COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE EVENTUALES IRREGULARIDADES EN LA REDUCCIÓN ARTIFICIAL DE LISTAS DE ESPERA, MEDIANTE LA ELIMINACIÓN DE PACIENTES DESDE EL REPOSITORIO NACIONAL DE LISTA DE ESPERA (RNLE), DURANTE LOS AÑOS 2011, 2012 Y 2013, ASÍ COMO LA ACTUACIÓN DE LOS ORGANISMOS PÚBLICOS EN RELACIÓN CON DEFICIENCIAS EN LAS PRESTACIONES GES Y NO GES, SU PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, LOS RETRASOS EN LAS PRESTACIONES Y LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA, DESDE EL AÑO 2014 A LA FECHA (CEI-50)

PERÍODO LEGISLATIVO 2014 – 2018

ACTA DE LA SESION ORDINARIA N°1, CORRESPONDIENTE AL PERÍODO LEGISLATIVO 2014-2018, CELEBRADA EL DÍA MARTES 16 DE ENERO DE 2018, DE 15:34 a 17:17 HORAS.

SUMARIO: **Orden del día: La presente sesión tuvo como propósito escuchar a las señoras Carmen Castillo, Ministra de Salud, Gisela Alarcón, Subsecretaria de Redes Asistenciales y Andrea Guerrero, Secretaria Técnica GES.**

APERTURA Y ASISTENCIA

Se inició la sesión a las **15:34** bajo la presidencia del diputado **Juan Luis Castro**, y con la asistencia de las diputadas señoras Karol Cariola, Marcela Hernando y Karla Rubilar, y los diputados señores, Claudio Arriagada, Gustavo Hasbún, Javier Macaya, Manuel Monsalves, Jorge Rathgeb y Victor Torres.

Concurrieron, además, la ministra de Salud, señora Carmen Castillo; la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Ana Gisela Alarcón, y la secretaria técnica GES, señora Andrea Guerrero.

Actuó como abogado secretario accidental el señor Mario Rebolledo Coddou y como abogado ayudante la señora María Soledad Moreno López.

CUENTA

Documentos emanados de la Contraloría General de la República, aportados por el Presidente de la Comisión, diputado señor Castro:

1.- Informe Final de auditoría al Hospital Regional de Rancagua, Cumplimiento de Garantías Explícitas de Salud, GES y de la Lista de Espera Quirúrgica No GES – Diciembre 2016.

2.- Informe Consolidado sobre Auditoría efectuada en 26 Hospitales del país para verificar el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud y la Lista de Espera Quirúrgica No GES.

3.- Resolución de la CGR, que ordena instruir sumario administrativo en el complejo hospitalario San José y propone medida disciplinaria a funcionario que indica.

TEXTO DEL DEBATE

VERSION TAQUIGRAFICA

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

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

*-El señor **REBOLLEDO** (Secretario) da lectura a la Cuenta.*

El señor **CASTRO** (Presidente).- El señor Secretario ha dado lectura a antecedentes que son importantes de revisarlos con calma, que tienen que ver con los informes emanados de organismos del Estado acerca del tema en cuestión.

Tiene la palabra el señor Secretario para que dé lectura del mandato de la Comisión, a fin de actualizarnos sobre el propósito de lo que vamos a abordar.

El señor **REBOLLEDO** (Secretario).- Señor Presidente, el 13 de diciembre, en sesión de Sala de la Corporación, en los puntos Nº 6 y 7 de la Cuenta, se informó de dos solicitudes de formación de comisiones especiales investigadoras relativas a las listas de espera en hospitales.

En esa ocasión, el diputado señor Ignacio Urrutia manifestó que la bancada de la UDI estaría de acuerdo con aprobar la formación de ambas comisiones especiales investigadoras siempre y cuando estas se fusionaran. El Presidente consultó a la Sala y, por unanimidad de sus miembros, optó por fusionarlas, de tal manera que se prestó la aprobación para la solicitud de 55 diputadas y diputadas para crear una Comisión Especial Investigadora de eventuales irregularidades en la reducción artificial de listas de espera mediante la eliminación de pacientes desde el Repositorio Nacional de listas de espera -RNLE- durante los años 2011, 2012 y 2013, así como la actuación de los organismos públicos en relación con deficiencias en las prestaciones GES y no-GES, su planificación y ejecución, los retrasos en las prestaciones y la gestión de listas de espera desde el año 2014 a la fecha.

Terminada la lectura del mandato, señor Presidente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Sobre varios, tiene la palabra el diputado señor Manuel Monsalve.

El señor **MONSALVE**.- Señor Presidente, solo para excusarme, pues, en forma paralela, a las 15.30, comienza a sesionar la Comisión de Hacienda y se votará en general y en particular el proyecto de ley de la planta de profesionales de los servicios de salud. Por lo tanto, tengo que retirarme.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Muy bien, señor diputado.

En nombre de la Comisión, les doy la bienvenida a la señora ministra y a la señora subsecretaria de Salud y a los tres directores de servicios de salud.

En primer lugar, tiene la palabra la ministra de Salud, para referirse a los alcances generales del propósito de la Comisión investigadora.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, gracias por invitarnos a exponer en esta Comisión que para nosotros es muy importante.

El título de la comisión especial es bastante acotado, pues tiene un componente muy importante que tiene que ver con la comisión investigadora de eventuales irregularidades en la reducción artificial de listas de espera mediante la eliminación de pacientes desde el Repositorio Nacional de listas de espera, durante los años 2011, 2012 y 2013, así como la actuación de los organismos públicos en relación con deficiencias en las prestaciones GES y no-GES, su planificación y ejecución, los retrasos en las prestaciones y la gestión de listas de espera desde el año 2014 a la fecha en esta Comisión.

De acuerdo con lo solicitado, la estructura de la presentación la hemos establecido de la siguiente manera.

Como ministra voy a efectuar la introducción y el marco. La subsecretaria de Redes Asistenciales, doctora Gisela Alarcón, va a abordar los tiempos de espera en el gobierno de su excelencia la Presidenta Michelle Bachelet, 2014-2018. Luego, el director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, el doctor Alfonso Jorquera, expondrá la situación clínica de Maruri. Posteriormente, los directores subrogantes de los servicios de Salud O'Higgins y Metropolitano Sur Oriente, señores Claudio Castillo y Juan Torres, respectivamente, expondrán sobre la gestión de tiempos de espera no-GES y garantías de oportunidades GES. Finalmente, expondrá la secretaria Técnica GES, doctora Andrea Guerrero, sobre Garantías Explícitas en Salud (GES).

En la lámina se observa que hablamos de la salud como un derecho social. Por ello, en marzo de 2014 asumimos el desafío de fortalecer nuestro sistema de salud con la mirada puesta en la construcción de una sociedad más justa, que pone en el centro de sus acciones a las personas y que considera la salud como un derecho social. Las dificultades que se arrastran históricamente no se resuelven en una sola administración.

En la materia que hoy nos convoca nuestro desafío como gobierno, desde su inicio, consistió en enfrentar el manejo de las listas de espera, su repositorio nacional y el malestar de la ciudadanía por la creciente demanda de respuestas por parte del sector salud, de manera tal que permitiera recuperar la confianza.

Nuestros esfuerzos, y tal como lo presentará la subsecretaria de Redes Asistenciales, han considerado una mejor programación de las horas médicas, el impulso de la telemedicina, el acercamiento de las especialidades médicas a aquellos lugares donde antes no se estaba llegando, la optimización del uso de los pabellones, operativos médicos a lo largo de todo el país y la contratación de horas de médicos especialistas, junto con la incorporación de más de dos mil especialistas al sistema, en el marco de lo que corresponde al periodo asistencial obligatorio.

En la lámina siguiente se observan los conceptos generales. Las listas de espera muestran el desbalance existente entre la demanda por atenciones de salud y la oferta que los sistemas son capaces de entregar. Además, corresponden a procesos dinámicos con un egreso de pacientes atendidos y con un ingreso nuevo de pacientes en forma permanente.

Las listas de espera son una realidad en todos los sistemas de salud a nivel mundial.

Por ejemplo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE, busca que sean transparentes, que estén ubicadas en registros centralizados y que la solución priorice los casos más antiguos.

Reconocemos que lo que interesa al usuario es el tiempo que deberá esperar por una atención, no el volumen de la lista.

Las medidas que he señalado, unidas a planes extraordinarios de reducción de listas de espera, nos han permitido disminuir la mediana de espera para consultas y para intervención quirúrgica.

Si en marzo de 2014 cinco de cada diez personas estaban en lista de espera por más de dos años, ahora solo dos de cada diez están en lista de espera por intervención quirúrgica por más de dos años, y uno de cada diez espera una consulta de especialidad por más de dos años.

Los principios orientadores de esta estrategia y de esta política son la transparencia absoluta en tiempos de espera y en retrasos en garantías de oportunidad de las Garantías Explícitas en Salud; mayor exigencia en el monitoreo y en las exigencias para exceptuar una Garantía de Oportunidad, tema que después dará a conocer la doctora Andrea Guerrero.

Asimismo, avanzar hacia un modelo de toma de decisiones que permita disminuir el riesgo de vida de los pacientes –estamos hablando del concento algoritmo-; incorporar medidas basadas en evidencia y propuestas de la Comisión Asesora Ministerial, de agosto de 2017, y enfrentar los tiempos de espera como una política de Estado.

En ese contexto, abordar los tiempos de espera resulta un desafío que se presenta en medio de un auspicioso proceso de cambio que tiene como telón de fondo los avances que hoy exhibimos y al que también se suma el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) que se destina al sector público, donde se atiende el 80 por ciento de nuestra población. Durante el 2016 por primera vez alcanzó el 4,3 por ciento, cifra similar al 4,1 por ciento que se destina al sector privado de salud.

