

**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 ESPECIAL N°2, CORRESPONDIENTE AL PERÍODO
LEGISLATIVO 2014-2018, CELEBRADA EL DÍA MIERCOLES 17 DE ENERO
DE 2018, DE 16:35 a 18:40 HORAS.**

SUMARIO: Orden del día: Durante la presente sesión se escuchó a:

- 1.- Director del Servicio Salud Metropolitano Norte, Alfonso Jorquera.**
- 2.- Director(s) Servicio de Salud O'Higgins, Claudio Castillo.**
- 3.- Director(s) Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Juan Torres.**
- 4.- Secretaria Ejecutiva de la Comisión Asesora por Listas de Espera, Dra. Ghislaine Arcil.**

APERTURA Y ASISTENCIA

Se inició la sesión a las **16:35** bajo la presidencia del diputado **Juan Luis Castro**, y con la asistencia de las diputadas señoras **Marcela Hernando** y **Karla Rubilar**, y los diputados señores **Miguel Ángel Alvarado**, **Claudio Arriagada**, **Hugo Gutiérrez** en reemplazo de la diputada **Karol Cariola**, **Issa Kort**, **Manuel Monsalve**, **Jorge Rathgeb** y **Victor Torres**.

Actuó como abogado secretario accidental la señora **María Soledad Fredes Ruiz** y como abogado ayudante la señora **María Soledad Moreno López**.

Asistieron además los diputados señores **Leopoldo Pérez** y **Felipe Letelier**, y las señoras **Carmen Castillo**, Ministra de Salud y **Gisela Alarcón**, Subsecretaria de Redes Asistenciales, el director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor **Alfonso Jorquera**; el director subrogante del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, señor **Juan Torres**; el director subrogante del Servicio de Salud Libertador Bernardo O'Higgins y la señora **Ghislaine Arcil**, Secretaria Ejecutiva de la Comisión Asesora Ministerial por Listas de Espera.

CUENTA

1.- Confirmación de asistencia para la sesión del día martes 23 de enero de las siguientes personas:

A.- Señor Jorge Bermúdez, Contralor General de la República.

B.- Señor Emiliano Arias, Fiscal Regional O'Higgins.

2.- Durante la presente sesión la diputada señora Cariola será reemplazada por el diputado señor Gutiérrez.

TEXTO DEL DEBATE

VERSION TAQUIGRAFICA

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

La señora secretaria va a dar lectura a la Cuenta.

*-La señora **FREDES**, doña María Soledad (Secretaria) da lectura a la Cuenta.*

El señor **CASTRO** (Presidente).- Vamos a proceder según lo acordado en la sesión de ayer.

En primer lugar, daré la palabra a la ministra de Salud y después a la secretaria ejecutiva de la Comisión Asesora Ministerial y finalmente al auditor del Ministerio de Salud.

Tiene la palabra la ministra de Salud, señora Carmen Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, quiero hacer presente una situación que nos preocupa. Ayer escuchamos que no existe mucho interés en conocer nuestras acciones concretas sobre disminuir las listas de espera, tampoco en saber cómo hemos trabajado los tiempos de espera, por lo que nos preocupa la desconfianza que existe respecto de nuestro quehacer. Por lo tanto, me gustaría saber si hay alguna información que reforzar, pues a contar de ayer decidimos habilitar un *banner* en la página del Ministerio de Salud que contiene todo lo que se ha trabajado respecto de la gestión de las listas de espera, con el objeto de transparentar nuestro trabajo.

No queremos que quede un dejo de desconfianza de nuestro actuar. Sabemos que una situación puede tener diferentes matices, pero tan diferente a lo que ayer escuchamos nos preocupa.

Como representante del Ejecutivo, no queremos que se mantenga esta situación, sino que exista un poco más de consideración respecto de lo que hemos efectuado y desarrollado hasta el momento.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor Alfonso Jorquera.

El señor **JORQUERA** (director del Servicio de Salud Metropolitano Norte).- Señor Presidente, en la presentación me voy a referir a la reducción artificial de las listas de espera durante el período 2011-2013 y a las acciones realizadas desde 2014 en el Servicio de Salud Metropolitano Norte.

