INFORME DE LA COMISION DE SALUD, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica ley N° 19.937, impidiendo que los establecimientos de salud, no calificados de autogestión en red al 1 de enero de 2009, pasen a tener dicha calidad por el sólo ministerio de la ley.

BOLETÍN Nº 6.230-11.

HONORABLE SENADO:

Vuestra Comisión de Salud tiene el honor de informar acerca del proyecto de la referencia, en segundo trámite constitucional e iniciado en Moción de los Honorables Diputados señora Karla Rubilar Barahona y señores Guido Girardi Briere, Alberto Robles Pantoja y Fulvio Rossi Ciocca.

La iniciativa ingresó a tramitación en el Senado con fecha 16 de diciembre de 2008, pasando a la Comisión de Salud.

Corresponde señalar que Su Excelencia la señora Presidenta de la República hizo presente urgencia para el despacho de esta iniciativa, en todos sus trámites constitucionales, en el carácter de “discusión inmediata”.

A la sesión en que la Comisión estudió este asunto asistió, además de sus integrantes, el Ministro de Salud, señor Álvaro Erazo.

Asimismo, concurrieron, especialmente invitadas, por la Comisión, las siguientes personas: el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Julio Montt, el Jefe del Departamento Jurídico, señor Sebastián Pavlovic, y el Asesor Legislativo del Ministerio, señor Rafael Méndez.

- - -

Se hace presente que la Comisión estudió el proyecto en general y en particular, de conformidad a lo establecido en el artículo 127 del Reglamento de la Corporación.

- - -

OBJETIVOS FUNDAMENTALES Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO

En lo sustancial, el proyecto en estudio tiene los siguientes objetivos principales:

1.- Cambiar el plazo establecido en el inciso final del artículo decimoquinto transitorio de la ley N° 19.937, correspondiente al 1 de enero de 2009, por el del 31 de enero de 2010, respecto de los establecimientos señalados en el mencionado artículo que no hayan sido calificados como "Establecimientos de Autogestión en Red", los que pasarán a tener dicha calidad a contar de esa fecha, por el solo ministerio de la ley.

2.- Permitir que, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo decimoquinto transitorio de la ley Nº 19.937, los establecimientos allí señalados puedan postular a obtener la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red”, durante el primer trimestre del año 2009, si cumplen con los requisitos y procedimientos que se indican.

La iniciativa en estudio consta de dos artículos, que cumplen los objetivos antes señalados.

- - -

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES LEGALES.

El proyecto en informe se vincula con los siguientes cuerpos normativos:

- La ley N° 19.937, que modifica el decreto ley Nº 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

- El decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

ANTECEDENTES DE HECHO.

1.- La Moción de los Honorables Diputados señora Karla Rubilar Barahona y señores Guido Girardi Briere, Alberto Robles Pantoja y Fulvio Rossi Ciocca.

Los considerandos de la Moción son los siguientes:

1.- Que el inciso 4° del artículo 1° de la Constitución Política de la República establece lo siguiente:

“El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común, para lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece.".

2.- Que, por su parte, el artículo 6° de la Constitución Política de la República indica lo siguiente:

“Los órganos del Estado deben someter su acción a la Constitución y a las normas dictadas conforme a ella.

Los preceptos de esta Constitución obligan tanto a los titulares o integrantes de dichos órganos como a toda persona, institución o grupo.

La infracción de esta norma generará la responsabilidad y sanciones que determine la ley.".

3.- Que, el artículo 19 N° 9 de la Carta Fundamental asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud, estableciendo lo siguiente:

"El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de la rehabilitación del individuo.

Le corresponderá asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado.”.