Nos propusimos fortalecer la salud pública para que diera respuesta a las necesidades de la población. Trabajamos por lograr que la población tuviera mejor salud y calidad vida. Hicimos una apuesta por una salud con menos inequidades en el acceso y sus resultados, todo ello en el marco de un Estado comprometido y garante de los derechos en salud.

El próximo gobierno, bajo la mirada de una política de Estado, deberá continuar trabajando por reducir la espera por una atención de salud y los tiempos para acceder a una consulta de especialidad o una intervención quirúrgica en un marco de mayor transparencia y de rendición de cuentas.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Sugiero a los señores diputados que a continuación expongan la subsecretaria de Redes Asistenciales y luego los representantes de los servicios de Salud. Después pasamos a las preguntas.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra la señora Ana Gisela Alarcón, subsecretaria de Redes Asistenciales.

La señora **ALARCÓN** (doña Ana).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a todos los miembros de la comisión y a quienes se encuentran presentes.

En honor al tiempo seré concisa, entendiendo que mi presentación quedará a disposición de la comisión y podrán analizarla con mayor detalle.

Tal como señaló la ministra Carmen Castillo en su presentación, nuestro gran desafío ha sido trabajar para garantizar la equidad en acceso y los resultados sanitarios.

Los tiempos de espera no pueden analizarse ni resolverse de forma fragmentada ni disociados del modelo de atención en red con foco en los derechos de las personas. Por el contrario, están vinculados con el funcionamiento, la capacidad de oferta y la eficiencia del sistema, por lo que es fundamental para la formación de políticas públicas que ojalá sean de Estado, y no de gobierno, con foco en las personas.

En ese marco, en 2014 iniciamos un plan que se llamó Plan de Disminución de Tiempos de Espera. Comenzamos a acuñar el concepto de tiempos de espera dado que lo que más importa a la persona es el tiempo que está esperando, más allá de cuántas personas estén esperando.

El propósito fue instalar un modelo de gestión único para que se establezcan compromisos y marcos legales, sobre todo rectorías y compromisos con cada uno

de los servicios de salud, con la finalidad de avanzar en la disminución de los tiempos de espera.

La lámina siguiente detalla un resumen del plan de disminución de los tiempos de espera, que cuenta con más de siete ejes. Tiene por finalidad gestionar la demanda, resolver los problemas principalmente en la atención primaria, y de no resolverse generar derivaciones pertinentes. Asimismo, busca combinar una oferta suficiente, de modo que el sistema de atención primaria y de los hospitales se haga cargo de una demanda mayor, expresada en las listas de espera, con mecanismos de pagos suficientes, que permita hacer más eficiente la gestión hospitalaria, pero sin olvidar que el trabajo en red, que aborda la fragmentación, es lo más importante en estas situaciones.

También se plantearon nuevas reglas para el seguimiento y control del trabajo de los servicios de salud. Se trabajó en el Modelo de Integración de Redes Asistenciales (RISS) a los servicios de salud, que son parte de toda la gestión de esta subsecretaría.

También se incorporaron los tiempos de espera a los compromisos de gestión de los servicios de salud, como instrumentos o herramientas de gestión.

Se hizo una gestión de listas de espera, la cual fue auditada, al menos, en cuatro oportunidades: dos veces durante el gobierno anterior por el propio ministerio y otras dos durante este gobierno por el propio ministerio, además de la auditoría realizada por la Contraloría.

Hasta mayo de 2017, trabajamos en el plan para disminuir las listas de espera con el foco puesto exclusivamente en la antigüedad, es decir, considerando solo la antigüedad en la lista. Sin embargo, se convocó a la comisión asesora ministerial y se nos planteó un desafío distinto, cual es priorizar clínicamente a los pacientes, para lo cual debíamos generar un algoritmo de urgencia y priorización más allá de considerar solo la antigüedad en términos de los tiempos de espera.

Como en la presentación está la información, no entraré en el detalle de cada uno de los ocho grandes ejes que señalaré a continuación.

Primero, gestión de la demanda. Involucra la resolutividad en atención primaria, la contraloría clínica puesta en toda la red, la asignación de nuevos médicos en etapa de destinación y formación y la telemedicina.

Segundo, gestión de la información, con el fin de mejorar el repositorio nacional de listas de espera, que aún es el sistema de información nacional de que disponemos, el cual fue creado en 2011 y ha sido la herencia del Plan de 90 días del anterior gobierno de la Presidenta Bachelet. Se propuso cambiar el sistema de información por el Sistema de Información de Gestión de los Tiempos de Espera (SIGTE), con una plataforma interconectada y una mayor trazabilidad clínica y social, cambio que fue ratificado por la comisión asesora ministerial en mayo.

Tercero, integración de redes. No voy a profundizar en ese tema, pero es muy importante señalar la forma en que se trabajó. En este sentido, destaco la programación en red de la actividad médica en los hospitales y de la gestión; la realización de capacitación para trabajar en redes integradas de servicios de salud, con jornadas periódicas para los equipos directivos -una vez al mes- y con gestión local para implementar diferentes elementos en cada uno de los servicios de salud.

Cuarto, incremento de la oferta por medio del plan del gobierno en salud, que incluye el incremento de médicos en atención primaria de salud y los especialistas, tanto en formación como ya formados en las redes, así como también el aumento de la infraestructura, del número de camas hospitalarias y, sobre todo, de las camas críticas que son las que permiten realizar cirugías a los pacientes con mayor tiempo de espera. Además, se está trabajando en el equipamiento de las UCI y en las leyes laborales y de calidad de trabajo en salud pública, las cuales han sido aprobadas gracias al Congreso Nacional.

Quinto, incorporación de indicadores relacionados con la gestión de listas de espera, de los cuales mencionaré dos que son muy importantes: los compromisos de gestión por cuatro años -plazo establecido para no cambiarlos año a año-

respecto de los cuatro atributos del modelo de redes integradas de servicios de salud, y además, los indicadores de convenios con la Alta Dirección Pública, que firman los directores de servicios.

Sexto, medidas de eficiencia, control y seguimiento. Hemos hecho control de la programación médica de los hospitales, logrando un cumplimiento de 95 por ciento; hemos instalado un modelo para controlar, desde el nivel central, la producción de pabellones con la Unidad de Gestión Central de Quirófanos y también hemos incrementado el número de cirugías y de hospitalizaciones diurnas.

Séptimo, la rectoría realizada desde el Ministerio de Salud hacia los servicios de salud, la cual incluye normas técnicas que señalan cómo se debe registrar la lista de espera, manuales de procesos para el registro oportuno de la lista de espera, oficios instructivos referidos a la gestión de la lista de espera, los medios de verificación de que la realización es adecuada -en la carpeta acompañamos todos los instructivos de 2017 y antes de la próxima sesión haremos llegar los oficios desde 2014 a la fecha- y el monitoreo de los resultados de gestión mediante videoconferencias cada 15 días con los equipos directivos de todos los servicios de salud, en las que uno de los grandes temas ha sido cómo registrar y avanzar en las listas de espera. Además, se realizan visitas de supervisión a los servicios, el trabajo en macrozonas y las auditorías. Toda esa información vendrá en la documentación.

Octavo, transparencia de la información. Hemos enviado la glosa 6 con toda la información que nos han solicitado. Han aparecido situaciones complejas, como el tema de los fallecidos, a los que me referiré al final de la exposición, porque ya tenemos el resultado de la auditoría.

En este punto se incluye toda la información entregada por Ley de Transparencia, las cuatro auditorías -dos en el gobierno anterior y dos, de 2014 y 2015, en este gobierno-, todas las cuales tienen planes de mejora, planes de seguimiento y medidas para implementar nuevas prácticas.

Por último, estamos programando una reunión con diversos países de la Organización Panamericana de la Salud, para compartir nuestra experiencia en tiempos de espera y conocer la experiencia de ellos.

Dejaremos una carpeta con todos estos elementos de información, tanto las presentaciones como los documentos a que he hecho referencia, con el objeto de que estén disponibles para el análisis de la comisión.

Nos interesa cambiar la vida de las personas, por lo cual hacemos este gran esfuerzo para solucionar el problema de los tiempos de espera. Esta lámina muestra, como ejemplo, un correo en que se me comunicó que el problema de la paciente estaba resuelto, pero debo decir que se trataba de una paciente que durante 12 años estuvo en lista de espera, desde los 50 años de edad hasta los 62, para ser operada de una abdominoplastía y una hernioplastía, lo que ocurrió recién en diciembre pasado. Situaciones complejas como esa son las que tenemos que abordar. La señora en cuestión tuvo que bajar cerca de 50 kilos para ser operada, es decir, no era una situación clínica fácil, pero que se logró resolver.

¿Cuáles son los datos que tenemos a la fecha?

Hemos aumentado la tasa global de controles, consultas y urgencias, y también la tasa de uso en la atención primaria de salud. Esto se ha logrado, en parte, gracias a nuestros médicos EDF, cuyo número ha aumentado; al trabajo realizado con la programación de la actividad y a que ha disminuido el porcentaje de derivación de interconsulta hacia los hospitales.

Ha crecido el número de atenciones de telemedicina, teleradiología, teledermatología y teleconsulta.

Asimismo, ha aumentado el número total de consultas y las consultas de especialidad, lo que ha permitido resolver las listas de espera de mejor forma.

También, los procedimientos diagnósticos han experimentado un aumento importante sobre la base de disponer de un mayor número de especialistas en la red.

Se ha incrementado el número de procedimientos de cirugía ambulatoria y de hospitalización diurna. Es muy importante señalar que no podemos alcanzar de manera tan rápida el número deseable de camas de los países de la OCDE o de la OMS. Hemos puesto foco en la oferta, tal como se señala en el plan de tiempos de espera.

