

REPÚBLICA DE CHILE



CÁMARA DE DIPUTADOS

LEGISLATURA 364^a

Sesión 101^a, en martes 22 de noviembre de 2016
(Especial, de 16.48 a 19.03 horas)

Presidencia de los señores Andrade Lara, don Osvaldo, y
Espinosa Monardes, don Marcos.

Presidencia accidental de la señora Pascal Allende, doña Denise.

Secretario, el señor Landeros Perkič, don Miguel.
Prosecretario, el señor Rojas Gallardo, don Luis.

REDACCIÓN DE SESIONES
PUBLICACIÓN OFICIAL

ÍNDICE

- I.- ASISTENCIA
- II.- APERTURA DE LA SESIÓN
- III.- ACTAS
- IV.- CUENTA
- V.- OBJETO DE LA SESIÓN
- VI.- DOCUMENTOS DE LA CUENTA
- VII.- OTROS DOCUMENTOS DE LA CUENTA

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
I. ASISTENCIA.....	4
II. APERTURA DE LA SESIÓN.....	7
III. ACTAS	7
IV. CUENTA	7
V. OBJETO DE LA SESIÓN.....	7
POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER (PROYECTOS DE RESOLUCIÓN)	7
VI. DOCUMENTOS DE LA CUENTA	47
1. PROYECTO INICIADO EN MOCIÓN DE LOS DIPUTADOS SEÑORES ALVARADO, ARRIAGADA, FARÍAS, JARAMILLO, MIROSEVIC Y TORRES, Y DE LAS DIPUTADAS SEÑORAS GIRARDI, HERNANDO, PROVOSTE Y RUBILAR, QUE “MODIFICA LA LEY N° 19.966, QUE ESTABLECE UN RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD, PARA ASEGURAR EL ACCESO UNIVERSAL A PRESTACIONES DE SALUD MÍNIMAS Y A LA INFORMACIÓN SOBRE LAS MISMAS”. (BOLETÍN N° 10983-11)	47
VII. OTROS DOCUMENTOS DE LA CUENTA.	
1. Oficios	
Del secretario general de la Corporación por el cual informa que el diputado señor Espinosa, don Marcos, integrará la delegación que concurrirá al XLVIII Período Ordinario de Sesiones del Parlamento Andino, que se llevará a cabo desde el 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2016, en la ciudad de Bogotá, Colombia (474).	
- Del secretario general de la Corporación por el cual informa que la diputada señora Hernando integrará la delegación que concurrirá a la Reunión de la Comisión de Asuntos Políticos, Municipales y de la Integración del Parlamento Latinoamerica- no (Parlatino) y al Seminario Regional sobre los Objetivos de Desarrollo Sosteni- ble, actividades que tendrán lugar entre los días 1 y 3 de diciembre de 2016 en la ciudad de Panamá, Panamá (476).	
- Del secretario general de la Corporación por el cual informa que los Jefes de los Comités Parlamentarios acordaron declarar “misión oficial” la participación del diputado señor Sabag en la Primera Conferencia Anual relativa a la legislación so- bre Jerusalén, que tendrá lugar en Estambul, entre los días 29 y 30 de noviembre de 2016 (477).	
2. Nota:	
- Del diputado señor Morano por la cual informa, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 del Reglamento de la Corporación, que se ausentará del país por un plazo inferior a treinta días a contar del 20 de noviembre de 2016, para dirigirse a Ginebra.	

I. ASISTENCIA

-Asistieron los siguientes señores diputados: (105)

NOMBRE	(Partido*	Región	Distrito)
Aguiló Melo, Sergio	IC	VII	37
Alvarado Ramírez Miguel Ángel	PPD	IV	9
Andrade Lara, Osvaldo	PS	RM	29
Arriagada Macaya, Claudio	DC	RM	25
Auth Stewart, Pepe	IND	RM	20
Barros Montero, Ramón	UDI	VI	35
Becker Alvear, Germán	RN	IX	50
Bellolio Avaria, Jaime	UDI	RM	30
Berger Fett, Bernardo	RN	XIV	53
Boric Font, Gabriel	IND	XII	60
Campos Jara, Cristián	PPD	VIII	43
Cariola Oliva, Karol	PC	RM	19
Carmona Soto, Lautaro	PC	III	5
Carvajal Ambiado, Loreto	PPD	VIII	42
Castro González, Juan Luis	PS	VI	32
Chahin Valenzuela, Fuad	DC	IX	49
Chávez Velásquez, Marcelo	DC	VIII	45
Cicardini Milla, Daniella	IND	III	5
Coloma Álamos, Juan Antonio	UDI	RM	31
De Mussy Hiriart, Felipe	UDI	X	56
Edwards Silva, José Manuel	RN	IX	51
Espejo Yaksic, Sergio	DC	VI	35
Espinosa Monardes, Marcos	PRSD	II	3
Farcas Guendelman, Daniel	PPD	RM	17
Fernández Allende, Maya	PS	RM	21
Flores García, Iván	DC	XIV	53
Fuentes Castillo, Iván	IND	XI	59
Fuenzalida Figueroa, Gonzalo	RN	XIV	54
Gahona Salazar, Sergio	UDI	IV	7
Girardi Lavín, Cristina	PPD	RM	18
Godoy Ibáñez, Joaquín	AMPLITUD	V	13
González Torres, Rodrigo	PPD	V	14
Gutiérrez Gálvez, Hugo	PC	I	2
Gutiérrez Pino, Romilio	UDI	VII	39
Hasbún Selume, Gustavo	UDI	RM	26
Hernández Hernández, Javier	UDI	X	55
Hernando Pérez, Marcela	PRSD	II	4
Hoffmann Opazo, María José	UDI	V	15
Jackson Drago, Giorgio	REVD	RM	22
Jaramillo Becker, Enrique	PPD	XIV	54

Jarpa Wevar, Carlos	PRSD	VIII	41
Jiménez Fuentes, Tucapel	PPD	RM	27
Kast Rist, José Antonio	UDI	RM	24
Kast Sommerhoff, Felipe	EVOPOLI	RM	22
Kort Garriga, Issa	UDI	VI	32
Lavín León, Joaquín	UDI	RM	20
Lemus Aracena, Luis	PS	IV	9
León Ramírez, Roberto	DC	VII	36
Letelier Norambuena, Felipe	PPD	VI	33
Lorenzini Basso, Pablo	DC	VII	38
Macaya Danús, Javier	UDI	VI	34
Melero Abaroa, Patricio	UDI	RM	16
Melo Contreras, Daniel	PS	RM	27
Mirosevic Verdugo, Vlado	Liberal de Chile	XV	1
Molina Oliva, Andrea	UDI	V	10
Monckeberg Bruner, Cristián	RN	RM	23
Monckeberg Díaz, Nicolás	RN	RM	18
Monsalve Benavides, Manuel	PS	VIII	46
Morales Muñoz, Celso	UDI	VII	36
Nogueira Fernández, Claudia	UDI	RM	19
Norambuena Farías, Iván	UDI	VIII	46
Núñez Lozano, Marco Antonio	PPD	V	11
Núñez Urrutia, Paulina	RN	II	4
Ojeda Uribe, Sergio	DC	X	55
Ortiz Novoa, José Miguel	DC	VIII	44
Pacheco Rivas, Clemira	PS	VIII	45
Pascal Allende, Denise	PS	RM	31
Paulsen Kehr, Diego	RN	IX	49
Pérez Arriagada, José	PRSD	VIII	47
Pérez Lahsen, Leopoldo	RN	RM	29
Pilowsky Greene, Jaime	DC	RM	24
Poblete Zapata, Roberto	IND.	VIII	47
Provoste Campillay, Yasna	DC	III	6
Rathgeb Schifferli, Jorge	RN	IX	48
Robles Pantoja, Alberto	PRSD	III	6
Rocafull López, Luis	PS	XV	1
Rubilar Barahona, Karla	IND	RM	17
Sabag Villalobos, Jorge	DC	VIII	42
Sabat Fernández, Marcela	RN	RM	21
Saffirio Espinoza, René	IND	IX	50
Saldívar Auger, Raúl	PS	IV	7
Sandoval Plaza, David	UDI	XI	59
Santana Tirachini, Alejandro	RN	X	58
Schilling Rodríguez, Marcelo	PS	V	12
Sepúlveda Orbenes, Alejandra	IND	VI	34
Silber Romo, Gabriel	DC	RM	16

Silva Méndez, Ernesto	UDI	RM	23
Soto Ferrada, Leonardo	PS	RM	30
Squella Ovalle, Arturo	UDI	V	12
Tarud Daccarett, Jorge	PPD	VII	39
Torres Jeldes, Víctor	DC	V	15
Trisotti Martínez, Renzo	UDI	I	2
Tuma Zedán, Joaquín	PPD	IX	51
Turres Figueroa, Marisol	UDI	X	57
Ulloa Aguillón, Jorge	UDI	VIII	43
Urizar Muñoz, Christian	PS	V	10
Urrutia Bonilla, Ignacio	UDI	VII	40
Urrutia Soto, Osvaldo	UDI	V	14
Vallejo Dowling, Camila	PC	RM	26
Vallespín López, Patricio	DC	X	57
Van Rysselberghe Herrera, Enrique	UDI	VIII	44
Venegas Cárdenas, Mario	DC	IX	48
Verdugo Soto, Germán	IND	VII	37
Walker Prieto, Matías	DC	IV	8
Ward Edwards, Felipe	UDI	II	3

-Concurrió, además, la ministra de Salud, señora Carmen Castillo Taucher.

-Se contó con la asistencia, también, de la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Ana Gisela Alarcón Rojas.

-No estuvieron presentes por encontrarse:

-En misión oficial: La diputada señora Jenny Álvarez Vera.

-Con licencia médica: El diputado señor Guillermo Ceroni Fuentes.

-Con impedimento grave: Pedro Browne Urrejola.

* PDC: Partido Demócrata Cristiano; PPD: Partido por la Democracia; UDI: Unión Demócrata Independiente; RN: Renovación Nacional; PS: Partido Socialista; PRSD: Partido Radical Social Demócrata; IND: Independiente. PC: Partido Comunista y Partido Liberal de Chile. Evopoli: Evolución política. Amplitud.

II. APERTURA DE LA SESIÓN

-Se abrió la sesión a las 16.48 horas.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

III. ACTAS

El señor **ANDRADE** (Presidente).- El acta de la sesión 92ª se declara aprobada.

El acta de la sesión 93ª queda a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

IV. CUENTA

El señor **ANDRADE** (Presidente).- El señor Prosecretario va a dar lectura a la Cuenta.

*-El señor **ROJAS** (Prosecretario) da lectura a la Cuenta.*

V. OBJETO DE LA SESIÓN

POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER (PROYECTOS DE RESOLUCIÓN)

El señor **ANDRADE** (Presidente).- La presente sesión tiene por objeto analizar las políticas públicas de prevención y control del cáncer.

A esta sesión han sido invitados la ministra de Salud, el ministro de Hacienda, quien se excusó de asistir; la subsecretaria de Redes Asistenciales y la directora del Instituto Nacional del Cáncer.

El tiempo previo de 15 minutos, contemplado en el artículo 76 del Reglamento, corresponde al Comité del Partido por la Democracia.

Tiene la palabra el diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

El señor **ALVARADO** (de pie).- Señor Presidente, el cáncer es la primera causa de muerte en algunas regiones de nuestro país y está claro que dentro de pocos años, específicamente para el 2020, se estima que el cáncer será la primera causa de muerte a nivel nacional.

Las dificultades para responder al aumento de la mortalidad y morbilidad, especialmente en fases avanzadas de la enfermedad, nos enfrentan a una serie de desafíos, como la escasez de especialistas y medicamentos, una distribución inadecuada de los equipos de salud que ya existen, una distribución desigual de infraestructura y recursos, y un financiamiento o presupuesto insuficientes.

La transición epidemiológica, junto al envejecimiento de la población, lleva a Chile a presentar una de las tasas más altas de mortalidad por cáncer en el mundo, de 120 por cada 100.000 habitantes. La concentración de los especialistas oncólogos en la ciudad de Santiago provoca importantes desigualdades geográficas en el acceso y oportuno tratamiento.

Además, la mayoría de los centros de salud proveen atención quirúrgica a los cánceres más comunes; sin embargo, el tratamiento debe ser complementario por equipos, y no solo de una parte, como es la cirugía.

El Ministerio de Salud, desde 1997, ha propiciado distintas coberturas a través del centro de atención para adultos, con el programa Panda, y para niños, con el programa Pinda, que junto al modelo GES plantea una lógica selectiva de algunos tipos de cáncer, a lo que se agrega la ley N° 20.850, que pretende dar cobertura a enfermedades no incluidas en el modelo previo del AUGÉ.

Estos y muchos otros obstáculos nos deben llevar a priorizar en forma urgente la necesidad de planificar, desarrollar y aplicar estrategias nacionales de cáncer.

Es responsabilidad de todos los actores involucrados en labores legislativas y autoridades de salud liderar cambios profundos en optimizar los servicios y tratamientos de esta enfermedad que, tratada a tiempo -es un concepto que debemos entender-, es de muy buen pronóstico.

Invitamos a un diálogo constructivo y a un compromiso país para estudiar la normativa vigente, a fin de construir una reforma en materia de salud pública y así evitar lo que podría ser la próxima crisis sanitaria.

El país requiere un verdadero sistema de manejo del cáncer. Se requiere una respuesta más específica de la cartera de Salud en servicios que entrega, por ejemplo, un hospital general. Esto lo han demostrado los países desarrollados, donde hay políticas públicas al respecto y con miradas a largo plazo, donde el Estado mandata a los institutos a desarrollar estrategias de investigación para su control.

Nosotros también tenemos características especiales en algunos tipos de cáncer, que son los más frecuentes y que no se dan en otros países, como es el cáncer de vesícula. Chile es campeón mundial en, por ejemplo, los cánceres gástricos. Por lo tanto, también tenemos que abocarnos a estudiar estas enfermedades y determinar por qué se producen más en Chile que en otros países.

El desarrollo de la oncología surge de centros de atención terciaria, dotados de especialistas competentes, con programas de especialización y con la tecnología necesaria, tanto para el diagnóstico, tratamiento e investigación y en todas las especialidades, en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Me quiero detener en este punto, porque es muy importante. Se trata de equipos multidisciplinarios. No es un médico, es un equipo, donde hay especialistas de distintos ámbitos: psicooncólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, etcétera.

Es fundamental medir la brecha entre las necesidades de la población en este punto y los recursos disponibles. Somos francos en ese sentido: debemos ver cuál es nuestra realidad y ajustar ese presupuesto para hacerlo viable a un programa de cáncer en Chile. Es fundamental contar con un ente que dirija la política pública en cáncer, que visibilice y cuantifique la

brecha de manera de poder aplicar los recursos de manera racional y poder presentar resultados de su labor.

El país requiere un sistema que permita un manejo racional de las enfermedades neoplásicas. En tal sentido, el transitar de cada paciente, desde la atención primaria a la secundaria, puede ser lento, se transforma en un drama, porque desde que llega la noticia a la familia, por ejemplo, un habitante de Arica o de Monte Patria, en nuestra región, no sabe qué hacer, dónde acudir y por eso se origina un largo transitar. Lo más frecuente es acudir al área privada, porque se ignora que el sistema AUGE los protege en ese aspecto.

Muchas veces hablamos de invertir en atención primaria, porque ahí está la base del tratamiento, pero muchas veces no existe conexión con los distintos niveles de atención. Los famosos papelitos que tienen que escribir los doctores de interconsulta quedan arrumbados en cualquier lugar y finalmente se pierden.

Más allá de las cifras duras, quiero ejemplificar esa realidad con un caso dramático. No puede ser que a un paciente con los síntomas clínicos de la enfermedad, que asiste a un hospital, solo le den licencia y tenga que esperar, esperar y esperar. Pasa un año, sigue esperando con más licencia y el cáncer sigue avanzando. Pasa un año con la biopsia, que es clave para el tratamiento, y tampoco se hace nada.

Esta paciente, que por razones obvias no vamos a nombrar, lleva dos años de espera, y no es solo un caso, sino miles, de una persona enferma que no sabe dónde acudir y el sistema público no sabe acompañar a esos pacientes. No estamos hablando de un resfrío ni de una fractura, sino de casos que van más allá de la enfermedad, porque alteran la vida diaria de la familia, de los hermanos, de los hijos, de los padres. Esa persona lleva dos años y, en su desesperación, acudió a una institución privada. Cuando solicita la atención AUGE, por dos centímetros su enfermedad no califica para recibir el tratamiento como paciente AUGE y, por lo tanto, ella tiene que pagar todo. Acudimos al sistema público y ahora le dan la hora, después de dos años, y tiene que volver a hacer todo de nuevo. Esta situación se repite a lo largo de todo el país, y lo sabemos.

Es fundamental que el ente ministerial dirija una política pública sobre el cáncer, que tenga relación administrativa con los centros de alta complejidad. No podemos tener centros de alta complejidad en todos los lugares; esa es una realidad. Tenemos que optimizar los recursos en los lugares donde sea necesario.

Por otro lado, el tratamiento de esta enfermedad ocupa equipos de tratamiento. El cáncer se trata con cirugía, con medicamentos y con radioterapia. Se da la coincidencia de que la radioterapia está en el ciento por ciento de las patologías AUGE en nuestro país. No obstante, tenemos debilidades profundas en cuanto a las máquinas de radioterapia.

En las regiones Tercera y Cuarta, mi región, no tenemos estos equipos y las cifras internacionales, con las que tanto nos gusta medirnos, dicen que en países como España o Italia hay siete máquinas de radioterapia por millón de habitantes. Nosotros estamos al revés: tenemos una máquina por cada millón de habitantes, lo cual es claramente insuficiente. Esto se traduce en extensas listas de espera para que los pacientes reciban su radioterapia, que es un tratamiento que tiene determinadas fechas, indicaciones y periodo. Si pasa ese periodo, no tiene mucho sentido el tratamiento y, literalmente, perdemos ese paciente. No estamos hablando de pacientes añosos, que también tienen el legítimo derecho a acceder a un tratamiento, sino de gente en edad productiva, como se da en el cáncer de mama. Una paciente de Canela lleva diez meses de espera de su radioterapia en Valparaíso, pero, como los equipos están malos, tiene que esperar.

