que, en efecto, no existe la obligación de contar

con esos profesionales en las farmacias mapuches que expenden exclusivamente productos naturales.

- - -

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

El presupuesto de este programa para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 6.068.430 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de \$ 6.017.092 miles, representa un incremento de un 0,9 % por ciento.

El Programa en estudio considera cinco glosas:

Su Director, el señor Valentín Díaz expresó que la Central de Abastecimiento del sistema nacional de salud se encuentra desarrollando el más profundo proceso de modernización y reestructuración que ha tenido en sus 72 años de vida.

Este esfuerzo de racionalización, dijo, va a fortalecer lo que mejor hace la Cenabast, que es la compra de fármacos, insumos, para la red asistencial y para los programas ministeriales. De esta forma, agregó, a partir de enero de 2012 la Central va a poner en marcha un nuevo modelo de gestión para lo cual requiere inversión en tecnología de la información, actualización de todos sus procesos y la profesionalización de sus equipos de trabajo.

Para explicar lo anterior presentó las siguientes transparencias:

2) CLIENTES

Servicios de Salud	29
Hospitales	192
Municipalidades	238
Extrasistema	46
	505

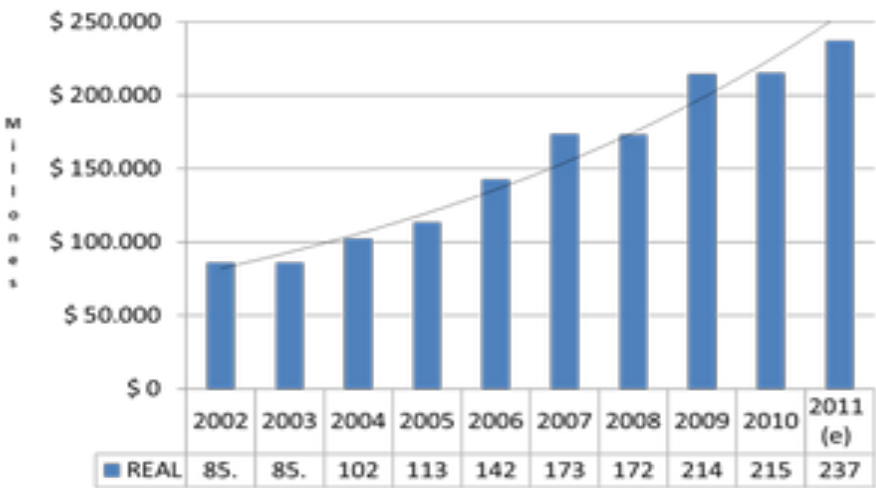
* Con facturación últimos 12 meses

Programas Ministeriales: 27

62

Lo anterior, dijo, significa que Cenabast sirve a 29 Servicios de Salud; 192 hospitales; 238 municipalidades y corporaciones municipales; 46 entidades que no integran el sistema público de salud y, además, a 27 programas ministeriales, que representan el 65% del esfuerzo que desarrolla la Central.

2) Evolución Ventas Totales

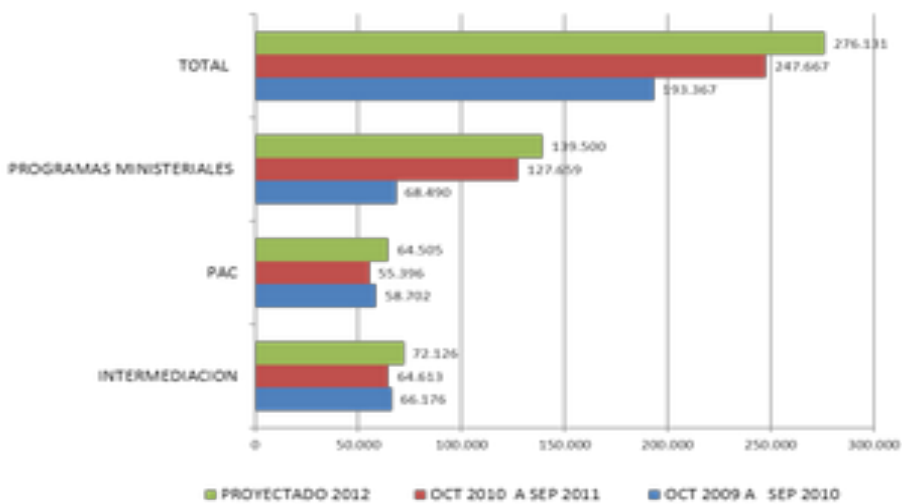


63

63

Estas estadísticas, señaló, permiten ver la evolución que han tenido las ventas realizadas por ese organismo a lo largo de los años que ha funcionado.

3) Ventas por Línea de Operación (MM\$)



64

La lámina anterior detalla la anterior y, además, en ella se observa la evolución que han tenido los programas ministeriales, los programas de alimentación complementaria y la intermediación con hospitales, servicios de salud y de atención primaria. Además, se proyectamos un crecimiento para el año 2012 de \$276.000 millones en compra de fármacos e insumos.

Expuesto lo anterior, pasó a referirse al detalle del presupuesto de la Cenabast para el próximo año, sobre la base del siguiente gráfico:

4) Presupuesto

Sub Título	Clasificación Presupuestaria	Año 2011 Ley de Presupuestos	Año 2012 Ley de Presupuestos	Variación
Ingresos		6.017.092	6.068.430	0,90%
7	Ingresos de Operación	5.123.745	5.147.680	0,50%
8	Otros Ingresos Corrientes	12.346	63.746	416,30%
12	Recuperación de Prestámos	879.972	856.004	-2,70%
15	saldo inicial de Caja	1.028	1.000	-2,70%
Gastos		6.017.092	6.068.430	0,90%
21	Gastos en Personal	2.409.576	2.460.973	2,10%
22	Bienes y Servicios de Consumo	2.758.425	3.127.476	13,40%
23	Prestaciones de Seguridad Social	0	0	0,00%
25	Integros al Fisco	339.285	339.285	0,00%
26	Otros Gastos Corrientes	0	0	0,00%
29	Adquisición activos no financieros	507.749	138.686	-72,70%
34	Servicio de la Deuda	1.028	1.000	-2,70%
35	Saldo Final de caja	1.028	1.000	-2,70%
Gasto Neto		6.015.036	6.066.430	100,9%

65

En esta parte de su exposición, el señor Díaz hizo presente que todos los ingresos de la Central provienen de las condiciones en que se venden sus productos y, por otro lado, señaló que este presupuesto para el año 2012 hace posible llevar adelante este proceso de modernización.

Luego, se efectuó el siguiente debate en relación el presupuesto de la Central de Abastecimiento.

El Presidente de la Subcomisión, Honorable Diputado señor Ortiz, comentó que los municipios mantienen deudas muy grandes con este organismo. A raíz de ello preguntó acerca de los procedimientos de cobranza que utiliza esa entidad.

El señor Díaz precisó que actualmente existen 12 municipios a los cuales se les ha suspendido el suministro de fármacos porque, pese a todos los esfuerzos que han hecho para alcanzar un convenio de pago, ellos no han querido hacerlo.

El Diputado señor Ortiz insistió en que se precisara lo relativo a los plazos para pagar, los intereses exigidos por la mora y demás elementos del proceso de cobranza. Asimismo, pidió conocer

la nómina de los municipios a los que se les ha suspendido la entrega de medicamentos.

El Director de Cenabast explicó que la celebración del convenio de pago supone enterar el 20% de la deuda al contado y el resto en cuotas a 24 meses, sin interés. Sin embargo, añadió, hay municipios a los cuales les hemos otorgado hasta 48 cuotas.

Puntualizó, asimismo, que los 12 municipios aludidos son los de San Bernardo, Panguipulli, Tierra Amarilla, Padre Las Casas, Lautaro, Los Lagos, Galvarino, Paredones, San José de Maipo, Conbarbalá, Cañete y Futaleufú.

Agregó que actualmente la central ha celebrado convenio de pago con 32 municipios y corporaciones municipales.

En seguida, **el Honorable Diputado señor Víctor Torres** solicitó al señor Director Nacional explicar cómo se concilian las aspiración de esa entidad en orden a modernizarse y aumentar sus prestaciones en circunstancias que su presupuesto para 2012 disminuye en un 12%, recordando que, además, el presupuesto de 2011 había disminuido en 4,2%.

En segundo lugar, pidió que se aclare lo que significa el proceso de modernización. Lo anterior, dijo, lo plantea, porque es sabido que una de las ventajas que tiene la Cenabast es la compra por volumen, que permite la disminución de los costos para los Servicios de Salud y las municipalidades, pero en los últimos tiempos ha habido problemas por adquisiciones insuficientes, generándose dudas sobre si se está traspasando la disminución de los costos a estos usuarios institucionales. Incluso, subrayó, en el último tiempo ha habido compras directas de medicamentos por parte de los Servicios de Salud, lo cual ha significado pagar mayores costos.

El Ministro de Saludo señor Mañalich se hizo cargo de estas consultas. Hizo presente que cuando se discutió este presupuesto el año pasado, él señaló que estaba en plena evaluación la continuidad de la Central. Ello era así, indicó, porque Cenabast cumplía muy mal su función esencial. Se excusó de detallar este aspecto por encontrarse en curso demandas judiciales, juicios de cuentas y otros procedimientos de investigación. Lo concreto, resumió, es que la Central era un Servicio deficitario e ineficiente.

Continuó explicando que, en ese contexto, el proceso de modernización al que se ha referido el señor Director, fue compartido con la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados en su oportunidad, y se refiere exactamente a lograr que la Central haga todos los

esfuerzos por concentrar, por acumular demanda y no comprar pequeñas partidas. Para ello, puntualizó, se ha establecido un límite mínimo de \$ 40 millones para las licitaciones y hacer de esta manera que las demandas de los hospitales se asocien y se concentren en fechas determinadas. Detalló que cuando Cenabast concentra su compra obtiene descuentos sobre el precio de mercado por sobre el 30%, y cuando no lo concentra es más barato comprar directamente en el portal público.

Por otra parte, formuló diversas consideraciones adicionales sobre el endeudamiento de los municipios con la Central Nacional de Abastecimiento.

En esta parte del debate, **el Honorable Diputado señor Robles** solicitó conocer, en términos actuales, la deuda que mantiene cada Servicio de Salud con la Central y, además, la deuda que la Central mantiene con los distintos laboratorios, en forma detallada. Pidió que esa información se hiciera llegar antes de la votación de esta Partida en la Comisión Mixta.

En segundo lugar planteó que los municipios a los que se les ha suspendido la entrega de medicamentos corresponden a pequeñas poblaciones, en los cuales la gestión de la atención primaria es de bastante bajo nivel y no cuentan con mayor capacidad de gestión. Por ello, expresó que si se les niega la posibilidad de seguir intermediando a través de la Central, el costo de salud se les aumenta considerablemente. En consideración a lo anterior, pidió que se revisara la política dirigida a las comunas de bajos ingresos, buscando soluciones más favorables.

Sobre este último punto, el señor Ministro de Salud hizo presente que los municipios pequeños no son percapitados sino que son municipios de costo fijo, que significa que para los municipios muy pequeños el per cápita efectivo es mayor, equivale a \$12.000 por beneficiario, lo que se traduce para ellos en una discriminación positiva pues reciben 4 veces lo que reciben los municipios más grandes.

- Sometido a votación el Capítulo 05 fue aprobado sin modificaciones por la unanimidad de los miembros de la Subcomisión, Honorables Senadores señores García Ruminot y Prokurica y Honorables Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles.

Al aprobar este Capítulo 05, **el Honorable Diputado señor Robles** fundamentó su voto expresando que si bien coincide en que la Central de Abastecimiento debe modernizarse, no aprecia en la escueta exposición presentada por su Director la forma concreta como se logrará ese objetivo. Afirmó que esa exposición fue de menor calidad que

las escuchadas anteriormente. Pero, insistió, como debe mejorarse esa entidad, apoyaba su presupuesto.

Asimismo, reiteró que si bien comparte la decisión de cobrar las deudas adquiridas por los municipios pequeños, cree que, al mismo tiempo, hay que ayudarlos, acompañarlos por la difícil situación que, en general, deben afrontar.

- - -

CAPITULO 09 **Programa 01** **Subsecretaría de Salud Pública**

El presupuesto de este programa para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 309.924.601 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de \$ 308.409.126 miles, supone un incremento de un 0,5 % por ciento.

El Programa en estudio considera cinco glosas.