4.- Que las circunstancias acaecidas en centros hospitalarios demuestran que, a pesar del esfuerzo de la autoridad central por elevar el estatus de la salud en Chile y reconociendo el avance que la reforma de la salud impulsada por los gobiernos de la Concertación exhibe, aún falta mucho que hacer en materia de salud pública. En esa misma línea, la propuesta contemplada en la ley N° 19.937, que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana constituye, sin lugar a dudas, un intento por perfeccionar el nivel de las prestaciones y gestión que los centros de salud nacionales ejercen; esto, debido principalmente, a la extensa y detallada normativa que regula la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red" a la que pueden optar los centros de salud que reúnan los requisitos contemplados en el cuerpo legal aludido.

No obstante lo señalado, la ley N° 19.937 tiene fallas que es perentorio corregir. Si se quiere evitar futuros errores de gestión hospitalaria no es posible que el artículo decimoquinto transitorio de la citada norma establezca que los establecimientos que no hayan sido calificados como "Establecimiento de Autogestión en Red" al 1 de enero de 2009, pasarán a tener dicha calidad a contar de esa fecha, por el solo ministerio de la ley; sin cumplir con los requisitos señalados en ésta.

Al revisar el contenido de la ley referida aparece que el detalle, los requisitos y las exigencias que ésta introduce para que los establecimientos de salud puedan autogestionarse en red son, por decir lo menos, extensos. Y ello es comprensible si se pretende elevar la calidad de la salud pública chilena para, precisamente, evitar que hechos lamentables como los ocurridos en estas últimas semanas se sigan suscitando.

En consecuencia, señalan que normas como el inciso final de artículo decimoquinto transitorio de la ley N° 19.937 no tienen razón de ser y ameritan ser corregidas a la brevedad.

2.- La indicación sustitutiva de Su Excelencia la Presidenta de la República del texto de la Moción.

En su indicación, Su Excelencia propone la aprobación de un texto sustitutivo al de la Moción. Cabe hacer presente que ésta fue acogida por la Honorable Cámara de Diputados.

- - -

DISCUSION EN GENERAL Y EN PARTICULAR

En la sesión celebrada para debatir sobre el proyecto de ley, la Comisión escuchó al señor Ministro de Salud, don Álvaro Erazo.

El señor Ministro indicó que el modelo de autogestión en red, EAR, contemplado en la ley N° 19.937, determina todas aquellas facultades y atribuciones que le permiten a los hospitales optimizar su funcionamiento, organizando de mejor manera los recursos disponibles para dar respuestas rápidas y efectivas, en un entorno de mayores demandas y exigencias, con mayores niveles de conocimiento e información de la población usuaria.

Los establecimientos que reciben la acreditación de autogestionados en red, obtienen facultades y atribuciones en los ámbitos administrativo, financiero, de gestión de recursos humanos y de celebración de convenios, entre otros, en el marco de las definiciones del gestor de red, que aprueba una determinada cartera de servicios y programación de actividades.

El camino de la autogestión en red permite revisar y relevar los procesos asistenciales y administrativos claves para la gestión de la organización.

Los hospitales que están definidos como EAR según la ley N° 19.937 representan el 67 % del presupuesto de los Servicios de Salud, excluida la Atención Primaria. La autogestión en red pone mayores exigencias de gestión, otorgando facultades en el manejo presupuestario, diseño de la organización y recursos humanos de tal modo de usar con la mayor eficiencia esos elevados recursos, pero, además, cumpliendo metas sanitarias.

En cuanto a las actividades realizadas, el señor Ministro de Salud destacó la creación de una unidad específica en el Ministerio de Salud, con personal y recursos, en el primer semestre de 2006 y reforzada el segundo semestre de 2008. También se refirió a la capacitación, talleres y procesos de acompañamiento a los hospitales en proceso de EAR, a partir del segundo semestre de 2006; a la determinación del marco presupuestario propio para todos los hospitales en tránsito a EAR y los Servicios de Salud, para el año 2009; a la postulación, acreditación y funcionamiento de 11 hospitales autogestionados en red a diciembre del 2008.