Por ello, es urgente reforzar la capacidad para entregar tratamientos a los centros de la Macrored Nacional de Radioterapia. Hasta la fecha, la estrategia del Estado -que, en todo caso, comprendemos- ha sido comprar tratamientos de radioterapia al sistema privado. Sin embargo, esos centros privados tampoco tienen la tecnología ni la capacidad suficiente para dar tratamientos, aunque no estemos analizando cuánto se paga. Ese es un problema no solo público, sino también privado.

Es necesario que existan centros a lo largo de todo Chile. No puede ser que un paciente de La Serena, de Coquimbo, de Ovalle, de Copiapó, de Huasco o de Freirina tenga que trasladarse a otros lugares. Eso es como ir de un país a otro. Se necesitan a lo menos tres centros, tres institutos nacionales del cáncer, uno para el norte y dos para la zona centro y sur.

Por otro lado, en cuanto al acceso a drogas de alto costo, hay casos que no podemos sino mencionar con cierta molestia. En el corto plazo, en el caso del cáncer de mama, que es la primera causa de muerte de las mujeres en Chile, se propone ingresar la Herceptina -droga trastuzumab- al GES, que, por lo demás, está en la guía clínica del tratamiento. Dicho medicamento se entrega a los enfermos a través de la “ley Ricarte Soto”. Debería formar parte del catálogo del GES porque los pacientes que son de isapres reciben la droga sin el costo asociado que tenemos que pagar todos los chilenos. De ese modo, ahorraríamos una cantidad considerable de dinero. Esos son los nuevos tratamientos personalizados asociados a cánceres pulmonares y de colon. Los que vienen son los llamados tratamientos biológicos, pero son caros. Por ello, debemos ahorrar recursos.

Hay que formar y retener un recurso humano altamente capacitado en todas las áreas de la oncología y en todos los estamentos. Hay que declarar especialidades en falencia. ¿Qué pasa con la oncología pediátrica? Todos fuimos testigos de lo que pasó en Punta Arenas, cuando hubo que traer un médico desde el exterior. Nuestros estudiantes de medicina, ¿dónde están? Aquellos que sueñan con estudiar medicina deberían pensar en esto y deberíamos estimularlos para que se especialicen en oncología pediátrica, en hematología, en radioterapia y en cuidados paliativos, asistencia fundamental para el enfermo.

Cuando surgen movimientos sociales, con muy buenas intenciones de que una droga va a paliar los dolores, ¡ojo con eso! ¡Cuidado! También es necesario pensar en los especialistas que debemos formar. Tiene que haber médicos, psicólogos en estas áreas, y los hay. El Instituto Nacional del Cáncer, en Santiago de Chile, es un ejemplo de lo que hace la unidad de cuidados paliativos. Jamás conocí a un enfermo que haya pedido la eutanasia. Eso no se da en pacientes terminales. Ellos mueren acompañados por sus familias y en forma digna.

En eso debemos insistir y no en lo que pasa en muchos hospitales de Chile, en que el último médico que llega, o el más joven, como castigo, es enviado a la unidad de cuidados paliativos. Eso no puede ser.

Estas especialidades son muy desgastantes, tanto en lo físico como en lo emocional. Se trata de pacientes y familias que muchas veces provienen de un entorno precarizado. Necesitamos hacer más atractiva la medicina en estas áreas.

El gobierno de la Presidenta Bachelet se ha empeñado, de muy buena forma, en proveer más especialistas, pero tenemos que orientarlos hacia esas áreas porque tienen falencias.

Existe una segunda brecha para cumplir con las canastas exigidas en el GES. Las prestaciones incluidas están depreciadas. Debemos modernizar el GES. Estas prestaciones también

generan una deuda en el ejercicio habitual, pues por insuficiencia del prestador institucional muchas veces se debe comprar servicios al sector privado.

No es casualidad que tengamos ya dos comisiones investigadoras en materia de salud. Tampoco es baladí que ministros de Salud de distintos colores políticos hayan venido acá a dar explicaciones por los manejos en su cartera. Por lo tanto, necesitamos una reforma profunda de este modelo.

Por otro lado, en Chile, como dije, debemos promover la investigación científica en ciencia básica y avanzada.

Envío un saludo, desde lo más profundo, a las agrupaciones que surgen en forma espontánea a lo largo de todo el país, en todas las regiones, especialmente en mi región, en Punta Arenas, en el norte, etcétera. En todas partes surgen agrupaciones que dan cuenta de la solidaridad -palabra que hemos olvidado en Chile- y del apoyo a los niños que padecen este tipo de enfermedades.

Sería largo mencionar los dramáticos casos que conocemos en nuestra región. Vaya un cariñoso saludo para esos enfermos. ¡A no aflojar! Esta es tarea de todos los chilenos. No queremos que el cáncer se vea como una enfermedad incurable o sea sinónimo de muerte. Es una enfermedad que si se trata oportunamente, tiene tratamiento, y muy buen tratamiento. Este jamás debe estar supeditado a aspectos socioeconómicos que marquen diferencias.

He dicho.

La señora **PASCAL**, doña Denise (Presidenta accidental).- Tiene la palabra el diputado señor Renzo Trisotti.

El señor **TRISOTTI**.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero felicitar a los diputados que solicitaron esta sesión especial, que no tiene otro objeto que entregar respuestas a la ciudadanía respecto de esta terrible, triste y lamentable enfermedad.

No quiero dejar pasar la oportunidad de manifestar mi más profunda preocupación por la situación que, día a día, viven miles de tarapaqueños afectados por cáncer y sus familias, pues no solamente deben enfrentar esta dura enfermedad, sino que además deben hacerlo fuera de la región, sea en Antofagasta o en Santiago. Ello implica un grave drama humano y social, pues los enfermos y sus familiares pierden muchas veces su trabajo y deben abandonar a su familia para viajar a una ciudad distinta, sin red social y familiar alguna para tratar su enfermedad, asumiendo grandes costos económicos que la mayoría de las veces no tienen cómo enfrentar.

Debido a ello hace más de diez años se formó en nuestra región la Corporación Oncológica del Norte, que lucha por contar con un centro oncológico en Tarapacá, como respuesta a la falta de especialistas, que hace imposible que hoy esta enfermedad, con cierto nivel de avance, pueda ser tratada directamente en Tarapacá.

En 2014 se terminó el estudio de factibilidad de dicho centro oncológico, por lo que, a partir de ahí, procedía efectuar el estudio de preinversión. Es así como la Presidenta Bachelet comprometió la construcción de un centro oncológico durante su campaña. Fue un compromiso presidencial y se señaló que el estudio estaría listo en 2015, cosa que, lamentablemente, no ocurrió.

En reunión sostenida en enero de 2016 con la ministra de Salud, ella se comprometió a que el estudio se licitaría el primer trimestre de este año para que ser entregado el estudio durante el último trimestre de 2016, concretamente el próximo 30 de noviembre de 2016. Lo anterior fue ratificado por la intendenta de la región, junto a la señora ministra, el 28 de julio de 2016. En esa misma oportunidad se informó que en una primera etapa el estudio incluiría las prestaciones médicas de quimioterapia básica y radioterapia.

La Corporación Oncológica del Norte ha señalado que existe un compromiso con ellos y que dicho estudio sería entregado el 30 de noviembre de 2016 y que debía incluir el diseño, pues se les indicó que la construcción comenzaría en 2017.

Es más, el 4 de septiembre de 2016, la directora del Servicio de Salud Iquique señaló a los medios de comunicación regional que dicho estudio preinversional estaría listo en enero de 2017 y que luego de ello se comenzaría con el diseño del futuro centro oncológico. Es decir, se estaría explicitando un nuevo atraso en este tan importante y anhelado proyecto que vio morir, hace unas semanas, a uno de sus más valiosos precursores, el doctor Ramsés Aguirre, a quien aprovecho de hacer un público reconocimiento por ser un incansable luchador para que la Región de Tarapacá pudiera hacer realidad este centro oncológico.

Señor Presidente, quiero señalar que las personas de la Región de Tarapacá están profundamente decepcionadas y que se sienten abandonadas por las autoridades, pues entienden que las problemáticas de salud son importantes y urgentes, pero sus soluciones son lentas y siguen siendo postergadas.

Por ello, por su intermedio, señor Presidente, pido a la ministra de Salud que aclare con precisión cuál es el plazo de ejecución del referido proyecto. Solicito extrema celeridad en su implementación, porque nuestra gente no puede seguir esperando.

Muchas personas en la Región de Tarapacá han fallecido por falta de atención oportuna o simplemente porque no cuentan con recursos para atenderse en otros lugares del país.

Tarapacá no quiere más promesas ni quiere más pildoritas. Queremos plazos, decisiones y compromisos concretos por parte del gobierno.

He dicho.

-Aplausos.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado Jorge Sabag.

El señor **SABAG**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo a la ministra y a la subsecretaria de Salud.

Valoro esta sesión especial, pues tiene por objeto tratar un tema muy sensible para chilenos y chilenas como es el cáncer, que se ha transformado en la segunda causa de muerte en nuestro país después de las enfermedades cardiovasculares. Esta realidad nos interpela a crear una política nacional para combatir este flagelo, que, en el caso del cáncer de mamas, diariamente cobra la vida de cuatro mujeres en el país. No podemos permanecer indiferentes a esa realidad.

Durante la discusión del proyecto de ley de presupuestos para 2017 preguntamos cuántos recursos de la partida Ministerio de Salud estaban destinados a combatir el cáncer. Todavía no es posible tener una glosa exclusiva para el combate de esta enfermedad. Todo lo que

podamos avanzar en esta materia será muy bienvenido, pues una mejor estrategia permitirá salvar muchas vidas de chilenos.

En relación con el cáncer de mamas, con la directora del Sernam presentamos un proyecto al gobierno regional del Biobío -felizmente fue aprobado- para llevar la práctica de exámenes de mamografías a los sectores rurales, pues se encuentran alejados de los centros de salud. Cuando no se detecta precozmente esta enfermedad es muy difícil tratarla. Por eso queremos acercar la salud a los sectores más apartados.

El cáncer gástrico tiene una alta prevalencia en nuestro país. La Provincia de Ñuble es una de las que tiene los más altos índices en esta patología. Por ello, solicito al Ministerio de Salud que realice un estudio epidemiológico sobre las causas de esta enfermedad, a fin de determinar la estrategia para su combate.

Celebro el hecho de que el proceso de descentralización en la lucha contra el cáncer esté dando algunos resultados. Cada vez que una persona tenía que efectuarse una quimioterapia en la provincia de Ñuble debía viajar a Concepción o a Santiago.

La joven Yasna Godoy Vergara falleció hace un mes, a la edad de 18 años, debido a un cáncer renal. Fue ella quien junto con sus padres levantó la bandera para que Chillán, capital de la provincia de Ñuble -futura región-, contara con un centro oncológico.

Por su intermedio, señor Presidente, agradezco a la ministra de Salud que haya tomado parte en esa causa. Gracias a ello, hace una semana se realizó la primera quimioterapia en Chillán en el centro oncológico que lleva el nombre de Yasna Godoy.

Reitero mi agradecimiento a la ministra por esa preocupación, que es inicial para descentralizar el combate contra el cáncer en nuestro país. Todas las capitales de provincias deberían contar con un centro oncológico. A eso debemos apuntar, para que chilenos y chilenas no tengan que trasladarse largas distancias para someterse a una quimioterapia.

Ciertamente faltan muchos recursos y una estrategia nacional para combatir el cáncer. No obstante, estamos disponibles para colaborar desde el Poder Legislativo con el fin de aumentar nuestra capacidad resolutive y de terminar con las brechas que existen entre las capitales y las ciudades apartadas. Este tema es central en la lucha por la vida en nuestro país. No podemos seguir permitiendo que la falta de recursos en sectores más apartados sea la causa de muerte de muchos chilenos.

Por eso, junto con agradecer lo que está haciendo el Ministerio de Salud, quiero relevar el sentido de urgencia que tiene esta problemática. Necesitamos más infraestructura en los hospitales para que se pueda detectar tempranamente esta enfermedad. De esa forma se salvarán muchas vidas y se ahorrarán recursos al Estado.

El Ministerio de Salud puede contar con nuestro apoyo transversal; para esto no habrá pequeñas políticas de ninguna índole. Creemos necesario que se tomen decisiones importantes, como la realización de pruebas de tamizaje, esto es, exámenes universales para detectar tempranamente el cáncer, de manera de establecer una estrategia de tratamiento.

Para finalizar, valoro la celebración de esta sesión especial y espero que a partir de ella se implemente una estrategia que permita combatir eficazmente este flagelo que cada día cobra la vida de muchos chilenos.

He dicho.

-Aplausos.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado Luis Rocafull.

El señor **ROCAFULL**.- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a la ministra y a la subsecretaria de Salud y a los representantes de la agrupación Oncomamás, que nos acompañan en las tribunas.

Estamos tratando un tema realmente importante en nuestras vidas, sobre todo para la Región de Arica y Parinacota.

Quiero señalar una situación irónica: las utilidades de las isapres este año ascendieron a 28.000 millones de pesos. Se trata de instituciones que no prestan servicios, sino que los articulan. Con esos recursos se podrían construir ocho o nueve cesfam en el año. Algo injusto ocurre en nuestro país.

El cáncer es una enfermedad con la cual debemos convivir; no es algo que se solucione y que termine; debemos convivir con ella por muchos años.

En la región a que pertenece el distrito que represento, la lejanía y la poca disponibilidad de centros de atención, como dijo el diputado Alvarado, dificultan el tratamiento del cáncer. Sé que hay muchas enfermedades. A mi oficina parlamentaria llegan casos de personas que padecen enfermedades casi únicas, para las cuales uno quisiera tener soluciones y que recibieran atención inmediata.

En su momento di una tremenda lucha por que se repusiera la Unidad del Dolor en el Hospital Juan Noé, debido a que la trasladaron a un par de cuadras del recinto hospitalario. A los pacientes con cáncer les costaba mucho trasladarse para acceder a ella. En ocasiones, cuando les faltaba el timbre en un papel, debían devolverse a la farmacia del hospital.

Finalmente, la dirección del hospital decidió devolver dicha unidad al recinto hospitalario; sin embargo, no la hizo muy accesible, pues la instaló mucho más lejos de donde se encontraba originalmente, lo que dificulta bastante, señora ministra, el desplazamiento de los pacientes, pues deben caminar prácticamente por un laberinto.

He dado a conocer el problema a las autoridades regionales, pero todavía no lo solucionan.

El otro tema se vincula con el hecho de que nuestra región no tiene vuelos directos hacia Antofagasta, que es el centro de radioterapias de Arica. Las personas que deben hacerse este tratamiento hacen un viaje muy espectacular: Arica-Santiago-Antofagasta. Es decir, se trata de un servicio carísimo y de un vuelo de casi un día que no es recomendable para las personas que padecen cáncer.

Por lo tanto, por su intermedio, señor Presidente, solicito a la ministra de Salud ver la posibilidad de que Arica cuente con ese tipo de atención, pues, dada su lejanía, lo requiere.

Nuestra ciudad no tiene clínicas, sino solo un hospital, que es “el hospital”. No hay nada más. En Arica no existe ninguna clínica particular, excepto una que tiene el puro nombre de tal, porque no cumple los estándares que debe tener cualquier clínica en Iquique, en Antofagasta, en Santiago o en otra ciudad.

De hecho, si alguien sufre una fractura a las 3 o 4 de la mañana, para su atención se debe despertar al traumatólogo del hospital -las isapres usan el hospital-, porque dada la cantidad de especialistas con que cuenta, dicho recinto no da abasto, lo que agrava aún más la atención a los enfermos de cáncer.

Los médicos y demás funcionarios del hospital hacen un tremendo esfuerzo al respecto. A la doctora jefa de la Unidad de Alivio del Dolor prácticamente hay que levantarle un monumento. La doctora Miles es un siete. Yo nunca había visto a un médico ir a ver a los pacien-

tes a su casa -ello, pues también hay que reconocer las cosas buenas- y preguntarles cómo están. Todo eso la doctora Miles lo hace fuera de su horario de trabajo. Pero con eso no se vive.

Hoy no existen la infraestructura ni los medios adecuados para abordar el tema. Creo que el diputado que expuso sobre esta materia se quedó corto frente a la realidad que hoy vive cada una de las familias en Chile, que no solo se vincula con el paciente, sino también con su grupo familiar. Ello, en cuanto a la contención y la preparación que se les debe hacer en muchas ocasiones respecto de quien sufre cáncer.

Lamento que en estos momentos no se encuentren todos los diputados presentes en la Sala, porque el cáncer afecta a la gente de todas las regiones, de todas las ciudades de nuestro país y es una enfermedad con la que debemos convivir día a día. Por tanto, se le debe dar la prioridad que corresponde.

A veces uno esconde esto debajo de la alfombra, pero es nuestra realidad y nuestra verdad como país y debemos asumirlo.

Hay personas que la están pasando muy mal debido a esta enfermedad. A algunos les quedan muy pocos meses o días de vida. Pero, lamentablemente, a veces nosotros les hacemos la vida mucho más difícil en sus últimos días. Eso no tiene perdón.

Debemos realizar un esfuerzo como país, tomar conciencia de lo que está sucediendo, ponernos en los zapatos del otro y ver realmente lo que significa el dolor para los enfermos de cáncer y para sus compañeros y familiares.

En verdad, es sumamente triste vivir una situación como esa cuando el hospital, el servicio de salud, el país, el gobierno, el Estado no entregan a esos enfermos los recursos necesarios para que su vida sea un poco menos dolorosa.