La siguiente imagen muestra la expansión de los médicos EDF destinados a la atención primaria de salud, que actualmente son 1.091. La meta para 2018 es alcanzar la cifra de 1.480. Esperamos completar las vacantes con el próximo concurso que se realizará el 30 de enero de 2018. Cada año tenemos un número mayor de egresados de medicina que participan en este gran concurso para nuevos egresados.

La siguiente lámina muestra el número de médicos especialistas que están en etapa de formación. Esperamos llegar a un número total de 4.307 al terminar este gobierno. Actualmente, 3.252 médicos especialistas se encuentran trabajando en las redes.

En la siguiente diapositiva se encuentran las leyes laborales, las cuales ustedes conocen mejor que nosotros porque las han aprobado. Actualmente, estamos en el proceso de devolver el Hospital Padre Hurtado a la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

La siguiente imagen muestra ejemplos de los cientos de establecimientos de atención primaria de salud. En relación con los hospitales, la única diferencia es que hay un hospital más que está en construcción, que es el Hospital de Quellón, de cuyo decreto ya se tomó razón. Por lo tanto, en la lámina vemos que hay uno más de entre los que aparecen en el segundo grupo.

En la siguiente lámina se puede observar el aumento de la acreditación, tanto de los hospitales de alta complejidad como de los de mediana y baja complejidad.

También hemos instalado nuevas reglas para tener un sistema más ordenado, entendiendo que el gasto en salud debe ser de calidad, transparente y eficiente. Por lo tanto, se han hecho auditorías a las sociedades médicas.

Ustedes pueden solicitar esas auditorías, si es que no están incorporadas en la documentación que estamos entregando. Todo lo que se ha avanzado en ello, las nuevas glosas presupuestarias, el sistema PERC, nuevo sistema de costeo para 25 hospitales, que lo hemos asociado al sistema GRD, para evaluar la eficiencia de cada uno de los hospitales.

Todos esos avances dicen relación con resolver la demanda insatisfecha de los pacientes que están en listas de espera.

En la siguiente lámina se puede observar la última muestra. Les quiero señalar que el informe final de las listas de espera lo vamos a entregar el 15 de enero, porque en esa fecha se realiza la última carga al repositorio nacional de listas de espera. Por lo mismo, todavía no tenemos todo el registro; por eso, este informe es de la semana pasada.

Entre las consultas médicas y odontológicas, tenemos un universo de 326.940, que son las más atrasadas y sobre las que hemos puesto el foco. De estas, ya hemos resuelto el 76 por ciento. También podemos apreciar servicio por servicio y, en colores, cómo ha sido el cumplimiento general de cada una de las respuestas frente a esto.

La siguiente lámina muestra cómo se han ido resolviendo las intervenciones quirúrgicas que estaban más atrasadas. Estas son intervenciones que llevaban esperando más de tres años y, por lo tanto, también ahí pusimos el foco. También podemos ver, servicio por servicio, cómo hemos ido dando cuenta de esta situación.

Señalo, además, que hemos priorizado, toda vez que la única priorización que habíamos realizado, además de la antigüedad de la espera, eran entre niños, niñas y adolescentes del Sename, porque consideramos que ellos son nuestra infancia más vulnerada; por lo tanto, allí priorizamos y pusimos tiempo de espera especial para ellos, y hemos logrado sacar de la lista de espera que encontramos: 7.842 en 2016, el 85,39 por ciento, que ya son casos resueltos.

Estos son los resultados macros. Cuando incluimos odontología, la lista de espera, en total, si sumamos odontología más cirugía, ha subido en 8,4 por ciento en número. Esto, comparado con marzo de 2014, significa que la consulta de especialidad subió en 3,3 por ciento; sin embargo, la cirugía ha aumentado en 47,2 por ciento.

Esto se vincula, y sobre la materia hay bibliografía de diversos países del mundo, con que el mayor acceso a especialistas genera una mayor derivación a la cirugía, sin señalar, además, que no hemos logrado poner todavía tiempos de espera suficientes para estas cirugías.

Por lo tanto, esto parte desde que el paciente comienza a hacerse los exámenes hasta la entrega del resultado del examen. En consecuencia, esta lista de espera quirúrgica aborda desde el proceso prequirúrgico hasta el posquirúrgico, y todavía no ha sido suficientemente desglosada.

Cuando observamos solamente la consulta nueva para una especialidad médica no odontológica, el número ha disminuido en 5,6 por ciento. Lo quirúrgico obviamente se mantiene igual.

Por último, respecto de los tiempos de espera, lo que nos ha interesado fuertemente, cuando miramos solamente la consulta nueva de especialidad médica, en relación con el inicio del gobierno, es que tenemos 208 días de espera por una consulta médica no odontológica. Y en cirugía tenemos 71 días menos de lo que se esperaba al comienzo, a pesar del aumento del número de intervenciones.

En la siguiente lámina se muestra que si sumamos la consulta médica y dental, la disminución de los tiempos de espera es de 158 días, y la cirugía sigue exactamente igual, esto es, en menos de 71 días.

Lo último que queremos mostrar en términos numéricos es lo que se aprecia en la siguiente lámina. Se trata de una comparación entre los períodos 2010-2013 y 2014-2017. Efectivamente, la lista de espera creció en 8 por ciento en número, tal como fue señalado al comienzo.

Sin embargo, podemos señalar que la resolutividad se incrementó en 54,4 por ciento, aumentando los egresos de la lista de espera de 5.894.367 a más de 9.100.383 en este período, esto es, a diciembre de 2017.

Eso ha significado, entonces, que si en marzo la mitad de los pacientes que estaba en una lista de espera para consultas médicas y dentales esperaba más de dos años, actualmente solo el 11,23 por ciento espera más de dos años.

Todavía no hemos logrado sacar toda la lista de espera de dos años a raíz del gráfico que les mostré, donde les decía que la última carga la tenemos el 15 de enero, pero nos va a quedar un porcentaje todavía de dos años, que ni de lejos se acerca al 50 por ciento.

Asimismo, la lista de espera de cirugía también ha disminuido desde un 40 y tanto por ciento, casi 50, a 21 por ciento hoy, respecto de los más de dos años que se esperaba en lista de espera.

En mayo de 2017, a raíz de la situación que causa conmoción pública, que es la evidencia de que hay fallecidos o personas que fallecieron estando en una lista de espera, el Ministerio de Salud convoca a la comisión asesora, con nueve salubristas expertos, cuya primera tarea es hacer un análisis cualitativo, que se basa en intentar establecer una asociación entre el motivo de la derivación, la especialidad a la que fue derivado el paciente y la causa del fallecimiento.

En el análisis se consideraron varias situaciones. Ustedes tienen este informe, pero lo agregamos nuevamente en la carpeta que les estamos entregando.

Para verlo en forma más clara, con los números, en la siguiente lámina aparece este análisis cualitativo, en el que, de 15.625 fallecidos sin resolución de interconsulta, se separaron dos grupos: los menores de 40 años y los mayores de 40 años y más.

De los menores de 40 años, analizados caso a caso, había 572 fallecidos, y para ellos se establece una posible hipótesis de asociación en un porcentaje de 37 por ciento de los casos.

En los mayores de 40 años, había 15.053 fallecidos, y lo que se hace es una extrapolación. Por lo tanto, cuando hablamos del número de 6.593, hay que recordar que es una extrapolación, porque lo que se analizó caso a caso fueron solamente 1.000 fallecidos, en los cuales en 43 por ciento se establece una posible asociación entre la causa de fallecimiento y el haber estado en una lista de espera.

La comisión termina señalando que, dada la información disponible del ministerio, no puede precisar una causalidad entre estar en lista de espera y fallecer.

Por lo tanto, se nos mandatan por lo menos dos trabajos por hacer: uno, una auditoría, que nosotros nos comprometimos con ustedes en la Comisión de Salud de mayo y luego en otra Comisión de Salud en que se volvió a analizar este tema.

El compromiso adquirido consistía en hacer auditorías clínicas, con las fichas clínicas, hechas por equipos clínicos: médicos, enfermeras, químico-farmacéuticos, que pudieran establecer, de acuerdo con los mismos criterios que señaló la comisión asesora a través del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS, de la Subsecretaría de Salud Pública, cuántos pacientes menores de 40 años habían fallecido desde 2011 a 2016, estando en lista de espera y con una eventual asociación entre haber estado en la lista y el fallecimiento.

Para ello, se pidió al DEIS el listado de pacientes y de interconsultas, pero nos interesaban evidentemente los pacientes, y fueron auditados por estos equipos clínicos, en cada uno de los servicios de salud, con un formulario que fue avalado por nuestro equipo de auditoría administrativa.

Entonces, de un total de 509 interconsultas, desde 2011 a 2016, pero que correspondían a 443 pacientes, dado que había un universo de ellos, por ejemplo, un paciente tenía 6 interconsultas; 8 pacientes, 3 interconsultas; 45 pacientes, 2 interconsultas, y la gran mayoría de pacientes, 389, solo 1 interconsulta.

Esta auditoría se encuentra a disposición de la Comisión para que la puedan consultar.

En la siguiente diapositiva se pueden apreciar los resultados. Se definieron como resultados y conclusiones de auditorías dos grupos:

Primero, aquellos pacientes que fueron atendidos y, segundo, aquellos que no, aun estando en lista de espera.

El grupo que fue atendido contempla a 417 personas de un total de 443; por lo tanto, el 94 por ciento fue atendido por una especialidad, oncología, hematología y/o cuidados paliativos; y el 98 por ciento, por otras especialidades pertinentes como cirugía, urología. En el caso de cáncer de próstata, un 2 por ciento.

¿Qué significa esto? Que había un problema de registro, porque efectivamente los pacientes estaban siendo atendidos o habían sido atendidos y seguían apareciendo en listas de espera.