En tal sentido, destacó que el proceso se ha desarrollado de acuerdo a la siguiente gradualidad:

Año 2004. Piloto 8 hospitales, determinados según auditoria 2003;

Año 2005. 3 postulaciones, 3 acreditan;

Año 2006. 3 postulaciones, 3 acreditan;

Año 2007. 11 postulaciones, 5 acreditan, y

Año 2008. 11 EAR y 46 establecimientos en tránsito.

Precisó que, durante el año 2008, no se realizaron postulaciones, toda vez que la ley establecía que entrarían a EAR por el solo ministerio de la ley a contar del 1 de enero del 2009.

Sobre el particular, el Honorable Senador señor Ominami, luego de valorar la visión realista del Ministerio sobre el tema en debate y manifestar su apoyo a la iniciativa, consultó si fijar sólo una nueva fecha podría ser insuficiente debido a que la realidad de los hospitales es muy distinta entre sí y que podría acontecer que, cuando se acerque la nueva fecha propuesta en el proyecto, resulte necesario tramitar otro proyecto, lo que generaría desconfianza en el sistema.

También hizo notar que, de acuerdo a la información proporcionada, de los 11 EAR, sólo 2 son de Regiones y los 9 restantes corresponden a establecimientos de la Región Metropolitana.

Respondiendo a su inquietud, el señor Ministro señaló que el nuevo plazo propuesto es el adecuado. Indicó que funda su parecer en aspectos como la existencia de hospitales que se encuentran muy avanzados en el cumplimiento de los requisitos y exigencias para obtener la categoría EAR, en el gran impulso y entusiasmo que existe en los distintos centros hospitalarios por el nuevo modelo, y porque, finalmente, más plazo sería excesivo.

A continuación, el Honorable Senador señor Kuschel consultó respecto a la evaluación de los hospitales actualmente autogestionados y si el nuevo modelo supone mayores recursos destinados a aspectos administrativos.

Sobre el particular, el señor Ministro de Salud indicó que los once EAR han mantenido su impulso activo por mejorar y reformular los procesos asistenciales y administrativos, es decir en ellos se ha iniciado la cultura de mejoría continua de calidad. También señaló que el sistema de autogestión no conlleva incrementar el porcentaje de los recursos para fines de administración.

Agregó que se han logrado avances en la organización interna, cada vez más desconcentrada del Servicio de Salud y más descentralizada al interior del establecimiento, acercando la toma de decisiones a los equipos clínicos y administrativos, de quienes depende en definitiva la autogestión en red.

También se ha reforzado el alineamiento de los procesos y las personas, en torno al logro de los objetivos de impactos sanitarios. La deuda sumada de todos los EAR es menor al 8% de toda la deuda hospitalaria proyectada a diciembre de 2008. En la evaluación anual realizada este año, sólo tres de ellos debieron realizar planes de ajuste: el Instituto Nacional del Cáncer, el Hospital del Tórax y el Hospital Regional de Temuco.

En lo relativo a la evaluación de los hospitales en tránsito a categoría de EAR, el señor Ministro de Salud indicó que se ha constatado la falta de equilibrio financiero con insuficientes competencias profesionales en el área de procesos de soporte administrativo de los hospitales.

Agregó que se ha observado un incumplimiento del requisito GES, que obliga a cumplir las garantías en un 100%, fundamentalmente asociado a falta de gestión de las garantías. También existe una demora en la definición de la cartera de servicios y programación en red. Este aspecto está siendo subsanado con una estrategia de acompañamiento diseñada para este efecto. Hay insuficiencia de liderazgo transformacional, en algunos establecimientos, lo que impide una adecuada planificación estratégica de la organización.

Más adelante señaló que está pendiente en la mayoría de los EAR en tránsito, un proceso de descentralización efectiva en los Centros de Responsabilidad Operativos, tanto por falta de competencias como de capacitación. Este punto también es gestionable desde el acompañamiento.