He dicho.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- En el tiempo de la bancada de Renovación Nacional, tiene la palabra el diputado señor Jorge Rathgeb.

El señor **RATHGEB**.- Señor Presidente, la sesión de hoy nos pone nuevamente frente a un grave problema del Estado, que, por desgracia, se ha agudizado debido a la acción indolente de la actual administración: la confusión de prioridades, la subordinación de las urgencias sociales más agudas e inmediatas a las ideologías, a la cobertura mediática, a la cuña periodística, a la satisfacción a los más vociferantes y no a quienes más necesitan.

Las autoridades de este gobierno deberán presentarnos las estadísticas precisas sobre la mortalidad provocada por el cáncer.

Quedan en evidencia la desproporción en materia de recursos y de personal y, sobre todo, la preocupación por este tema.

Se ha visto a las actuales autoridades actuar generosamente con el financiamiento estatal para la educación de los jóvenes, incluidos los de las familias de más altos recursos, por la fascinación irresistible que les provocan los discursos grandilocuentes y románticos, pero poco realistas de quienes se autoproclaman los sacerdotes de las verdaderas necesidades de nuestra población.

Se habla con solemnidad y recogimiento sobre solidaridad, la cual es casi un lugar común en el lirismo de los proyectos del gobierno. Pero, en la práctica, ella no se da en medio de las mejoras de las opciones electorales, de la popularidad del gobierno; del mantener en varios

servicios planillas costosas de funcionarios, muchos de ellos innecesarios; de las huelgas o los paros de los grupos de presión minoritarios de esta administración.

Señor Presidente y señora ministra, los afectados por el cáncer, cuyo diagnóstico en un alto porcentaje es mortal, no resultan ser quienes más merecen la atención preferente del Estado. Si uno mira el conjunto de las políticas públicas impulsadas por este y los anteriores gobiernos, se da cuenta de que eso, lamentablemente, no es así. El cuadro de desamparo en que se hallan los enfermos de cáncer es otra evidencia de la distancia entre el discurso y la realidad, que se agudiza en la medida en que nos alejamos hacia el norte y hacia el sur de Santiago. La carencia de especialistas, de insumos y de infraestructura resulta casi una condena para miles de chilenos.

No solo no somos eficientes con los casos diagnosticados, sino además torpes y crueles cuando el Estado no es capaz de hacer frente y detectar en forma efectiva esta enfermedad, que actúa como un asesino silencioso.

Las autoridades sanitarias no pueden alegar inadvertencia, pues todos los estudios reflejan la cruel realidad del cáncer en nuestro país. Sin ir más lejos, esta misma Cámara en varias oportunidades ha pretendido llamar la atención sobre el particular, pero al parecer ello cae en oídos sordos.

Además, como si lo señalado no fuera suficiente, nos encontramos con errores administrativos, que por sus consecuencias son verdaderamente criminales.

En este sentido, le solicito a la señora ministra que explique las contradicciones en la redacción de las condiciones de la canasta GES y del contenido de la guía clínica AUGÉ del cáncer de próstata de 2015 del Ministerio de Salud. Esa equivocación o falta de cuidado ha producido que las isapres o el Fonasa, con el respaldo de la Superintendencia de Salud, nieguen prestaciones médicas indispensables para combatir tal enfermedad.

Por otro lado, he estado solicitando a través de oficios que se incluya en las canastas de prestaciones del Fonasa la detección temprana del cáncer gástrico mediante la búsqueda de infección gástrica por bacteria *Helicobacter pylori*, que por supuesto también es una causa importante para el desarrollo de este tipo de cáncer, en particular en La Araucanía y también en la zona lacustre de nuestra región.

Señora ministra, resulta indispensable que sumemos errores humanos y los ya conocidos problemas financieros y de infraestructura. Si el gobierno no es capaz de presentar un plan consistente para enfrentar como Estado esta situación, le pedimos que por lo menos no la agrave con un actuar despreocupado e indolente.

He dicho.

-Aplausos en las tribunas.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- En el tiempo de la bancada Independiente, tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señora Presidente, por su intermedio, en la persona de Evelyn saludo a las oncomamás que nos acompañan en las tribunas.

Quiero contar a la Sala que Oncomamás es una agrupación de madres y padres que luchan por la vida de sus hijos. Algunos de ellos ya se han ido, pero ellas siguen luchando. Porque nadie mejor que ellas sabe lo que han debido sufrir: perder a sus hijos enfermos de cáncer o

no poder estar con ellos por tener que elegir entre trabajar o cuidarlos, que es lo natural y lo lógico.

Por tanto, vaya mi reconocimiento por lo grandes guerreras que son.

(Aplausos en las tribunas)

Señor Presidente, por su intermedio saludo a la ministra y a la subsecretaria y les digo que estamos leyendo con mucha atención el documento llamado Estrategia Nacional de Cáncer, hoy en consulta, y que no sería justo no agradecer que se haya elaborado ese documento y que se haya presentado para su consulta.

Sin embargo, hace unas semanas fuimos invitados por el doctor Miguel Ángel Alvarado, diputado que impulsó la realización de la presente sesión especial, a reunirnos con médicos dedicados a la oncología en nuestro país, quienes manifestaron sentir una suerte de desilusión, pues consideran que, si bien hoy esa estrategia fue presentada a consulta para que todos puedan hacer sus observaciones, no se ha pedido la opinión de los especialistas del país, que es como debiera ser.

Además, les pregunté si dentro del programa de formación de especialistas del actual gobierno o del anterior -no quiero que de ninguna manera la discusión se politice, porque estamos tratando una política de Estado-, fueron consultados respecto de cuántos especialistas debíamos formar para trabajar contra el cáncer, dónde estaban y quiénes eran realmente necesarios en el país. La respuesta fue que con ellos no se ha llevado a cabo un trabajo para determinar cuál es la política que debemos tener como país en materia de formación de especialistas.

Asimismo, les preguntamos respecto de la investigación, sin duda trascendental en materia de cáncer, y la respuesta no nos permitió encontrar una línea clara sobre la forma en que en Chile podíamos investigar, por lo menos, los cánceres de alta prevalencia en nuestro país y en ningún otro lugar del mundo, como el cáncer gástrico, el de vesícula biliar, etcétera.

También les preguntamos respecto de la infraestructura, si ella estaba desarrollada acorde a como funciona en el mundo, y nos compartieron que para ellos era muy relevante contar con centros de alta complejidad y desarrollo del trabajo del cáncer, en los cuales estuvieran estos especialistas y donde se desarrollaran algunos polos de trabajo para enfrentar una necesidad que tiene todo el mundo, porque esta enfermedad no discrimina de ninguna forma: ni por regiones ni por nivel socioeconómico ni por nada. Nos encontramos con que la respuesta también fue que no.

Cuando les preguntamos respecto de los recursos destinados a inversión, los cuales a veces no se utilizan y se debe comprar el equipamiento mediante el subtítulo 29, les consultamos si finalmente se compraban los equipamientos que se necesitaban para hacer diagnósticos, radioterapias, escáneres, resonancias magnéticas, etcétera, y la respuesta también fue que no.

También abordamos la inclusión de patologías en las garantías explícitas en salud (GES) o en la “ley Ricarte Soto”. Es más, entre las enfermedades que cubre dicha ley no está el cáncer de pulmón, a pesar de que es la enfermedad que causó la muerte de Ricarte. También nos dijeron que no.

Cuando les preguntamos acerca de la unidad del dolor o del uso de las medicinas complementarias o integrativas, como quieran decirles, nos respondieron que, lamentablemente, eso tampoco está totalmente incluido.

En lo que se refiere al cuidado que brindan las madres a sus niños con cáncer, seguimos esperando que la Presidenta de la República cumpla su compromiso e ingrese a tramitación el proyecto de la ley sana.

Asimismo, seguimos esperando que sea una realidad que no se cobre IVA por células madres y medicamentos que encarecen 25 por ciento el acceso a la salud y, como consecuencia, a la vida. Como dicen las integrantes de Oncomamás y también las de otras agrupaciones: “¡No más IVA a la vida!”.

Hay un doctor que tuvo que luchar mucho tiempo para que se concretara una acción que agradezco: el banco de células madres alemán llegará a Chile.

Otro aspecto es la compra de medicamentos a Cenabast por parte de las agrupaciones.

¡Tantas cosas, señor Presidente! Nos falta mucho. Tenemos que trabajar...

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Ha concluido su tiempo, señora diputada.

Tiene la palabra el diputado Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, esta sesión especial nos brinda la valiosa oportunidad de analizar políticas públicas respecto de una de las materias más relevantes para la salud de los chilenos y, especialmente, para el bienestar de nuestros niños y sus familias.

La prevención y el control del cáncer requieren una serie de medidas enfocadas a otorgar garantías a las familias afectadas y a darles mayor acceso a los tratamientos, que abaraten los costos de los medicamentos y que, en conjunto, cumplan satisfactoriamente con los objetivos de protección de los derechos humanos de niños y niñas.

Los estudios científicos y la experiencia a nivel mundial destacan que el acompañamiento y la dedicación absoluta de uno de los padres, en lo que respecta al cuidado de su hijo, permite a los niños afrontar y responder de mejor forma a los tratamientos invasivos a los que son sometidos.

Sin embargo, actualmente Chile no brinda ningún mecanismo para hacer de eso una realidad, sin que ello signifique un riesgo para la continuidad laboral de los padres ni que afecte sus ingresos.

Los esfuerzos del gobierno han sido lentos -no solo del actual, de todos los gobiernos- y aún no se concretan medidas anunciadas referentes a implementar un seguro solidario que responda a estas necesidades de los padres y a permitirles legalmente ausentarse de sus trabajos para acompañar a sus niños cuando enferman gravemente o enfrentan un riesgo vital.

No solo en este aspecto podemos evidenciar las falencias, carencias y debilidades del sistema, sino también en que los actuales tratamientos del cáncer son aplicados de acuerdo al Programa Infantil Nacional de Drogas Antineoplásicas, el cual data de 1988 y fue implementado por la Comisión Nacional del Cáncer, dependiente del Ministerio de Salud.

Respecto de aquel, si bien posibilita a los pacientes recibir un tratamiento necesario para los niños que se atienden en el sistema público y en el privado, no considera importantes avances de la ciencia y la medicina, que hoy brindan nuevas alternativas terapéuticas que podrían mejorar la sobrevida de los niños.

Uno de estos casos es la posibilidad de importar células madres para trasplantes de médula ósea, lo que permite mejorar los tratamientos, disminuir efectos secundarios adversos y que en muchos casos han hecho la diferencia entre la vida y la muerte.

He tenido la oportunidad de conocer esta y otras importantes propuestas tras sostener reuniones con la agrupación Oncomamás, cuyas integrantes nos acompañan hoy en tribunas. Se trata de madres y niños que vienen de diferentes regiones, que han esperado con muchas ansias desde hace mucho tiempo y se han esforzado para estar presentes hoy.

Junto con dicha agrupación y la diputada Yasna Provoste y los diputados Miguel Ángel Alvarado, Gabriel Boric y Juan Antonio Coloma, entre otros, hemos elaborado y presentado hoy un proyecto de resolución que plantea estas propuestas al Ejecutivo y a las autoridades pertinentes, y que esperamos que la Cámara de Diputados apoye unánimemente.

Es necesario e indispensable que a la brevedad posible el gobierno implemente las medidas descritas y legisle apropiadamente para responder a las necesidades de cientos de chilenos que sufren las secuelas del cáncer.

Finalmente, y siempre en la línea de mejorar el sistema actual, es de carácter vital crear más centros asistenciales que cuenten con servicios de oncología y, de esta manera, evitar los problemas que enfrentan los niños y sus padres en las distintas regiones a lo largo de nuestro país -como mencionó el representante de Arica, diputado Luis Rocafull-, pues deben viajar largas distancias para optar a los centros adecuados y facultados para otorgar tratamiento, lo que se traduce en un mayor desgaste físico y mental que dificulta aún más sobrellevar esta delicada etapa.

He conversado con algunas mamás de regiones, quienes me han relatado todas las dificultades que significan estos traslados y cómo no necesariamente se cumplen todos los requerimientos y requisitos para salvaguardar la integridad física y salud de los menores.

Señor Presidente, expuesto lo anterior, es ahora, más que nunca, que se requiere una legislación capaz de cumplir con estos objetivos, crear políticas públicas que se implementen en pro de lograr una mejoría en la atención de los niños que padecen cáncer, y no solo ello, sino también que respondan a las necesidades y requerimientos de los niños que tendrán que enfrentar la enfermedad en el futuro.

Por ello, solicitamos al Ejecutivo, representado por la ministra de Salud, y a las autoridades pertinentes de Hacienda, que consideren y creen proyectos de ley que respondan a los aspectos comentados, principalmente a lo que tiene carácter de urgencia en la actualidad: brindar permisos remunerados a uno de los padres para que pueda acompañar a su hijo durante su tratamiento, lo cual hace una gran diferencia entre estar mejor y no lograrlo.

Asimismo, es fundamental que se elimine el IVA y otros impuestos para la internación de injertos y medicamentos indispensables para aumentar la sobrevida. Especialmente solicitamos al ministro de Hacienda que estudie esto con mucha celeridad.

Además, se debe contar con atención médica oportuna en las distintas regiones y, por último, codificar la procuración de injertos en registros internacionales y promover un registro de donantes de médula ósea para trasplantes en todo Chile.

Señor Presidente, nuestro llamado es a escuchar los cientos de voces que se levantan hoy en pro de lograr estos objetivos, voces que hoy tenemos representadas en la Cámara de Diputados por la agrupación Oncomamás.

He sido testigo de la lucha que ellas dan día a día, mes a mes, años tras año para, quizás, no ver en el caso de sus propios hijos los temas pendientes resueltos, pero contribuir para que los niños que podrían enfermarse en el futuro sí los tengan resueltos.

Las medidas descritas nos permitirían actuar de manera correcta, responder a la ciudadanía y, sobre todo, mejorar la calidad de vida de nuestros niños y sus familias, quienes merecen el bienestar físico y emocional que siempre debe ser garantizado por el Estado.

Señora ministra, por intermedio del señor Presidente, espero que tomen en cuenta estas medidas, pues esta organización ha trabajado fuerte y ha avanzado mucho. Ojalá que la autoridad ministerial nos pueda colaborar en esta materia.

He dicho.

-Aplausos.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Tiene la palabra la diputada señorita Karol Cariola.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, como han hecho los demás colegas, saludo a la organización Oncomamás, cuyas representantes se encuentran en las tribunas, y agradezco su presencia en esta discusión tan importante, pero, lamentablemente, con tan escasa presencia de diputados en la Sala. Asimismo, saludo a la ministra de Salud y a la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Ana Alarcón.

Señor Presidente, lo más importante de destacar en un debate como este es la necesidad de tomar cartas en el asunto. Claramente, se habla de un plan nacional para enfrentar el cáncer. Hoy se están aplicando varias medidas que, de alguna manera, han ayudado a asumir los costos de esas enfermedades, como la incorporación de distintos cánceres al Plan AUGE.

Sin embargo, como no se ha invertido lo suficiente en un programa adecuado de pesquisa precoz de las principales causas de muertes que hay en nuestro país, el porcentaje de mortalidad por esa causa sigue siendo la misma desde hace treinta años.

Cuando hemos planteado la necesidad de avanzar en una cobertura universal en salud, lo hacemos en el entendido de que no puede haber patologías de primera y de segunda categorías. No puede ser que un tipo de cáncer sea más complejo que otro, es decir, que sea menos valioso, sin importar lo que padece la familia afectada.

Lamentablemente, si vemos la actual cobertura del Plan AUGE, comprobaremos que no tiene incorporados más de diez tipos de cánceres.

Por eso hemos planteado que es importante avanzar en una política integral, que otorgue una solución completa, en lugar de entregar solo elementos paliativos, en los que están concentrados principalmente los recursos.

La mayor parte de los cánceres que no están incorporados en dicho plan tienen solamente cobertura para el tratamiento paliativo, o sea, para el momento en que la persona se debe preparar para morir. Sin embargo, no existe cobertura cuando el cáncer de una persona es detectado precozmente y puede ser tratado de manera adecuada, lo que aumenta las expectativas de vida.

En consecuencia, la promoción, la prevención y el diagnóstico temprano de estas enfermedades son fundamentales. Por ejemplo, se pueden realizar endoscopías para evitar el cáncer gástrico, una de las principales causas de muerte en los hombres.

En relación con el acceso universal garantizado y equitativo, no estamos desarrollando con toda la prolijidad que necesitamos en Chile el diagnóstico, el tratamiento, los cuidados paliativos y toda la innovación tecnológica y científica que se requiere.

Por último, cuando hablamos de cáncer, no nos referimos solo a una patología médica, sino a una enfermedad social, porque también involucra a las familias o a quienes están alrededor de una persona que padece una enfermedad como esta.

He dicho.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Tiene la palabra la diputada señora Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, por su intermedio saludo a la ministra de Salud, a la subsecretaria de Redes Asistenciales y a las integrantes de la agrupación Oncomamás que nos acompañan.

El cáncer es la segunda enfermedad más mortal del país, pero el cáncer pulmonar sigue siendo la patología con mayor mortalidad en las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Aysén. El Registro Hospitalario de Cáncer de Antofagasta informa que sobre el 80 por ciento de los cánceres de pulmón fueron diagnosticados en etapas avanzadas en el trienio 2011-2013. De hecho, el 57 por ciento se diagnosticó en la etapa 4.

Esto confirma la opinión de los expertos respecto de que la alta mortalidad se debe sobre todo a que se diagnostica tardíamente y que el estudio entre el nivel en que se pesquisa hasta que llega a los especialistas se prolonga excesivamente.

Hemos venido insistiendo reiteradamente en la necesidad de incorporar esta patología en un protocolo que tenga sus tiempos de estudio y tratamientos controlados, con plazos acotados y garantizados, lo que podría mejorar sustantivamente sus resultados, aumentar años de vida productiva y ahorro en gastos en salud. Esto se conseguiría con su incorporación a las patologías GES, como ocurre hoy con los cánceres gástricos, de mamas, de próstata, cervicouterino, de menores de 15 años de edad, entre otros.