El segundo grupo es de 26 pacientes, es decir, un 6 por ciento de toda la muestra que no fue atendido por la especialidad relacionada con la causa de fallecimiento. 10 de estas personas no se presentaron a la citación; tenemos cada uno de los casos desglosados en la auditoría. Uno rechazó la atención y 15 fueron excluidos del análisis.

¿A qué llamamos excluidos del análisis? A las mismas condiciones que la Comisión Asesora señaló. Por ejemplo, un paciente que encontrándose hospitalizado era incluido en lista de espera; es decir, estaba recibiendo un tratamiento y había sido puesto en lista de espera, por lo tanto, no correspondía estar en esa lista.

En otra situación, un paciente muy grave, a punto de fallecer por una causa oncológica, es puesto en lista de espera y fallece 48 horas después, estando hospitalizado.

Las situaciones están desglosadas en la auditoría y también están entregadas.

Por lo tanto, la conclusión de la auditoría permite inferir que no existe, o esta auditoría, a lo menos, no nos permite relacionar causalidad entre fallecimiento y

haber estado en la lista de espera pacientes menores de 40 años con una causa de defunción oncológica registrados entre los años 2011 y 2016, en donde se planteó por la Comisión Asesora una eventual hipótesis de asociación.

De las 443 personas fallecidas se puede indicar que 417, el 94 por ciento, estaba siendo atendida por la especialidad correspondiente y relacionada con su causa de muerte, lo que nos evidencia un problema de registro, que es también importante, por lo que hay que señalarlo así tan fuertemente.

La otra gran tarea que nos fue encomendada fue dejar de evaluar o priorizar a los pacientes de acuerdo con la antigüedad y generar un algoritmo de urgencia, es decir, un grupo de condiciones que nos permitiera decir qué pacientes podían tener mayor riesgo de fallecer estando en lista de espera, para priorizarlos de una forma distinta. Para esto se trabajó con el equipo de salubristas de la Subsecretaría de Salud Pública, quienes definieron ocho criterios para decir: “estos pacientes son más graves que el resto.” Por lo tanto, cuando se calcula el puntaje del algoritmo que ellos trabajaron, estos pacientes van a pasar por encima de los otros que no tienen estos indicadores de gravedad.

Los ocho criterios son, el diagnóstico, tumores malignos que no están en el GES, enfermedades del hígado, enfermedades cardiovasculares y lesiones autoinfringidas intencionalmente, apareciendo el suicidio como la causa más importante.

Edad y sexo, para las diferentes condiciones. En el caso de suicidio, hombres y mujeres de todas las edades que tuviesen o no una condición crónica asociada. Esto se va a permitir en el nuevo sistema, dado que el repositorio hoy nos queda chico. Pero como dije, en el nuevo sistema de gestión de información se va a poder tener una trazabilidad clínica mucho mayor.

El número de hospitalizaciones previas también va a ser considerado. El número de derivaciones que no son GES; por ejemplo, si un paciente tiene dos o tres interconsultas, lo cual puede significar que o se está agravando la situación o algo le está ocurriendo clínicamente al paciente. La presencia de otra patología, aunque sea GES; el uso de medicamentos, tres o más; y el tiempo de espera también se considera un criterio.

A futuro, se busca mirar las atenciones de urgencia, factores sociales y de calidad de vida que, en este primer algoritmo, no han sido incluidas.

El plan es actualizarlo cada 15 días, mientras sea semi-automatizado, y cuando ya lo tengamos totalmente automatizado con el nuevo sistema de gestión de tiempo de espera, la idea es actualizar el algoritmo. Es decir, la prelación de los pacientes en lista de espera se actualice una vez a la semana.

La fase 1, semi-automatizada, parte el 22 de febrero; y la fase 2, va a tomar tres meses de trabajo para tener claramente este orden de prelación señalad; por lo tanto, queda como trabajo a futuro definir cuáles son los tiempos de espera para las cirugías de oftalmología, traumatología y otorrino.

Por último, cabe señalar que en términos de gobernanza y sustentabilidad, que creemos son los dos temas grandes que quedan como desafío, sobre todo para la gestión de los 29 servicios de salud, es entregar una información que me pidieron respecto del Servicio de Salud O’Higgins. También fue entregada la carpeta a la Comisión.

El Servicio de Salud O’Higgins realizó auditorías de las cuales tomamos conocimiento a fines del año pasado. Al respecto, hay cuatro sumarios; dos del servicio de Salud, por no cumplir con todas las condiciones para subir en la lista de espera oportunamente a los pacientes que estaban en ella.

Al respecto, se nos solicitó que pusiéramos un fiscal, dado que podría involucrar responsabilidades de directivos. Ese fiscal fue puesto por nosotros.

Acerca del tema GES, la resolución ya está tomada; hay cuatro personas con formalización de cargos. Entiendo que no puedo señalar quiénes son, porque están en la fase de apelación. Mañana sería la formalización de las personas que estarían involucradas en la situación de las listas de espera GES.

Sin embargo, cuando analizamos las auditorías, encontramos necesario realizar una auditoría del período 2017 -solicitada a la propia ministra-, respecto de cómo se ha ido subiendo al repositorio, de acuerdo con todas las normas que existen, tanto instructivos como reuniones. Asimismo, que el director subrogante del servicio abra un nuevo sumario que incorpore hasta el año 2017, no solo 2016.

Todos estos documentos se encuentran disponibles en la carpeta que fue entregada a la Comisión.

Eso es todo, señor Presidente.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Gracias a usted.

¿Hay alguna otra exposición de parte de ustedes?

Tiene la palabra la secretaria técnica GES, señora Andrea Guerrero.

La señora **GUERRERO** (doña Andrea).- Señor Presidente, voy a presentar dos aspectos de monitoreo de las Garantías Explícitas en Salud.

El primero tiene que ver con el monitoreo de las garantías de oportunidad del AUGE y, el segundo, con hallazgos y medidas adoptadas de la auditoría que llevó a cabo la Contraloría General de la República a 23 hospitales del sistema.

Solo para contextualizar, respecto del monitoreo de las garantías de oportunidad, quiero mencionar que tenemos 80 problemas de salud en GES. Dentro de esos 80 problemas, tenemos un poco más de 11.000 intervenciones que son garantizadas. Estas se pueden concentrar en alrededor de 650 grupos de prestaciones, que son las garantías de acceso y una fracción de ellas son las de oportunidad, que es un poco menos del 50 por ciento. Esto que señalo es para dimensionar que el monitoreo de garantías de oportunidad es una fracción, vale decir, un porcentaje bajo respecto del total de las garantías en GES.

En esta lámina se muestra la tendencia de los cortes de las distintas categorías de clasificación de las garantías de oportunidad entre noviembre de 2013 y noviembre de 2017. Ahí ustedes pueden ver con distintos colores los diversos estados o categorías de garantías de oportunidad.

Para resumir quiero decir que si comparamos las garantías de 2013 y de 2017 se observa un aumento de 325.000 y fracción de garantías, lo que significa más de un 10 por ciento. Mejoró el cumplimiento de las garantías desde el 92,55 en 2013 a un 92,76 en 2017 y las excepciones de las garantías disminuyeron de un 4,72 por ciento en 2013 a un 3,78 por ciento en 2017 y las garantías retrasadas aumentaron de 0,19 por ciento en 2013 a 0,31 por ciento en 2017.

Debo señalar que existen varias razones que podemos plantear como causas respecto del aumento de las garantías. La primera tiene que ver con algo muy obvio, esto es que se incorporan nuevos problemas de salud en el decreto N° 4, de 2013, por lo tanto aumenta el número de problemas de salud con sus garantías de acceso y con sus garantías de oportunidad.

Otra causa del aumento de las garantías tiene que ver con un mayor uso por parte de la población, ya que está envejeciendo y sabemos que gran parte de los problemas de salud que están incorporados en GES son los que abarcan la mayor carga de enfermedades que se asocian al adulto mayor y por lo mismo van a demandar más.

Además, creemos que se trata de un factor en que, con el tiempo y en la medida en que se hacen campañas para informar a la comunidad y a los funcionarios de la red, hay mayor conocimiento y por eso también mayor uso y mayor exigencia de los derechos de salud asociados con GES.

Es importante mencionar que en el período comprendido entre 2013 y 2017 hay varios cambios en la normativa y en los decretos que van provocando los cambios y van variando esos porcentajes que les mostré en el gráfico.

Con el decreto N° 4, de 2013, se disminuyeron los tiempos garantizados para la atención en algunos problemas de salud que les voy a mostrar en la siguiente diapositiva. Por lo tanto, ahí se pone más presión a los servicios de salud y a los establecimientos puntualmente.

En 2015 entra en vigencia la circular IF N° 248 de la Superintendencia de Salud, donde se regulan y limitan mejor las causales de excepción de las garantías y esto va acompañado de un mayor control de cómo se registran para que sean efectivamente las causales de excepción que correspondan. Cuando entra en vigencia esa nueva circular se observa un efecto espejo, donde hay mayor control de la excepción de garantía, se produce una baja del número y del porcentaje de las garantías exceptuadas y un aumento de las retrasadas. Por eso, desde el punto de vista visual y estadístico, claramente hay una relación entre esa nueva normativa y los efectos que provocó en los cambios, ya que no se pudieron exceptuar garantías retrasadas y que antes aparecían como exceptuadas.

Desde 2016, a través del decreto GES N° 3, si bien no se agregan nuevos problemas de salud al GES se incorporaron nuevas prestaciones y se hicieron mejoras a algunos problemas de salud existentes y entre ellos varios relacionados con el cáncer.