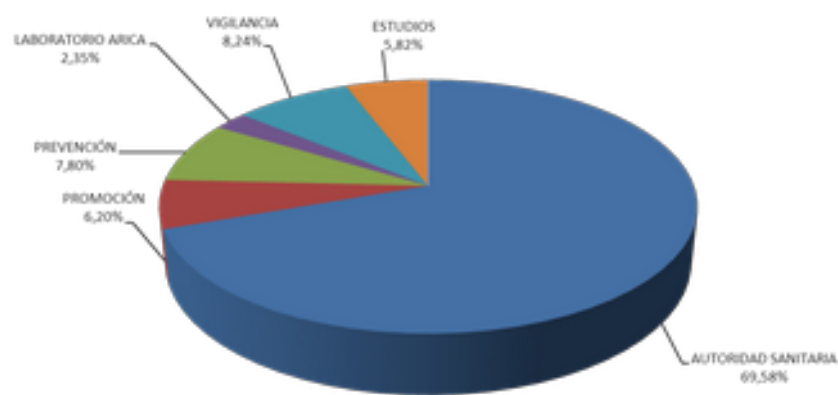
La Subcomisión tomó conocimiento de los ingresos y gastos de este Capítulo 09 mediante una exposición que realizara **el señor Subsecretario de salud Pública, señor Jorge Díaz.**

El señor Subsecretario apoyó su intervención en el conjunto de láminas que se consignan a continuación, las que contienen detalladamente los antecedentes expuestos en esta oportunidad.

En lo fundamental, resaltó que el presupuesto de esta Subsecretaría es el que más aumenta dentro de las diferentes partidas incluidas en el Ministerio de Salud. En concreto, dijo, alcanza, para el año 2012, la suma de MM \$ 309.924, lo que implica una expansión para ese ejercicio presupuestario de MM \$ 6.750

Precisó, luego las más relevantes áreas de expansión, destacando especialmente el aumento que se observa en los fondos dirigidos a Autoridad Sanitaria.

2) PROYECTOS DE EXPANSIÓN



68

Enfatizó que los recursos están focalizados al objetivo central de esa Subsecretaría, que es el cuidado de la salud de las personas. En este sentido, se ha definido que la autoridad sanitaria tendrá una expansión presupuestaria superior al 69%.

Mencionó de manera especial en refuerzo en recursos humanos, exhibiendo la siguiente lámina.

2) PROYECTOS DE EXPANSIÓN

FORTALECIMIENTO AUTORIDAD SANITARIA

FORTALECER ROL AUTORIDAD SANITARIA : FISCALIZACIÓN (4.696 MM\$)

Reforzar Recursos Humanos

- ✓ Asociado a programas de fiscalización, vigilancia, prevención y COMPIN.
- ✓ Regularización de ascensos y promociones.
- ✓ Incorporación de suplencias y reemplazos.
- ✓ Aumento de 7 nuevos cargos para fiscalización de Rellenos Sanitarios.

Normalizar Infraestructura de Oficinas Regionales

- ✓ Adaptación de las Comisiones Médicas, Preventivas e Invalidez según la Ley de Discapacidad.

Se refirió a la imperiosa necesidad de informatizar los procesos en la Subsecretaría, especialmente para el control de las licencias que permanecen en los Compin. Sobre este punto, presentó el siguiente cuadro:

2) PROYECTOS DE EXPANSIÓN

FORTALECIMIENTO AUTORIDAD SANITARIA

FORTALECER ROL AUTORIDAD SANITARIA: FISCALIZACIÓN (4.696 MM\$)

Mejorar Tecnologías de la SSP:

- ✓ Automatización de procesos relacionados con COMPIN (excepto Licencias Médicas; sólo se incorporan las tipo 5 y 6 que permanecen en la COMPIN).

Trámites en Línea:

- ✓ Ampliar la cobertura: mayor cantidad de tipos de trámites automatizados :7 a 12 trámites.
- ✓ Ampliar la concentración: mayor cantidad de tramitaciones ciudadanas por tipo de trámite.

70

Complementó la información anterior con los datos contenidos en el siguiente cuadro:

2) PROYECTOS DE EXPANSIÓN

FORTALECIMIENTO AUTORIDAD SANITARIA

FORTALECER ROL AUTORIDAD SANITARIA : FISCALIZACIÓN (4.696 MM\$)

✓ Trámites en Línea actuales (2011):

- Autorización de Alimentos.
- Informe Sanitario.
- Calificación Industrial.
- Certificado de Desratización.
- Certificado de Destinación Aduanera (Alimentos y Químicos).
- Autorización de Uso y Disposición de Productos Importados (Alimentos y Químicos).
- Certificado de Libre Venta.

✓ Trámites en Línea en Proceso (2011-2012):

- Autorización de Destrucción de Alimentos.
- Autorización de Vendedores Ambulantes.
- Autorización de Vehículos Transporte de Alimentos.
- Autorización de Proyecto de obra de Agua Potable.
- Autorización de Proyecto de obra de Alcantarillado.

A fines del 2011, 40% de los trámites se estarán realizando a través del trámite en línea.

71

Luego explicó lo relativo a los planes de promoción que se propone desarrollar a nivel de comunas:

3) PROYECTOS DE EXPANSIÓN PROMOCIÓN

PLANES COMUNALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (418 MM\$)

- ✓ 12 nuevas Comunas.
- ✓ Incremento para alcanzar 300 comunas con planes de promoción (86,70%).
- ✓ Giro en el enfoque hacia la inversión física.

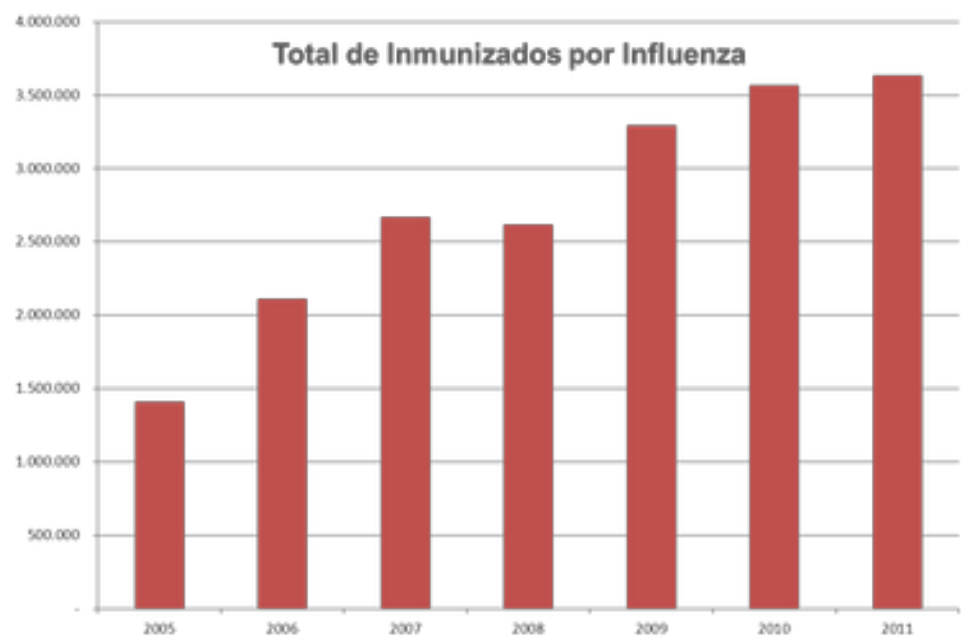
REGIÓN	Entregados	Comunas por Región	% Cobertura	TOTAL 2011 M\$
Arica Parinacota	3	4	75.00%	\$ 40.000
Tarapacá	4	7	57.14%	\$ 44.000
Antofagasta	3	9	33.33%	\$ 58.955
Atacama	9	9	100.00%	\$ 51.000
Coquimbo	14	15	93.33%	\$ 85.000
Valparaíso	32	38	84.21%	\$ 216.000
Metropolitana	47	52	90.38%	\$ 500.000
O'Higgins	28	33	84.85%	\$ 162.200
Maule	21	30	70.00%	\$ 205.045
BioBio	53	54	98.15%	\$ 640.000
Araucanía	32	32	100.00%	\$ 200.000
Los Ríos	6	12	50.00%	\$ 34.200
Los Lagos	24	30	80.00%	\$ 240.000
Aysén	8	10	80.00%	\$ 34.000
Magallanes	4	11	36.36%	\$ 43.804
TOTALES	288	346	83.24%	\$ 2.552.204

Luego abordó lo referido a proyectos de expansión en el ámbito de la prevención. Sobre el particular, informó de una ampliación de programas de prevención por 527 MM\$, orientados, fundamentalmente, a la ampliación en tres nuevas unidades de vacunatorios móviles, llegando a un total de cinco, y a un aumento de la cobertura de patologías de vacunación.

En particular, presentó la siguiente información relativa a inmunización por influenza.

4) PROYECTOS DE EXPANSIÓN

PREVENCIÓN



73

Seguidamente, describió la estrategia de vigilancia preparada por esa repartición para enfrentar los siguientes enfermedades transmisibles:

5) PROYECTOS DE EXPANSIÓN
VIGILANCIA

La estrategia de vigilancia integrada para el enfrentamiento de las enfermedades transmisibles se realiza a través de componentes ambientales, clínico-epidemiológicos y de laboratorio.

Hanta
En Chile este año, el número de fallecidos es de 31, cifra menor a años anteriores.
- Alerta Sanitaria decretada en las regiones de Los Lagos y Aysén por "ratada" y reforzamiento de la vigilancia en zonas de alto riesgo.
- Reforzar los mensajes preventivos en su campaña 2011.

Enfermedades entéricas
Entregar recomendaciones de autocuidado para prevenir el contagio de estas enfermedades.
En la situación del cólera la vigilancia activa jugó un rol importante, junto con los programas de control de agua y alimentos.



En la misma línea de vigilancia, puso de relieve que se contemplan 556 MM\$ para enfrentar las vicisitudes relativas a marea roja -toma de muestras y análisis-, epidemiología (cáncer, papiloma humano y neumococo) y alimentos.

A continuación, orientó su exposición a describir los desafíos que esa Subsecretaría enfrentará durante el año 2012 en materia de Estudios. Lo hizo a partir del siguiente gráfico:

6) PROYECTOS DE EXPANSIÓN

ESTUDIOS

ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA (393 MM\$)

1. Segunda etapas de ENCA: Encuesta Nacional de Calidad Alimentaria.
2. Estudio en las personas, vinculados a contaminación ambiental.
3. Medición de salud, alimentación y nutrición en población escolar.

77

Finalmente, explicó lo relativo a Laboratorios, resaltando la puesta en marcha del laboratorio de Arica y el denominado Plan polimetales. Al efecto, utilizó los siguientes cuadros:

7) PROYECTOS DE EXPANSIÓN

LABORATORIOS

PUESTA EN MARCHA LABORATORIO DE ARICA (159 MM\$)

1. Expansión de 159 MM\$ para proveer 14 cargos, sin aumento de dotación.
2. Laboratorio de Arica: El objetivo del laboratorio es reforzar la capacidad analítica del laboratorio de salud pública de Arica, transformándolo en el referente de toda la macrozonal norte. Así se podrá responder a requerimientos específicos de la zona, especialmente de carácter sanitario-ambiental.
3. Dado que Arica tiene un antecedente histórico de alta contaminación de metales en suelo, polimetales, este laboratorio implementará técnicas para la medición de metales del aire, agua, suelo, sangre y orina.

Plan polimetales: Prioridad Presidencial.

7) PROYECTOS DE EXPANSIÓN
LABORATORIOS

PROYECTOS DE INVERSIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA				
PROYECTOS DE ARRASTRE				
				Miles de \$
Nombre del Proyecto	Año 2012	Año 2013	Año 2014	TOTAL
Construcción Red Nac. Laboratorios Ambiental - Arica	655.383			655.383
Construcción Red Nac. Laboratorios Ambiental - Osorno	529.200	552.800		1.082.000
Construcción Red Nac. Laboratorios Ambiental - Chillán	529.200	552.800		1.082.000
Construcción Red Nac. Laboratorios Ambiental - Aysén	529.200	552.800		1.082.000
Construcción Red Nac. Laboratorios Ambiental - Coquimbo	228.000	592.000	400.000	1.220.000
Construcción Red Nac. Laboratorios Ambiental - Quinta Región	228.000	592.000	400.000	1.220.000
Construcción Red Nac. Laboratorios Ambiental - Iquique	317.048	577.600	400.000	1.294.648
Construcción Red Nac. Laboratorios Ambiental - Maule	190.000	510.000	400.000	1.100.000
Construcción Red Nac. Laboratorios Ambiental - Temuco	190.000	510.000	400.000	1.100.000
79 TOTAL	3.396.031	4.440.000	2.000.000	9.836.031

Concluida la exposición del señor Subsecretario de Salud Pública, tuvo lugar un breve debate que se reseña a continuación.