Así como el cáncer pulmonar es más prevalente en las regiones señaladas, otros son más frecuentes en la zona centro-sur del país o en regiones agrícolas, como algunos cánceres del tracto digestivo.

Lamentablemente, nuestro país tiene una lógica mercantil para la atención de todos los problemas de salud. Es así que el sistema jerarquiza las enfermedades que son recuperables, las que afectan a un mayor número de personas y cuyos tratamientos son económicamente rentables.

A pesar de ser un país miembro de la OCDE y al que le gusta compararse con los países más desarrollados, estamos muy lejos de avanzar hacia un concepto de salud como derecho universal.

Por eso, haciéndonos cargo de la escasez de recursos, estoy convencida de que se podría avanzar con la incorporación en las Garantías Explícitas en Salud, de manera diferenciada por zonas geográficas, de los cánceres que tengan más alta prevalencia, según una serie de factores, entre los que destacan los ambientales.

Por otra parte, aprovecho la oportunidad para relevar la preocupación por lo exiguo del presupuesto destinado a la Subsecretaría de Salud Pública e insistir en el debilitamiento de la capacidad fiscalizadora de las Seremis y su rol de vigilancia epidemiológica, concretamente respecto del cáncer y de enfermedades como tuberculosis y sida, de las que hemos visto cambiar su perfil epidemiológico, sobre todo respecto de las poblaciones más expuestas.

He dicho.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, saludo a la ministra de Salud y a la subsecretaria de Redes Asistenciales y les agradezco su presencia en esta importante sesión.

Quiero referirme a dos o tres aspectos que me parece relevante destacar.

Señor Presidente, tenemos una política pública, como el plan AUGE, que lleva más de una década y que ha enfrentado el cáncer desde el principio, particularmente el infantil, que fue una de las primeras patologías incluidas en dicho plan.

En la actualidad, el decreto AUGE, que rige hasta el 2019, mantiene las ochenta enfermedades, pero proyecta incorporar nuevas patologías oncológicas para asumir los desafíos que han planteado varios colegas.

En primer lugar, me parece fundamental insistir en que el Ministerio de Salud, a propósito de la exitosa campaña de vacunación contra el papiloma humano, no puede bajar la guardia respecto del cáncer cervicouterino y debe perseverar cada día en crear más conciencia, para que la población infantil que está en cuarto o quinto años de educación básica, que se ha ido sometiendo a esa vacunación, no se deje influir por quienes han querido resistirse a esta campaña de vacunación bajo distintos argumentos, que no son reales desde el punto de vista de la comunidad científica y que están creando una confusión en la ciudadanía sobre el combate del cáncer cervicouterino, que es uno de los que todavía sigue matando a muchas mujeres en nuestro país.

En consecuencia, pido perseverar y una campaña comunicacional más agresiva respecto de esta cruzada, porque es un instrumento privilegiado que no podemos abandonar o dejar en

manos de una controversia judicial. Debemos insistir en los beneficios que aporta la vacuna contra el papiloma humano.

En segundo lugar, el plan AUGE debiera incorporar a futuro los cánceres de colon y de pulmón.

Tiene razón la diputada Hernando respecto de las realidades epidemiológicas de cada región, por lo que parece esencial dar un paso adelante y cubrir definitivamente esos dos tipos de tumores que afectan y matan a muchos chilenos que, lamentablemente, por no estar cubiertos por el plan de Garantías Explícitas en Salud (GES), quedan en listas de espera o con ciertas carencias de tiempo y de oportunidad que debieran estar cubiertas por el plan AUGE.

Tercero, quiero marcar la urgente necesidad de contar con más oncólogos y oncohematólogos. Quienes estamos en el mundo de la medicina sabemos que, sobre todo en regiones, la carencia de estos especialistas deja sin cobertura de atención suficiente a la población.

La falta de estos profesionales es un factor limitante, incluso más que la tecnología y los medicamentos. Por eso, es muy importante el proyecto de ley que se tramita en la Comisión de Salud, que permitirá cubrir esas vacantes por la vía de certificar especialidades de médicos titulados en el extranjero.

Esa iniciativa permitirá la incorporación de médicos especialistas en cáncer. Si damos ese paso, podremos cubrir las falencias que tenemos en aquellos lugares en donde no existen oncólogos o trabajan solo en el área privada.

Cuarto, en el caso del cáncer mamario, a pesar de estar incorporado dentro de las patologías AUGE, todavía recibimos quejas de agrupaciones de usuarios.

Sabemos que el cáncer mamario puede ser detectado a tiempo, y un elemento importante para ello es el cronograma de *screening*.

A pesar de que existe la “ley Ricarte Soto” y se han hecho esfuerzos adicionales, no solo en el AUGE, la prevención es lo más importante, a través de la palpación, la ecografía o la mamografía. Sin embargo, desgraciadamente, las mujeres no tienen conciencia de la importancia de hacer su cronograma de *screening* para detectar incipientemente el cáncer mamario, que sigue siendo la enfermedad que mata a más mujeres en Chile.

Eso se podría evitar mediante su detección precoz, y para ello se hace necesario un esfuerzo comunicacional más fuerte de parte de las autoridades de Salud, que contarán con el apoyo de la Cámara de Diputados.

La idea es que el cáncer mamario, que afecta a miles de mujeres anualmente en Chile, pueda ser combatido sobre la base de la conciencia colectiva.

Respaldo la iniciativa del diputado Miguel Ángel Alvarado, quien durante meses bregó para realizar esta sesión especial.

Ojalá podamos lograr un gran acuerdo que permita empujar fuertemente las políticas preventivas y curativas del cáncer en Chile.

He dicho.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Para un asunto de Reglamento, tiene la palabra la diputada señora Maya Fernández.

La señora **FERNÁNDEZ** (doña Maya).- Señor Presidente, es bueno que las organizaciones que nos acompañan en las tribunas sepan que nos vamos a ausentar de la Sala porque las comisiones inician sus sesiones en forma paralela con la Sala.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Efectivamente, seis comisiones permanentes de la Cámara de Diputados sesionan en paralelo con la Sala.

Tiene la palabra el diputado señor Claudio Arriagada.

El señor **ARRIAGADA**.- Señor Presidente, en primer lugar, por su intermedio saludo a la ministra y a la subsecretaria.

Es muy interesante el análisis que se ha hecho de la salud chilena. Me parece que las acciones del gobierno dan cuenta de una visión coherente de cómo enfrentar y mejorar la salud en nuestro país.

No hay que tener temor a las comisiones investigadoras ni a los análisis que podamos hacer en esta sesión, porque ayudan a transparentar los hechos y a tener una mirada común frente a temas muy complejos.

Quiero saludar especialmente a las organizaciones o agrupaciones que trabajan con niños con cáncer. Tenemos a la agrupación de madres Avanzando Juntas, del hospital Luis Calvo Mackenna, que lidera la señora Alejandra Silva. Ellas trabajan con alrededor de cincuenta niños -desde lactantes hasta los 18 años- que padecen cáncer. La presidenta tiene un hijo de dos años que sufre esa enfermedad, y ella, además, es presidenta de una junta de vecinos de la comuna de Macul.

El conocer esa realidad nos lleva a otras conclusiones. El tremendo esfuerzo que hace el ministerio por llevar adelante un plan nacional, que me tocó conocer cuando administré la salud de una comuna, se ha visto reflejado en distintos aspectos. Uno de ellos es la rotulación de alimentos y el mayor control del tabaquismo, particularmente en la población escolar con alto riesgo. Sin embargo, ninguna estrategia del Ministerio de Salud es responsable de la situación de los niños de la escuela La Greda, de la comuna de Puchuncaví, que están expuestos a un alto nivel de contaminación.

Asimismo, aún no se resuelve en la Región de Arica y Parinacota la alta contaminación por subproductos de la minería, particularmente por plomo, a la que están expuestos los niños. En ese aspecto nuestra legalidad medioambiental es débil.

Por otra parte, también se hace necesario avanzar en medidas más exigentes en materia alimenticia.

Valoro lo que han hecho varios parlamentarios que son médicos, como el doctor Miguel Ángel Alvarado, la doctora Marcela Hernando y el doctor Juan Luis Castro, quienes le han dado a una patología como el cáncer la importancia que tiene a través de la presentación de proyectos de ley y de resolución. Esta misma sesión especial y las comisiones investigadoras han puesto a la salud como prioridad en la discusión.

Uno no puede dejar de pensar que hay otros responsables, por ejemplo, cuando en la estrategia nacional del cáncer se propone mejorar el acceso a beneficios, seguros y créditos para las familias que tienen algún miembro que padece esta enfermedad. Al conocer la expe-

riencia de las madres del hospital Luis Calvo Mackenna uno se da cuenta de que cuando las mujeres tienen hijos con cáncer, terminan entregando su vida a ellos, dejando de lado a algunos miembros de la familia y luchando desesperadamente por la vida de sus hijos.

Esa realidad tiene implicancia en lo económico, en la educación y en la salud emocional de los demás miembros de la familia. Por eso, esta gente requiere mayor apoyo.

Los parlamentarios tenemos un desafío en la estrategia nacional del cáncer, cual es mejorar el acceso a los beneficios, a los seguros y a los créditos, porque, tal vez, no haya ninguna otra enfermedad que tenga mayor impacto en lo económico y en las familias que el cáncer.

El gobierno, que no es el Ministerio de Salud, y el Parlamento deben velar para que esto se cumpla.

El país avanza cada día más en la prevención temprana a través de los programas de salud escolar, de los programas de prevención y de control sano.

Por último, debo señalar que me he referido con especial dedicación a los niños con cáncer, porque espero que no veamos esa dolorosa situación en los pabellones oncológicos de nuestros hospitales.

He dicho.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Gabriel Boric.

El señor **BORIC**.- Señor Presidente, por su intermedio agradezco al diputado Miguel Ángel Alvarado por su iniciativa, que ha estado empujando desde que llegó al Parlamento; al diputado Sergio Gahona, por invitarme a firmar el proyecto de resolución que presentó, y a las organizaciones de madres, padres, enfermos y personas comunes y corrientes que se unen para combatir y enfrentar esta terrible enfermedad.

Asimismo, agradezco a la subsecretaria de Redes Asistenciales y a la ministra de Salud por estar presentes en la Sala y por la importancia que le han dado al cáncer durante su gestión.

Revisé la estrategia nacional del cáncer en Chile que nos hizo llegar el Ministerio de Salud y considero importante destacar que uno de los focos principales esté puesto en la prevención. Deseo destacar el hecho de que la estrategia para enfrentar el cáncer esté pensada no solo en contener la enfermedad ya desatada, que, sin lugar a dudas, es tremendamente importante para las personas que la sufren y sus familias, sino en evitar que, en las condiciones en que sea posible, esta se desate.

Se mencionan dos temas en particular, que me parecen muy importantes, uno de los cuales es la vida saludable, aunque quien habla no sea un gran predicador del ejemplo. Ojalá sea cada vez más difundido el concepto de una vida saludable con el objeto de ayudar a prevenir el cáncer. Además, es importante destacar la forma en que se integran diferentes iniciativas; por ejemplo, la ley sobre etiquetado de alimentos me parece un aporte sustantivo en esa dirección.

También se ha mencionado otro tema muy importante: lo relativo a las grandes concentraciones de material particulado, como el arsénico o el cobre -el caso de Antofagasta es muy violento en ese sentido; recordemos el movimiento “Este Polvo Te Mata-, porque afectan directamente las posibilidades de que se desaten enfermedades de estas características.

Debemos estar consientes de que al dar esas peleas no lo hacemos solo por una suerte de ecologismo en abstracto, sino por las condiciones de vida y de salud de los habitantes de nuestro país.

El informe dice que los índices de mortalidad varían a lo largo del territorio nacional, en las regiones más afectadas son las de Antofagasta, de Aysén, de Magallanes y de Los Ríos. No es casualidad que sean las regiones más alejadas de Santiago las que tienen mayor tasa de mortalidad a causa del cáncer. Existe un problema grave de centralismo, como ya lo demostró el tremendo movimiento “Un oncólogo para Magallanes”, que después de una movilización logró, con mucho esfuerzo, que el ministerio trajera una oncóloga mexicana para suplir el déficit de especialistas.

A raíz de lo mismo quiero preguntar a la ministra: ¿Qué nos pasa como país que no tenemos especialistas? Según mi opinión, para eso están las universidades estatales: para formar los especialistas que necesitamos.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Jaime Bellolio.

El señor **BELLOLIO**.- Señor Presidente, el cáncer es una enfermedad con la que debemos aprender a convivir. Si revisamos los datos en el mundo, una de cada dos personas va a tener cáncer y una de cada cuatro va a morir por esa enfermedad. Obviamente, para prevenirla, como bien lo decía el diputado Gabriel Boric -por lo demás, nunca es tarde para cambiar los hábitos-, debemos tener una vida sana, hacer deportes, tener una alimentación sana, buena educación y autocuidado.

Por supuesto, a pesar de las medidas preventivas, también hay indicadores genéticos que posibilitan la aparición de la enfermedad. Mis cuatro abuelos murieron de cáncer, de manera que tengo una alta probabilidad de tenerlo.

El cáncer es una enfermedad maldita y especialmente dolorosa para el paciente y para su familia, por lo que no debe mirarse solamente desde la lógica biológica molecular, sino también desde un punto psicosocial. Por lo tanto, me parece de toda justicia -lo hemos discutido en reiteradas oportunidades y hemos aprobado proyectos de resolución en ese sentido, impulsados por la diputada Karla Rubilar- que los padres y madres puedan cuidar a sus hijos cuando tengan una enfermedad grave como el cáncer. Ojalá logremos que el cartel que tienen las personas en las tribunas que dice “Sin licencia para cuidar”, diga “Con licencia para cuidar”, porque para los pacientes que sufren esa enfermedad no solo es necesaria la quimioterapia o la radioterapia sino también el contacto con su familia. Es una manera de sanarse.

(Aplausos)

Por otra parte, me gustaría pedir a la ministra, a propósito de la discusión desarrollada sobre la vacunación del virus del papiloma humano, para prevenir la prevalencia de la enfermedad del cáncer cervicouterino y otras, que no solo se vacune a las niñas, sino también a los niños, porque, primero, se reduciría la propagación de dicha enfermedad y, en segundo lugar, porque hay varias enfermedades cancerígenas en hombres, derivadas del virus del papiloma

humano. Por lo tanto, no debiera ser solo una vacunación femenina, sino también masculina, ya que es la mejor manera de reducir drásticamente la prevalencia de dicha enfermedad.

En suma, debemos tener una política de prevención del cáncer, licencia para cuidar al enfermo, especialistas en Santiago y en regiones, y una mirada no reducida de la enfermedad, sino una mirada profundamente humana y, por lo tanto, digna.

He dicho.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Giorgio Jackson.

El señor **JACKSON**.- Señor Presidente, a lo que ya se ha dicho quiero agregar un aspecto fundamental que me parece que no se tocó durante el debate. Me refiero no solamente a los aspectos asociados al cuidado por parte de los familiares -hemos presentado iniciativas para que los padres y madres obtengan licencia para que puedan cuidar a sus hijos-, a la prevención, al desarrollo de mejores especialistas para las enfermedades, sobre todo para las regiones más aisladas de nuestro país, sino también a un aspecto especialmente sensible del tratamiento -algunos dirán que soy majadero, porque he tocado muchas veces esta materia-: el aspecto intangible en los costos de tratamiento, en especial las acciones que pueda realizar el Estado para reducir el costo de los medicamentos para el tratamiento del cáncer, haciendo referencia a una de las excepciones que tienen las leyes de propiedad intelectual internacionales, las licencias obligatorias.

En general, los Estados temen ocupar esa facultad cuando existen precios abusivos o algún nivel de crisis sanitaria, para enfrentar los altos costos para los pacientes al momento de adquirir medicamentos con derecho monopólico. Cuando se trata de enfermedades mortales, las empresas más intentan subir el precio de los medicamentos, que en los casos de las enfermedades mortales es muy elevado.

En consecuencia, solicito a la ministra de Salud que nos informe cuáles son las medidas que está tomando el gobierno para usar las facultades que le conceden los tratados internacionales en materia de licencias obligatorias, sobre todo para algunos tipos de cánceres, como lo está haciendo Ecuador en el caso del Sunitinib.

He dicho.

-Aplausos

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

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, primero quiero saludar a los parlamentarios presentes.

Voy a hacer un resumen de una presentación que haremos ante la Cámara de Diputados, pero señalaré las generalidades.

Según lo describe la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer incluye un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier órgano o tejido del cuerpo, a las

que se les llama tumores malignos o neoplasias, cuya característica principal es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales, que pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos. Este proceso se denomina metástasis, la causa principal de muerte por cáncer.

El cáncer a nivel mundial

El cáncer es una de las principales causa de muerte en todo el mundo. En 2012 causó 8.200.000 defunciones. Los tipos de cáncer que más muertes causan cada año son los de pulmón, mama, colorrectal, próstata y estómago. Los tipos de cáncer en las mujeres, a nivel mundial, son, por orden de frecuencia, los de mama, colon/recto, pulmón, cuello del útero y estómago, y en el caso de los hombres, próstata, estómago, pulmón y colon.

Aproximadamente entre 30 y 40 por ciento de las muertes por cáncer se deben a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante y es la causa de más del 20 por ciento de las muertes por cáncer en general, y alrededor del 70 por ciento de las muertes por cáncer de pulmón a nivel mundial.

Los cánceres causados por infecciones víricas, tales como las infecciones por virus de las hepatitis B y C, o por papilomavirus humanos, son responsables de hasta un 20 por ciento de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios.

Más del 60 por ciento de los nuevos casos anuales totales del mundo ocurren en África, Asia, América Central y Sudamérica. Estas regiones representan el 70 por ciento de las muertes por cáncer en el mundo.

Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14.000.000 en 2012 a 22.000.000 en las próximas dos décadas.

Datos sobre cáncer en Chile.

El cáncer en Chile es también una prioridad para la salud pública. Afecta a niños, adultos y adultos mayores de ambos sexos, con diferencias demográficas, epidemiológicas -que tienen que ver con la incidencia, prevalencia y mortalidad- y tipo de cáncer en las 15 regiones del país. Presenta una incidencia creciente, con una tasa cercana a 240 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. Es decir, cada año enferman en Chile cerca de 37.000 adultos, cifra que bordea los 500 o 550 casos nuevos en el caso de los menores de 15 años.

El primer informe de registros poblacionales de cáncer (quinquenio 2003-2007) muestra que los principales tipos de cáncer en las mujeres son los de mama, piel (no melanoma), vesícula biliar, cuello de útero, estómago y colon. En el caso de los hombres son los de próstata, estómago, piel (no melanoma), tráquea-bronquio pulmón, colon y testículo.

En relación con la mortalidad, en 2014 el cáncer fue la segunda causa de muerte en el país después de las enfermedades cardiovasculares, con un total de 25.012 defunciones, es decir, el 25,6 por ciento de todas las muertes en el país. Sin embargo, en las regiones de Arica, Tarapacá, Antofagasta y La Araucanía, la mortalidad por cáncer supera a las enfermedades cardiovasculares. Según proyecciones del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, el cáncer podría convertirse en la primera causa de muerte en el país en los próximos años, sobrepasando a las enfermedades cardiovasculares.

Programa nacional de prevención y control del cáncer.

Por la magnitud de este problema, el Ministerio de Salud ha articulado desde hace un par de décadas un conjunto de esfuerzos para el enfrentamiento del cáncer, abordando múltiples componentes del problema. Es así como, en la década de 1980, tal como dijo un señor diputado, las autoridades de la época impulsaron el desarrollo de un Plan de Acción contra el Cáncer, que se materializó en la creación de la Unidad de Cáncer en 1986 y de la Comisión Nacional del Cáncer en ese mismo año.

Los esfuerzos para intentar organizar y mejorar el control del cáncer fueron tomando forma con los decretos que crearon el Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas del Niño y del Adulto, que son el Pinda y el Panda, respectivamente, y en los programas de cáncer cervicouterino y de mama, de la mano de un desarrollo progresivo de una red oncológica en el Sistema Público de Salud.

Llegada la década de los 90, los esfuerzos se focalizaron en fortalecer los programas existentes, pero también en el desarrollo de nuevas estrategias, como el Programa de Cáncer de Mama y el de Cuidados Paliativos, en 1995; el desarrollo de una red de radioterapia en el sector público, y la construcción de los primeros registros poblacionales de cáncer. También se incorporó de manera progresiva el financiamiento de algunas prestaciones oncológicas, de tal manera de asegurar el acceso a tratamiento de la población afectada.

En 2005, como resultado del proceso de reforma de la salud, se instaló el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), para un grupo de enfermedades priorizadas y de alta prevalencia. Busca, entre otros objetivos, asegurar acceso, oportunidad y cobertura financiera, aumentando el acceso a diagnósticos y tratamientos, disminuyendo el impacto en el presupuesto familiar como consecuencia de los costos asociados a los grandes problemas de salud. A la fecha, dentro de las enfermedades priorizadas e incorporadas al GES, se encuentra el 76 por ciento de los cánceres más prevalentes en nuestra población. En adultos, los de mama, cuello uterino, estómago, próstata y testículo, sistema nervioso central, leucemia y linfoma; para los menores de 15 años incorpora todo tumor o cáncer y, para las personas con cualquier tipo de cáncer avanzado, el ingreso al Programa de Cuidados Paliativos.

Desde el punto de vista preventivo, incluye también la colecistectomía preventiva de cáncer de vesícula biliar en personas de 35 a 49 años y la erradicación del *Helicobacter pylori* como prevención del cáncer gástrico.

Los cánceres que no están incorporados a garantías corresponden en general a aquellos en que no existe evidencia de eficacia en los tratamientos disponibles. A pesar de ello, dependiendo de la respuesta individual, también se tratan otros cánceres no incluidos en GES, con cobertura financiera en el sistema público de salud para las intervenciones terapéuticas esenciales.

Actualmente, dieciséis de los ochenta problemas de salud del régimen GES están relacionados con prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de cáncer, considerando como un problema de salud todos los cánceres en menores de 15 años.

Nuevas iniciativas durante los últimos años incluyen la incorporación de tratamientos de alto costo para el cáncer de mama en la cobertura de la “ley Ricarte Soto”. Este año se ha iniciado también un plan piloto de trasplantes de médula ósea haploidéntico en el Hospital del Salvador, fortaleciendo así la diversidad terapéutica en materia de trasplantes en el país. Por otra parte, se ha extendido la radioterapia a Antofagasta y a Valdivia.

La Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020 incorpora como uno de sus objetivos estratégicos reducir la mortalidad de cáncer ajustada por edad en un 5 por ciento, es decir, bajar la tasa ajustada de 112,2 a 102,2 por 100.000 habitantes.

Conscientes de los desafíos actuales y futuros de la prevención y del manejo del cáncer, el Ministerio de Salud ha trabajado desde hace dos años en la formulación de una Política Nacional de Cáncer y de una estrategia basada en la historia natural de la enfermedad, documento que hoy está en consulta pública, para consensuar de manera transversal las acciones prioritarias para los próximos diez años.

¿Cómo se puede reducir la carga de morbilidad por cáncer?

Se sabe mucho acerca de los condicionantes del cáncer y de las intervenciones para prevenirlo y tratarlo. Por tanto, es posible reducir y controlar el cáncer aplicando estrategias demostradas científicamente.

Modificación y prevención de los factores de riesgo.

Más del 30 por ciento de las defunciones por cáncer podrían evitarse modificando o evitando los principales factores de riesgo, entre los que se encuentran el consumo de tabaco, el exceso de peso o la obesidad, las dietas malsanas con un consumo insuficiente de frutas y hortalizas, la inactividad física, el consumo de bebidas alcohólicas, las infecciones por virus papiloma humano y virus de hepatitis B y C, la contaminación de las ciudades, el humo generado en la vivienda por la quema de combustibles sólidos, etcétera.

Estrategias de prevención.

Fomento del autocuidado personal, familiar, grupal y comunitario; intensificar la reducción de los factores de riesgo: cambio de conductas; vacunar contra los virus papiloma humano (VPH) y virus hepatitis B (VHB); controlar los riesgos ocupacionales y reducir la exposición a la radiación solar.

Detección temprana.

Las actividades de detección temprana tienen dos componentes:

a) El diagnóstico temprano reconoce signos y síntomas iniciales en personas individuales. Los programas de diagnóstico temprano son particularmente importantes a nivel de centro de salud familiar (cesfam), y a nivel comunitario y familiar, siendo la educación un medio para alcanzar a la población objetiva de este programa.

b) El tamizaje o detección de lesiones, corresponde a la aplicación sistemática de una prueba en una población asintomática, con el fin de descubrir anomalías indicativas de un cáncer o de una lesión precancerosa y así poder diagnosticar y tratar prontamente. Los programas de detección, son especialmente eficaces en relación con algunos tipos de cánceres frecuentes para los cuales existe una prueba de detección costo-eficaz, como la efectuada por el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, que asegura el examen de Papanicolau (PAP) gratuito cada 3 años a todas las mujeres entre 25 y 64 años de edad, lo que ha logrado reducir la mortalidad en las mujeres en más de un 50 por ciento desde su puesta en marcha. Asimismo, el de diagnóstico precoz de cáncer de mama, que hoy garantiza una mamografía cada 3 años a todas las mujeres entre 50 y 69 años, es una estrategia que ha ido incrementando progresivamente el número de exámenes realizados: 195.460 mamografías en 2010 y 313.180 en 2015. Gracias a ello, hemos logrado aumentar el número de mujeres diagnóstica-

das en estadios precoces, lo que asegura una mejor respuesta a los tratamientos, por ende, mayor sobrevivencia y calidad de la misma.

3. Tratamientos.

La curación del cáncer está en directa relación con el tratamiento de la enfermedad en estadios tempranos (I y II). El objetivo consiste en curar el cáncer o prolongar considerablemente la supervivencia conservando la calidad de vida y bienestar del paciente. Para el logro de estos objetivos, el país ha impulsado el desarrollo de una red oncológica del sector público constituida por 22 centros de tratamiento integral del cáncer para el adulto, 13 centros de tratamiento integral del cáncer infantil, red de radioterapia con 7 centros en el sector público, 73 unidades de cuidados paliativos, además del desarrollo del recurso humano y tecnológico que procura una atención segura y de calidad. Actualmente, tenemos 38 profesionales oncólogos que han retornado a cumplir funciones en el sector público entre 2015 y 2016, y otros 35 profesionales médicos en formación.

a. Cirugía.

Si bien la prestación quirúrgica es la que habitualmente inicia el proceso de atención oncológico, no está siempre relevada como parte del proceso. Las cirugías se programan en forma prioritaria dentro de la oferta de pabellón a nivel nacional, y el grado y tipo de oferta depende fundamentalmente de la disponibilidad de recurso humano calificado.

b. Quimioterapia.

La quimioterapia es uno de los tratamientos más usados en cáncer y actualmente se realiza para tumores sólidos y hematológicos en los centros Pinda y Panda. Sabemos que la oferta actual es insuficiente. Se estima que al menos debiera haber un centro ambulatorio en cada servicio de salud, dado que el 80 por ciento de la quimioterapia es ambulatoria. Actualmente, existen veintidós centros, por lo que faltarían, al menos, siete.

Es sabida la falta de especialistas en esta área, pero se trabaja arduamente en desarrollar el recurso humano calificado que asegure los mejores resultados de las intervenciones. Uno de los logros en ese ámbito fue una estrategia fomentada hace ya casi una década de ofrecer formación en oncología a médicos residentes de las diferentes regiones, con lo que se logró que después de su formación permanecieran en el lugar en que se requerían.

c. Radioterapia.

La radioterapia oncológica puede ser administrada como tratamiento exclusivo, antes o después de una intervención quirúrgica o asociado a quimioterapia. Aproximadamente, el 60 por ciento de los pacientes la requerirá y la mayor parte de los tratamientos se efectúan en modalidad ambulatoria (80 por ciento).

Dado que es un tratamiento de alta complejidad, requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas -oncólogos médicos, oncólogos radioterapeutas, cirujanos oncólogos, físico-médico, tecnólogos médicos con especialización en radioterapia y técnicos paramédicos capacitados en protección radiológica-, así como de instalaciones, infraestructura, equipos de alto costo y avanzada tecnología.

En esos casos, el Ministerio de Salud, para dar una respuesta de calidad y oportuna a la demanda, crea lo que denominamos macrorredes de atención, lo que corresponde a definir los lugares en que existen las condiciones definidas por normativa para acoger esos centros. Además se busca una distribución geográfica que permita un acceso lo más equitativo posible a toda la población que lo requiere.

Actualmente, existe una Macrored Nacional de Radioterapia coordinada por el Instituto Nacional del Cáncer (INC) y conformada por siete centros: Hospital Regional de Antofagasta

ta, Hospital Van Buren, Hospital Regional de Talca, Hospital Guillermo Grant Benavente y Talcahuano, Hospital Regional de Valdivia, Hospital Regional de Punta Arenas e Instituto Nacional del Cáncer, con dos centros en la Región Metropolitana, uno ubicado en las mismas dependencias del Instituto Nacional del Cáncer (INC) y el otro en el Hospital Barros Luco Trudeau.

Asimismo, se encuentra en desarrollo un modelo de radioterapia infantil en el Hospital Exequiel González Cortés.

En el sector público, en los centros descritos, actualmente se dispone de 16 máquinas operativas de alta tecnología. Por su parte, el sector privado dispone de 22 máquinas operativas, totalizando 38 en el país. Los centros de radioterapia privados se ubican, dos en la Región de Valparaíso, nueve en la Región Metropolitana, uno en la Región de O'Higgins, uno en la Región del Biobío, y dos en el Servicio de Salud Araucanía Sur.

Dado todo lo dicho, es evidente que la red existente no será suficiente para dar respuesta a una demanda creciente en este ámbito. Incluso, ya en la actualidad se ha hecho insuficiente.

Por lo tanto, habrá que pensar en modelos de financiamiento innovadores para disminuir la brecha, como se hizo, por ejemplo, en su momento, con la radiología de alto costo (resonadores y tomografía axial computarizada, TAC), en que se licitó a través de una modalidad de *leasing* operativo en concordancia con el Ministerio de Hacienda y la Central Nacional de Abastecimiento.

d. Rehabilitación.

Es necesario incorporar la mirada de la rehabilitación no solo física, sino también mental de los sobrevivientes de esta enfermedad, lineamientos incorporados a la estrategia nacional en consulta.

e. Cuidados paliativos.

Esta estrategia abarca los cuidados y tratamientos farmacológicos y no farmacológicos por un equipo de especialistas multidisciplinario, a los pacientes con cáncer y dolor. Hasta el decreto anterior del programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), la cobertura era sólo para los pacientes con cánceres terminales.

La continuidad de los cuidados es una de las estrategias eficaces de salud pública para el manejo del cáncer que no responde a los tratamientos estándares con intención curativa; por el contrario, acompaña en su progresión, dando finalmente asistencia comunitaria en el propio hogar. La familia, los cuidadores y voluntarios deben ser capacitados e incorporados en los cuidados, de modo que todos, junto al equipo de salud, aporten a la calidad de vida de la persona enferma.

Cáncer y niños

Cada año se diagnostican en nuestro país cerca de quinientos cánceres en menores de 15 años, hoy incorporados en el programa de Garantías Explícitas de Salud (GES), incluyendo todas las etapas de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidado paliativo, cuando se requiere. También incluye el trasplante de médula ósea. El estudio y tratamiento se realiza en centros especializados en oncología pediátrica. Contamos con trece hospitales a lo largo del país, con una red de derivación y con siete centros de apoyo descritos en las guías clínicas del Minsal.

Los resultados nacionales, reconocidos a nivel internacional, muestran una sobrevida mayor del 73 por ciento a los cinco años. Hoy, entre siete y ocho de cada diez niños con cáncer pueden ser curados si son tratados en un centro especializado en oncología pediátrica.

El diagnóstico temprano puede hacer la diferencia en los resultados y en los efectos a largo plazo.

El cáncer y la mujer

Desde 1995, en Chile existe el Programa Nacional de Cáncer de Mama, que cuenta con una red de atención en la patología de mama, una guía de práctica clínica actualizada, protocolos de tratamiento, seguimiento y sistemas de registros y monitoreo de sus indicadores.

Según los registros poblacionales de cáncer, la incidencia anual para este tipo de cáncer es de 43,7 por 100.000 mujeres. Es decir, se diagnostican al año cerca de 2.900 mujeres con cáncer de mama.

A partir de 2009, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer entre las chilenas, con una tasa ajustada de mortalidad de 12,75 por 100.000, lo que corresponde a un total de 1.347 mujeres. Hay que considerar que en 2004 dicha tasa fue de 13,2 por 100.000.

Al analizar la sobrevida en este cáncer se observa que es de casi 90 por ciento a cinco años. Gracias al GES, por cada año que transcurre se observa un 1 por ciento de aumento en la sobrevida global.

Con relación al cáncer cervicouterino, en 2014 esta patología alcanzó una tasa estandarizada de mortalidad de 4,88 por 100.000 mujeres, lo que mantiene la tendencia a la reducción desde 1990, y la sobrevida es de 85 por ciento a 5 años. Esto, como resultado de un programa articulado, del desarrollo de guías clínicas, de recursos humanos de alta calidad, entre otros aspectos.

Además está en curso un programa piloto para la detección precoz del virus papiloma humano, siguiendo recomendaciones internacionales, metodología que permite detectar a las mujeres con mayor riesgo de desarrollar cáncer en el futuro y vigilarlas focalizadamente.

La incorporación de la vacuna para prevenir la infección por papiloma humano en las escolares es una nueva estrategia adoptada por el gobierno como una forma de prevenir este tipo de cáncer.

La prioridad que se ha dado al cáncer en GES y el consecuente aumento del presupuesto para enfrentar este grupo de problemas de salud han tenido un impacto sanitario. Por ejemplo, en 2004 se llevaban a cabo alrededor de 34.000 mamografías en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). En 2015 esa cifra fue casi diez veces mayor: 335.000 mamografías, que incluyen el GES y otros programas.

En cáncer de vesícula, antes del régimen GES (1985-2002) la tasa de mortalidad se encontraba estable: alrededor de 11 por 100.000 habitantes. Entre 2004 y 2013 se observa una disminución sostenida de la tasa de mortalidad ajustada de 11 a 7 por 100.000 habitantes en ambos sexos. Además, se observa una relación significativa entre el aumento de la tasa de colecistectomía y la disminución en las tasas de mortalidad por cáncer de vesícula en ambos sexos.

En cáncer de próstata, la sobrevida global a cinco años es de 83 por ciento, y en cáncer testicular, de 94 por ciento.

En cáncer gástrico, la tasa ajustada de mortalidad descendió en 33 por ciento, de 21 a 14 por ciento.

El impacto que ha llegado a tener el cáncer en el sector salud se ve reflejado en el gasto tanto en recursos humanos como en inversión. Se estima que en Chile alrededor del 10 por ciento del gasto total en salud se destina a tratar el cáncer. En el sector público, en 2015 se destinaron alrededor de 126.000 millones de pesos a esta patología, y el 90 por ciento de esto

correspondió a prestaciones GES. El presupuesto para este grupo de problemas de salud ha aumentado desde 2012 en promedio 18 por ciento anual.