A continuación, expondré una línea de tiempo respecto de hechos importantes:

En agosto de 2011 aparece la Clínica Maruri; en enero de 2012 la Clínica Maruri pasa a depender del Hospital San José; en febrero de 2012 se produce un egreso masivo de 15.000 pacientes por no contactabilidad; en junio de 2013 aparece el reportaje de Ciper Chile, donde hay una investigación externa a clínica Maruri; en julio de 2013 se cierra el Policlínico de Maruri y traslado al CDT del Hospital San José; en febrero de 2015 el Minsal denuncia ante fiscalía por irregularidades detectadas, que hasta hoy no tenemos resultados de dichas denuncias; en marzo de 2014 la Contraloría General de la República emite el informe de auditoría N° 151, sobre irregularidades acontecidas en la Clínica Maruri; en agosto de 2015 la seremi de Salud inicia dos sumarios por incumplimiento de la normativa de seguridad; en febrero de 2016, estando yo presente en la Dirección, la Clínica Maruri completa el cierre que iniciamos desde el segundo semestre de 2015, y en diciembre de 2017 Contraloría emana resolución respecto de la reducción artificial de listas de espera y formula cargos en contra de los responsables.

Quiero dejar claro que nosotros, como gestores de la red y directores de servicios, una de las áreas muy importantes en las cuales se ve algún déficit de nuestra gestión como sistema de salud público son las listas de espera. Además, una de las preocupaciones más importantes de los directores de servicios es coordinar todos los recursos que tiene el Ministerio, tanto de atención primaria como de los establecimientos, para ir disminuyendo esta tremenda inequidad que significa estar en lista de espera.

Cabe recordar que lo más importante, como se mencionó ayer, es disminuir los tiempos de espera. Seguramente vamos a tener las listas y las tienen todos los países, pero estamos trabajando firmemente para que el tiempo de espera no afecte la enfermedad y no empeore el pronóstico del usuario.

A continuación, me referiré a la sanción contenida en la Resolución Exenta N° 04891, de 04 de diciembre de 2017, del contralor.

En el Informe Final N°151, que creo que todos tienen y han leído, se acumulan varios sumarios administrativos e investigaciones de los hechos denunciados, a partir de lo denunciado por Ciper en junio de 2013.

Asimismo, mediante Resolución Exenta N°04891, de 04 de diciembre de 2017, el contralor aprueba el sumario administrativo derivado de los hechos denunciados, propone absolución respecto de los funcionarios José Ignacio Sanyour Núñez y Alexander Pérez Méndez y propone la destitución de los señores Rodrigo Gutiérrez Soto y Raúl Vasquez Cataldo.

Respecto de los hechos establecidos en el sumario:

1. La Unidad de Pre Alta, como estaba definida primeramente la Clínica Maruri, contaba con autorización sanitaria, no así los boxes habilitados para atención ambulatoria.
2. Eliminación de pacientes desde el Registro Nacional de Listas de Espera: se afectó a un universo aproximado de 30.000 pacientes usuarios. Una de las causales de eliminación era que se indicaba que el paciente había sido atendido por un especialista, en circunstancias de que los facultativos eran médicos generales.
3. La mayoría de los médicos en atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados no eran funcionarios públicos al inicio de la investigación, sino personal a honorarios y bajo la misma modalidad estaba contratado el personal encargado de los pagos.
4. Inexistencia de registros y bases de datos confiables; ausencia de registros de atención, respaldo y antecedentes para acreditar pago de remuneraciones.

En cuanto a la formulación de cargos, tenemos los siguientes casos:

A José Ignacio Sanyour Núñez, ex encargado de honorarios del HSJ, por haber participado en gestión de pagos de honorarios de facultativos, sin que conste contrato y/o acto administrativo que justifique la contraprestación económica, y no haber advertido a la jefatura superior la regularización de los procesos de contratación de esos profesionales. Alega, entre otras cosas, la prescripción de la acción administrativa. Fue absuelto por no ser funcionario público al momento en que se inicia esto.

Otro caso similar es el de Alexander Pérez Méndez, ex subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas, por no haber dispuesto medidas de control y supervisión en la gestión de pagos de honorarios, ni haber advertido a la jefatura superior la regularización de los procesos de contratación de los médicos que atendían en la Clínica Maruri ni al director del establecimiento el incumplimientos de los requisitos del doctor Rodrigo Gutiérrez Soto para percibir la asignación de responsabilidad. Alega, entre otras cosas, la prescripción de la acción administrativa.