De acuerdo a la auditoria de acreditación correspondiente a diciembre de 2007, realizada el primer semestre de 2008, 17 hospitales se encontraban con puntajes cercanos al 80%. En el supuesto que esta información se hubiera utilizado en el proceso de postulación para la obtención de condición EAR, la mayor parte de ellos, 11 de 17, habrían obtenido la acreditación con planes de mejora. Entre éstos, grandes hospitales bases de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana y algunos regionales.

A continuación, el Honorable Senador señor Girardi manifestó compartir la iniciativa, no obstante lo cual solicitó dejar expresa constancia en el informe, para los efectos de la historia del establecimiento fidedigno de la ley, que la medida propuesta en el proyecto, así como la autogestión en red, no solucionan el problema de fondo que existe en salud, cual es la necesidad de inyectar mayores recursos al sistema. Lo anteriormente señalado, requiere de una fuerte voluntad política, porque, de lo contrario, estas medidas no cumplirán con sus importantes objetivos, concluyó.

Consultado por el Honorable Senador señor Pizarro, el señor Ministro indicó que, de los 29 hospitales restantes, hay 12 establecimientos que requieren de acciones intensivas, que van más allá de un plan de mejoras. Estos son los siguientes:

Hospital Regional de Iquique;

Hospital Regional de Arica;

Hospital Regional de Antofagasta;

Hospital de Calama;

Hospital Regional de La Serena;

Hospital San José de Santiago;

Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar;

Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso;

Hospital Regional de Talca;

Hospital de Osorno;

Hospital de Castro y

Hospital de Coyhaique.

Sobre el mismo punto, el Honorable Senador señor Pizarro consultó los motivos por los cuales la gran mayoría de los hospitales mencionados corresponden a centros asistenciales cabecera de región o de provincia, y al alcance de las acciones más intensivas que éstos requieren.

Al respecto, el señor Ministro señaló que, en general, corresponden a hospitales que tienen problemas más críticos en materia de gestión de manejo de su deuda.

En cuanto a los desafíos y acciones propuestas, el señor Ministro indicó que ellos son los siguientes:

-Desarrollar competencias en los equipos directivos y sus jefaturas intermedias para asumir una transformación hospitalaria como la propuesta planteada, tanto a nivel de los Servicios de Salud como en los propios hospitales.

-Promover la continuidad de los procesos de gestión incorporados en los EAR, vinculados a la reingeniería de procesos asistenciales y administrativos, lo que está fuertemente vinculado al éxito y continuidad del proceso de autogestión en red.

-Profundizar el compromiso de los directores de Servicios de Salud de avanzar en su rol de Gestores de Red.

-Compatibilizar el proceso de tránsito hacia el EAR con procesos paralelos derivados de la Reforma, principalmente la implantación del GES y las contingencias propias del sector.

A continuación, el Honorable Senador señor Arancibia manifestó su inquietud en cuanto al plan de trabajo para el próximo año, así como la necesidad que los Directores de los Hospitales cuenten con un apoyo real y efectivo de las autoridades, para que desarrollen su labor en forma profesional y eficiente, y con independencia de factores políticos o de otro tipo, ajenos a la labor que les corresponde realizar. Recordó que estos cargos forman parte de la Alta Dirección Pública.

En respuesta a su inquietud, el señor Ministro de Salud indicó que el plan de trabajo considera actividades de preparación de los hospitales en tránsito. Ello supone actualizar el diagnóstico del desarrollo organizacional de los hospitales, con foco en la reingeniería de los procesos, para todos los establecimientos en tránsito a EAR, utilizando para ello los siguientes instrumentos:

1.- Auditoria a desarrollarse el primer trimestre del 2009 en aquellos hospitales que postulan voluntariamente a la categoría de EAR.