El Honorable Diputado señor Robles solicitó que las Partidas se presenten en forma desglosada, distinguiéndose por cada una de las regiones, toda vez que cada Secretaría Regional Ministerial de Salud es un servicio desconcentrado, de manera de saber qué presupuesto tendrá cada una de ellas, de cuánto personal dispondrán, cuánto para bienes y servicios de consumo, etc. Sostuvo que, de otra manera, no es posible avanzar adecuadamente en el estudio de esta materia.

Por otro lado, echó de menos la existencia de glosas u otra precisión presupuestaria acerca del planteamiento que los funcionarios de las Comisiones (Compin) hicieron en la Cámara de Diputados, particularmente en la Comisión de Salud, en orden a reforzar esas Comisiones en áreas que no corresponden a licencias de primera instancia. Sobre el particular; recordó que existe un compromiso del Ministerio de Salud de dar a las mencionadas Comisiones mayores capacidades operativas. Sin embargo, insistió, ello no se observa en el

proyecto en debate. No habría, reiteró, forma de saber si esas entidades van a poder hacer un mejor trabajo.

Recapitulando sus planteamientos, solicitó que se informe acerca de los recursos previstos para cada seremía durante el año 2010 y los que se les destinaron durante el año 2011, para, así, poder comparar lo que ocurre en cada una de las regiones. Asimismo, pidió saber si se contemplarán glosas presupuestarias para especificar los recursos destinados al funcionamiento de las Compines.

La Honorable Diputada señora Karla Rubilar pidió al Director de FONASA efectuar una revisión de las características de la leche destinada a los pacientes hipoalergénicos, a lo que el señor Uriarte accedió comprometiéndose a evaluar este punto.

También se refirió al Auge preventivo, señalando que considera muy relevante que el plan garantizado sea también de carácter preventivo.

Por último, explicó, sólo a manera de aclaración, que a ella le correspondió contestar la intervención de los diputados que, en su momento, hicieron presente un supuesto retraso de la licitación del programa de vacunación. Sobre el particular, destacó que la vacunación que habitualmente empezaba el primero de abril, ahora fue lanzado el 24 de marzo, llegando a los consultorios el día 28, es decir, tres días antes de lo que empezó la campaña de vacunación en años anteriores.

A continuación, **el señor Ministro de Salud** se hizo cargo de algunas observaciones de los señores Parlamentarios.

Consideró que lo propuesto por la Honorable Diputada señora Rubilar, en cuanto a crear farmacias móviles, es una muy buena idea y no divisa una dificultad legal para crearlas. Añadió que en una geografía como la de nuestro país puede ser una solución extraordinariamente eficiente para que las personas tengan un acceso garantizado a sus medicamentos y en forma oportuna.

Respecto al Auge preventivo, indicó que él se ejecuta a través de atención primaria. Como se sabe, acotó, existen dos experiencias piloto funcionando: uno de obesidad, que compromete a 30.000 personas; que ya está mayoritariamente reclutadas, y que tiene un costo de \$2100 millones, con cargo al presupuesto del año 2011. La otra experiencia piloto, agregó, se refiere al consumo de alcohol, respecto del cual se estima atender a 12.000 personas, es decir, un 10%, de bebedores excesivos que van a ser sometidos a diferentes intervenciones.

Informó que estos planes se mantienen y están dentro del presupuesto de este año, con un aumento de 11.840 millones para estos auge preventivos, en los cuales se aspira a poner tabaco como un piloto de Auge preventivo que después podamos generalizar a modelo auge en total.

En segundo lugar, respecto al tema de la distribución de los dineros en los compines y en las seremías, explicó que el Ministerio a su cargo no puede ir más allá de lo que la ley les autoriza y que, efectivamente, es diferente de lo que ocurre en los Servicios de Salud, que son servicios autónomos a los cuales la ley de presupuestos les asigna a cada uno su respectivo presupuesto. El Ministerio, en cambio, insistió, solamente debe cumplir con lo que la ley de presupuesto de cada año explícitamente les obliga, que es efectuar una distribución por cada una de las secretarías regionales de las partidas presupuestarias. No obstante lo anterior, no divisó dificultad para acceder a lo que el honorable Diputado señor Robles solicitó en cuanto a mostrar la historia de cómo están distribuidos estos recursos a lo largo del año 2011, y como se proyecta la distribución de recursos a lo largo del año 2012.

Respecto al recurso humano, indicó que el proyecto de presupuesto incorpora una expansión de \$ 1.200 millones, que corresponden a 300 cargos.

En este punto del debate se produjo un intercambio de opiniones entre el Secretario de Estado y el Honorable Diputado señor Robles respecto de la dotación de la Subsecretaría de Salud y el recurso humano asociado a programas de fiscalización, vigilancia, prevención y Compines, que se discute en el proyecto de ley en trámite legislativo actualmente sobre fortalecimiento de los mecanismos de control en el ámbito de la salud pública.

En síntesis **el señor Diputado** advirtió que las labores de fiscalización la cumplen personas y él observa en este presupuesto que el número de ellas disminuye. Preciso que en el proyecto de ley sobre fortalecimiento de la fiscalización, si se aprueba, va a disminuir en 120 cargos la dotación de la Subsecretaría de Salud.

El Ministro señor Mañalich manifestó que si se traslada personal disminuirá la dotación de la Subsecretaría y aumentará el de FONASA, por cuanto habrá funciones que se dejan de hacer en la Subsecretaría de Salud Pública y que se traspasan a al mencionado Fondo.

Enfatizó que el mencionado proyecto de ley no contempla ninguna disminución de planta en el personal de los Compines.

- Sometido a votación el Capítulo 09, Subsecretaría de Salud Pública, fue aprobado sin enmiendas por la unanimidad de los miembros de la Subcomisión, Honorables Senadores señores García Ruminot y Prokurica y Honorables Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles.

- - -

CAPÍTULO 10

Subsecretaría de Redes Asistenciales

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

Programa 01

Subsecretaría de Redes Asistenciales

El presupuesto de este programa para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 39.768.239 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de \$ 38.768.239 miles, supone un incremento de un 4,2 % por ciento.

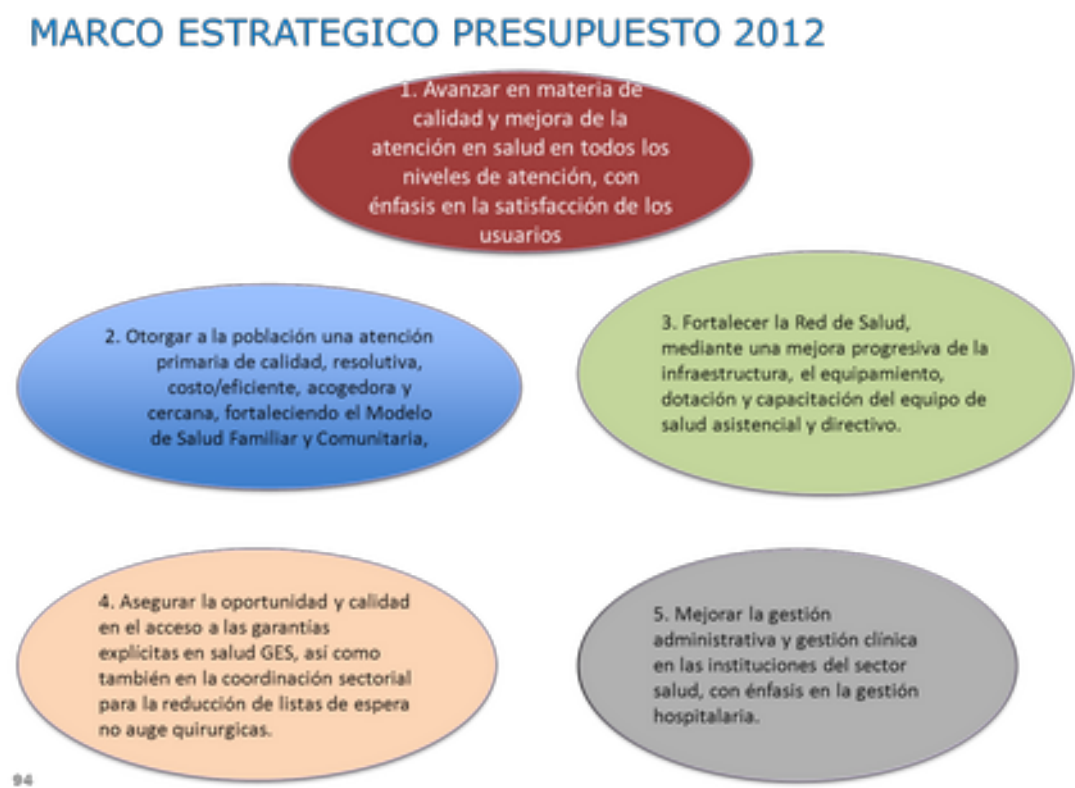
Programa 02

Inversión Sectorial de Salud

El presupuesto de este programa para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 297.989.189 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de \$ 303.963.617 miles, una disminución de un 2,0 % por ciento.

El Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, señor Luis Castillo, presentó a la Subcomisión el proyecto de presupuesto correspondiente a estos dos Programas. Lo hizo sobre la base de una treintena de láminas y gráficos, que se consignan a continuación para una mejor comprensión de las explicaciones del señor Subsecretario, así como del debate que hubo a continuación de la intervención de la referida autoridad, que también se transcribe pormenorizadamente

El señor Subsecretario presentó, en primer lugar, la siguiente lámina que muestra el marco estratégico de su dependencia para el próximo año:



Inmediatamente a continuación, pasó a referirse a la atención primaria de salud, indicando los siguientes cinco elementos de atención primaria que se recogen con mayor profundidad en la elaboración del presupuesto de esa Subsecretaría:

PRIORIDADES EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD



96

Luego exhibió un cuadro que describe la variación durante el año 2012 de la población que está validada por Fonasa:

Población objetivo para APS



97

Explicó que el estudio de esa variación de población se hizo con el propósito de definir las siguientes estrategias de fortalecimiento:

ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO

- **Aumento** del per cápita de salud.
- **Mejorar** la cobertura del GES en APS en medicamentos y prevención de factores de riesgo en salud
- **Incremento** de dispositivos de urgencia.
- **Aumento** de la capacidad de resolutive.
- **Apoyo** a la rehabilitación integral.
- **Apoyo** a gastos de puesta en marcha para nuevos establecimientos de APS
- **Apoyo** a la salud intercultural

98

Luego señaló que los recursos que se contemplan para el próximo año, son los que se indican en el siguiente cuadro y tienen relación con la actualización del perfil de la población, farmacias y mejoras que recogen cambio y prevalencia y que garantizan de mejor forma la atención en APS. Advirtió que no se incluyen indexadores:

AUMENTO DEL PER CAPITA BASAL 2012

Total Expansión: M\$ 65.841.748

- Alcanzando una tarifa basal del per cápita de \$3.123/persona/mes y un crecimiento real de 10.8%.
- Este aumento considera la actualización de perfil demográfico de población a cargo, farmacia y mejoras que recogen cambios de prevalencias constatadas en la encuesta nacional de salud 2009 – 2010, de manera que garanticen de mejor forma, las prestaciones realizadas en APS.

99

En relación con las Garantías Explícitas en Atención Primaria, afirmó que hay una expansión de 10.000 millones, pues se están aumentando los recursos para fármacos en enfermedades que se tratan en atención primaria.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD EN APS

Total Expansión: M\$ 10.505.877

- Aumento de recursos para la compra de fármacos e insumos contribuyendo al fortalecimiento de las garantías explícitas en salud que se atienden en Atención Primaria.
- Epilepsia,
- Artrosis,
- Salud Cardiovascular,
- Parkinson,
- Enfermedades Respiratorias
- Lentes para presbicie

100

Se refirió, en seguida, al proyecto Ges preventivo “Vida Sana”

**GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD EN APS:
PROYECTO GES PREVENTIVO VIDA SANA**

Total Expansión: M\$ 1.334.814

- Contribuir al mejoramiento de salud de la población a través de la implementación de Piloto GES relacionado con estrategias de prevención en consumo de riesgo:
- Alcohol y Tabaco,
- Prevención en Salud Bucal en Preescolares
- Extensión del Control de Salud del Niño y la Niña de 5 a 9 años, en el Establecimiento Educacional

101

Respecto de los centros de salud de excelencia, exhibió el siguiente cuadro:

CENTROS DE SALUD DE EXCELENCIA

**Mejor calidad de atención y mejor
satisfacción usuaria**

- Contribuir progresivamente al desarrollo de la excelencia en la atención de salud en los centros de APS.
- Calidad y calidez de la atención
- Evaluación de la satisfacción usuaria
- 30 Centros de Excelencia

Total Expansión: M\$ 2.690.533

102

Sobre Urgencia en atención primaria, destacó los siguientes elementos:

URGENCIA EN ATENCION PRIMARIA ACCESO Y OPORTUNIDAD EN LA ATENCION

Total Expansión: M\$ 2.324.355

- Fortalecer y ampliar la oferta de SAPU y SUR, para mejorar la oportunidad y el acceso de la población a la atención de urgencia considerando:
 - 15 Nuevos SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
 - 15 Nuevos Sistemas de Urgencia Rural (SUR)

103

Resaltó, asimismo, que en atención primaria habrá mayor capacidad resolutiva mediante las siguientes medidas:

ATENCION PRIMARIA MAS RESOLUTIVA

- 15 nuevas Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas, alcanzando un total de **76 dispositivos** instalados en el País.
- Incremento de 20 nuevas salas para procedimientos quirúrgicos cutáneos de baja complejidad.
- Imágenes Diagnósticas en APS:
 - Incremento de recursos para el aumento de cobertura en Rx de pelvis;
 - Ecografía abdominal en personas de 35 y más años;
 - Realización de ecografía mamaria.