Asimismo, al doctor Rodrigo Gutiérrez Soto, ex encargado de la Clínica Maruri, por no haber colaborado con la Contraloría General de la República, entregando

información incompleta e inexacta; haber solicitado recibir un pago por atención de lista de espera en Clínica Maruri, sin haber efectuado la contraprestación que justifica la entrega de ese pago; haber participado en proceso para pago de honorarios de facultativos adscritos a la Clínica sin existir contrato o resolución que justificara la contraprestación económica, y no haber informado la regularización de los procesos de contratación de los facultativos. Sin embargo, formula descargos, pero la Contraloría le aplica la medida de destitución.

Finalmente, a Raúl Vasquez Cataldo, por no haber instruido implementación de medidas de control y supervisión en la gestión de pago de honorarios; no haber dispuesto control y seguimiento de procesos de contratación de médicos que laboraron en la Clínica Maruri; no haber dispuesto la obtención de la autorización sanitaria para el funcionamiento de la Clínica Maruri; no haber arbitrado medidas de registro, control, coordinación y seguimiento respecto de pacientes atendidos en Clínica Maruri de atención ambulatoria para el egreso del Repositorio Nacional de Listas de Espera. No formula descargos, y la Contraloría le aplica la medida de destitución.

Conclusiones de la Contraloría General de la República:

Las conductas del doctor Gutiérrez y del señor Vásquez Cataldo contravinieron los fines de la institución, en cuanto no se proporcionó atenciones de salud especializada, eficiente y de alta calidad, en forma oportuna, en un clima de respeto y confianza.

Tampoco se pudo acreditar la atención de numerosas atenciones ambulatorias en Maruri por parte del *staff* de médicos generales, dada la falta de registro para verificarlas, las que además fueron catalogadas como de especialidad, en circunstancias de no serlo.

Asimismo, un alto porcentaje de pacientes No Auge, inscritos en el Repositorio Nacional de Listas de Espera, fueron eliminados de ese repositorio por haber sido atendidos, supuestamente, por especialistas en el citado centro médico, encontrándose irresoluta su patología, debiendo ser reingresados a las listas de espera.

Finalmente, la falta de supervisión del doctor Gutiérrez Soto posibilitó el pago de honorarios por prestaciones de especialidad a médicos que no ostentaban dicha calidad. Esto viene firmado por el contralor general.

Ahora bien, en junio de 2015, me correspondió hacerme cargo de tomar las tareas que venían planteándose desde antes. Pedimos una evaluación desde el punto de vista de la calidad y seguridad del paciente. Adoptamos todas las medidas y empezamos a gestionar con el Hospital San José para ir al cierre progresivo de este Clínica, que, en el fondo, no daba las condiciones de seguridad ni el trato

digno para los pacientes, por lo cual en enero de 2016 ya no teníamos pacientes y en febrero prácticamente cerrar la Clínica Maruri.

¿Qué pasó con los pacientes/usuarios mencionados en el sumario de la Contraloría General de la República? Dicha institución habla de un universo de 30.000 datos, pero se trata de usuarios. Nosotros partimos con un análisis de datos de registro de atenciones de la Clínica Maruri, operativo de Atención Primaria de Salud, y CDT del Hospital San José, que resumen alrededor de 67.000 registros. Estos registros aparecen después, prácticamente al inicio de 2014, de los cuales se inicio una limpieza dentro del registro, puesto que había duplicidad de registros. Muchas veces, una misma consulta estaba duplicada. Del total de 67.630 registros, llegamos a 25.191 registros, los cuales correspondían a 21.675 personas. Como son dos ramas, cuesta entender esto. Como se mencionó en las conclusiones de la Contraloría, había un desorden de registros muy importante.

Ahora bien, también tenemos el análisis de los egresos realizados por no contactabilidad, sin realizar la Gestión de Contacto al Paciente, o mal realizados. Eso fue hecho en forma prácticamente automática, apretando un botón, en el Hospital San José en febrero de 2012. Los 15.802 registros equivalían a 14.054 personas o usuarios. Para egresar a un paciente por déficit de contactabilidad hay que seguir un protocolo, lo cual no fue realizado, por lo tanto se egresaron pacientes por dicha causa.

Respecto de las gestiones realizadas, se parte prácticamente desde marzo o desde que empiezan las denuncias.

Del universo de registros, se identificaron duplicidades y RUT asociados a múltiples atenciones en un mismo usuario, llegando en algunos casos a observarse 30 registros de atención a un mismo paciente y en la misma especialidad.