En 2013, el sector público invirtió 0,2 por ciento del producto interno bruto en responder a las enfermedades no transmisibles -como señalé, tales enfermedades constituyen un factor central en el desarrollo de los cánceres-, el 84 por ciento de ello dedicado a atenciones clínicas y el resto a educación y regulación.

Para avanzar en los logros que ya tenemos en materias de cáncer y responder a los desafíos que vienen por delante, hemos propuesto una Estrategia Nacional de Cáncer, que actualmente se halla en consulta pública.

A continuación, les presentaré los elementos centrales de dicha estrategia, pues sus señorías ya tienen en su poder el documento que la contiene.

Su objetivo general va dirigido a reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer, aumentando la sobrevida, así como a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias mediante intervenciones equitativas, eficientes y basadas en evidencias intra- e intersectoriales que abarquen el ciclo de vida y el proceso salud-enfermedad.

Destaca dentro de este plan la propuesta de un nuevo modelo de atención de pacientes con cáncer, que busca asegurar el cuidado constante del paciente, evitando las interrupciones y el abandono. Para garantizar el acceso oportuno, equitativo y de calidad a los servicios de cáncer, incluyendo los cuidados paliativos, este nuevo modelo incluirá lo siguiente: adaptación de centros de derivación, evaluación del comité oncológico, creación de unidad articuladora o coordinadora y sistema de ruta del paciente.

Además el Plan Nacional de Cáncer incorpora estrategias para seguir avanzando en la prevención, detección precoz, tratamiento y cuidados paliativos.

Entre las estrategias propuestas en el ámbito de la prevención es posible destacar mejoras y fiscalización en leyes sobre tabaco y alcohol, diseño de programa de cesación tabáquica y de planes de educación escolar y formulación de una política nacional de alimentación y nutrición.

También se mejorarán los sistemas para enfrentar los cánceres de origen infeccioso: cáncer de cuello uterino, producido por el virus papiloma humano; cáncer gástrico, por la bacteria *Helicobacter pylori*. Además, se propone implementar nuevos programas de tamizaje, como cáncer de colon, cáncer gástrico y cáncer de pulmón.

Con respecto al tratamiento, es necesario reorganizar y adaptar la red asistencial a las necesidades de la población tanto para entrega de tratamientos como para cuidados paliativos, basados en análisis de brechas de recursos humanos, de infraestructura y tecnológicos.

También se hacen propuestas innovadoras en el ámbito de la quimioterapia, en que se espera desarrollar una red de casas de acogida en cada uno de los centros derivadores, y en hematología intensiva, respecto de la cual se plantea desarrollar una red de hematología.

Asimismo, se propone la creación de un banco de cordón umbilical en el sistema público y de un registro nacional de donantes.

Finalmente, para seguir avanzando en la lucha contra el cáncer otorgando servicios que no solo disminuyan la mortalidad, sino que además resguarden la calidad de vida de los pacientes y sus familias, es preciso contar con información que permita evaluar el progreso en las tareas propuestas. De esta manera, el Plan Nacional de Cáncer también incluye estrategias para el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y monitoreo, así como de la investigación en cáncer.

Muchas gracias.
He dicho.

-Aplausos.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Gabriel Boric.

El señor **BORIC**.- Señor Presidente, por su intermedio quiero decir a la señora ministra que está bien lo que nos leyó. Pero si solo se trataba de leer algo, podría haber enviado por *email* el documento respectivo.

Se lo planteo, porque acá se hicieron preguntas y hubo una discusión.

(Aplausos)

Está superbueno el informe, pero le pido a la señora ministra que por favor responda las consultas que se hicieron en el debate, por ejemplo, las relativas a las licencias obligatorias y las universidades, y lo señalado por los diputados Alvarado y Castro.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Sin perjuicio de lo planteado por su señoría, no tengo otra alternativa que proceder a la votación de los proyectos de resolución presentados.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, pido la palabra.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Tiene la palabra, su señoría.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, comparto la inquietud del diputado Boric, pues hay varias interrogantes que pueden ser respondidas por la autoridad.

-Aplausos.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, la ministra de Salud podría comentarnos acerca del estado de avance que ha tenido el Ejecutivo respecto del proyecto sobre permisos remunerados para los padres que tienen hijos con cáncer. No sé si tiene algún conocimiento de eso o si nos puede comentar algo al respecto.

-Aplausos.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Renzo Trisotti.

El señor **TRISOTTI**.- Señor Presidente, en el mismo sentido que se han manifestado los diputados que acaban de intervenir, me parece que este es un tema sumamente complejo en el que estamos representando el parecer y el sentimiento de nuestras regiones.

Se hicieron preguntas muy precisas y concisas en distintas áreas, y lo más pertinente es poder escuchar una respuesta de la ministra, no solo para los diputados, sino también para toda la gente que representamos.

-Aplausos.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Gabriel Boric.

El señor **BORIC**.- Señor Presidente, las sesiones especiales pierden total sentido si se procede de esta forma.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- No tengo cómo hacerme cargo de esta situación.
Tiene la palabra el diputado Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, como no es posible que la ministra nos responda ahora, pido que al menos nos haga llegar por escrito, en el plazo más breve posible, ojalá dentro de la próxima semana, las respuestas a todas las inquietudes que hemos manifestado.

-Aplausos.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- El señor Prosecretario va a dar lectura al primer proyecto de resolución.

El señor **ROJAS** (Prosecretario).- Proyecto de resolución N° 759, de los diputados Sergio Gahona, Gabriel Boric, Romilio Gutiérrez, Miguel Ángel Alvarado, Víctor Torres, David Sandoval, Karla Rubilar, Matías Walker, Ernesto Silva y Yasna Provoste, que en su parte dispositiva señala:

La Cámara de Diputados resuelve:

Oficiar a su excelencia la Presidenta de la República para que instruya a los ministerios de Hacienda y Salud a elaborar y promulgar distintas leyes que garanticen mejoras en las condiciones actuales en que los niños con cáncer reciben sus tratamientos abordando cuatro problemáticas fundamentales:

1.- Que uno de los padres cuente con un permiso remunerado para acompañar el tratamiento de su hijo.

2.- Que se elimine el IVA y otros impuestos de internación a la importación de injertos y medicamentos vitales para sus tratamientos y posibilidades de sobrevida.

3.- Que pacientes oncológicos infantiles en las distintas regiones cuenten con atención médica oportuna y adecuada considerando las distintas etapas que el tratamiento involucra.

4.- Por último, que se codifique la procuración de injertos en registros internacionales y se promueva un registro de donantes de médula ósea para trasplantes en Chile, lo que facilitará el acceso a estos tratamientos y mejorará las posibilidades de sobrevivida de cientos de niños.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 51 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Andrade Lara, Osvaldo; Barros Montero, Ramón; Becker Alvear, Germán; Bellolio Avaira, Jaime; Berger Fett, Bernardo; Boric Font, Gabriel; Cariola Oliva, Karol; Carmona Soto, Lautaro; Chahin Valenzuela, Fuad; Chávez Velásquez, Marcelo; De Mussy Hiriart, Felipe; Edwards Silva, Rojo; Espinosa Monardes, Marcos; Flores García, Iván; Gahona Salazar, Sergio; Godoy Ibáñez, Joaquín; Gutiérrez Pino, Romilio; Hernando Pérez, Marcela; Hoffmann Opazo, María José; Jackson Drago, Giorgio; Jaramillo Becker, Enrique; Jarpa Wevar, Carlos Abel; Kast Rist, José Antonio; Melero Abaroa, Patricio; Monckeberg Bruner, Cristián; Morales Muñoz, Celso; Nogueira Fernández, Claudia; Ojeda Uribe, Sergio; Ortiz Novoa, José Miguel; Pacheco Rivas, Clemira; Paulsen Kehr, Diego; Pérez Arriagada, José; Pérez Lahsen, Leopoldo; Pilowsky Greene, Jaime; Poblete Zapata, Roberto; Rathgeb Schifferli, Jorge; Rubilar Barahona, Karla; Sabag Villalobos, Jorge; Sandoval Plaza, David; Santana Tirachini, Alejandro; Silber Romo, Gabriel; Torres Jeldes, Víctor; Trisotti Martínez, Renzo; Ulloa Aguillón, Jorge; Urrutia Bonilla, Ignacio; Urrutia Soto, Osvaldo; Vallespín López, Patricio; Van Rysselberghe Herrera, Enrique; Venegas Cárdenas, Mario; Verdugo Soto, Germán; Walker Prieto, Matías.

-Aplausos.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Miguel Ángel Alvarado.

El señor **ALVARADO**.- Señor Presidente, las sesiones especiales deben tener un sentido. No puede ser que las dediquemos solo a leer informes y no a plantear las políticas públicas que requiere el país.

Por lo tanto, considero que no tiene mucho sentido insistir con estos proyectos de resolución si no tenemos respuestas concisas, precisas y claras acerca de las políticas públicas para enfrentar una enfermedad que en 2020 será la principal causa de muerte en nuestro país.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- El señor Prosecretario dará lectura a la parte dispositiva del siguiente proyecto de resolución.

El señor **ROJAS** (Prosecretario).- Proyecto de resolución N° 760, de los diputados Miguel Ángel Alvarado, Rodrigo González, Joaquín Tuma, Jorge Sabag, Karol Cariola, Juan Luis Castro y José Pérez, que en su parte dispositiva señala:

La Cámara de Diputados resuelve:

Solicitar a su excelencia la Presidenta de la República que ordene a la ministra de Salud presentar un proyecto de ley que promueva la investigación científica del cáncer, que comprenda investigación básica clínica en todos los centros que concentren todas las especialidades oncológicas, consideradas como unidades de investigación y como parte de la estructura funcional del centro médico, y que promueva el tiempo protegido para la investigación en aquellos profesionales de salud con contratos de 44 horas que, según sus proyectos y publicaciones, pueden ser entre el 25 y el 40 por ciento de la jornada.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 66 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Andrade Lara, Osvaldo; Arriagada Macaya, Claudio; Auth Stewart, Pepe; Barros Montero, Ramón; Becker Alvear, Germán; Bellolio Avaria, Jaime; Berger Fett, Bernardo; Boric Font, Gabriel; Campos Jara, Cristián; Cariola Oliva, Karol; Carmona Soto, Lautaro; Chahin Valenzuela, Fuad; Chávez Velásquez, Marcelo; Cicardini Milla, Daniella; De Mussy Hiriart, Felipe; Edwards Silva, Rojo; Espejo Yaksic, Sergio; Espinosa Monardes, Marcos; Farcas Guendelman, Daniel; Fernández Allende, Maya; Flores García, Iván; Gahona Salazar, Sergio; Godoy Ibáñez, Joaquín; Hernando Pérez, Marcela; Hoffmann Opazo, María José; Jackson Drago, Giorgio; Jaramillo Becker, Enrique; Jarpa Wevar, Carlos Abel; Jiménez Fuentes, Tucapel; Kast Rist, José Antonio; Lemus Aracena, Luis; Letelier Norambuena, Felipe; Meleiro Abaroa, Patricio; Melo Contreras, Daniel; Monckeberg Bruner, Cristián; Morales Muñoz, Celso; Nogueira Fernández, Claudia; Norambuena Farías, Iván; Ojeda Uribe, Sergio; Ortiz Novoa, José Miguel; Pacheco Rivas, Clemira; Paulsen Kehr, Diego; Pérez Arriagada, José; Pérez Lahsen, Leopoldo; Pilowsky Greene, Jaime; Poblete Zapata, Roberto; Provoste Campi-llay, Yasna; Rathgeb Schifferli, Jorge; Robles Pantoja, Alberto; Rubilar Barahona, Karla; Sabag Villalobos, Jorge; Saldívar Auger, Raúl; Sandoval Plaza, David; Santana Tirachini, Alejandro; Sepúlveda Orbenes, Alejandra; Silber Romo, Gabriel; Torres Jeldes, Víctor; Trisotti Martínez, Renzo; Ulloa Aguillón, Jorge; Urrutia Bonilla, Ignacio; Urrutia Soto, Osvaldo; Vallespín López, Patricio; Van Rysselberghe Herrera, Enrique; Venegas Cárdenas, Mario; Verdugo Soto, Germán; Walker Prieto, Matías.

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, asunto de Reglamento.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado René Saffirio.

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, quiero hacer presente un tema de Reglamento que dice relación con la aplicación del artículo 75, es decir, con la duda que usted manifestó.

El artículo 75 dice: “En las sesiones especiales que se citen para escuchar exposiciones de los ministros de Estado, respecto a materias de competencia de sus ministerios, se hará uso de la palabra en conformidad a las normas establecidas para los Incidentes.”.

Después hay unas consideraciones de carácter general, pero el inciso siguiente dice: “Al término de la primera ronda, el ministro de Estado deberá hacerse cargo de las observaciones formuladas. La ronda siguiente se iniciará en orden inverso al establecido en el inciso anterior, y así sucesivamente.”.

Esta tarde no ha habido respuestas de la señora ministra de Salud a las inquietudes que lamentablemente fueron expuestas por los señores diputados que intervinieron en el debate.

-Aplausos.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Señor diputado, la Mesa no está en condiciones de expresar opinión respecto del mérito del planteamiento que ha hecho la ministra.

Si la respuesta de la ministra no satisface las expectativas de los señores parlamentarios, la Mesa no tiene cómo resolver ese tema. No puedo compeler a hablar a una invitada.

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, por supuesto que no puede, pues no estaba presente en la sesión.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Entiendo que la ministra dio lectura a una extensa presentación que habían preparado, pero parece que eso no lo satisface.

El señor Prosecretario dará lectura a la parte dispositiva del siguiente proyecto de resolución.

El señor **ROJAS** (Prosecretario).- Proyecto de resolución N° 761, de los diputados Miguel Ángel Alvarado, Marcela Hernando, Cristián Campos, Felipe Letelier, Gabriel Boric, Juan Luis Castro, Jorge Sabag, José Pérez y Karol Cariola, que en su parte dispositiva señala:

La Cámara de Diputados resuelve:

Solicitar a su excelencia la Presidenta de la República que ordene a la ministra de Salud la aplicación de un proyecto de telemedicina para cáncer a lo largo del país, con la creación de comités oncológicos, a fin de evaluar pacientes, coordinar los equipos de oncólogos médicos con los equipos de radioterapia, equipos de apoyo psicológico, con los equipos de medicina del dolor, en coordinación también con los médicos locales; promover la educación oncológica.

gica, cubrir con especialistas de atención primaria y secundaria de salud y contar con un modelo de tratamiento de los ya validados en la comunidad científica mundial.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 71 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Alvarado Ramírez, Miguel Ángel; Andrade Lara, Osvaldo; Arriagada Macaya, Claudio; Auth Stewart, Pepe; Barros Montero, Ramón; Becker Alvear, Germán; Bellolio Avaria, Jaime; Berger Fett, Bernardo; Boric Font, Gabriel; Campos Jara, Cristián; Cariola Oliva, Karol; Carmona Soto, Lautaro; Carvajal Ambiado, Loreto; Castro González, Juan Luis; Chahin Valenzuela, Fuad; Chávez Velásquez, Marcelo; Cicardini Milla, Daniella; De Mussy Hiriart, Felipe; Edwards Silva, Rojo; Espejo Yaksic, Sergio; Espinosa Monardes, Marcos; Farcas Guendelman, Daniel; Fernández Allende, Maya; Flores García, Iván; Gahona Salazar, Sergio; Godoy Ibáñez, Joaquín; Hernández Hernández, Javier; Hernando Pérez, Marcela; Hoffmann Opazo, María José; Jackson Drago, Giorgio; Jaramillo Becker, Enrique; Jarpa Wevar, Carlos Abel; Jiménez Fuentes, Tucapel; Kast Rist, José Antonio; Lemus Aracena, Luis; Letelier Norambuena, Felipe; Melero Abaroa, Patricio; Melo Contreras, Daniel; Mirosevic Verdugo, Vlado; Morales Muñoz, Celso; Nogueira Fernández, Claudia; Norambuena Farías, Iván; Núñez Lozano, Marco Antonio; Ojeda Uribe, Sergio; Ortiz Novoa, José Miguel; Pacheco Rivas, Clemira; Paulsen Kehr, Diego; Pérez Arriagada, José; Pérez Lahsen, Leopoldo; Pilowsky Greene, Jaime; Poblete Zapata, Roberto; Provoste Campillay, Yasna; Rathgeb Schifferli, Jorge; Robles Pantoja, Alberto; Rubilar Barahona, Karla; Sabag Villalobos, Jorge; Saldívar Auger, Raúl; Sandoval Plaza, David; Santana Tirachini, Alejandro; Sepúlveda Orbenes, Alejandra; Silber Romo, Gabriel; Torres Jeldes, Víctor; Trisotti Martínez, Renzo; Ulloa Aguillón, Jorge; Urrutia Bonilla, Ignacio; Urrutia Soto, Osvaldo; Vallespín López, Patricio; Van Rysselberghe Herrera, Enrique; Venegas Cárdenas, Mario; Verdugo Soto, Germán; Walker Prieto, Matías.

-Aplausos.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- El señor Prosecretario dará lectura a la parte dispositiva del siguiente proyecto de resolución.