Total Expansión : M\$ 4.965.419

104

Anunció una mejor cobertura en salud respiratoria en los siguientes términos.

ATENCION PRIMARIA MAS RESOLUTIVA

- 15 nuevas Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas, alcanzando un total de **76 dispositivos** instalados en el País.
- Incremento de 20 nuevas salas para procedimientos quirúrgicos cutáneos de baja complejidad.
- Imágenes Diagnósticas en APS:
 - Incremento de recursos para el aumento de cobertura en Rx de pelvis;
 - Ecografía abdominal en personas de 35 y más años;
 - Realización de ecografía mamaria.

Total Expansión : M\$ 4.965.419

104

Destacó el aumento de salas y equipos de rehabilitación, informando los siguientes datos:

REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

Total Expansión: M\$ 948.820

- Aumento de 30 nuevas salas de Rehabilitación Integral con base comunitaria en establecimientos de Atención Primaria
- implementación de 4 nuevos equipos de rehabilitación para áreas rurales vulnerables, lo que permitirá ampliar la cobertura de esta estrategia.

Respecto del punto anterior, aseguró que ya hay más de un centenar de salas de rehabilitación integral que han incorporado a casi 8000 adultos mayores, lo que ha sido también una estrategia para derivar pacientes del área secundaria y terciaria al área de rehabilitación integral asociada a la atención primaria.

Los cuatro nuevos equipos de rehabilitación son para áreas rurales vulnerables. Este programa, dijo, ha sido muy valorado a nivel ambulatorio.

En lo tocante a asistencia ventilatoria no invasiva y asistencia respiratorio en adultos y en niños, habrá incrementos del orden 700 millones, pero también se ha incrementado el programa de oxigenoterapia domiciliaria y alcanza a más de 25.000 personas que lo están recibiendo en su domicilio y financiado por el servicio, estrategia que ha sido muy importante para atacar la evolución de patologías pulmonares.

Sobre este punto presentó la siguiente lámina:

**MEJOR CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS**

ASISTENCIA VENTILATORIA NO INVASIVA

Total Expansión: M\$ 766.039

- **Asistencia Ventilatoria No Invasiva en Niños y Niñas en APS – AVNI: 70 nuevos cupos.**
- **Asistencia Ventilatoria No Invasiva en Adultos APS - AVNIA: 40 nuevos cupos**

En cuanto a la cobertura en medicamentos e insumos anticonceptivos sostuvo que ella se ha incrementado y, al mismo tiempo, se ha reducido la brecha en 2000 millones, especialmente en distribución a nivel de la atención primaria, la idea es bajar la mortalidad por aborto. Agregó que aquí se incluye “Pecas” un programa de 12.000 en total.

AUMENTO DE COBERTURA EN MEDICAMENTOS E INSUMOS ANTICONCEPTIVOS

Total Expansión: M\$ 2.071.403

- Aumento de recursos para la compra medicamentos e insumos que contribuyan a disminuir la brecha entre fecundidad deseada y real, reduciendo al mismo tiempo, la mortalidad materna relacionada con aborto.

Acerca del fortalecimiento de redes locales, resaltó la Salud Intercultural, asociado al Plan Araucanía por más de 400 millones; la puesta en marcha de 14 nuevos centro de salud familiar y 19 consultorios que se acreditan como “Cesfam”, por un total de 2.300 millones.

FORTALECIMIENTO DE REDES LOCALES DE SALUD

SALUD INTERCULTURAL

- Plan Araucanía. Aumento de recursos para el Mejoramiento de atenciones en Centros de Salud Intercultural Mapuche con M\$ **408.573**.

RECURSOS PARA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS CENTROS

- Aumento de recursos para Gastos de Puesta en Marcha de 14 Nuevos CESFAM y 19 Consultorios de Atención Primaria que se acrediten como CESFAM con un total de M\$ **2.310.201**.

En atención hospitalaria afirmó que se ha concentrado fundamentalmente el incremento de camas, camas críticas de adulto y camas críticas neonatales, con su correlativo de cargos en el subtítulo 21, 22 y 29. Esto es, dijo, lo que básicamente nuestros hospitales necesitan.

Aumento en **226** camas en la Red Hospitalaria

LINEA DE CAMAS	N° Camas	Cargos	SUBT. 21	SUBT. 22	SUBT. 29	TOTAL
CAMAS DE AGUDO	140	50	541.350	108.270	204.000	853.620
CAMAS CRITICAS ADULTO	38	135	1.279.730	255.946	1.193.379	2.729.055
CAMAS CRITICAS NEO-PED	43	137	1.621.148	323.961	927.800	2.872.909
HOSPITALIZACION DOMICILIARIA	5	25	251.628	150.308	810	402.746
GESTORES DE CAMA		20	192.059	-	-	192.059
Total M\$	226	367	3.885.915	838.485	2.325.989	7.050.389

111

Puso de relieve la creación de 134 cargos para potenciar la urgencia prehospitalaria y hospitalaria, con 2110 millones de expansión.

Fortalecimiento de la atención de urgencia pre-hospitalaria y hospitalaria mediante la incorporación de **134** cargos.

LINEA DE URGENCIAS	Cargos	SUBT. 21 M\$	SUBT. 22 M\$	SUBT. 29 M\$	TOTAL M\$
REUERZO DE LA ATENCION EN UEH	37	558.419	129.487	69.871	757.777
RED DE TRASLADO SECUNDARIO DE PACIENTE CRITICO	84	606.479	140.631	350.000	1.097.110
ATENCION PRIORIZADA EN UEH POR SELECTOR DE DEMANDA	13	183.446	42.538	30.000	255.984
Total	134	1.348.344	312.656	449.871	2.110.871

112

Especial hincapié hizo en la conexión a partir del próximo año por vía telemedicina de los escaners de las UPC, de las urgencias y de los hospitales a un sistema centralizado de tomografías

computadas y resonancia nuclear que permite informar desde la región metropolitana 24/7.

Señaló que este sistema se está licitando para que un grupo de radiólogos especialistas pueda informar, una vez que bajen las imágenes, con un alto estándar. Por ejemplo, dijo, cada vez que se haga en Castro, en 2 horas ese médico está obligado a informar ese escáner.

Aseguró que se va a intentar conectar todos los escaners del país. Este es un salto cuántico porque permite que en aquellos lugares donde no hay radiólogo, igualmente se controle todo.

Aumento de la resolutividad de los hospitales a través de diferentes estrategias de **telemedicina** complementarias:

- Teleprocesos:** Instalación Unidades telemédicas para realizar Tele transacciones que optimizarán toma de decisiones clínicas y acceso a diagnóstico e intervencionismo oportuno, principalmente en la especialidad de cardiología (Macro región Sur y Maule).
- Teleconsulta:** Adquisición de cámaras para tele consultas psiquiátricas a distancia, consultorías de expertos y consulta grupal en zonas más aisladas.
- Teleradiología:** Transmisión de imágenes radiológicas y de los respectivos Informes de especialistas para los hospitales de alta y baja complejidad del país, en Consultas médicas y odontológicas, electivas y de urgencia.

IMPACTO SANITARIO:

Continuar con el desarrollo sostenido de la Telemedicina en el sistema de Salud Pública para fortalecer las Redes Asistenciales, focalizada en las poblaciones beneficiarias con mayores barreras de acceso y/o en regiones con desarrollo insuficiente de especialidades, a través de la incorporación paulatina de diferentes aplicaciones de la Telemedicina.

Incrementar la cobertura de atenciones en ámbitos faentes, modernizando la gestión clínica y aumentando la eficiencia en el uso de nuevos recursos como de los ya instalados

Telemedicina \$ 5.457.224
Intersector \$ 621.227

Ante una consulta, respondió que este programa se expande a teledermatología, a teleelectrocardiología y, en general, a todo lo que significa telemedicina. Se mejora, resumió, la situación del especialista en atención primaria a través de la telemedicina.

Respondiendo a otra pregunta, informó este programa está ya funcionando en la región de O'Higgins, en el Hospital de Santa Cruz, en el Hospital de las Cabras; en la región de Coquimbo, en Illapel y Los Vilos, en Talcahuano, Linares, San Carlos, Chillán. En general, se ha ido ampliando el tema y ha sido muy bien valorado.

Respecto del fortalecimiento de la red para dar respuesta al auge, aseguró que el tema es complejo. Explicó que, fundamentalmente se trata de 1545 millones de expansión para resolver las operaciones de corazón, de cerebro, la parte oncológica, especialmente anatomía patológica, o sea, fundamentalmente el diagnóstico anátomo-patológico que es fundamental para el cáncer; hemodialisis, peritoneo diálisis y sida.

Fortalecimiento de la Red para dar respuesta al AUGE

- **RED NEUROQUIRÚRGICA** : Aumentar el número de prestaciones de alta complejidad neuroquirúrgica en los centros de Referencia Nacional y Regional, y RRHH especializado en la recuperación y rehabilitación precoz de los pacientes neuroquirúrgicas, disminuyendo el índice de secuelas invalidantes.
- **RED CARDIOQUIRÚRGICA:** Elevar el número de prestaciones de Hemodinamia y electrofisiología y de Cardiocirugía.
- **ONCOLOGÍA:** Reforzamiento de las Unidades de Anatomía Patológica de la red publica y recurso humano para la rehabilitación y apoyo psicológico a pacientes y familias.
- **DIÁLISIS:** Aumento de la capacidad de oferta en Hemodiálisis y peritoneo diálisis optimizando el uso de la capacidad instalada.
- **VIH/SIDA:** Refuerzo y mejoramiento de la atención de pacientes portadores de VIH / SIDA en establecimientos de sistema público de salud

M\$ 1.545.909			
Subt 21 M\$	Cargos 18.834	Cargos 19664	Subt 22 M\$
1.411.829	99	33	134.080

A continuación se refirió al programa de centralización del servicio nacional de sangre. Aseguró que se incrementa el número de cargos y de vehículos. Esto significa centros de sangre en Valparaíso, Metropolitano, junto con la colecta de sangre del hospital La Higuiera y la normalización del banco de sangre del sur, que está en Concepción. Todo esto está pensado como una forma de centralización y eficiencia de recursos.

Fortalecimiento de la Red de Centros de sangre y Medicina Transfusional.

- 15 cargos , Centros de Sangre de Valparaíso, Metropolitano y Punto colecta de sangre, Hospital Las Higueras.
- Vehículos para promoción de la donación para UMT Hospital Juan Noé Arica; UMT Chillán; B. Sangre Valdivia; CS Metropolitano.
- Equipamiento mínimo requerido para la integración de otros Bancos de sangre al modelo.

MEDICINA TRANSFUSIONAL \$ 320.455

El compromiso internacional firmado por el gobierno es alcanzar el 100% de donación altruista voluntaria al año 2015 .

115

Explicó que la coordinadora nacional de transplantes se incrementa con dos coordinadores de transplantes. Se terminan de implementar las unidades de procuración de órganos que desarrollan el próximo año dos centro de transplante hepático: uno en Concepción y otro en Santiago. Las unidades de procuración de órganos están distribuidas a lo largo de todos los hospitales. Agregó que todos los hospitales bases regionales deben tener una unidad de coordinación de transplantes que procure la recolección de órganos.

Puntualizó que a la ciudad de Copiapó la han considerado como una zona que debe tener un banco de tejidos óseo que procure ese tipo de tejido para todo el país. Estamos analizando el tema de los registros y todos los elementos de soporte fundamentalmente para mejorar la procuración y un tasa de donantes efectiva. Hay un problema cultural pero también un problema de gestión que justamente hoy día estamos viendo.