2.- Realizar un seguimiento de los planes de mejora, levantados por los restantes hospitales en tránsito a EAR, de acuerdo a auditoria realizada al primer semestre de 2008. Esta tarea se realizará en conjunto con recursos humanos de la Subsecretaría de Redes y Direcciones de Servicios de Salud.

3.- El levantamiento de facultades y atribuciones ya delegadas actualmente a los directores de hospitales, de modo de conocer la brecha de éstas respecto a las atribuciones y facultades establecidas en la ley de autogestión. Esta tarea también se realizará en conjunto tanto por el personal de la Subsecretaría de Redes como de las respectivas Direcciones de Servicios.

4.- Diagnóstico actualizado, con retroalimentación incluida, de la herramienta de autoevaluación de los equipos directivos, según la metodología del modelo chileno de excelencia.

También importa actualizar el diagnostico del nivel de competencias de los actuales equipos directivos de Servicios de Salud, directivos hospitalarios y jefaturas intermedias. Esta tarea se realizará en conjunto con personal de Digera y Digedep de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y en conjunto con los Servicios de Salud. Se utilizará un instrumento metodológico de evaluación por competencias.

Asimismo, profundizar y extender la capacitación en Gerencia Pública o Gerencia Social, para otorgar las herramientas de liderazgo, negociación e implementación de políticas públicas, entre otras. Actualmente se han capacitado los equipos directivos de 54 de los 56 hospitales autogestionados y 28 de los 29 Servicios de Salud.

Por otra parte, el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Julio Montt indicó que se tiene considerado ampliar y profundizar la capacitación y la formación de equipos respecto de los gestores de red, en los procesos claves identificados como deficitarios en la autogestión, tanto administrativos como asistenciales, a nivel hospitalario y de los Servicios de Salud, desde la perspectiva del rol de cada gestor.

Se van a focalizar las acciones de capacitación y acompañamiento en gestión presupuestaria y de costos, cumplimiento de garantías GES y gestión de contratos y convenios dirigidos a jefaturas intermedias, jefes de centros de responsabilidad y jefes de servicios clínicos y administrativos.

Habrá una evaluación comparativa intensiva e intercambio entre pares, tanto de aquellos que ya son EAR como de los que están en tránsito.

También considera la ampliación y profundización de los procesos de capacitación y de acompañamiento. Necesariamente requerirán de apoyos externos, entre los que se plantean convenios con universidades nacionales o extranjeras.

Asimismo, extender y universalizar el uso de instrumentos de control de gestión ya existentes, a nivel de Hospitales y Servicios de Salud. Éstos son los siguientes: SIGFE, para gestión presupuestaria, promoviendo un mayor uso para control del Subtítulo 21; SIRH, para el control de recursos humanos; WINSIG, para el control de costos; GRD, como herramienta de gestión clínica, de estandarización del uso del recurso hospitalario, evaluando la casuística de la actividad asistencial, que permitirá una nueva herramienta de costeo de ésta, que recoge las diferentes mezclas de los egresos hospitalarios. Además, define un indicador de peso relativo que da cuenta del grado de complejidad, permitiendo la comparación entre diferentes hospitales.

También contempla reforzar el rol de control de gestión financiera, presupuestaria y de producción clínica de los Servicios de Salud, respecto de los EAR, y finalmente, fortalecer el rol de la Subsecretaría de Redes Asistenciales como ente controlador y de seguimiento de los Gestores de Red.

- - -

APROBACIÓN EN GENERAL Y EN PARTICULAR

Puesto en votación el proyecto en informe, fue aprobado en general y en particular por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Pizarro.

- - -

TEXTO DEL PROYECTO

A continuación, se transcribe literalmente el texto del proyecto de ley que la Comisión de Salud os propone aprobar en general y en particular. Éste corresponde al aprobado por la Honorable Cámara de Diputados, y cuyo tenor es el siguiente:

PROYECTO DE LEY:

"Artículo 1°.- Sustitúyese en el inciso final del artículo decimoquinto transitorio de la ley N°19.937, la expresión "1 de enero del año 2009" por la frase "31 de enero del año 2010".