El señor **ROJAS** (Prosecretario).- Proyecto de resolución N° 762, de los diputados Miguel Ángel Alvarado, Gabriel Boric, Marcela Hernando, Cristián Campos, Karol Cariola, Felipe Letelier, Juan Luis Castro y Jorge Sabag, que en su parte dispositiva señala:

La Cámara de Diputados resuelve:

Solicitar a su excelencia la Presidenta de la República que ordene a la ministra de Salud la creación de un centro de registro nacional o banco de cáncer, mediante la presentación del respectivo proyecto de ley, que a lo menos contemple que los datos del registro nacional de cáncer o banco se usen para:

- 1) Monitorear las tendencias del cáncer con el paso del tiempo.
- 2) Mostrar los patrones del cáncer en distintas poblaciones e identificar los grupos de alto riesgo.
- 3) Guiar la planificación y la evaluación de los programas para el control del cáncer.
- 4) Ayudar a establecer prioridades para la asignación de los recursos de salud, y
- 5) Promover actividades de investigación en el área de servicios de salud, atención médica y epidemiológica.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 73 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Alvarado Ramírez, Miguel Ángel; Andrade Lara, Osvaldo; Arriagada Macaya, Claudio; Auth Stewart, Pepe; Barros Montero, Ramón; Becker Alvear, Germán; Bellolio Avaria, Jaime; Berger Fett, Bernardo; Boric Font, Gabriel; Campos Jara, Cristián; Cariola Oliva, Karol; Carmona Soto, Lautaro; Carvajal Ambiado, Loreto; Castro González, Juan Luis; Chahin Valenzuela, Fuad; Chávez Velásquez, Marcelo; Cicardini Milla, Daniella; De Mussy Hiriart, Felipe; Espejo Yaksic, Sergio; Espinosa Monardes, Marcos; Farcas Guendelman, Daniel; Fernández Allende, Maya; Flores García, Iván; Gahona Salazar, Sergio; Godoy Ibáñez, Joaquín; Hasbún Selume, Gustavo; Hernández Hernández, Javier; Hernando Pérez, Marcela; Hoffmann Opazo, María José; Jackson Drago, Giorgio; Jaramillo Becker, Enrique; Jiménez Fuentes, Tucapel; Kast Rist, José Antonio; Lemus Aracena, Luis; Letelier Norambuena, Felipe; Melero Abaroa, Patricio; Melo Contreras, Daniel; Mirosevic Verdugo, Vlado; Monckeborg Bruner, Cristián; Morales Muñoz, Celso; Nogueira Fernández, Claudia; Norambuena Fariás, Iván; Núñez Lozano, Marco Antonio; Ojeda Uribe, Sergio; Ortiz Novoa, José Miguel; Pacheco Rivas, Clemira; Paulsen Kehr, Diego; Pérez Arriagada, José; Pérez Lahsen, Leopoldo; Pilowsky Greene, Jaime; Poblete Zapata, Roberto; Provoste Campillay, Yasna; Rathgeb Schifferli, Jorge; Robles Pantoja, Alberto; Rocafull López, Luis; Rubilar Barahona, Karla; Sabag Villalobos, Jorge; Saldívar Auger, Raúl; Sandoval Plaza, David; Santana Tirachini, Alejandro; Sepúlveda Orbenes, Alejandra; Silber Romo, Gabriel; Torres Jeldes, Víctor; Trisotti Martínez, Renzo; Ulloa Aguillón, Jorge; Urrutia Bonilla, Ignacio; Urrutia Soto, Osvaldo; Vallespín López, Patricio; Van Rysselberghe Herrera, Enrique; Venegas Cárdenas, Mario; Verdugo Soto, Germán; Walker Prieto, Matías.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- El señor Prosecretario va a dar lectura a la parte positiva del siguiente proyecto de resolución

El señor **ROJAS** (Prosecretario).- Proyecto de resolución N° 763, suscrito por los diputados Miguel Ángel Alvarado, Matías Walker, Marcela Hernando, Yasna Provoste, Sergio Gahona, Enrique Jaramillo, Raúl Saldívar, Daniel Núñez, Luis Lemus y Juan Luis Castro, que en su parte dispositiva señala:

La Cámara de Diputados resuelve:

Solicitar a su excelencia la Presidenta de la República que ordene la creación de un centro de atención del cáncer o centro oncológico en las nuevas dependencias del hospital de Ovalle, de la Región de Coquimbo, para el año 2017.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 74 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Alvarado Ramírez, Miguel Ángel; Andrade Lara, Osvaldo; Arriagada Macaya, Claudio; Auth Stewart, Pepe; Barros Montero, Ramón; Becker Alvear, Germán; Bellolio Avaria, Jaime; Berger Fett, Bernardo; Boric Font, Gabriel; Campos Jara, Cristián; Cariola Oliva, Karol; Carmona Soto, Lautaro; Carvajal Ambiado, Loreto; Castro González, Juan Luis; Chahin Valenzuela, Fuad; Chávez Velásquez, Marcelo; Cicardini Milla, Daniella; De Mussy Hiriart, Felipe; Edwards Silva, Rojo; Espejo Yaksic, Sergio; Espinosa Monardes, Marcos; Farcas Guendelman, Daniel; Fernández Allende, Maya; Flores García, Iván; Gahona Salazar, Sergio; Godoy Ibáñez, Joaquín; Hasbún Selume, Gustavo; Hernández Hernández, Javier; Hernando Pérez, Marcela; Hoffmann Opazo, María José; Jackson Drago, Giorgio; Jaramillo Becker, Enrique; Jarpa Wevar, Carlos Abel; Jiménez Fuentes, Tucapel; Kast Rist, José Antonio; Lemus Aracena, Luis; Letelier Norambuena, Felipe; Melero Abaroa, Patricio; Melo Contreras, Daniel; Mirosevic Verdugo, Vlado; Monckeberg Bruner, Cristián; Morales Muñoz, Celso; Nogueira Fernández, Claudia; Norambuena Fariás, Iván; Núñez Lozano, Marco Antonio; Ojeda Uribe, Sergio; Ortiz Novoa, José Miguel; Pacheco Rivas, Clemira; Paulsen Kehr, Diego; Pérez Arriagada, José; Pérez Lahsen, Leopoldo; Pilowsky Greene, Jaime; Poblete Zapata, Roberto; Provoste Campillay, Yasna; Rathgeb Schifferli, Jorge; Robles Pantoja, Alberto; Rocafull López, Luis; Rubilar Barahona, Karla; Sabag Villalobos, Jorge; Saldívar Auger, Raúl; Sandoval Plaza, David; Santana Tirachini, Alejandro; Sepúlveda Orbenes, Alejandra; Silber Romo, Gabriel; Torres Jeldes, Víctor; Trisotti Martínez, Renzo; Ulloa Aguillón, Jorge; Urrutia Bonilla, Ignacio; Urrutia Soto, Osvaldo; Vallespín López, Patricio; Van Rysselberghe Herrera, Enrique; Venegas Cárdenas, Mario; Verdugo Soto, Germán; Walker Prieto, Matías.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- El señor Prosecretario va a dar lectura a la parte dispositiva del siguiente proyecto de resolución.

El señor **ROJAS** (Prosecretario).- Proyecto de resolución N° 764, suscrito por los diputados Miguel Ángel Alvarado, Sergio Espejo, René Saffirio, Luis Rocafull, Maya Fernández, Juan Luis Castro y Jorge Sabag, que en su parte dispositiva señala:

La Cámara de Diputados resuelve:

Solicitar a su excelencia la Presidenta de la República ordenar a la ministra de Salud se sirva presentar un proyecto de ley que establezca o cree un banco público de células madres de sangre de cordón umbilical y de placenta, en los términos aquí anotados.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 70 votos; por la negativa, 1 voto. No hubo abstenciones.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Alvarado Ramírez, Miguel Ángel; Andrade Lara, Osvaldo; Arriagada Macaya, Claudio; Auth Stewart, Pepe; Barros Montero, Ramón; Becker Alvear, Germán; Bellolio Avaria, Jaime; Berger Fett, Bernardo; Boric Font, Gabriel; Campos Jara, Cristián; Cariola Oliva, Karol; Carvajal Ambiado, Loreto; Castro González, Juan Luis; Chahin Valenzuela, Fuad; Chávez Velásquez, Marcelo; Cicardini Milla, Daniella; De Mussy Hiriart, Felipe; Edwards Silva, Rojo; Espejo Yaksic, Sergio; Espinosa Monardes, Marcos; Fernández Allende, Maya; Flores García, Iván; Gahona Salazar, Sergio; Godoy Ibáñez, Joaquín; Hasbún Selume, Gustavo; Hernández Hernández, Javier; Hernando Pérez, Marcela; Hoffmann Opazo, María José; Jackson Drago, Giorgio; Jiménez Fuentes, Tucapel; Kast Rist, José Antonio; Lemus Aracena, Luis; Letelier Norambuena, Felipe; Melero Abaroa, Patricio; Melo Contreras, Daniel; Mirosevic Verdugo, Vlado; Monckeberg Bruner, Cristián; Morales Muñoz, Celso; Nogueira Fernández, Claudia; Norambuena Farías, Iván; Núñez Lozano, Marco Antonio; Ojeda Uribe, Sergio; Ortiz Novoa, José Miguel; Pacheco Rivas, Clemira; Paulsen Kehr, Diego; Pérez Arriagada, José; Pérez Lahsen, Leopoldo; Pilowsky Greene, Jaime; Poblete Zapata, Roberto; Provoste Campillay, Yasna; Rathgeb Schifferli, Jorge; Robles Pantoja, Alberto; Rocafull López, Luis; Rubilar Barahona, Karla; Sabag Villalobos, Jorge; Saldívar Auger, Raúl; Sandoval Plaza, David; Santana Tirachini, Alejandro; Sepúlveda Orbenes, Alejandra; Silber Romo, Gabriel; Torres Jeldes, Víctor; Trisotti Martínez, Renzo; Ulloa Aguillón, Jorge; Urrutia Bonilla, Ignacio; Urrutia Soto, Osvaldo; Vallespín López, Patricio; Van Rysselberghe Herrera, Enrique; Venegas Cárdenas, Mario; Verdugo Soto, Germán; Walker Prieto, Matías.

-Votó en contra el diputado señor Jaramillo Becker, Enrique.

-Los textos íntegros de los proyectos de acuerdo y de resolución figuran en la página de internet de la Cámara de Diputados, cuya dirección es:

<http://www.camara.cl/trabajamos/pacuerdos.aspx>

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Si le parece a la Sala, tiene la palabra la señora ministra de Salud.

Acordado.

Tiene la palabra, señora ministra.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, vamos a dar respuesta a algunas de las inquietudes planteadas, pero también podemos entregar respuestas escritas respecto de otras dudas

Mi presentación pretendía aclarar varios de los temas planteados a través de sus inquietudes. Por ejemplo, el banco de células madres representa uno de los elementos que estamos considerando en la Estrategia Nacional del Cáncer. En este momento estamos atentos respecto de todos los aportes que ustedes consideren.

Señor Presidente, estamos en pleno proceso de formación de especialistas oncólogos. Tenemos en formación a otros 35 médicos que seguramente van a egresar antes de que termine este gobierno. Entre 2015 y 2016 han entrado a trabajar 38 especialistas al sector público de salud.

Señor Presidente, pido dejar con el uso de la palabra a la subsecretaria de Redes Asistenciales, a fin de que dé respuestas más específicas a las inquietudes planteadas preferentemente en los proyectos de resolución recién votados, muchas de las cuales están consideradas en la Estrategia Nacional del Cáncer.

Al respecto, agradecemos el interés demostrado por esa estrategia. Nos encantaría que las señoras diputadas y los señores diputados nos hicieran llegar sus aportes a través de las distintas instancias que hemos establecido, a fin de contar con un sistema potente de prevención y de promoción de esta patología, a fin de evitar que las personas se sigan enfermando de cáncer. Ojalá podamos evitar que se constituya en la primera causa de muerte.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Tiene la palabra la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Ana Gisela Alarcón.

La señora **ALARCÓN**, doña Ana Gisela (subsecretaria de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, a lo señalado por la señora ministra de Salud, deseo agregar que la Red Nacional de Oncología está en permanente revisión y desarrollo.

Tal como se ha dicho, el cáncer es de manejo multidisciplinario, por lo que no debemos formar solo un tipo de especialistas, sino que debemos contar con especialistas en anatomía patológica, en cirugía de diversos órganos y en quimioterapia de adultos y de niños, que son especialidades diferenciadas.

Cada día fortalecemos con una red de hematología intensiva a la radioterapia y al manejo hematológico, lo que también significa especialidades distintas.

El esfuerzo que se está realizando para contar a la fecha con casi 69 cupos en las diferentes especialidades, tiene que ver con el hecho de trabajar con las sociedades científicas respectivas, además de con cada uno de los centros formadores, muchos de los cuales no tienen estas especialidades o subespecialidades.

Asimismo, la lucha que se está realizando dentro del plan de formación y de retención de especialistas, también implica a la oncología, pero con una lógica multidisciplinaria o, como se dice hoy, transdisciplinaria.

Por otra parte, estamos mejorando las asignaciones y fortaleciendo la retención general de especialistas dentro de la red pública. Al proyecto de ley aprobado hoy en la Comisión de Hacienda del Senado, solo resta que sea tratado por la Sala de esa Corporación, lo que permitirá incrementar las remuneraciones de los oncólogos del sistema público de salud.

Además, a propósito de lo planteado por el diputado señor Gabriel Boric, se va a estimular que los médicos se dediquen también a estas especialidades. En ese sentido, cabe tener

presente que no existe un interés alto por ser oncólogo en nuestro país, dado que, como se ha señalado, demanda gran dedicación, desgaste, compromiso emocional y una serie de otros factores.

La propuesta que tenemos como red asistencial pública es que la quimioterapia básica -entendemos por “quimioterapia básica” la de primera línea de tumores sólidos- se desarrolle en todos los hospitales de alta complejidad, lo que significa, por ejemplo, haber instalado quimioterapia en Chillán hace menos de un mes, incluso, antes de que esté listo el hospital nuevo de esa ciudad, porque entendemos que los centros de quimioterapia deben estar ubicados muy cerca de donde viven las personas víctimas de esa enfermedad. Sin embargo, para realizar quimioterapias de mayor complejidad o de terapias de leucemias o de linfomas de alto grado, debemos tener centros a los que podamos derivar a los pacientes, atendiendo a sus necesidades de calidad y de seguridad.

También estamos trabajando en una macrorred de radioterapia, que consista en diferentes complejidades de nivel de radioterapias. Por ejemplo, los centros de Antofagasta y de Valdivia tienen la radioterapia más moderna de que podemos disponer a nivel global. Se trata de la radioterapia de intensidad modulada. Sabemos que para un paciente de Arica o de Iquique resulta difícil trasladarse a Antofagasta. Por lo tanto, se está haciendo un estudio preinversional para crear un centro de radioterapia de menor complejidad oncológica en Iquique; pero tenemos que centralizar la radioterapia de mayor complejidad.

Tal como ha señalado la ministra de Salud, también debemos tener casas de acogida y mejores condiciones para el traslado no solo de los niños con cáncer, sino también de los adultos que padecen esa enfermedad, cuando debemos trasladarlos.

Se ha hecho un esfuerzo por mejorar la tecnología necesaria para tener un diagnóstico temprano y certero. Al respecto, en 2015 se invirtieron 1.000 millones de pesos en la mejora del equipamiento de las unidades de anatomía patológica. En el caso del cáncer es más relevante que en otros problemas de salud contar con un diagnóstico certero, porque no puede haber errores de ese tipo.

Reitero: se ha hecho un esfuerzo económico importante en tecnología y equipamiento.

En el caso de enfermos de mayor complejidad, destaco la experiencia piloto de trasplantes haploidénticos. Hemos aumentado el número de trasplantes de médula ósea, que no solo incluye a niños, quienes se atienden en el centro de Referencia Nacional en Trasplantes, que funciona en el Hospital Luis Calvo Mackenna, y también en el Hospital del Salvador. Esperamos poder desarrollar trasplantes de médula ósea en otras regiones.

El registro de donantes está siendo estudiado por una comisión especial para poder aplicarlo en breve tiempo, aunque aún no sabemos si la mejor alternativa es Alemania o Estados Unidos de América.

Por último, un tema que hemos conversado con los parlamentarios dice relación con las células madre hematopoyéticas, que requieren contar con una mejor regulación en Chile.

He dicho.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- De conformidad con el artículo 10 del Reglamento de la Cámara de Diputados, no se incluirán en el Boletín de Sesiones las expresiones antiparlamentarias vertidas por el diputado René Saffirio, que lamentablemente no está presente en la Sala, en contra de la ministra de Salud.

El debate ya está cerrado, pero me ha solicitado la palabra la ministra de Salud. ¿Habría acuerdo para que vuelva a hacer uso de la palabra?

Acordado.

Tiene la palabra la ministra de Salud.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, intervengo para responder a una consulta.

El proyecto denominado *Seguro Solidario* para el Acompañamiento del Niño y Niña (Sanna), liderado por el Ministerio del Trabajo, está en trámite en el Ministerio de Hacienda. Hemos entregado todos los antecedentes y aportes para que pueda tramitarse como corresponde.

He dicho.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 19.03 horas.

GUILLERMO CUMMING DÍAZ,
Jefe de la Redacción de Sesiones.

VI. DOCUMENTOS DE LA CUENTA

**1. PROYECTO INICIADO EN MOCIÓN DE LOS DIPUTADOS SEÑORES ALVARADO, ARRIAGADA, FARÍAS, JARAMILLO, MIROSEVIC Y TORRES, Y DE LAS DIPUTADAS SEÑORAS GIRARDI, HERNANDO, PROVOSTE Y RUBILAR, QUE “MODIFICA LA LEY N° 19.966, QUE ESTABLECE UN RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD, PARA ASEGURAR EL ACCESO UNIVERSAL A PRESTACIONES DE SALUD MÍNIMAS Y A LA INFORMACIÓN SOBRE LAS MISMAS”.
(BOLETÍN N° 10983-11)**

Al H. Presidente de la Cámara de Diputados de la República, el Sr. Osvaldo Andrade Lara.
A la Honorable Cámara, tenemos el honor de someter a vuestra consideración el presente proyecto de Ley.

I. VISTOS.

Lo prescrito en los artículos 1°, 19°, 63° y 65° de la Constitución Política de la Republica; lo prescrito en la ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías de Salud, en relación a lo prevenido en el artículo 4 de la Ley N° 18.469 que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.