Fortalecimiento de la **Coordinadora Nacional de Trasplantes**

- Incrementar 12 de Unidades de Coordinación de Trasplantes en Hospitales con Capacidad de Generar Donantes.
- Desarrollo de **2** nuevos Centros de Trasplante Hepático en Chile (Concepción-Santiago).
- Desarrollo de Banco de Tejido Óseo en la ciudad de Copiapó
- Sistema de Registro sobre actividad de Donación y Trasplante en Chile (MC)
- Equipamiento para optimizar el diagnóstico de pacientes en muerte encefálica
- Financiamiento para traslado terrestre de órganos y equipos de Trasplante.
- Financiamiento de Sistema de Traslados Aéreos de órganos y equipos de Trasplante

Presupuesto Casa: M\$: 205.000

Presupuesto TIC : M\$: 50.000

Presupuesto SS : M\$: 268.510

116

Luego se refirió a las ventajas del nuevo modelo de gestión hospitalaria, según el siguiente resumen.

Nuevo modelo de gestión hospitalaria

- Se continua implementando el nuevo modelo de gestión estratégico hospitalario, en todos los establecimientos de alta complejidad. Sus principales ventajas, son:
 - Integra la gestión clínica y financiera de los Hospitales,
 - Establece como prioridad la satisfacción de los usuarios,
 - Basa la atención en la calidad y seguridad del paciente,
 - Mejora los procesos clínicos, financieros y administrativos,
 - Enfatiza la administración de costos,
 - Focaliza el equilibrio financiero del establecimiento,
 - Involucra a los usuarios (Cuenta Pública y Consejos Consultivos),
 - Establece estrategias únicas, definidas por el MINSAL, para todos los EAR,
 - Está enfocado en la gestión del hospital (mide resultados),
 - Fomenta la participación activa, compromiso e involucramiento de todos los profesionales en la gestión del EAR.

117

Seguidamente abordó lo relativo a recurso humanos.

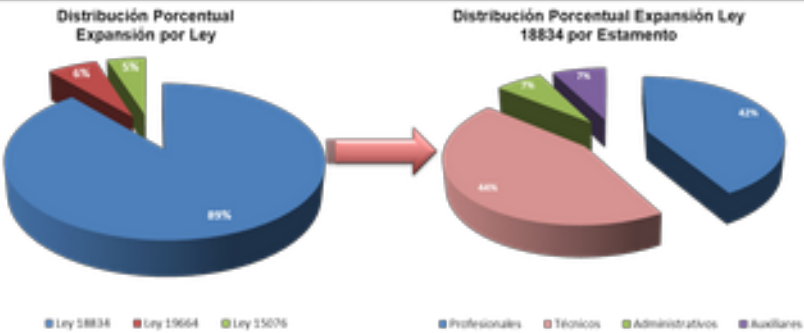
Sobre esta materia explicó que el año 2012 entra en operaciones y se cerrarán brechas en establecimientos normalizados, en forma bien importante, de las diferentes leyes que significa el total de este cierre de brechas. Habrá 434 cargos que entran en operaciones y en nuevos hospitales otros 815. Son, en total, 1249 cargos nuevos.

La distribución de ellos y la normalización de dotación se muestra en los siguientes gráficos:

EXPANSION 2012 – NORMALIZACION DOTACION

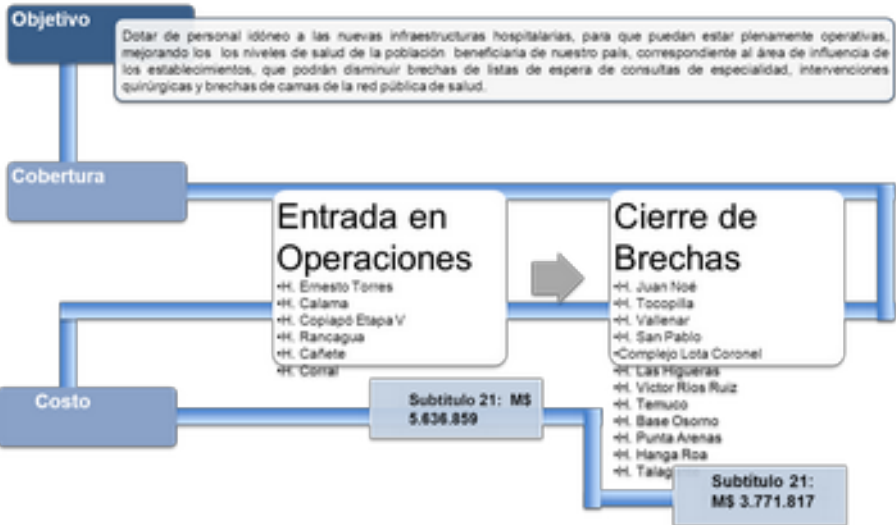
Entrada en Operaciones 2012 y Cierre de Brecha Establecimientos Normalizados

Proyecto	LEY 18.834					LEY 19.664						LEY 25.876		TOTAL CARGOS	
	CARGOS				TOTAL CARGOS	CARGOS				TOTAL CARGOS	TOTAL HORAS	TOTAL CARGOS	HORAS	TOTAL CARGOS	TOTAL HORAS
	Prof	Tecn	Adm	Aux		04	03	22	13						
Cierre de Brechas	237	144	39	43	383	15	1	4	0	20	780	30	868	434	1.648
Entrada en Operaciones	306	347	34	40	727	54	2	2	0	58	2.486	30	840	815	3.326
Total General	463	491	73	83	1.110	69	3	6	0	78,0	3.267	60	1.708	1.249,0	4.975



EXPANSION 2012 – NORMALIZACION DOTACION

Entrada en Operaciones 2012 y Cierre de Brecha Establecimientos Normalizados

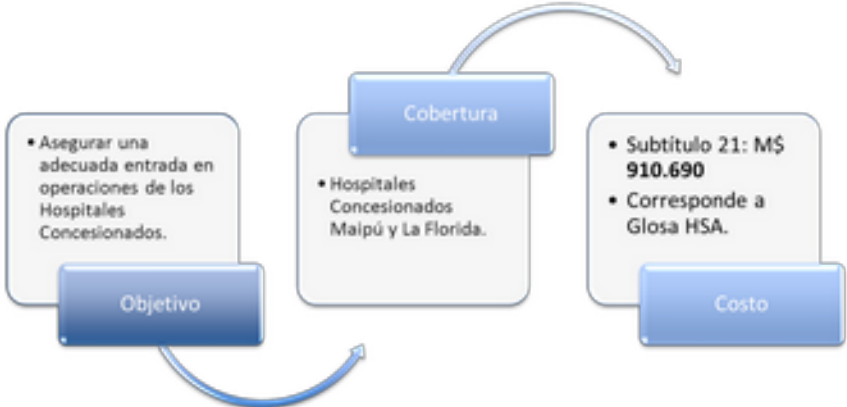


EXPANSION 2012 – NORMALIZACION DOTACION

Fase Diseño Hospitales Concesionados Maipú y Florida

La entrada en operaciones de los Hospitales Concesionados requiere de una dotación adecuada para abrir sus puertas a la población usuaria de las áreas de jurisdicción de éstos, lo que permitirá cerrar la gran brecha de atención de salud de nivel secundario y terciario, a la población de comunas que hoy presentan una gran densidad, producida por un crecimiento poblacional acelerado.

Los nuevos establecimientos requieren la conformación de equipos de personas idóneas para llevar a cabo el diseño de procesos, flujos de atención, perfiles de personal, entre otros, que son imprescindibles para asegurar su correcta entrada en operaciones.



Luego abordó lo relativo a los especialistas y subespecialistas. Connotó que ello se hace mediante el programa de calidad y equidad, y se desarrolla a través de tres grandes opciones:

Primero, por compromiso de retorno: formación directa por los servicios de salud y aproximadamente 3 años. En este caso, añadió, hay un compromiso de los médicos: se requiere un cierto período.

También hay pago asistencial previo e intercalado: aproximadamente 6 años. Entre 2008 a 2011 se observó un incremento de médicos en formación, de 338 a 560 médicos.

En los programas FORBID y APS, el año 2012 egresarán 331; el año 2013, 296; y para los años 2014-2015 se proyectan 315 especialistas. El año 2014 se espera que la brecha de médicos estará cerrada completamente.

EXPANSION 2012 – FORMACION Y CAPACITACION
Cierre de Brechas de Especialistas y Subespecialistas

Componentes del Programa	Nº Cargos	Nº Horas	Subtítulo 21	Subtítulo 22	Costo Total
Incrementar Horas para Contratación de Profesionales Ley 19664 en Formación (84 cargos de 44 horas)	84	1848	1.438.559		1.438.559
Programa de Cierre de Brechas de los SS Zonas Críticas para la formación de Especialistas (FORDIR Nuevos)	88	3872	2.308.112	272.800	2.580.912
Programa de Cierre de Brechas para las zonas intermedias del país con falencias en especialidades críticas. (FORDIR NUEVOS)	54	2376	1.377.307	167.400	1.544.707
Programa de Formación Directa de Médicos Subespecialistas para el cierre de brechas de los SS	0	0	248.584	31.000	279.584
Programa de Formación Directa de Odontólogos Especialistas por los SS.	10	440	248.584	13.750	262.334
Incrementar Horas de contratación para egresados de los programas de especialización FORDIR y de otros profesionales especialistas prioritarios que los requieran para el cierre de sus brechas (128 profesionales en detalle de horas que se indican)	65	2145	1.687.272		1.687.272
Horas de Contratación para egresados de programas de especialización APS 3 Años.	54	1782	1.397.541		1.397.541
Asignación de estímulo de especialidades críticas y falentes	0	0	682.584		682.584
Programa de Formación de Especialistas APS 6 Años	37	0	484.700	74.000	558.700
Reajuste de Aranceles Universitarios Programas de Especialización	0	0		234.600	234.600
Costo Total	355	12463	9.873.243	793.550	10.666.793

Evolución Presupuesto Formación de Especialistas 2006-2012
Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales

El presupuesto para el año 2012, se ha incrementado en un 42% respecto al año presupuestario 2011. Comparado con el presupuesto existente el año 2006, éste se ha incrementado en un 2550%.

PERIODO 2006 - 2012	TOTAL FORMACION DE ESPECIALISTAS	Incremento Anual
2006	1.116.427	0%
2007	1.321.300	18%
2008	3.563.342	170%
2009	7.917.103	122%
2010	15.898.633	101%
2011	20.976.296	31%
2012	29.686.848	42%



124

Evolución Presupuesto Formación de Especialistas APS 3 y 6 Años 2008-2012
Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales

El presupuesto para el año 2012, se ha incrementado en un 14% respecto al año presupuestario 2011. Comparado con el presupuesto existente el año 2008, año de inicio del programa, éste se ha incrementado en un 538%.

PERIODO 2006 - 2012	NUEVOS PROGRAMAS APS 3 Y 6 AÑOS, FORDIR	Incremento Anual
2008	2.553.742	0%
2009	6.596.080	158%
2010	14.179.566	115%
2011	14.359.718	1%
2012	16.315.959	14%



125

En relación con esta materia el **Honorable Senador señor Prokurica** destacó que si bien habrá un número importante de especialistas en pocos años el problema que subsiste es que ellos no se

van a las regiones, donde se mantienen las carencias de este tipo de profesionales.

Por su parte, **el Honorable Diputado señor Robles** consultó si en los casos que no hay compromiso de retorno se refieren a los médicos generales de zona que tienen su formación y luego quedan libres.

El señor Subsecretario informó que los casos sin compromiso de retorno hoy día se consideran de otra manera: se les ofrece opciones laborales que les permitan mirar a las regiones con un contrato de mínimo 33 horas, y a aquellos médicos que puedan ocupar ley 15076, y, en lo posible, lo anterior unido a un desarrollo profesional y a políticas de retención e incentivo para que se vayan efectivamente a un hospital. Entre estas últimas se cuentan asignaciones de especialidad, asignaciones de estímulo, escala de equivalencias, etc.

La Honorable Diputada señora Rubilar destacó que una de las complicaciones por las que los especialistas no se quedan en regiones es porque terminan muchas veces siendo contrata, sin cupo de expansión de planta, y quedarse a contrata en una región, sobre todo si es extrema, es complejo. Preguntó, entonces, si está contemplado ir aumentando la planta y la estabilidad laboral.

Se le informó que, en efecto, en este aspecto se ha avanzado para facilitar la retención de estos especialistas en regiones. Ahora se les ofrece planta en condiciones mínimas o plantas programadas.

El Honorable Diputado señor Robles consultó si en caso de compromiso éste se constituye antes de que comience la beca, a lo cual se le contestó que desde el comienzo se suscribe una escritura pública para constituir una garantía de 5000 unidades de fomento.

Finalmente, el señor Subsecretario hizo una breve exposición general sobre inversiones en salud.