Las fuentes de información revelan que no todos los pacientes provenían del Repositorio Nacional de Listas de Espera. Probablemente, había operativos de personas que aparecían en forma espontanea.

Del grupo de egreso administrativo, Causal N° 11, “contacto no corresponde” –los que fueron eliminados-, las 15.802 interconsultas corresponde a 14.054 personas. Este egreso masivo fue realizado en febrero de 2012.

Del grupo de consultas en el Policlínico Maruri o en operativos en terreno realizados por médicos no especialistas, los 25.191 registros de atenciones corresponden a 21.675 personas, que habrían sido atendidas entre agosto de 2011 y junio de 2013, aproximadamente. De este último grupo, 5.840 casos no

provenían del Registro Nacional de Listas de Espera (RNLE), presumiblemente correspondían a “demanda espontánea”.

Se solicitó al Hospital San José, mediante Ordinario N° 0465 del 07/03/2014, realizar un seguimiento e informar a la Dirección de Servicio el estado de los pacientes egresados en el periodo 2011-2012. Aún no hay respuesta.

Se instaló una mesa de trabajo con el Hospital San José para abordar en conjunto la identificación de pacientes afectados.

En el Consejo Integrado de la Red Asistencial y de la Red de Referentes Lista de Espera de abril en adelante 2014 se dispusieron los canales para el rescate y priorización de los pacientes a través de Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) del Hospital San José.

Durante 2014 se analizó e identificó el estado de los pacientes usuarios para seguimiento y priorización.

Entre 2015 y 2017 se mantuvieron las gestiones de revisión y de actualización permanente de universos en lista de espera no GES del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN).

A la fecha, se actualizó el análisis de los universos comprometidos para analizar la situación actual y proponer nuevas medidas.

Respecto del foco en los pacientes, dije que los directores de servicio estamos relacionándonos de la mejor forma y trabajando con los establecimientos y los centros de Atención Primaria de Salud (APS). Nuestro foco fueron los pacientes; es decir, cómo un posible universo de pacientes que pudieron ser mal sacados de la lista de espera, que quedaron a la deriva, pero no los abandonamos, por lo que el foco fue identificar a los usuarios afectados e identificados anteriormente para monitorear la continuidad de atención de la red, tanto del servicio como del país.

Considerando la realidad y complejidades de gestión de la lista de espera no GES, las acciones se orientaron bajo el principio de equidad entre este universo y el total de usuarios que esperaban la resolución de sus problemas de salud. No podíamos privilegiar a estos usuarios por sobre los que se integran diariamente.

Respecto de las cifras, cuesta entenderlas, porque hay varios universos desde donde pueden provenir los datos, pero también se debe a la debilidad del registro o a la inexistencia de algunos registros, como lo mencionó la Contraloría.

El total de interconsultas de este grupo de 15.802, por no contactabilidad, corresponde a 14.054 pacientes.

Posteriormente, tomadas todas las medidas, o sea, de marzo de 2014 en adelante, en ese mismo grupo aparecen 18.687 nuevas interconsultas de diferentes especialidades, correspondiendo a 6.805 pacientes.

Es importante mencionarlo a fin de que ustedes comprueben que los usuarios han seguido en la red, no se han perdido y están siendo atendidos.

Del universo total de interconsultas, a la fecha se encuentran cerradas 13.786 interconsultas, correspondiendo al egreso por causal clínica en un 81,4 por ciento. Esto refleja que hubo una gestión posterior de la Red Asistencial del SSMN para realizar atenciones en las mismas u otras especialidades que dieron origen al egreso administrativo por no contactabilidad en el año 2012.

El total de atenciones de este grupo, en que no todos estaban en lista de espera, es 25.191. Dice que corresponden a 21.675 pacientes. De estas cifras, 5.840 registros no provenían del RNLE.

Además, se encontraron 11.819 egresos posteriores en la atención en la Clínica Maruri; por lo tanto, realizada en la red, el 65 por ciento por causal clínica atendida corresponde a 10.083 pacientes.

Respecto de las estrategias implementadas, podemos mencionar las siguientes – es importante que ustedes sepan lo que hacemos-:

Comités de Gestión de Demanda, a nivel local y de Red.

Instalación de un médico categorizador en APS de cada comuna.