En 2017 hubo un cambio en la regla de negocio para registrar las garantías en Sigges que tienen que ver con el segundo prestador privado. Eso va a generar un cambio en los reportes que se entreguen, dado que antes de esa fecha todas las garantías que estaban en segundo prestador no se consideraban dentro de los retrasos. Sin embargo, a contar de septiembre, aquellas que no han sido resueltas pasan a ser parte de los retrasos. Eso tiene que ver con un registro, puesto que Fonasa automatizó los procesos y desde su registro de segundo prestador automáticamente ingresa la información y aun cuando está en el segundo prestador privado, o sea fuera del sistema público, ellos tienen información de los que han sido resueltos y, por lo tanto, pueden descontarlos, con mayor detalle, de los retrasos.

En esta lámina aparece lo que les mencioné anteriormente. Solo como ejemplo, porque tiene que ver con algunas de las cosas que han ido cambiando en los decretos y en las normativas. En todas las intervenciones señaladas en el gráfico se bajan los plazos de las garantías de oportunidad.

En la siguiente lámina hay un resumen relacionado con un trabajo que se inició en 2017 a raíz de la revisión que empezó a llevar a cabo Fonasa. Para automatizar los procesos de registro y de clasificación de las garantías solicitaron a la secretaría técnica GES del ministerio convocar una mesa para trabajar y revisar la clasificación, dado que ellos tuvieron que empezar a limpiar, en el sentido de que había registros antiguos y cosas que no necesariamente estaban consideradas y que quedaban fuera de esa automatización. Además, existía la necesidad de revisar y si era necesario de actualizar las categorías y la clasificación de las garantías de oportunidad.

Como dije, se convocó a una mesa de trabajo, coordinada por la secretaría técnica, en donde se llegó a este algoritmo que es bastante sencillo y donde cada una de esas casillas o categorías está definida. Ello ya se entregó y pasó a producción el 1 de enero de 2018; es automático y permite visualizar inmediatamente, sin procesos manuales, el estado de las garantías y cada servicio de salud también lo podrá ver directamente. Por lo tanto, ahí, en la última columna, del color más púrpura, las categorías son vigentes, retrasadas, cumplidas, exceptuadas, y en esta última se mantienen las causales que están en la circular que les mencioné antes de la superintendencia, pero se agrega un par y además se señala, como condición *sine qua non*, por así decirlo, que no se puede exceptuar una garantía fuera de plazo para evitar que las retrasadas pasen a esconderse o invisibilizarse como exceptuadas.

Por lo tanto, en el sistema automático es imposible exceptuar una garantía fuera de plazo y ahí también hay un mayor control de ese tipo de garantías.

Las dos últimas categorías tienen que ver con las garantías que están fuera de plazo. Aun cuando el paciente haya sido atendido o no, en este caso, como es garantía de oportunidad, queda como incumplida. Distinto es si evaluamos garantías de acceso, que eso habría que analizar, pero en este caso, como se

evalúa garantía de oportunidad, aun cuando la persona haya recibido la atención, si fue fuera del plazo establecido en el decreto, quedará como incumplida.

En esta lámina figura el monitoreo de las garantías que mencioné, donde se presentan los hallazgos, los avances y seguimientos que se han hecho a la auditoría que realizó la Contraloría a 23 hospitales.

Es importante mencionar que de los 110 hallazgos una gran proporción de ellos se daba solo en un establecimiento -ahí está la tabla donde figuran algunos ejemplos- y en su menor cantidad eran transversales, como se menciona en el informe de la Contraloría, para dimensionar los problemas reales y dónde se focalizan. Serían aquellos hallazgos transversales.

En la presentación se observa el ejemplo de un hallazgo asociado a un solo establecimiento y tiene una frecuencia de 50. Por lo tanto, cerca de la mitad están asociados a un solo establecimiento.

En la siguiente tabla se muestran aquellos hallazgos que tuvieron mayor frecuencia. Las observaciones con mayor porcentaje en el total de establecimientos fiscalizados son ausencia de elaboración de formulario de constancia e información al paciente GES, pacientes con garantías exceptuadas dentro del plazo sin la prestación otorgada, falta de registro en la ficha clínica que justifique la excepción de garantía, falta de confección de los formularios de excepción de garantía y garantías mal exceptuadas. Esto, de alguna manera, muestra la importancia que tiene llevar a cabo un control sobre la excepción de garantía, materia que ha estado trabajando el ministerio y que también se ha considerado en la nueva nomenclatura.

Producto del resultado de esta auditoría el ministerio inició un seguimiento, donde se solicitaron planes de acción. Desde agosto de 2017 se ha llevado un control bimensual, que involucra a 22 servicios de salud y 23 hospitales.

Además, el monitoreo se realiza en tres ámbitos: cumplimiento de los hallazgos transversales, cumplimiento de los planes de acción que se presentaron y seguimiento de los sumarios solicitados tanto por la Contraloría General de la República como por cada servicio de salud. De los 23 informes finales, la Contraloría General de la República ya ha realizado catorce informes de seguimiento, en los cuales se evidencian hallazgos subsanados.

En cuanto al cumplimiento de diez hallazgos transversales indicados en el informe de la Contraloría, se observa en la presentación que la mayor parte de las observaciones tiene un cumplimiento de un ciento por ciento, con excepción de la observación Ausencia de elaboración formulario constancia e información al paciente GES, con un 91 por ciento de cumplimiento. Por lo tanto, hay un 9 por que aún no cumple. Lo otro tiene que ver con pacientes ingresados en la lista de espera con fecha igual o anterior al 31 de diciembre de 2012, con un 76 por ciento.

Respecto del cumplimiento de los planes de acción, al 31 de octubre de 2017, de las 284 observaciones hay un cumplimiento del 72 por ciento, pero este trabajo continúa. Por lo tanto, se espera llegar al ciento por ciento del cumplimiento de los planes de acción.

Sobre los sumarios, con ocasión de esta auditoría se han iniciado catorce procesos sumariales, en diez establecimientos. De ellos, cinco fueron solicitados por la Contraloría y los nueve restantes por los servicios de salud. Siete están en investigación, cinco sobreseídos y dos cerrados.

Señor Presidente, este es un resumen del estado de situación de las garantías explícitas en salud.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Gracias, doctora.

Tiene la palabra el diputado Javier Macaya.

El señor **MACAYA**.- Señor Presidente, en primer lugar, parto con una preocupación pues esta comisión tiene un plazo muy acotado. Ha transcurrido alrededor de la mitad de la primera sesión y quizás se confirman las aprensiones que tuvimos con la diputada Rubilar y con su señoría al momento de anunciar la

creación de esta comisión investigadora, en términos de que escucho las explicaciones del Ministerio de Salud y prácticamente no difieren un ápice en todas las historias que hemos escuchado en estos cuatro años respecto de lo que ocurre con las listas de espera y su gestión en nuestro país.

Veo una mirada donde se plantea con distintos colores cómo los servicios de salud van a tener acceso a cierta información, pero no veo cómo se empodera al paciente, cómo el usuario que está en una lista de espera va a tener acceso a esa información. Siempre hemos dicho que el empoderamiento del paciente, probablemente, es la vía más eficiente para controlar cuando hay una garantía retrasada, incumplida o mal exceptuada.

Tal vez puedo haber entendido mal, pero me parece que se habló de formalizaciones.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Mañana, cuatro.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Se habló de sumarios administrativos.

El señor **MACAYA**.- Perfecto. Hago esta observación porque cuando con la diputada Rubilar, el senador García-Huidobro y otros fuimos a la justicia criminal lo hicimos pensando en que había una vía más eficiente. Hemos tenido información directamente del Ministerio Público donde se difiere absolutamente del concepto, a mi juicio es el más grave de la presentación, respecto de que según la visión del Ministerio de Salud no hay relación de causalidad en casos mal exceptuados, estar en una lista de espera y el posterior fallecimiento.

Desde mi punto de vista, las razones son casi curiosas, porque se dice que de las 443 personas fallecidas –página 42 del último informe que leyó la subsecretaria- se puede inferir que 417 personas se encontraban con atención de especialidad.

El hecho de encontrarse con atenciones de especialidad no dice relación con que finalmente a esa persona, en alguna prestación que se le haya tenido que aplicar, no haya sido notificada, haya sido mal notificada, no haya sido habida.

Al revisar el informe de la Contraloría General de la República, particularmente en el caso de la Región del Libertador General Bernardo O´Higgins, me encuentro con la siguiente información. Se detectaron siete casos de pacientes que fueron exceptuados el mismo día que vencía la garantía de oportunidad; once pacientes fueron exceptuados por inasistencia tras una citación, en circunstancias de que correspondía realizar dos; se detectó que en veintiocho garantías exceptuadas, equivalentes al 36 por ciento de los casos analizados, no se había prestado la atención requerida hasta la fecha de corte de la fiscalización; se constataron inconsistencias en las causales de egreso registradas en el repositorio nacional; que de acuerdo con lo informado por el Hospital de Rancagua, el promedio de días de espera para una intervención quirúrgica en 2014 y 2015 fue de 853 y 440 días respectivamente.

Es decir, plazo que claramente no se enmarca dentro de lo establecido en las garantías.

Señor Presidente, veo poca autocrítica, y esa es mi principal preocupación.

Esta comisión, por razones de Reglamento, debe emitir su informe antes del 11 de marzo, lo que probablemente nos va a hacer trabajar en febrero y marzo. De lo contrario no vamos a llegar con el informe. Además, se sigue con un ritmo de nula autocrítica, con presentaciones largas, con muchos números, sin analizar caso a caso. Ojalá se hagan cargo de lo que dice la Contraloría en su informe.

La próxima semana vamos a recibir al fiscal regional que tiene información que, a mi juicio, es donde debe centrarse el eje de discusión de la comisión.

Estimo que la discusión no debe ir en la línea de que esto es desde 2010 al 2014 o que es culpa del gobierno anterior o cómo lo han hecho perfectamente en este gobierno. Reitero que me da lo mismo si es un problema de este, del anterior o del próximo gobierno, porque probablemente el tema va a continuar durante la siguiente administración, y entonces deberemos seguir con la misma fuerza fiscalizando y analizando la situación.