La descripción de esas inversiones se apoyó en el siguiente cuadro resumen:

TOTALES 2012

Componente inversión	Ley Año 2011	Presupuesto MINSAL 2012	Presupuesto MINSAL 2012 2,80%
Red Hospitalaria	205.862.081	184.675.176	189.846.081
Equipamiento Concesiones	-	41.171.484	42.324.286
Atención Primaria	35.605.535	26.002.587	26.730.659
Equipamiento	12.967.249	12.000.000	12.336.000
Autoridad Sanitaria	3.361.018	3.303.532	3.396.031
SUBTOTAL INVERSIÓN	257.795.883	267.152.779	274.633.057
Reconstrucción	36.155.000	21.224.249	21.818.528
SUBTOTAL (sub. 31)	293.950.883	288.377.028	296.451.585
Leasing	6.912.859	5.744.225	5.905.063
Intereses	340.298	284.746	282.947
SUBTOTAL	7.253.157	6.028.971	6.188.010
TOTAL	301.204.040	294.405.999	302.639.595

138

En torno a esta información hubo un breve intercambio de opiniones e información sobre ejecución presupuestaria; sistemas de inversión y otros aspectos vinculados al gasto de estos recursos.

Concluida la intervención del señor Subsecretario, se formuló un conjunto de consultas y comentarios sobre su exposición, que se reseña a continuación.

El Honorable Diputado señor Torres pidió saber si es posible dar a los hospitales de cabecera de provincia mayor capacidad decisoria. Señaló tener presente que existe un esfuerzo por concentrar especialidades en determinados centros de derivación, que son de carácter regional o en macro zonas más amplias. Sin embargo, añadió, los hospitales provinciales, a su juicio, han perdido capacidad resolutive y, muchas veces, la los traslados generan una serie de complicaciones. Por ello, reiteró la conveniencia de considerar la alternativa dar mayores responsabilidades a los hospitales cabecera de provincia, que habitualmente son de mediana complejidad.

Además, preguntó si se ha considerado evaluar la posibilidad de mejorar los servicios de urgencia o generar una especie de centros de manejo de traumas en aquellos hospitales que están vinculados a

carreteras de alto tráfico. Al respecto, a modo de ejemplo, hizo presente que a propósito del reciente accidente en la ruta 68 quedó de manifiesto la nula capacidad del hospital de Casablanca para poder responder.

El Honorable Diputado señor Robles, por su parte, consultó acerca de las estrategias que el Ministerio ha mantenido respecto del aumento del per cápita. En relación con este tema, expresó que él siempre ha pensado que la desmunicipalización es un camino, planteando que una forma de coordinar este aspecto es a través de los Programas. Sin embargo, concluyó, no visualiza un aumento de los programas de salud que haga posible que la atención primaria pueda tener una cierta mirada desde los Servicios. En concreto, preguntó cuál es la razón por la que no se aumentan los recursos destinados a Programas.

En segundo lugar, se refirió a las inversiones involucradas en esta parte del presupuesto. Aseveró que la información de que dispone le permite afirmar que el presupuesto presentado para 2012 es prácticamente de continuidad, e incluso baja en un 1,9% los fondos de inversión. Específicamente, consultó si se contempla un nuevo presupuesto en inversión para el 2012 respecto de programas ya presentados o si, por el contrario, no hay nada nuevo en inversión.

Se extendió en este punto connotando que hace tiempo en algunos sectores de la Región de Copiapó la atención primaria ha dejado de tener inversión, como ha ocurrido con la instalación de un Cefan que se comprometió en Vallenar o la normalización del Hospital de Huasco, lo que no se ha cumplido y tampoco se contemplan recursos para estos efectos en el presupuesto del próximo año. Por ello, preguntó qué pasa con algunas inversiones proyectadas pero respecto de las cuales no se prevén los fondos necesarios. ¿Hay proyectos y convenios de programación firmados por el Ministerio de Salud que han sido postergados?, preguntó.

Se refirió, por último, a la situación que consiste en que al crearse cargos de médicos para las regiones en ocasiones los Directores de Servicio mantienen a estos nuevos profesionales en la dirección del Servicio, en circunstancias que debieran desempeñarse en los hospitales. Al respecto, preguntó si se adoptarán medidas o se dictarán instrucciones desde la Subsecretaría para asegurar que esas nuevas plazas vayan a servir en los hospitales.

La Honorable Diputada señora Rubilar solicitó información acerca de los avances de la obligatoriedad en la certificación de los especialistas, tanto médicos como enfermeras. Sobre este punto consultó si está contemplado avanzar en una especie de examen de especialidad como el exámen médico nacional, cuestión que consideró muy relevante.

Además, pidió a los representantes del Ministerio que se refirieran a la eliminación de las cirugías no AUGE.

A su turno, **el Honorable Senador señor García** agradeció tanto al señor Ministro como al Subsecretario de Redes que se hayan incluido en el listado de inversiones en red hospitalaria y atención primaria las obras que han obras que por mucho tiempo ha anhelado la comunidad de La Araucanía.

Connotó que la mayoría de ellas se presentan bajo la fórmula del convenio de programación, salvo el Hospital de Padre Las Casas, que no aparece en la lista de concesiones, por lo que presume que se financiaría directamente con recursos del Sector Salud.

El Ministro señor Mañalich se refirió, primeramente, a las brechas que se presentan en materia de recurso humano. Sobre esto indicó que efectivamente existe el examen médico nacional, que es necesario y suficiente para ser contratado en el sector público y para dar prestaciones AUGE.

Explicó que el año pasado el examen médico nacional fue reprobado por el 80% de los graduados extranjeros y aproximadamente el 5% de los graduados chilenos. Ellos, sostuvo, no han sido contratados.

Respecto a lo planteado por la Honorable Diputada señora Rubilar, informó que actualmente se discute con los representantes de los directivos de los respectivos colegios profesionales la realización de un examen médico nacional para enfermeras y para matronas que se espera aprobar el próximo año con el Ministerio de Educación. Se aspira, dijo, a que él sea un examen validante, toda vez que en estas dos profesiones el nivel de titulación anual está alcanzando las 4.000 personas por año, de manera tal que efectivamente empieza a aparecer un problema de calidad.

Puso de relieve que estos acuerdos deben consagrarse legalmente, y la aprobación respectiva requiere un quórum especial, porque es preciso modificar la Ley Orgánica Constitucional de Educación.

En lo relativo a inversiones, recordó que, en promedio, en la década pasada la inversión en el Sector Salud era cerca de \$60.000 millones por año, y que en estos dos últimos años ha aumentado a \$300.000 millones, en promedio. En ese contexto, prosiguió exponiendo, el presupuesto que ahora se debate incorpora ítems de arrastre –como los hospitales Fricke y de Rancagua- pero también ejecución y diseño de nuevas obras, como el hospital Padre Las Casas, el de Villarrica, el de Lebu, el de

Laja, el de Florida, en Concepción, y otros. Estas obras, resaltó, representan prácticamente la mitad del presupuesto.

En cuanto a la disposición del Ministerio para dar mayor resolutiveidad a los hospitales provinciales, su respuesta fue positiva. Aseveró que esa Secretaría de Estado ha definido de una manera distinta la red hospitalaria, de manera que de hospitales regionales se ha pasado a hospitales provinciales y comunales. Agregó que a los hospitales provinciales se les ha dado un margen de resolución en cuanto a manejo de imageonología, colocando tomógrafos computarizados y se ha tratado de conectarlos a nivel central, de manera de tener y bajar las necesidades de imageonología diagnóstica a nivel de los hospitales complejos. También, agregó, se les ha dado mayor resolutiveidad en cuanto se ha tratado de incorporar desde el año pasado mayores especialistas en algunas áreas específicas y que la misma red define de región a región y de acuerdo a las características epidemiológicas.

En lo tocante a los hospitales que se ubican en las carreteras, también la respuesta fue positiva. La fundó en diversas acciones desarrolladas en distintos hospitales con cercanía a carreteras, tales como el de Los Vilos, donde se ha enfatizado lo relativo a reanimación y trauma, y con formación de cursos para la gente; y el de Talagante, al que le instalaron UPC y escáner, para atender accidentes ocurridos en la Autopista del Sol.

En relación a compromisos de gestión y brechas de profesionales, destacó que cada cargo destinado a un hospital se identifica con nombre y rut para evitar la comisión de errores.

En cuanto a la consulta sobre cirugías no Auge, indicó que ellas han disminuido casi en 16.000, y que los Servicios de Salud están reprogramando las cirugías no Auge para el año 2012, porque se han abierto mayores espacios. Afirmó que en la página web de FONASA se puede identificar a todo paciente con su Rut y saber dónde se operará, quién lo va a operar, cuál es el contacto, el hospital y a qué teléfono debe llamar el paciente.

Continuó explicando que las cirugías con más de un año de espera en ortopedia que no son GES –cadera o rodilla- este año se harán casi mil. En general, llevan esperando casi 6 años y se trata de personas con un promedio de edad que no sobrepasa los 43 años y con licencias médicas. En esta área el Instituto Traumatológico ha trabajado sábados y domingos, así como en el Barros Luco y en el Van Buren, con todos los elementos ortopédicos. Aseguró que, con la redistribución y la relocalización de programas, se podrá acelerar más.

Dijo que existe el compromiso de realizar 48.000 operaciones, para lo cual los hospitales han funcionado muy bien, incluso con becados en las tardes.

La Honorable Diputada señora Denisse Pascal señaló que el hospital de Curacaví es de tercera clase y, no obstante, recibe la mayor parte de los accidentes de la Ruta 68. Sin embargo, resaltó, no aparece considerado en este presupuesto. Solicitó, entonces, se le informara si existe algún proyecto sobre ese centro hospitalario.

Respecto de la pregunta del Honorable Senador señor García, **el señor Ministro de Salud** explicó que existe el diseño del Hospital Padre Las Casa y, además, está presupuestado con financiamiento sectorial. Agregó que, como es sabido, existe una entidad privada interesada en hacerse cargo de la construcción y operación de este hospital por la vía de una obra privada de interés público, que es una figura de financiamiento utilizada por el MOP. En todo caso, desde el Sector Salud se mantiene el objetivo de construirlo con financiamiento sectorial. Sin perjuicio de ello, el Ministerio de Obras Públicas informará en su oportunidad sobre las ofertas de particulares, de forma tal que el Hospital Padre Las Casa va a existir de todas maneras.

En relación con el Hospital de Curacaví manifestó que se tiene contemplada una intervención funcional para dotarlo de algunos aspectos físicos arquitectónicos y, también, otorgar muy buena capacitación de los funcionarios para que sean capaces de manejar los elementos tecnológicos y soportar una mayor carga de heridos.

El Honorable Diputado señor Torres preguntó al señor Subsecretario de Redes Asistenciales acerca de la posibilidad de modificar la forma de atención. Señaló que el concepto de redes que se ha utilizado en el país alude a una red flexible dentro de los servicios de salud. Sin embargo, acotó, en ocasiones en que se necesita derivar pacientes a servicios de salud contiguos, muchas veces no se recibe al enfermo por problemas presupuestarios. En esas oportunidades, dijo, se genera una especie de rigidización de la red que no permite trabajar.

El señor Subsecretario de Redes Asistenciales afirmó que hace un año se definieron las cuatro macro zonas del país: norte, norte chico, centro y sur. Sobre esa base, agregó, se definió la política de flexibilización a partir de centros de referencia y contrareferencia. Lo anterior, explicó, significa que cuando un Servicio no es capaz de solucionar un problema de un grupo de enfermos con una garantía GES, éstos tienen derecho a ser atendidos en el Servicio vecino, y el gasto y el ingreso no va al Servicio original sino al que presta la prestación.

A modo de ejemplo de lo anterior, mencionó el caso de Concepción: cuando el Hospital de Higuera no fue capaz de soportar un cierto número de cirugías, 40 de ellas fueron traspasadas al Hospital Benavente, que se hizo cargo de éstas. Así, sostuvo, se ha ido compensando entre los hospitales y ha sido este mecanismo un incentivo para mejorar la eficiencia en la gestión de los Servicios. Este, reiteró, es un elemento muy importante que ha ido mejorando el uso de los recursos.

- Sometido a votación el programa 01, Subsecretaría de Redes Asistenciales y el programa 02, ambos del Capítulo 10, Inversión Sectorial de Salud, fueron aprobados sin enmiendas por la unanimidad de los miembros de la Subcomisión, Honorables Senadores señores García Ruminot y Prokurica y Honorables Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles.

El Honorable Diputado señor Robles, al momento de votar a favor de estos Programas, expresó que el Estado, en general, y el Gobierno debieran esforzarse por efectuar inversiones mayores en atención primaria. Estas inversiones en atención primaria de salud, enfatizó, debieran constituir una constante positiva. En cambio, resaltó, según la información que observa en este proyecto, el próximo año van a disminuir los recursos destinados a este ámbito.

- - -

CAPÍTULO 11

Programa 01

Superintendencia de Salud

El presupuesto de este programa para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 9.593.062 miles, lo que comparado con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de \$ 9.277.107 miles, supone un incremento de un 3,4 % por ciento.