Protocolización e informatización de procesos y flujos de referencia y contrarreferencia.

Realización de reuniones mensuales de red de referentes de gestión de demanda.

Protocolización de gestión de contacto y citación de pacientes de lista de espera prolongada validado en el Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA).

Además, hubo un plan de contactabilidad con estrategia digital, a través del cual cerca de 2.000 usuarios pudieron actualizar sus datos en la página web del servicio.

También hubo un trabajo en terreno con el programa Encuentro de Salud en tu Territorio, a través del cual transmitimos a las ocho comunas lo mismo.

Se realizaron reuniones con comités de desarrollo local, se enviaron cartas certificadas y se llevaron a cabo visitas domiciliarias.

Asimismo, se implementó la estrategia de telemedicina, con teleoftalmología, que es lo más numeroso que hemos hecho. Este año iniciamos las estrategias de telenefrología y de teledermatología. Prácticamente, todas las comunas se han ingresado al programa.

Otra estrategia implementada fue el programa de resolutiveidad en APS, que se puede desglosar de la siguiente manera:

Unidad de Atención Primaria Oftalmológica con presencia en las ocho comunas del SSMN, siendo Lampa la última en sumarse.

Priorización del uso de recursos de programas de resolutiveidad en pacientes de lista de espera.

Se optimizó el DFL N° 36, con el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, para dar una solución a la lista de espera de consulta de especialidad y quirúrgica.

También se implementaron consultorías en APS por médicos especialistas, por ejemplo, en traumatología.

Otra estrategia fue la reevaluación y resolución de la lista de espera con el apoyo de médicos generales de zona o en Etapa Destinación Formación (EDF) en APS, los que han aumentando de forma importante no solo en el área norte, sino en todo el país.

En 2016, el Hospital de Campaña del Ejército de Chile nos ayudó, sobre todo con la lista de espera quirúrgica.

Por último, se implementó el Plan Extraordinario de Resolución para lista de espera de 2015 y de lista de espera consulta y especialidad quirúrgica de 2017 a través de atenciones los días sábado en el Hospital San José; un convenio con Capredena y con atención en el Hospital Parroquial de San Bernardo.

Esas han sido las medidas que hemos tomado.

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- ¿A qué se refiere con “mortalidad marzo”?

El señor **JORQUERA**.- Espero que hayan quedado claro los grandes números. Dentro de los grupos que aclaramos recién, del grupo de 14.000 egresos administrativo por causal “contacto no corresponde”, a marzo de 2014 se registran 465 fallecidos. No hay ninguna evidencia de causalidad.

En el grupo de registros de consultas en el Policlínico Maruri y/u operativos en terreno por médicos no especialistas, que corresponde a 21.675, hubo 764 fallecidos.

Muchas gracias.

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

Las preguntas se realizarán al término de la tercera intervención de directores.

Tiene la palabra el director del Servicio de Salud O’Higgins, señor Claudio Castillo.

El señor **CASTILLO**.- Señor Presidente, mi nombre es Claudio Castillo Rojas, soy director subrogante del Servicio de Salud O’Higgins, y me corresponde exponer sobre la evolución de las prestaciones no GES.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Por qué no concurrió el director titular?

El señor **CASTILLO**.- Se encuentra de vacaciones.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Desde cuándo?

El señor **CASTILLO**.- Entiendo que sus vacaciones comenzaron el lunes 15 de enero.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Fueron autorizadas por el Ministerio de Salud?

El señor **CASTILLO**.- Desconozco esa información.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Ministra, ¿tiene información al respecto?

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, no corresponde que yo autorice las vacaciones.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Ana Gisela Alarcón.

La señora **ALARCÓN**, doña Ana Gisela (subsecretaria de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, no soy la superior jerárquica de ningún director de servicio. Por lo tanto, ellos no me solicitan las vacaciones.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- ¿Tenía conocimiento de que el director del servicio de salud había tomado vacaciones?

La señora **ALARCÓN**, doña Ana Gisela (subsecretaria de Redes Asistenciales).- Solo tomamos conocimiento cuando supimos que la comisión lo había citado.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Se le pidió postergar sus vacaciones?

La señora **ALARCÓN**, doña Ana Gisela (subsecretaria de Redes Asistenciales).- Se le informó que estaba citado a la comisión.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Pero igual se tomó las vacaciones.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Vamos a dejar constancia de ese hecho irregular, porque él esta eludiendo la responsabilidad.