Como dije, me parece una presentación sin autocrítica y con cero humildad. Al revisar las declaraciones de una persona importante del servicio de salud de mi región, el doctor Felipe Rojas, señala que no se puede establecer relación de causalidad entre una mala exceptuación, la no entrega de prestación y el fallecimiento de pacientes.

Se han encontrado fichas de pacientes en los cajones; no se notificó a personas que debieron ser atendidas. Por lo tanto, con autocrítica, con un poco de acuerdo respecto de que hubo errores que se pudieron solucionar, seremos capaces de construir para el futuro.

Con dolor señalo que estas instancias –tal vez esta es la tercera o cuarta comisión que se crea en esta materia- no me dan muchas esperanzas. Le tengo más fe a lo que pueda hacer ahora y en el futuro el Ministerio Público empoderado en revisar, interrogar y requerir información con el auxilio de la fuerza pública. Creo que está haciendo un trabajo que va a generar un cambio más radical.

Reitero, el eje fundamental de las soluciones tendrá que estar orientado en empoderar al paciente, que ellos y sus familias conozcan la información. En Chile debería bastar con incorporar el RUT para saber en qué parte de la cadena se encuentra y ver de qué manera la persona es capaz de solucionar su problema de salud.

Señor Presidente, no me quedo conforme. Creo que esta presentación no difiere de las que hemos visto del Ministerio de Salud a lo largo de estos cuatro años.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a la ministra Salud, a la subsecretaria de Redes Asistenciales, al director del Servicio de Salud Metropolitano Norte y a todo el equipo que lo acompaña.

Concuerdo con que es muy acotado el tiempo que tenemos para esta investigación, pero, sin duda, este tema ha marcado todo el año. En ese sentido, la subsecretaria ha dicho: “Ustedes nos solicitaron desarrollar una auditoría”, pero esa solicitud la hicimos desde la Comisión de Salud. De hecho, a partir de ello se constituyó una comisión especial y la subsecretaria nos ha comunicado las resoluciones que se han tomado. Hemos ido haciendo seguimiento a los distintos pasos y esfuerzos que ha hecho el Ministerio de Salud por buscar resolver una situación que la propia ministra ha reconocido no solo en esta comisión, sino públicamente.

Esta es una pequeña muestra de una crisis mucho más profunda de la estructura del modelo de salud, el que claramente -el diputado Macaya dice que no se trata de echarle la culpa a uno u otro gobierno- se viene arrastrando desde hace muchísimos años, y han habido voluntades más y voluntades menos para avanzar en función de cambiar el modelo de fondo, porque no da abasto para atender las necesidades de toda la población.

En ese sentido, la mercantilización de la salud da cuenta de que hay pacientes de primera y de segunda categorías. Por consiguiente, el que tiene recursos puede ser atendido a tiempo en un lugar donde puede pagar y el que no los tiene debe esperar con las condiciones que le ofrece el sistema público, porque no solo hay problemas de gestión, sino también en otros ámbitos del financiamiento. De hecho, la deuda hospitalaria no ha crecido de la nada.

Entonces, quiero poner la discusión ese contexto, porque esta comisión –esto también hay que transparentarlo- surge a raíz de un informe de la Contraloría que empata la oposición cuando señala que deberíamos ver también cuáles son las “yayitas” de este gobierno, y sin duda, este gobierno debe tener errores en ese aspecto…

El señor **RATHGEB**.- ¿Y qué dijo el contralor?

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- A partir del informe de la Contraloría, se establece la particularidad de…

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Fue un sumario.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Sí, pero se fusionaron dos comisiones investigadoras. La que solicitamos tenía como origen lo que ocurrió en el gobierno de Sebastián Piñera entre 2011 y 2013, a propósito de lo que sucedió en Maruri. Lo recuerdo, porque esa situación se empató con una comisión investigadora de la oposición para ver qué hizo este gobierno. Es bueno que se diga lo que ha pasado en este gobierno, en relación con los esfuerzos que se han hecho para disminuir los tiempos de espera, a pesar de que yo misma he dicho permanentemente, siendo parte de este gobierno, que los esfuerzos todavía son insuficientes y que claramente hay que hacer mucho más.

Pero los errores que haya cometido este gobierno no tienen comparación con lo que realmente debemos analizar, que tiene que ver precisamente con qué ocurrió con el repositorio nacional en las fechas indicadas, a propósito de que la Contraloría establece que se eliminaron personas de las listas de espera. Frente a esa situación, el director del hospital de ese entonces, señor Vásquez, y el director de Maruri no son los únicos responsables, porque en ese caso hubo una determinación política. El repositorio nacional no se va a borrar por la determinación de un director de un recinto hospitalario, que era un médico recién egresado en Maruri, o del director del hospital señor Vásquez. Eso se determinó por una decisión política desde el Ministerio.

Entonces, aprovechando que la ministra se encuentra aquí presente, quiero que nos entregue todos los antecedentes que, como ministerio, han encontrado en ese período a propósito de lo que significó enfrentar ese proceso.

He hablado con el actual director del Hospital San José, quien indicó claramente que la única manera que se ha tenido para acceder a los pacientes que fueron borrados unilateralmente por secretaría para decir que se habían eliminado las listas de espera, es que estos lleguen a reconsultar, porque dentro del hospital ni siquiera había un listado.

En consecuencia, quiero saber si esa situación efectivamente es así y cuáles son los esfuerzos que ha hecho el Ministerio en este periodo presidencial para resolver explícitamente lo ocurrido con las aproximadamente 30.000 personas eliminadas del repositorio, las que fueron atendidas de una manera que no correspondía.

Asimismo, la auditoría también identifica el pago de boletas de servicios que no fueron prestados en Maruri. Entonces, quiero saber dónde está la responsabilidad de aquello. Además, si se ha hecho algún esfuerzo para identificar a las personas que han muerto por haber sido borradas directamente, de manera de saber cuántas de ellas ha habido en el periodo 2011 a 2013, porque no solo hay implicada una responsabilidad política, sino también criminal.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¡Y de este gobierno ni una palabra!

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Arriagada.

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

Es importante contextualizar por qué estamos en esta comisión investigadora, pero no en el plano político. El país es una comunidad con una población de adultos mayores que aumenta significativamente y con estilos de vida poco saludables que hacen que la disposición a enfermarse sea más acelerada que tiempo atrás.

En ese contexto, el hecho de que en la salud pública se adopten todas las medidas siempre será insuficiente si no hay un cambio importante al respecto. Esto no lo digo para defender los esfuerzos que se hacen, sino porque esta situación requiere una mirada de Estado mucho más profunda para enfrentar el problema.

No se trata de defender al gobierno o de ocupar esta comisión como una instancia para demostrar determinada ineficiencia. A pesar de todos los esfuerzos demostrados, si se va a notificar a una persona que falleció hace seis meses que por fin tendrá una solución a su problema médico, demuestra que los esfuerzos han sido insuficientes desde el punto de vista de la gestión hasta en cosas tan

simples. Por ejemplo, en el Registro de Vehículo Motorizados se puede conocer automáticamente todos los detalles al momento de sacar o renovar la patente, como también las infracciones. Perfectamente, el Instituto Médico Legal o el Servicio de Registro Civil podrían proporcionar la información correspondiente a través de la red para que ninguna persona sea menoscabada de esa manera, porque, insisto, muchas veces se comunica que van a operar a un paciente que falleció seis meses atrás. Eso ocurre, pues tengo antecedentes.

Entonces, es muy importante que la ciudadanía cumpla verdaderamente un rol en esta situación. No se trata de que tengamos que poner en duda cómo se han estructurado los argumentos para defender el esfuerzo del gobierno, sino cuán amigables son con la ciudadanía, para que esta entienda que todavía hay zonas grises.

La diputada Cariola se refirió al modelo de mercado de la salud pública y a su diferencia con la salud privada, en la que se atienden aquellos que pueden pagar, pero, tal vez, el gran fracaso de este gobierno y de todos los anteriores es que una forma de solucionar los problemas ha sido fortaleciendo al sector privado. Cuando se está comprando cantidades de soluciones al sector privado, claramente se está fortaleciendo ese modelo y no resolviendo el tema de fondo. Además, cuando se habla de zonas grises, estamos diciendo que sería tremendamente importante que, además de todo lo que se ha señalado respecto de la transparencia absoluta, como indicó la ministra en su enunciado, haya reglas de seguimiento y la aplicación de la glosa seis, que mencionaba transparencia ciudadana e información al Congreso, entre otros. Por ejemplo, la forma como se estructura el cronograma de soluciones de las sociedades médicas, es un factor que la ciudadanía no conoce y que nadie sabe cómo se determina.

Los cientos de miles de pacientes que llevan más de cinco años esperando una solución en los Hospitales Padre Hurtado y Sótero del Río evidencian que existe una zona de discrecionalidad que no está contemplada en la estructura de solución que nos presenta el gobierno, zona de discrecionalidad que debe ser investigada por esta comisión. No nos podemos resignar a que en esta ocasión no sea así, sino que debemos llegar al fondo del asunto, tocando todos los temas.

Me queda más que claro que es urgente reformar el sistema de salud. Valoro enormemente los esfuerzos que se han hecho durante estos cuatro años, pero también debemos ser capaces de reconocer que hay problemas que no hemos resuelto y que afectan a miles de personas, por ejemplo, de La Legua, zona que represento, quienes diariamente recurren a nuestras oficinas con la esperanza de que podamos contribuir a resolver sus problemas, pero lamentablemente a veces no se logra.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Recabo el acuerdo de la comisión para continuar excepcionalmente mañana, de 16.30 horas a 18.30 horas, con el propósito de escuchar a los tres directores de servicio que están pendientes.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Gustavo Hasbún.