II. CONSIDERANDO.

1.- Que, Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Chile tiene una población de 18.006.407 habitantes, de los cuales 8.911.940 son hombres y 9.094.467 mujeres¹. Que, según el mismo organismo el proceso de envejecimiento poblacional se mantendría de forma sostenida, al menos por una década, manteniéndose estable la población entre 0 y 14 años al año 2025 y duplicándose para igual período la cifra de adultos mayores, que llegarían a superar los tres millones de personas. Estas variaciones demográficas provocan cambios significativos en diversas áreas del quehacer nacional, como en el sector salud, que requerirá de médicos especialistas en geriatría y otros profesionales, como enfermeras y traumatólogos; otro tanto se producirá en las universidades, que han incorporar temas relativos a la vejez y al proceso de envejecimiento en sus planes de investigación y docencia. El envejecimiento afecta y seguirá afectando, asimismo otras áreas como la vivienda, educación, urbanismo, previsión y trabajo, entre otras.

2.- Que, sumado a lo antedicho, se ha constatado según los estudios de la OMS (World-HealthOrganization) que, debido a las mejoras en las condiciones de vida de la población, la esperanza de vida de los chilenos fue la más alta de Latinoamérica en el año 2014, con 81,7 años, 78,6 años para los hombres y 84,5 años para las mujeres; luego para el año 2015 la esperanza de vida sobre los 60 años para ambos sexos alcanzó un promedio de 24,4 años más de vida por sobre los 60 años; mientras que la probabilidad de morir antes de los cinco años de edad es de 8 niños cada 1.000 nacidos vivos; lo cual sitúa a Chile en el segundo lugar de mortalidad infantil, a continuación de Cuba y, al año 2015 dicha organización constató tam-

¹Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (septiembre de 2014). «Población País y Regiones - Actualización 2002-2012 Proyección 2013-2020» (XLSX). Consultado el 4 de septiembre de 2014.

bién que la probabilidad de vida al nacer para ambos sexos corresponde al 80,5² de los nacidos en Chile.

3.- Al fenómeno anterior debe sumarse otro fenómeno relativo al perfil epidemiológico de nuestra población. En efecto, este ha ido mutando progresivamente, como consecuencia de diversos factores como el sedentarismo, la alimentación y problemas alimentarios, el envejecimiento de la población, cambios en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo; entre otros factores que han gatillado que el perfil epidemiológico de nuestra población cambie, este último incluye en la actualidad enfermedades infecciosas, problemas derivados de malas condiciones de saneamiento, de orden ambiental, enfermedades cardiovasculares, cánceres, traumatismos, diabetes, insuficiencia renal y obesidad, entre otras.

4.- Que, todo lo anterior llama inmediatamente a la preocupación por garantizar y proteger de la mejor manera posible los derechos subjetivos fundamentales o básicos, como el derecho a la protección de la salud, reconocido por la Constitución Política de la República en su art. 19 N° 9 y por una serie de tratados internacionales ratificados por Chile y plenamente vigentes. Sobre el particular, la consagración constitucional del derecho a la protección de la salud implica para el Estado de Chile el cumplimiento de una serie de obligaciones tendientes a garantizar su pleno goce y ejercicio, partiendo por la satisfacción de niveles mínimos o esenciales de prestaciones médicas de validez universal, en el sentido de la obligación de no discriminar al momento de su aplicación. El problema que como legisladores hemos detectado radica en la confrontación de la declaración constitucional con la realidad; en efecto la mencionada Ley N° 19.966 que estableció la reforma a la salud AUGE, establece expresamente que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, pueda contar con un mecanismo de protección social que le dé acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar las situaciones de enfermedad; pero cuando este mandato es llevado a la práctica su implementación termina por establecer diversos criterios de discriminación como el rango etario, lugar de residencia, sexo, estado de salud, criterios de eficiencia económica como lo es la relación costo-beneficio de la atención de un paciente y las prestaciones médicas que precisa, etc. Algunas pruebas de lo anterior son las llamadas Guías Clínicas, también la insuficiente cantidad y calidad de personal médico, la gran cantidad de dinero que el estado paga a los prestadores de salud privados, como clínicas privadas, lo cual nace del ineludible hecho que el Estado no es capaz de dar abasto a la demanda por prestaciones de salud del 80% de la población que se atiende en FONASA; todo lo cual transforma en ficticio el acceso a ciertas prestaciones de salud determinadas en dicha ley y sus decretos posteriores.

Por ende lo observado en nuestras labores parlamentarias, en nuestros distritos, en las sesiones de Sala, en las sesiones de las diversas comisiones permanentes e investigadoras relacionadas con la salud pública es que, son muchas las consecuencias negativas del llamado plan AUGE, hoy GES, que afectan específicamente a las mujeres, los adultos mayores y a las personas más vulnerables de nuestra población; más dramático es que podemos concluir que el Estado de Chile no cumple con sus obligaciones de respeto, promoción y garantía del derecho a la salud e incurre en prácticas discriminatorias incompatibles con sus obligaciones internacionales. Es por todo ello que, hoy es el momento en que debemos proponer las reformas estructurales que se requieren, los llamados de atención han sido múltiples y no podemos permitir que la población siga esperando y confiándonos el cuidado de este derecho

²GHO By category, Life expectancy, Data by country. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688>.

fundamental sin iniciar una reforma encaminada a las garantías universales y mínimas en prestaciones de salud. Además, como médico constato diariamente como Chile se ha vuelto una prueba fehaciente de la relación que existe entre los resultados de las políticas sanitarias y el estatus socioeconómico de sus habitantes o pacientes.

5.- Con respecto al problema de las llamadas Guías Clínicas; estas son las que especifican las condiciones y requisitos para ser beneficiario del sistema de salud, son “sólo recomendaciones”, pero al parecer rigen con el valor de una ley y además no se actualizan con la frecuencia establecida en la Ley N° 19.966 y menos cuando existen avances científicos o tecnológicos que ocurran antes de cumplir el período de vigencia de cada tres años de las actualizaciones de los decretos GES. Lo anterior determina que los Problemas de Salud GES no tengan garantizadas todas las prestaciones de salud porque las Guías Clínicas no las incluyen, sino sólo las que se establecen en la canasta establecida en el Decreto GES correspondiente al período anterior.

Sobre este punto se hace urgente trabajar en una reforma legal que aborde los fundamentos teóricos capaces de responder adecuadamente a la cobertura del plan AUGE o enfermedades GES, es decir, una reforma legal que debe comprender a todas las personas en igualdad de diagnóstico médico o situación sanitaria, quienes podrán beneficiarse de un cierto tratamiento médico por igual.

6.- Sobre los criterios de racionamiento económico más que sanitarios utilizados por cada una de las, a lo menos, 77 Guías Clínicas en Salud (GES) y su propuesta intrínseca de un racionamiento de los recursos sanitarios (sabiendo que son escasos); éstos han sido fundados en criterios que han creado mayores injusticias y brechas en materia de salud de las que ya existían, ya sea siguiendo factores como el tipo de prestador, público o privado; las características de los pacientes, como su nivel socio económico, su género, el rango etario, su condición de salud general, etc.; es decir que, en general no se fundan en principios de equidad, responsabilidad y eficiencia propios del mandato constitucional del art. 19 N° 9 de nuestra carta magna que prescribe la garantía universal de la protección del derecho de la salud. De lo someramente expuesto podemos constatar el yerro que perentoriamente un proyecto de ley deberá salvar, comenzando por evaluar la conveniencia de perseverar o mantener en el Plan AUGE elementos de racionamiento sanitario derivados de análisis económicos o de criterios de eficiencia económica que responden a un análisis de costo-beneficio con el derecho a la salud, que limitan la inclusión de criterios de equidad, los cuales son vitales para paliar la injusticia inherente del sistema sanitario chileno, donde la falta de acceso es más común de que se pensaría, ya que los criterios propios de la economía de la salud, han disminuido considerablemente el número de personas beneficiarias y vulneran el principio de igualdad y la garantía de acceso universal que el plan AUGE prescribe. Por ejemplo, podemos mencionar algunas Guías Clínicas:

- Tratándose de la Endoprótesis, para la enfermedad de Artrosis de Cadera, ésta excluye a pacientes menores de 65 años, es decir, discrimina a pacientes de cierto rango etario, porque no tienen la edad recomendada, sin perjuicio que las cifras médicas rebelan que el 40% de las personas mayores de 60 años puede padecer este problema de salud.

- Respecto del tamizaje de hipoacusia o sordera precoz, para determinar y tratar a tiempo la sordera en los niños, este examen no se aplica de manera universal, sino que solamente a la mitad de los pacientes, que son aquellos que tienen factores de riesgo, discriminando a la otra mitad de niños que nacen con hipoacusia.

- La analgesia en el parto, la cual sólo es accesible en la medida en que lo permitan “los recursos locales, humanos y físicos” de la localidad donde viva la madre; frente a lo cual cabe preguntarse si este requisito se ajusta a nuestra realidad geográfica de acceso para las madres a un recinto hospitalario y donde reina la escases de especialistas.

- Para detectar el cáncer Cervicouterino se requiere del examen PAP (Papanicolaou), el cual es garantizado por el AUGE sólo a mujeres desde los 25 años hasta los 64 años y no para el resto de las mujeres, que además tienen una longevidad en desarrollo; respecto de las mamografías sólo se efectúa este examen a las mujeres de 50 años una vez.

- Respecto del cáncer de vesícula, la respectiva guía médica, recomienda tratar solamente a aquellos pacientes con un cáncer de vesícula incipiente, “de mejor pronóstico” y para poder operar a los pacientes de colicestomía los excluye en razón de su edad, ya que, cuando las personas no cumplen con el requisito de estar entre los 35 y 49 años de edad quedarán en una lista de espera, mientras que los “beneficiarios” solo esperan un promedio de 10 semanas.

Lamentablemente los ejemplos sólo siguen y siguen; en materia de epilepsia, daño neurológico en niños, etc.

7.- Por todo lo cual una modificación del marco regulatorio vigente, abocándose a la transparencia, participación y fortalecimiento de los derechos de la ciudadanía en el derecho sanitario, que cambie los referidos criterios económicos en la elaboración de las Guías Clínicas, sopesándolos o equilibrándolos con los principios de justicia, equidad y de garantía de acceso universal a ciertas prestaciones de salud mínimas y de calidad. Se requiere además, de una revisión y modernización de los actuales procedimientos de elaboración de las Guías Clínicas, que considere la inclusión de los parámetros de equidad social precitados; el establecimiento de mecanismos de fiscalización en la actualización de las mismas con la periodicidad que exige la ley y la fiscalización en su contenido; a fin de que los problemas de salud o enfermedades GES tengan garantizadas todas las prestaciones que las Guías Clínicas contienen; la Obligatoriedad de incluir en las futuras guías clínicas, al alero de la reforma legal pedida que, se asegure a todas las personas, con igual necesidad sanitaria o diagnóstico médico, la debidaatención, tratamiento y rehabilitación de su enfermedad GES.

8.- Otra de las falencias detectadas en el actual sistema sanitario, es que los pacientes tienen la libertad de elegir entre un asegurador público y múltiples aseguradores privados, pudiendo además elegir el prestador de salud. Sin embargo, esta libertad de elección, sólo se cumple para un grupo limitado de personas que pueden pagarlo, en su mayoría de sectores medios y altos económicos de la población; para el resto de la población sus cotizaciones de salud obligatorias del 7% son distribuidos solidariamente entre todos los beneficiarios del seguro público de salud, constituido por FONASA, en contraposición a las aseguradoras privadas (ISAPRES) quienes obtienen este 7% sin redistribuirlo según criterios de solidaridad entre sus afiliados, administrando de manera individual el riesgo de enfermarse de cada afiliado, su capacidad de ingreso y ofreciendo siempre coberturas limitadas. Entonces, operan con una lógica de empresa privada, para percibir al final de cada ejercicio utilidades para los dueños o titulares de los derechos societarios de las Isapres. Así, su funcionamiento produce la segmentación de la población como consecuencia lógica del sistema de un seguro privado, porque deben maximizar el margen de utilidad del negocio y seleccionar los riesgos que cubren (los más baratos), con base a la predictibilidad del riesgo a contraer una determinada enfermedad por sus afiliados; así se identifican los grupos más propensos a enfermar, se les discrimina con mayores aranceles o bien excluyéndolos del todo, es decir, cada individuo compensa al seguro privado por asegurar su riesgo a enfermar y se prefieren a los individuos

que le signifiquen a la Isapre un beneficio económico, por ser más sanos y ricos, expulsando a todos los aquellos que le generen mayores costos (pobre y enfermo). No podemos dejar de mencionar al Copago, muy recurrente en las Isapres y que significa el pago directo de bolsillo, lo cual en los sectores de mayor vulnerabilidad constituye un obstáculo para el acceso a la salud y los sectores de la población de ingresos medios vienen a realizar un esfuerzo económico para acceder a las prestaciones de salud, comprometiendo parte importante de sus ingresos familiares; este gasto de bolsillo ha crecido en los últimos años, alcanzando el más alto de los países OCDE, con un 38% de gasto de bolsillo, en circunstancias que esto produce inestabilidad financiera familiar y la incapacidad de producir mayores ingresos producto de la enfermedad. Además, las Isapres mantienen un manejo de información que no tienen sus afiliados, pues conocen los riesgos promedios de la población y seleccionan a aquellos pacientes de menores riesgos y a aquellos que poseen preexistencias de enfermedad se les aplican planes con menos cobertura o mayor prima para compensar su riesgo individual.

Por lo recién anotado, es que las Isapres alcanzaron niveles de utilidades por \$28.872 millones en el mes de septiembre del presente año, lo cual equivale a un aumento de 42,5% en relación al mismo periodo del año 2015, según la Superintendencia de Salud, este fuerte aumento de las utilidades se debería al impacto del alza de la prima GES, que rige desde 01 de julio de este año, las alzas de los precios de los planes de salud que ofrecen las Isapres y el poco uso de este sector de las enfermedades cubiertas por el plan AUGE, en que solo una persona de cada cuatro recurre a esta cobertura, donde prima la desinformación³.

III. IDEAS MATRICES.

Centramos en los mecanismos para establecer una patología GES y perfeccionarlos, de modo de encausarlos al establecimiento de garantías de salud como prestaciones mínimas, de calidad y universales; mediante el análisis y reforma de lo prescrito en los arts. 2º, 11º y siguientes de la ley N° 19.966, que regulan los decretos que incluyen determinadas patologías o problemas de salud, los cuales han de ser elaboradas por el Ministerio de Salud y suscritas por el Ministerio de Hacienda; así como lo prevenido por los arts. 13º y siguientes del mismo cuerpo legal, relativo a los procedimientos destinados a establecer las Garantías Explícitas de Salud, requiriendo del ejercicio de funciones de los Ministerios de Salud y Hacienda, quienes determinarán los recursos y costos que la inclusión de una patología como Garantía Explícita de Salud (GES) implica y además requerirán de estudios que establezcan un listado de prioridades en salud y prestaciones relativas que influyan en la salud de la población, como también sobre la efectividad de las prestaciones, su contribución a la mejora en la calidad de vida de las personas, la extensión de la vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

POR TODO LO ANTERIOR, es que los Diputados firmantes vienen en proponer a esta Honorable Cámara de Diputados el siguiente proyecto de ley.

³ El Diario Financiero, 21.11.16. Disponible en <https://www.df.cl/noticias/empresas/actualidad/utilidades-de-las-isapres-se-disparan-mas-de-42-a-septiembre/2016-11-21/113541.html>

**PROYECTO DE LEY POR EL CUAL SE MODIFICA LA LEY N° 19.966 QUE
ESTABLECE UN REGIMEN DE GARANTIAS EN SALUD, A FIN DE
ESTABLECER Y GARANTIZAR DERECHOS Y PRESTACIONES DE
SALUD MINIMAS Y UNIVERSALES.**

Artículo Único: Modifíquese la Ley N° 19.966 que establece un régimen de garantías en salud en el siguiente sentido:

1°.- Agréguese en el artículo 2° de la ley en estudio, un nuevo inciso quinto del siguiente tenor:

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, además deberán obligatoriamente informar de dichas garantías a sus respectivos beneficiarios, esta información deberá ser suficiente, oportuna, veraz y comprensible, de forma visual o por escrito; respecto de todas las prestaciones de salud ofrecidas que sean enfermedades o patologías cubiertas por esta ley, los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la prestación o atención de salud. Para ello el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán colocar y mantener en un lugar público y visible, un listado con los requisitos aquí establecidos.

2°.- Agréguese en el literal a), del art. 4° de la ley en estudio, a continuación de la frase “a los beneficiarios de las leyes N°18.469 y N°18.933” y antes de voz “respectivamente”; la siguiente expresión:

De manera universal, en que al mismo diagnostico deberán otorgarse las mismas prestaciones de salud, sin distinción alguna.

3°.- Agréguese en el art. 11° de la ley en estudio entre las expresiones “Las Garantías Explícitas en Salud serán” y “elaboradas”, la siguiente expresión:

Universales y tendrán el carácter de derechos mínimos garantizados y de una calidad óptima según sus objetivos de recuperación y rehabilitación, serán.

4°.- Agréguese al final de inciso 2°, del art. 13° de la ley en estudio, la siguiente expresión y reemplácese su punto a parte por una coma:

Los cuales deberán elaborarse hasta antes del vencimiento del último decreto GES que se hubiere dictado y no pudiendo exceder el plazo previsto en el inciso segundo del artículo 23 de esta ley.

5°.- Agréguese al final del inciso 2° del art. 23° de la ley en estudio, reemplazándose su punto aparte, por este acto, por un punto seguido, la siguiente expresión:

No pudiendo exceder de dos periodos consecutivos sin modificación.

6°.- Modifíquese al art. 26° de la ley en estudio, agregando a continuación de la expresión “Los beneficiarios de la ley N°18.469 podrán elegir” y reemplazando la parte que reza “dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia”, por la siguiente expresión y agregando una coma luego de la frase “podrán elegir”:

Para mantener una óptima relación médico paciente, al médico tratante, los pacientes podrán escoger en primer término al médico que haya sido su médico de cabecera o familiar y a continuación a otro médico de su elección, ya sea dentro del establecimiento en que deban ser atendidos”.