El Programa en estudio considera tres glosas:

A continuación, se inició el análisis del Capítulo 11, Programa 01 Superintendencia de Salud.

El señor Superintendente de Salud expresó que el organismo a su cargo cuenta con dos Intendencias, una de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y otra de Prestadores de Salud.

La primera, agregó, está destinada a supervigilar y controlar a las Isapres; a supervigilar y controlar a Fonasa en relación a los derechos de los beneficiarios y a fiscalizar a las Isapres y al Fonasa en relación al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud. Informó que las fiscalizaciones a las Isapres se ha mantenido estos últimos años respecto a años anteriores, y que, en el caso de Fonasa, ha aumentado sustancialmente.

Recordó que un 65% de la población está adscrito al sistema público.

Con respecto a las multas, destacó que en los últimos años el número de ellas que se han aplicado a las Isapres. En cambio, resaltó, a Fonasa no le pueden aplicar multas, sino sólo sumarios administrativos.

Puso de relieve que la Superintendencia ha estado trabajando en casos especiales de calidad mediante un proyecto piloto en el cual ese organismo ha acompañado directamente a 10 hospitales, 7 de Santiago y 3 de regiones, para que logren su proceso de acreditación. Aseveró que este trabajo ha sido bastante exitoso teniendo ya un hospital público acreditado, el Exequiel González Cortes, y anteriormente ya estaba acreditado el Instituto Nacional del Cáncer. El objetivo, dijo, es que todos los hospitales de este programa piloto estén acreditados el primer semestre del año 2012, y espera que, dadas las condiciones administrativas, hayan otros dos hospitales adicionales acreditados en este mismo periodo.

Luego se refirió a la ejecución presupuestaria de la entidad a su cargo, resaltando que ella alcanza a un 76% a esta fecha, asegurando que a fines de año se logrará un 97%.

A continuación, mencionó que el proyecto de presupuesto en debate presenta un aumento de \$ 258 millones, básicamente dirigidos hacia el área de la Intendencia de Prestadores, por cuanto se tiene previsto dar inicio a la Garantía Explícita de Calidad el día 1 de enero de 2013, lo que implica haber tenido ya un aumento insólito de consultas y dudas.

Sobre este punto, puso de relieve que la Acreditación de Prestadores institucionales es voluntaria. Sin embargo, agregó, cuando entre en vigencia la garantía Explícita de Calidad de las prestaciones garantizadas por el GES/AUGE, será exigible para todos los hospitales y clínicas que deseen seguir entregando prestaciones a pacientes con patologías Auge.

Reseñó, a continuación, los hitos para el año 2011-2012. Al efecto, mencionó, en primer lugar, terminar el plan piloto con 10 hospitales públicos acreditados. Para el éxito de este plan, afirmó, han estado trabajando en equipo con el Área de Calidad de la Subsecretaría de Redes, que está haciendo un trabajo especial en esta área.

Además del plan piloto, se refirió a que están acompañando en 52 Hospitales autogestionados inscritos en el programa de acompañamiento para acreditaren 2012.

En tercer lugar, esperan tener más de 50 prestadores privados iniciando su acreditación el año próximo y, por último, fiscalizar a todos los prestadores ya acreditados.

Sobre esta misma materia, hizo una estimación de prestadores de salud acreditado versus el universo identificado como acreditable. En este contrapunto, resaltó que la cantidad de posibles prestadores que pueden acreditarse en los próximos va desde 30 prestadores acreditados este año; 200 el año próximo, y 1200 el año 2013.

Dado el incremento de trabajo que implica el esfuerzo recién descrito, el aumento principal de \$ 885 millones que presenta el presupuesto de la Superintendencia está radicado en la Intendencia de Prestadores, con un aumento de 6 personas y un sistema de fiscalización y otras áreas menores, como el *bussines intelligence* y el aumento del ancho de banda para la Superintendencia de Fondos.

Finalizada esta exposición, **el Honorable Diputado señor Robles** solicitó que se profundizara lo relativo a la garantía de calidad.

Complementando esa petición, **la Honorable Diputada señora Karla Rubilar** manifestó que, en general, lo que se ha visto en el mundo es que el avance de calidad se refiere no solamente al estándar de dedicación, sino a que haya un proceso de gestión de calidad que incluye diversas áreas y dimensiones, como la seguridad del paciente y otras. En este sentido, consultó si se contempla que el acompañamiento hospitalario se complemente con financiamiento para los hospitales públicos que les permitan cumplir este ciclo de mejoras, monitoreo y diseño de las estrategias, y no sea solamente un sello tipo "OK".

El señor Ministro de Salud enfatizó que la garantía de calidad está establecida legalmente y, en consecuencia, existe la obligación de cumplirla. En segundo lugar, manifestó que se trata de una garantía vinculante, porque la Ley Auge señala expresamente que los prestadores que no tengan una acreditación de calidad y que no estén

acreditados en seguridad de sus prestaciones, no pueden hacer prestaciones Auge.

Por lo anterior, expresó que en el Ministerio y en la Superintendencia se ha diseñado un esfuerzo que apunta, básicamente, a quienes tienen este sello de calidad y seguridad y es capaz de mantenerlo y reacreditarse cada tres años.

Señaló, además, que a, juicio de esa Secretaría de Estado, la garantía Auge contiene una profunda inequidad que se traduce en que es obligatorio sólo para las prestaciones Auge. A modo de ejemplo, expuso el caso de una persona que tiene 55 años y sufre una artrosis de cadera, su cadera puede ser reemplazada por alguien que no está especializado como traumatólogo; pero, en cambio, si la persona tiene 66 años, esa dolencia es Auge y, por tanto, ese Servicio u hospital tiene que cumplir. Por esta razón, informó que han presentado una indicación relativamente trascendente en el proyecto de ley sobre derechos y deberes del paciente, en la cual generalizamos esta garantía para toda atención de salud a título igualitario en el sector público y privado como una exigencia transparente para toda la ciudadanía.

Agregó que la Garantía Explícita de Calidad es vinculante en el sentido de poder recibir a los pacientes y, entonces, en la medida que se solicite el pago de prestaciones valoradas, el día de mañana el financiamiento también será vinculante.

Complementando las explicaciones del Secretario de Estado, **el señor Superintendente de Salud** aseguró que el sistema de acreditación que está vigente en nuestro país consta de un sistema de mejoramiento continuo. Ello significa, añadió, que, para alcanzar la acreditación, tiene que cumplirse el requisito de contar con el 50% de las exigencias; luego, este mismo establecimiento debe acreditarse nuevamente en tres años, debiendo contar entonces con más del 75% de las características y, finalmente, tiene que volver acreditarse en tres años más, con el 90% de las características.

Resaltó que, de esta forma, el sistema no es estático sino que es de mejoramiento continuo, en el cual se evalúan nueve ámbitos distintos, como la dignidad del paciente o la seguridad de las instalaciones, con 106 características y, en el caso de hospitales complejos, se hacen 803 fijaciones que debe cumplir el hospital para ser acreditado.

Esas condiciones, agregó, están publicadas en su página web y también existen manuales donde se explicitan.

- Sometido a votación el Capítulo 11, Programa 01, Superintendencia de Salud, fue aprobado sin enmiendas por la unanimidad de los miembros de la Subcomisión, Honorables Senadores señores García Ruminot y Prokurica y Honorables Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles.

- - -

A continuación, el Presidente de la Subcomisión, Honorable Diputado señor Ortiz, puso en discusión los Capítulos 20 a 48 y 53 de la Partida 16, correspondientes a los Servicios de Salud del país. Los antecedentes presupuestarios de estos Capítulos son los siguientes:

CAPITULO 20
Programa 01
Servicio de Salud Arica

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 35.600.041 miles.

CAPÍTULO 21
Programa 01
Servicio de Salud Iquique

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 48.097.482 miles.

CAPÍTULO 22
Programa 01
Servicio de Salud Antofagasta

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 70.669.770 miles.

CAPÍTULO 23
Programa 01
Servicio de Salud Atacama

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 46.821.540 miles.

CAPÍTULO 24
Programa 01
Servicio de Salud Coquimbo

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 96.041.987 miles.

CAPÍTULO 25
Programa 01
Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 92.071.123 miles.

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

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 129.611.119 miles.

CAPÍTULO 27
Programa 01
Servicio de Salud Aconcagua

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 47.271.908 miles.

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

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 107.241.917 miles.

CAPÍTULO 29
Programa 01
Servicio de Salud Maule

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 143.444.641 miles.

CAPÍTULO 30
Programa 01
Servicio de Salud Ñuble

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 81.104.242 miles.

CAPÍTULO 31
Programa 01
Servicio de Salud Concepción

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 121.383.622 miles.

CAPÍTULO 32
Programa 01
Servicio de Salud Talcahuano

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 60.327.791 miles.

CAPÍTULO 33
Programa 01
Servicio de Salud Bío-Bío

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 70.050.395 miles.

CAPÍTULO 34
Programa 01
Servicio de Salud Arauco

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 31.016.500 miles.

CAPÍTULO 35
Programa 01
Servicio de Salud Araucanía Norte

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 41.383.691 miles.

CAPÍTULO 36
Programa 01
Servicio de Salud Araucanía Sur

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 124.746.977 miles.

CAPÍTULO 37
Programa 01
Servicio de Salud Valdivia

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 71.081.355 miles.

CAPÍTULO 38
Programa 01
Servicio de Salud Osorno

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 48.642.533 miles.

CAPÍTULO 39
Programa 01
Servicio de Salud del Reloncaví

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 62.083.200 miles.

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

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 31.439.324 miles.

CAPÍTULO 41
Programa 01
Servicio de Salud Magallanes

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 41.627.242 miles.

CAPÍTULO 42
Programa 01
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 158.470.864 miles.

CAPÍTULO 43
Programa 01
Servicio de Salud Metropolitano Central

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 119.232.236 miles.

CAPÍTULO 44
Programa 01
Servicio de Salud Metropolitano Sur

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 173.405.504 miles.

CAPÍTULO 45
Programa 01
Servicio de Salud Metropolitano Norte

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 134.726.765 miles.

CAPÍTULO 46
Programa 01
Servicio de Salud Metropolitano Occidente

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 165.979. 295 miles.

CAPÍTULO 47
Programa 01
Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 168.010.007 miles.

CAPÍTULO 53
Programa 01
Servicio de Salud Chiloé

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 34.322.457 miles.

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

En primer lugar, **el Honorable Diputado señor Robles** planteó, en relación con el Servicio de Salud de Atacama, que, en ocasiones, se efectúan traspaso de recursos desde Bienes y Servicios de Consumo a otros clasificadores presupuestarios de manera que, muchas veces los recursos traspasados no necesariamente van en beneficio de los pacientes. Relató que durante bastante tiempo hubo en Atacama, particularmente en el Hospital de Vallenar, recursos para comprar servicios para auxiliares de guardia y, además, se contrataban servicios de auxiliares para llevar camillas. Hoy día, acotó, en este hospital prácticamente guardias no hay, y tampoco hay recursos para auxiliares de camilla. Ello ocurre, explicó, porque como los fondos provienen del subtítulo 22, éstos se destinan antes a adquirir los medicamentos que se requieren antes que a contratar guardias.

Expresó que, en ese plano, en el pasado siempre se mantuvo una cierta dotación de funcionarios de Servicios que hacían esta gestión. Finalmente, preguntó cómo se solucionará este tema, en términos de gestión.

Hizo presente, además, que el hospital de Vallenar es un hospital de carretera, puesto que no hay otro a 160 kilómetros al norte ni 150 kilómetros hacia el sur. En este hospital, indicó, hay varias camas con respirador, pero no hay la posibilidad de tener más enfermeras de acuerdo con los estándares de camas críticas que hay en el país: hay una enfermera que está de turno en la UCI y tiene que atender a 3 ó 4 pacientes.

Por lo anterior, consultó qué posibilidades hay de dar a estos hospitales, que no son de gran complejidad pero están bastante aislados del resto y, por tanto, requieren un trato especial, recursos para camas críticas o camas de urgencia. Advirtió que los recursos para este Servicio han sido aumentados, pero no hay glosas que faciliten la gestión de esos nuevos recursos.

Respecto del Servicio de Salud Concepción, **el Honorable Diputado señor Ortiz** valoró altamente lo realizado en relación con el Centro de Atención Ambulatoria, demostrándose, de paso, que, si no se hubieran hecho esos esfuerzos, la salud hubiera colapsado en la región. Recordó que con su esfuerzo personal y el de todo el equipo de salud de Concepción se alcanzó un éxito importante en este campo.