El señor **HASBÚN**.- Señor Presidente, al igual que al diputado Macaya, me preocupa la autocrítica, porque en la exposición se habla de avanzar hacia un modelo, sobre el cual no hay claridad. El mejor ejemplo de ello es que se declaró desierta la licitación sobre soportes tecnológicos para las listas de espera. El proceso de licitación de los servicios de implementación de migración de datos, operación de soporte, gestión, cambio y mantención evolutiva en las listas de espera se declaró desierto. Son 960 millones de pesos. Hace algún tiempo, me referí al respecto en la Comisión de Salud, pero nadie me respondió y aún no tenemos respuesta. Me preocupa, porque, a diferencia de quienes son de la idea de sacar dividendos políticos, creo que hay que ver cómo solucionar el problema. No hay peor enfermo que aquel que no quiere reconocer su enfermedad. Ese es el primer punto. Mientras no seamos capaces de reconocer que estamos viviendo una situación crítica y que tenemos que buscar una solución definitiva con

políticas públicas de Estado y no de gobierno, estaremos partiendo con el pie izquierdo.

Hablamos de monitoreo, control, fiscalización y supervisión; sin embargo, en todos los hospitales hay una situación irregular respecto de las listas de espera. Es un tema recurrente y permanente a lo largo del país. Por lo tanto la pregunta es a qué monitoreo, control, fiscalización o supervisión se refieren. Hace algún tiempo escuchamos al director del hospital regional de Temuco, quien vino a exponer sobre las listas de espera en su recinto hospitalario, una de las más grandes del país. Y la razón estaba en que tenía un conflicto con el entonces jefe del Servicio de Salud de la Araucanía Sur. El hospital llevaba seis años esperando la construcción de pabellones y aún no se resolvía el problema. El director del servicio habría privilegiado seguir contratando prestaciones privadas para cumplir con la ley, a pesar de que, de acuerdo con lo dicho por el director del hospital, se ha gastado cinco veces el valor de la construcción de los pabellones. También reconoció que el problema no era de equipo, ya que entonces contaba –según decía- con los médicos, pero no con la infraestructura.

Sabemos que hay un problema, pero la pregunta es cómo resolverlo. Necesitamos voluntad política para entender que la situación no da para más, que finalmente se juega con la vida de la gente; sin embargo, las cifras nunca están claras. Se publican unas cifras en los medios de comunicación, aparece el gobierno publicando otras y, al final, la Contraloría corrige al gobierno y a los medios de comunicación y saca cifras distintas. Y nadie tiene claridad.

Me parece que lo primero es reconocer que hay un problema, y creo que esto no se ha hecho. La idea de las comisiones investigadoras no es solo buscar responsabilidades de carácter administrativo, sino también soluciones a las crisis que generan la creación de estas comisiones. Sin embargo, en esta ocasión no hay ninguna propuesta concreta para solucionar la situación que estamos viviendo.

Eso es lo que me preocupa, y no tiene que ver con que la ministra y la subsecretaria sean responsables. No, en este caso no hay responsabilidades, lo que queremos es ver la forma de solucionar el problema. Este es un problema país, que tiene que ver con algo que muchos hemos olvidado, que es el derecho a la vida de las personas. Cada vez que se trasgrede la ley, se vulneran derechos, especialmente el derecho a la vida de las personas que se atienden por el GES.

Nada resolveremos si seguimos actuando de la misma forma frente a este problema, jugando con la vida de la gente. Insisto, esta situación es permanente, porque no existe una política de Estado en materia de salud.

En relación con las situaciones críticas que se han vivido en algunos hospitales, como en el caso de Rancagua, se anunciaron querellas. Me gustaría saber si se presentaron esas querellas. Entiendo que no; pero si se presentaron, lo quiero saber. Entiendo que algunos parlamentarios y también el Ministerio de Salud las presentaron. Por eso me gustaría saber qué se resolvió.

Insisto, cuando hay situaciones anómalas, se violan las garantías constitucionales que tienen relación con el derecho a la vida. Eso no se nos puede olvidar. Por lo tanto, si hay inescrupulosos, si hay irresponsables, quiero saber qué medidas ha adoptado el Ministerio de Salud, sobre todo después del anuncio que hizo el gobierno de presentar querellas criminales contra quienes resulten responsables.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, me sumo a la pregunta del diputado Hasbún. Entiendo que hay solo una denuncia. ¿Por qué no se concretó la querella, que fue anunciada con bombos y platillos desde La Moneda, por la vocera de gobierno, pocos días antes de la elección?

Solicito que el informe de auditoría, que señala que se hicieron auditorías clínicas que desecharían la tesis de una relación de causalidad entre la espera y el fallecimiento, se envíe a la comisión asesora ministerial, que elaboró el informe

anterior, y que concurra a nuestra comisión alguien de esa comisión asesora, ya que -me imagino- algo tendrán que opinar sobre la auditoría que desecha la posición inicial.

Asimismo, solicito que asistan los auditores que elaboraron ese informe. Quiero conocerlos; quiero saber los nombres y los apellidos de quienes auditaron las fichas clínicas y determinaron que no había relación entre ambos factores. Quiero saber quiénes son, de dónde son y si acaso es un grupo de auditores por cada hospital. Quiero que vengan, quiero conocerlos y que demuestren cómo hicieron el informe.

Tengo profundas dudas de que no exista ninguna relación de causalidad entre el tiempo de espera y el fallecimiento de los pacientes, sobre todo en relación con enfermedades como el cáncer o de alto riesgo. Dudo mucho que una atención de especialidad sea la solución para un paciente que tiene cáncer o alguna enfermedad grave. Como médicos, sabemos que una atención de especialidad no garantiza, bajo ningún parámetro, la salud de los pacientes.

Por lo tanto, hay que investigar profundamente lo que pasó en el Hospital San José con los pacientes derivados al policlínico Maruri, que en su momento fue denunciado en la Fiscalía por las autoridades del gobierno anterior. En esa ocasión, se pidió la renuncia al director del Hospital San José y se adoptaron las medidas administrativas correspondientes. Tanto es así que antes de las elecciones presidenciales -motivo de exacerbación-, detuvimos el resultado de un sumario solicitado dentro de otro por el propio Ministerio de Salud de la época. Es decir, no se trató de un simple informe de la Contraloría de último minuto, sino que el resultado –repito- de un sumario que se demoró cuatro años entre las apelaciones y todo el proceso.

Aclaro el tema para que no exista confusión en la información respecto de lo que se solicitó, porque –insisto- el resultado fue un sumario. Eso fue lo que se informó un poco antes de las elecciones presidenciales de las que, como dijo el contralor, se intentó sacar un rédito político de una utilización política. Lo dijo el propio contralor, a quien le podrán preguntar porque lo tendremos en la comisión como invitado.

Asimismo, solicitar que el análisis realizado a los informes de la Contraloría por parte de la doctora se envíe al señor contralor para que él pueda entregar su apreciación al respecto. Incluso más, saber si el informe que ellos realizaron de los 23 hospitales concuerda o no con lo que informa el Ministerio de Salud.

En el caso del Hospital Regional de Rancagua existe una auditoría, más allá del informe de la Contraloría. Es decir, salió un informe realizado por la propia Contraloría –una muestra pequeña, porque los números que se muestran desde ese análisis son pocos- y posteriormente la Unidad de Auditoría Interna hizo una auditoría y los resultados son bastante contundentes respecto de la materia.

Por ello, solicito que concurra a la comisión la persona que realizó dicha auditoría a fin de que nos explique los problemas que se detectaron, porque hay denuncias de irregularidades en el Hospital Regional de Rancagua desde 2015. Tengo copia de algunos *emails* que denuncian estas anomalías respecto del programa de las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Entonces, cuando la Superintendencia cambió su circular respecto de qué se puede exceptuar y de qué forma, si bien lo hizo, al parecer, nunca fiscalizó su resultado. Por lo tanto, solicito que concurra el superintendente de Salud para que nos diga cuáles fueron las medidas de fiscalización que se adoptaron al respecto, porque no basta con que dé a conocer una circular si después no fiscaliza si se cumple o no con los resultados.

Me preocupa que esto finalmente termine en saber cuántos murieron en el gobierno del presidente Piñera o cuántos se murieron en el gobierno de la Presidenta Bachelet.

Solo en términos del programa de las Garantías Explícitas en Salud (GES) garantizado por ley, desde que se inició el Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE), hay alrededor de 11.000 personas fallecidas que se

encontraban en lista de espera, hasta 2016. Información que fue entregada por la propia directora del Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Obviamente, en ese grupo había pacientes que fallecieron esperando lentes o una cirugía de cataratas, pero también pacientes que fallecieron esperando un tratamiento de cáncer.

Lo que espero del trabajo de esta comisión, que será muy breve, es al menos dejar sembrado lo que debemos hacer a futuro para que esto no siga pasando. Esta no es una competencia de quién es más o menos culpable, sino de lo que vamos a hacer para que esto no se vuelva a repetir.

Por último, señalar que me preocupa el tenor de la discusión que se pueda dar, como lo hice saber en un medio de comunicación. Tengo poca esperanza en los resultados del trabajo de esta comisión investigadora, porque creo que ambas se hicieron al calor de una elección presidencial para tratar –por parte de algunos- de quitar votos por un lado o por el otro. Lo cierto es que le tengo más fe a lo que pueda hacer la Fiscalía al respecto. Por eso, agradezco la invitación al fiscal señor Emiliano Arias, a quien aprovecho de felicitar por la espléndida labor que está realizando.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría a acuerdo para que mañana, a las 16.30 horas, pueda ser invitado el o los responsables de la comisión asesora que evacuó el informe de fallecimiento?

Acordado.