Artículo 2°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo decimoquinto transitorio de la ley Nº 19.937, los establecimientos allí señalados podrán postular a obtener la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red", durante el primer trimestre del año 2009, si cumplen con los requisitos y procedimientos que señale el Reglamento a que se refiere el inciso segundo del artículo 31 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469. La resolución que le otorgue la calidad de Establecimiento Autogestionado entrará en vigencia a contar del 1 del mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Los antecedentes e informes exigidos por el Reglamento indicado deberán referirse al período del año calendario anterior.

Los establecimientos que hubieren postulado durante el período extraordinario regulado en el presente artículo y obtengan la calidad de Establecimiento de Autogestión en Red en dicho proceso, continuarán con los presupuestos que se les hayan aprobado de acuerdo con el apartado III, letra c) del artículo 8° del decreto supremo N° 140, de 2004, del Ministerio de Salud. Lo anterior es sin perjuicio de lo establecido en la letra d) del artículo 36 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, y de lo dispuesto en la letra d) del artículo 23 del decreto supremo N° 38, de 2005, del Ministerio de Salud, el que regirá para los presupuestos del año 2009.

La primera evaluación anual de los establecimientos que hayan obtenido la calidad de Establecimiento de Autogestión en Red en dicho proceso, comprenderá el cumplimiento de los estándares a que se refiere el artículo 26 del Reglamento durante el período que hubieren estado funcionando en calidad de Establecimiento Autogestionado durante el año 2009.”.

- - -

Acordado en sesión celebrada el día 16 de diciembre de 2008, con asistencia de los Honorables Senadores señores Jorge Arancibia Reyes (Presidente), Guido Girardi Lavín, Carlos Ignacio Kuschel Silva, Carlos Ominami Pascual y Jorge Pizarro Soto.

Valparaíso, 16 de diciembre de 2008.

PEDRO FADIC RUIZ
Abogado Secretario de la Comisión

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISION DE SALUD RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE MODIFICA LEY N° 19.937, IMPIDIENDO QUE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, NO CALIFICADOS DE AUTOGESTIÓN EN RED AL 1 DE ENERO DE 2009, PASEN A TENER DICHA CALIDAD POR EL SÓLO MINISTERIO DE LA LEY.

BOLETÍN Nº 6.230-11.

I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:

El proyecto en estudio tiene los siguientes objetivos principales:

1.- Cambiar el plazo establecido en el inciso final del artículo decimoquinto transitorio de la ley N° 19.937, del 1 de enero de 2009, por el del 31 de enero de 2010 respecto de los establecimientos señalados en mencionado artículo que no hayan sido calificados como "Establecimientos de Autogestión en Red", los que pasarán a tener dicha calidad a contar de esa fecha, por el solo ministerio de la ley.

2.- Permitir que, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo decimoquinto transitorio de la ley Nº 19.937, los establecimientos allí señalados puedan postular a obtener la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red”, durante el primer trimestre del año 2009, si cumplen con los requisitos y procedimientos que se indican.

II. ACUERDOS: Aprobado en general y en particular (Unanimidad) (5X0).

III. ESTRUCTURA: El proyecto de ley consta de dos artículos permanentes.

IV. URGENCIA: Discusión inmediata.

V. ORIGEN DE LA INICIATIVA: Moción de los Honorables Diputados señora Karla Rubilar Barahona y señores Guido Girardi Briere, Alberto Robles Pantoja y Fulvio Rossi Ciocca.

VI. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: Segundo.

VII. TRAMITE REGLAMENTARIO: Primer informe.

VIII. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

- La ley N° 19.937, que modifica el decreto ley. Nº 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana

- El decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

Valparaíso, 16 de diciembre de 2008.

PEDRO FADIC RUIZ
Abogado Secretario de la Comisión