Desde otro punto de vista, lamentó que se hubiera desarrollado una verdadera campaña de desprestigio asegurándose que habían desaparecido los recursos destinados a adquirir el terreno del consultorio Lorenzo Arenas en la ciudad de Concepción. Puso de relieve que, en definitiva, quedó claramente establecido que los fondos siempre estuvieron a disposición del Servicio de Salud. Señaló que, al ocurrir el terremoto, simplemente se decidió suspender la adquisición, atendido el estado de colapso general que vivía esa comunidad.

En relación con la reposición del consultorio Lorenzo Arenas, preguntó si se van a contemplar los recursos para iniciar la construcción de ese centro de salud el año 2012.

También consultó si la construcción del Centro de Salud Santa Sabina, cuyo diseño está terminado, podrá ingresarse al banco de proyectos, sugiriendo, al efecto, utilizar la vía del convenio de programación con el gobierno regional.

En cuanto a la consulta del Honorable Diputado señor Robles, **el señor Ministro de Salud** informó que para la Región de Atacama hay contemplado un incremento de recursos en el Subtítulo 21 de un 12% y en el Subtítulo 22, un 37%, de manera que la región va a tener recursos que estimó más que suficientes para poder hacer lo planteado por el señor Diputado. Aun así, agregó, el Director de Servicio, con los presupuestos de los respectivos hospitales, tiene que firmar un compromiso

de gestión ante el Ministro, oportunidad en que se tendrá presente lo planteado respecto de Vallenar.

En relación con los centros de salud de Concepción a que se ha aludido, el Secretario de Estado anunció que visitará la región en estos días, de manera que tendrá oportunidad de ocuparse de los planteamientos formulados sobre ellos.

- - -

- Sometidos a votación los Capítulos 20 a 48 y 53, fueron aprobados sin enmiendas por la unanimidad de los miembros de la Subcomisión, Honorables Senadores señores García Ruminot y Prokurica y Honorables Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles.

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

CAPÍTULO 49
Programa 01
Programa Contingencias Operacionales

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 237.975.169 miles.

CAPÍTULO 50
Programa 01
Hospital Padre Alberto Hurtado

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 29.589.646 miles.

CAPÍTULO 51
Programa 01
Centro de Referencia de Salud de Maipú

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 8.233.617 miles.

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

El presupuesto de este Capítulo para el año 2012 considera ingresos y gastos por \$ 5.377.661 miles.

Al iniciarse el estudio de estos Capítulos, **el señor Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luís Castillo**, señaló que el Hospital Alberto Hurtado, el Centro Referencial de Salud de Maipú y el Centro Referencial de Salud de Peñalolén Cordillera Oriente, son establecimiento descentralizados con personalidad jurídica propia, que no forman parte de los Servicios de Salud, sino que dependen directamente de la Subsecretaría a su cargo. Agregó que el presupuesto de cada uno de estos servicios era de continuidad. Preciso cada uno de ellos ha tenido un incremento presupuestario de aproximadamente un 11% en el subtítulo 21 y un 25% en el subtítulo 22, aumento que les va permitir hacer frente a todas las contingencias que tengan en relación con los requerimientos que normalmente les presentan los distintos Servicios de Salud de la Región Metropolitana.

En relación con el Capítulo 49, Programa Contingencias Operacionales, explicó que los recursos que en él se consideran dicen relación con aportes financieros que se distribuyen a los distintos Servicios de Salud, siempre en forma equitativa, para hacer frente a diversas contingencias, como, por ejemplo, alertas sanitarias. Agregó que en la distribución de estos recursos se tiene en cuenta la carga laboral, la población que se está beneficiando y el número de funcionarios que cada Servicio de Salud tiene en operación.

A continuación, el Presidente de la Subcomisión ofreció la palabra a los parlamentarios.

El Honorable Diputado señor Robles recordó que en los últimos ocho años ha planteado a varios Ministros de Salud que los mencionados hospitales deben dejar de ser experimentales. Agregó que, a su juicio, el Ministerio de Salud debe decidir si va a incorporar a estos establecimientos a la red de Salud, y si va integra a otros hospitales a la categoría de experimentales.

Seguidamente, destacó que el Capítulo 49, Programa Contingencias Operacionales, permite que al Subsecretario de Redes Asistenciales administrar una gran cantidad de recursos que siempre es muy importante invertir adecuadamente. Recordó, asimismo, que el Ministerio debe remitir información acerca de la forma en que se distribuyen estos recursos y los criterios que se utilizan para asignarlos.

Puntualizó que ellos debieran asignarse de manera descentralizada y no por órganos centralizados. Estimó que las mejores decisiones en este ámbito se toman a nivel local e insistió en la necesidad de recibir, un informe detallado, para poder evaluar su uso.

En relación con esta materia, hizo presente que, por ejemplo, anteriormente se planteó la creación de un Fondo de enfermedades raras, sin embargo cuando preguntó en la región que representa cuántas personas accedieron al Fondo, se le indicó que nadie había recibido beneficios por este ítem, pues los recursos se habrían gastaron en la Región Metropolitana.

En virtud de estas consideraciones solicitó información detallada acerca de la forma en que se invirtieron los recursos asignados al Programa de Contingencias.

A continuación, intervino **el Honorable Diputado señor Accorsi** quien preguntó si en el presupuesto del Ministerio se consideran recursos o existía alguna glosa que se refiriera a las campañas de salud, como, por ejemplo, las referidas al Sida, a la obesidad, al tabaco, entre otras. Recalcó que su realización era fundamental para que no se siguieran extendiendo estas enfermedades. De ahí, sostuvo, la importancia de contar con recursos suficientes para su implementación.

Contestando estas inquietudes, **el señor Subsecretario de Redes Asistenciales** señaló que los mencionados establecimientos de salud experimentales tienen efectivamente esa condición hace diez años, motivo por el cual están siendo sometidos a una evaluación, por un ente externo de carácter universitario que está analizando sus aspectos organizacionales, legales, de resultados sanitarios, de funcionamiento interno y la normativa por la que se rigen.

Puntualizó que probablemente mediante una ley, que se enviaría el próximo año, cuando se haya entregado la evaluación definitiva, se pondrá fin al carácter experimental de estos establecimientos. Preciso que es altamente probable que ellos sean incorporados a los actuales Servicios de Salud o se cree un Servicio anexo nuevo que involucre a los institutos nacionales, a estos hospitales y aquellos Servicios de Soporte General, como el SAMU Nacional, el Servicio de Atención Médica, de Medicina extra hospitalaria y algún otro de carácter nacional, que debería tener un desarrollo propio.

Manifestó que si bien el Ministerio tiene una buena impresión acerca del funcionamiento era necesario mejorar algunos elementos legales ya que algunos de sus funcionarios no han recibido las mejorías de remuneraciones y legales que tiene el resto del personal de salud. Agregó que el CRS de Maipú, probablemente va a formar parte del futuro Hospital de Maipú.

En relación con el tema de la distribución de los recursos del Programa de Contingencias Operacionales, **el Director de**

FONASA, señor Mikel Uriarte, señaló que sería conveniente cambiarle el nombre a este Capítulo pues los recursos que en él se consideran están destinados a acciones concretas y que una vez que se distribuyen a los Servicios, ellos entran en régimen. Puntualizó que trimestralmente se envía información detallada acerca de la forma en que se invierten estos recursos. Explicó que las sumas que considera este Capítulo una vez que se distribuyen a los Servicios pasan a integrar el plan de gastos para el año siguiente. Precisoó que para el 2012 este Programa cuenta con con 237 mil millones, que se van a distribuir en distintos ámbitos del Sector Salud, en los programas APS, FPI y PPB. PPB, los que se entregan en funciones de las tareas específicas que se proponen realizar los Servicios de Salud. Agregó que siempre se exige, como condición para su distribución, que las actividades programadas por los Servicios sean efectivamente cumplidas.

El Presidente de la Subcomisión, Honorable Diputado señor Ortiz recordó que a la Subcomisión ha llegado la información solicitada en relación a la forma en que se invierten los recursos del Programa de Contingencias. Al respecto, precisó que se habían recibido el Ordinario 2E-10.987 del 04.07.11 con información referida al trimestre enero-marzo del 2011 y, después, el Ordinario 14.894 del 24.08.11, con antecedentes al segundo trimestre del 2011.

Por otra parte valoró especialmente el funcionamiento de los hospitales experimentales y señaló que desearía que una iniciativa similar se implemente en la Región del Bio-Bío. Puntualizó que en esta materia se ha cumplido con la ley, la que, recordó, fue muy discutida. Señaló que el tiempo le ha dado la razón a aquellos técnicos que querían poner en funcionamiento estos hospitales. Finalmente, recordó que era necesario estudiar en detalle los problemas de remuneraciones que afectan a algunos de los funcionarios de estos establecimientos.

A continuación, **el señor Director de FONASA** se refirió a la consulta del Honorable Diputado señor Accorsi. Al respecto, recordó que en el Ministerio de Salud existe un Departamento de Comunicaciones, y Relaciones Públicas. Puntualizó que estas unidades son los responsables que cada campaña de prevención cuente con un presupuesto asignado y que se difunda en la prensa escrita, en la radio y la televisión. Agregó que las campañas son fundamentales para prevenir enfermedades y, en consecuencia, una adecuada comunicación y difusión de sus contenidos es muy relevante para su éxito.

El Honorable Diputado señor Robles solicitó que se precisara qué Servicios de Salud han recibido recursos para financiar los 182 cargos de médicos de turno y los demás de técnicos paramédicos que se consideran considera el presupuesto vigente del Capítulo 49.

El señor Director de FONASA señaló que para el año 2012 el Programa de Contingencia Operacionales tiene un presupuesto de 237 mil millones, que deben distribuirse en acciones del subtítulo 21, que tiene que ver con provisión de cargos para médicos en postas rurales, financiamiento permanente de ley de trabajo pesado, 167 cargos de 44 horas, especialistas en áreas críticas, programa de formación directa de odontólogos especialistas, entre otras áreas.

El Honorable Diputado señor Robles señaló que necesitaba información acerca de la forma en que se repartieron los recursos del presupuesto vigente y a qué servicios se destinaron. Asimismo, acotó, sería muy valioso conocer en forma detallada cómo se van a utilizar estos recursos el próximo año.

El Presidente de la Comisión, Honorable Diputado señor Ortiz, solicitó a los representantes del Ministerio de Salud que remitieran oficialmente la información solicitada por el Honorable Diputado señor Robles.

- Sometidos a votación los Capítulos 49, 50, 51 y 52, fueron aprobados, sin enmiendas, por la unanimidad de los miembros presentes de la Subcomisión, Honorable Senador señor Kuschel y Honorables Diputados señores Macaya, Ortiz y Robles.

El Honorable Diputado señor Robles fundamentó su voto a favor de los Capítulos referidos a los establecimientos experimentales, en los antecedentes entregados por el Subsecretario de Redes Asistenciales, en orden a que éste era el último año en que dichos Centros venían considerados en el presupuesto.

El Honorable Diputado señor Ortiz señaló que el también concurría con su voto favorable a aprobar los Capítulos referidos a los Centros de Salud Experimentales pues la historia ha demostrado que han dado muy buenos resultados. Puntualizó que él no era médico ni habitante de la Región Metropolitana pero que siempre había recibido muy buenos comentarios acerca del funcionamiento de estos establecimientos.

- - -

Como consecuencia de lo precedentemente expuesto, la Tercera Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos, tiene el honor de proponer a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos la aprobación de la Partida 16, con todas las glosas que la componen, correspondiente al Ministerio de Salud, con la siguiente modificación:

PARTIDA 16 MINISTERIO DE SALUD

Capítulo 04
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE
Programa 01
Instituto de Salud Pública de Chile

1.- Susitúyese, en el Subtítulo 22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO, el guarismo “8.371.534” por “7.798.792”, y

2.- Agrégase, a continuación del Ítem 07 “Programas Informáticos” del Subtítulo 29, ADQUISIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS, el siguiente Subtítulo, nuevo:

”Subtítulo 31, INICIATIVAS DE INVERSIÓN

Ítem 02, Proyectos

572.742”.

(Unanimidad. 5 x 0).

- - -

Acordado en sesiones celebradas el día 19 de octubre de 2011, con asistencia de los Honorables Senadores señores José García Ruminot y Gonzalo Uriarte Herrera (Orpis), Baldo Prokurica Prokurica (Kuschel), y los Honorables Diputados señores Javier Macaya Danús, José Miguel Ortiz Novoa (Presidente) y Alberto Robles Pantoja, y 25 de octubre del presente año, con asistencia del Honorable Senador señor Carlos Ignacio Kuschel Silva, y los Honorables Diputados señores Javier Macaya Danús, José Miguel Ortiz Novoa (Presidente) y Alberto Robles Pantoja.

Sala de la Subcomisión, a 28 de octubre de 2011.

RODRIGO PINEDA GARFIAS
Secretario