Me gustaría que el Ejecutivo nos aclarara lo siguiente, puesto que no comprendí bien si en el informe que entregó la subsecretaria aludió en la auditoría clínica a los mayores de 40 años. Entiendo que fue sobre menores de 40 años.

Saber qué ocurrió con ese otro segmento de fallecidos, que tiene mayor asociatividad entre la causa de espera y el fallecimiento. Según el informe, de los 539 casos, el 81 por ciento corresponde a consulta de especialidades y otros porcentajes, como 12,3 y 6,3 por ciento, a cirugías y procedimientos. Es decir, superaba el grupo de menores de 40 años, por lo que resulta obvio saber qué pasó con ellos. Es un punto relevante que hay que dilucidar, porque ya pasaron cinco meses del informe.

Respecto de la glosa 6, le pregunté sobre esa materia a la presidenta de la Comisión de Salud. No sé si lo pudo precisar o no, pero acá se encuentran presentes varios miembros de la comisión.

Cuando en noviembre de 2016 se elaboró la Ley de Presupuestos de 2017, se solicita que el Ministerio de Salud entregue información desglosada semestralmente según sexo, grupo de edad, incluso por sus grupos de menos de 30 días, más de 30 días, menos de 60 días, más de 60 días, en fin, una subcategorización en los tiempos de espera a contar de 2017 en adelante por prestador, por servicio de salud y por zona geográfica, incluso, en patologías del programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) que no son del programa, a la Comisión Mixta de Presupuestos y a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado de manera sistemática. Incluso, otro acápite de la misma glosa señala que trimestralmente también debe haber una información de la evaluación de las metas cumplidas por parte del Ministerio de Salud informadas a los órganos legislativos.

Al respecto, no tengo claro si finalmente esa información llegó o no. Entiendo que la información puede estar publicada, pero la disposición dice que debe ser enviada a la Cámara de Diputados y al Senado.

Me gustaría que nos precisara lo que sucedió en ese sentido.

Por último, si de acuerdo con los informes del ministerio había 1.600.000 consultas de especialidades en espera en septiembre de 2017, 283.000 intervenciones quirúrgicas que no pertenecían al programa GES en espera y 9.025 retrasos en dicho programa, qué ocurrió con esos hechos. ¿Cuál es la acción que se está emprendiendo al respecto? Comprendo que existe una disminución en los tiempos de espera, pero los volúmenes en términos de número de pacientes es igual o un poco superior.

En cuanto al retraso en la atención de los pacientes del programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), quiero saber qué acción se ha emprendido respecto de su calificación. ¿A qué obedece?

La señora **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, ¿alcanzaremos en el tiempo que nos queda?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tenemos tiempo hasta las 17.30 horas.

Tiene la palabra la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gisela Alarcón.

La señora **ALARCÓN** (doña Gisela).- Señor Presidente, para que logremos avanzar en la discusión más detallada solicitada por la mayoría de los diputados, es muy difícil no volver a señalar, una y otra vez, lo que ha hecho este gobierno en términos de la disminución en los tiempos de espera. Muchas veces hemos señalado que es insuficiente, pero no por ello lo vamos a desconocer.

En primer lugar, creo que es importante reconocer la labor realizada, y cuando uno habla de políticas de Estado será el próximo gobierno quien tendrá que seguir profundizando en la materia, pero desconocer lo que se ha hecho, no mejora la salud de los ciudadanos.

Efectivamente, hemos demostrado que, en consultas médicas, ha disminuido el número de pacientes; sin embargo, ha aumentado en consultas dentales. Al respecto, hay que señalar que lo hemos separado, porque la consulta dental no estaba tan sistematizada en el gobierno anterior como en este gobierno, pero no quiero que se tome como una crítica. Lo señalo, porque hemos avanzado en un mejor registro respecto de las listas de espera, desde 1990 hasta la fecha.

En segundo lugar, respecto de la pregunta de la glosa 6, esta ya está informada. Lo que no se informó en el mes de octubre o noviembre es qué era lo que pasaba con el GES, y no solo en los GES. Esto se dio justamente porque dado que Fonasa estaba cambiando sus reglas del negocio, y estaba cambiando la información respecto de cómo automatizar o no automatizar, no podíamos, en ese minuto, entregar la verdadera información.

Octubre fue el mes que no tuvo GES, es lo que me acaban de señalar en relación con la información de las glosas. Las otras glosas fueron enviadas.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- No aquellas relativas a los fallecidos.

La señora **ALARCÓN** (doña Gisela).- Respecto de los fallecidos hay un tema de cómo se informa. Justamente, la comisión asesora, a la que hacía referencia la diputada Cariola, dio una información. Luego, se hizo una reunión de una comisión de salud para ver cómo informábamos aquella información, porque justamente nosotros tuvimos una forma de informar que fue criticada por ustedes, como Comisión de Salud, dado que no era el reflejo de lo que decía la comisión asesora, por lo que quedamos en generar un mecanismo para ver cómo se informaba, dado que los números eran distintos y se había producido una especie de conmoción pública cuando los números no correspondían a los que nosotros teníamos respecto de lo que la comisión asesora dijo que había que informar. Ello explica por qué no ha sido informado.

En ningún momento he querido decir que nosotros hemos hecho todo bien, ni que no ha habido errores, ni que podemos hacernos cargo de lo que ocurre en cada uno de los hospitales de nuestro país, pero sí quiero señalar con mucha fuerza, y lo seguiré haciendo, es que hemos trabajado estos cuatro años por disminuir los tiempos de espera, y eso se ha hecho; lo que no se había hecho antes, y entiendo que se seguirá trabajando y haciendo el esfuerzo en ese ámbito.

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

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, quiero señalar que la petición de la diputada Rubilar podría ser potente, si se considera que tienen que venir los 28 auditores de los 28 servicios de salud, dado que ocurrieron las muertes de estos jóvenes, menores de 40 años, en todos los servicios de salud del país, menos uno, que no tenía fallecido menor de 40 años.

Si lo estiman a bien, nosotros tendríamos que contactarlos rápidamente para que el próximo lunes puedan estar presentes estos 28 auditores para que puedan conocer la versión oficial.

Sobre el contralor no tenemos ningún problema, y vamos a enviar la auditoría que nosotros efectuamos, para que opine y para que dé su opinión respecto de la materia.

También, si lo requieren, puede estar presente el fiscal que hizo la auditoría respecto del Servicio de Salud O'Higgins.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene que hacerlo, porque tienen exposición programada para mañana.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, respecto de la petición del diputado Macaya de empoderar a la población obviamente, quiero señalar que el Sigte, en su nueva versión informática que estamos instalando, la idea es que a las personas, a través de su propio RUT, tal como ocurre en Suecia y otros países, y dado que esta modalidad no existe en Chile ni en América, se las empodere para que precisamente, a través de su cédula, pueda saber en qué condiciones está en la lista de espera y así transparentar absolutamente cómo se está trabajando y evitar todo desconocimiento.

Incluso, estamos trabajando para contar con personas que vayan acompañando a quienes están en listas de espera, para que puedan informarles respecto de los distintos avances referentes a su condición en el registro.

Sé que podemos tener situaciones que son criticables, y en eso asumimos toda nuestra responsabilidad, pero en algo sí queremos dar una respuesta y que consideramos que debe trabajarse como política de Estado; lo señalé en la introducción: no tenemos temor en transparentar cualquier situación.

Por lo tanto, si el diputado Arriagada tiene datos, nos interesa conocerlos, porque teníamos entendido que ya habíamos acabado con la situación tan dramática de consultar por una interconsulta, y saber que alguien ya había fallecido.

En la misma línea, finalmente el Registro Civil está en línea con nuestro sistema, por lo tanto, desde comienzos de mes, automáticamente se informa respecto de los fallecidos y su retiro de las listas de espera.

Sería interesante que, como ustedes son buenos fiscalizadores, nos envíen todos los antecedentes para mejorar la modalidad que estamos implementando.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Sugiero a la Comisión citar al jefe de auditoría del Ministerio de Salud y al jefe de la comisión asesora de listas de espera y fallecidos.

Tiene la palabra la diputada señora Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, es de público conocimiento las críticas que realizaron parte de miembros de la comisión asesora respecto de las no acciones que se habían realizado en el Ministerio después de este informe.

Por lo tanto, a mí no me basta solamente con la asistencia del presidente de la comisión asesora, que al parecer entiendo que es parte del Minsal.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Puede dejar los nombres de inmediato?

La señora **ALARCÓN** (doña Gisela).- Están en el informe de la comisión asesora.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Respecto de los 28 auditores, no sé si es necesario que vengan todos, pero sí tener conocimiento de cada uno de quienes hicieron este informe; saber quiénes son, dónde trabajan, qué profesión tienen, etcétera.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Citaremos para mañana a los miembros de la comisión asesora y la próxima semana citaremos a los auditores.

Sugiero dejar la sesión hasta acá, y así continuar mañana a las 16.30 horas.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

ACUERDOS

1.- La Comisión acordó continuar excepcionalmente el día siguiente, esto es el 17 de enero de 2018, de 16.30 horas a 18.30 horas, con el propósito de escuchar a los tres directores de servicio que no alcanzaron a exponer durante la presente sesión. Se trata de director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, y los directores subrogantes de los servicios de Salud O'Higgins y Metropolitano Sur Oriente.

2.- Invitar a la sesión antes mencionada al o los responsables de la Comisión Médica Asesora Ministerial creada en mayo de 2017 con objeto de analizar la situación de personas que fallecen habiendo estado en una Lista de Espera o con una Garantía de Oportunidad GES retrasada.

Habiéndose dado cumplimiento a lo establecido en los artículos 313 y siguientes del Reglamento de la Corporación, el Presidente procedió a levantar la sesión siendo a las **17:17**.

MARIO REBOLLEDO CODDOU

Abogado Secretario Accidental de la Comisión