Tiene la palabra el señor Claudio Castillo.

El señor **CASTILLO**.- Señor Presidente, más que hablar de la evolución, me voy a referir a los resultados.

Luego de cuatro años de gestión que hemos realizado en relación con las listas de espera no GES, podemos hablar de su desarrollo o comportamiento en las cuatro diapositivas que aparecen consignadas.

La primera habla de la evolución de las garantías retrasadas acumuladas. Hemos tenido un comportamiento relativamente importante, puesto que hemos hecho un análisis y un proceso permanente de revisión.

En la Subdirección de Gestión Asistencial -hoy está en la dirección del servicio-, particularmente con el apoyo y la gestión de la subsecretaría y el ministerio, hemos generado un proceso de integración e incorporado aquellas prestaciones que no estaban incluidas. Se ha hecho un gran estudio con una carga de datos a través de sistemas de script (*fonética*).

En cuanto al comportamiento, hasta el lunes había 1.775 garantías retrasadas; es decir, una cantidad bastante baja, que va en retroceso.

Respecto de las garantías exceptuadas a junio de 2017, hemos ido incorporando un proceso en virtud del cual la red completa se ha hecho cargo de ir

solucionando todas las prestaciones que hubiesen tenido o tengan alguna condición de retraso.

Se han aplicado correctamente las normas dispuestas por el Ministerio de Salud respecto de la excepción. Cada una de las prestaciones debe cumplir con los requisitos de formalidad establecidos en los reglamentos e instructivos, en los que claramente se señala bajo qué requisitos y condiciones deben ser exceptuadas. Por lo tanto, a través de ese análisis, del trabajo hecho en forma conjunta, se ha empezado a generar un proceso de cambio, una especie de reversa del comportamiento que se tenía con las prestaciones exceptuadas, por lo que en ese tema vamos en pleno retroceso.

Hemos tenido mayor fiscalización, mayor proceso de incorporación a la red y mayor nivel de aprendizaje, particularmente, con los hospitales en que interviene la solución de las mismas.

Volviendo al tema relacionado con la gestión, es importante señalar que -esto es ejecución presupuestaria del PPV y no ejecución presupuestaria total-, en el último período, la dirección del servicio, con el apoyo del ministerio, ha estado trabajando por encima de la sobreejecución, que es cercana al 106 por ciento. Eso implica que nuestra red hospitalaria está tratando de hacerse cargo de toda la demanda que está instalada o que corresponde a años anteriores y en algún minuto se ha cargado. De acuerdo con los lineamientos del ministerio, de la propia ministra y de la subsecretaria, respecto de los casos más críticos, como el cáncer y algunas prestaciones que tenían una situación puntual respecto de cuándo se iban a solucionar, hemos estado trabajando el doble en la red a través de las gestiones que ha hecho la Subdirección de Gestión Asistencial -el subdirector es médico-, por consiguiente, hemos empezado a utilizar al máximo las capacidades del hospital.

A fines del año pasado se hizo un gran esfuerzo y un gran trabajo en orden a incorporar toda la carga y la capacidad que tenía la red hospitalaria, para solucionar dichos problemas.

Por último, quizás el dato más relevante es que estamos tratando de consignar la evolución de las compras asociadas al PPV, en cuanto a que han disminuido gradualmente y en el último período hemos tenido un retroceso. Hemos hecho prestaciones más institucionales, menos compras de servicios; hemos controlado particularmente las sociedades médicas de acuerdo con los instructivos que se señalaron; hemos aplicado correctamente los instructivos y también hemos pedido a los hospitales de la red que ocupen al máximo sus capacidades en cuanto a cooperar, compartir y solucionar las prestaciones de los pacientes.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Y la auditoría? Ayer se pidió expresamente referirse a ese tema.

El señor **CASTILLO**.- No estaba contemplado.

El señor **CASTRO** (Presidente).- El objetivo era el informe de la auditoría.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Y todo el proceso, las denuncias desde 2015, los *mails*, etcétera.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Insisto, ayer se pidió el informe de la auditoría del servicio de salud.

Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, esta comisión investigadora es para analizar cuál fue la situación que pasó, con fechas exactas.

El mejor ejemplo es lo que hizo el director del Servicio de Salud Norte, y queremos la misma prolijidad en relación con lo que ocurrió en Rancagua. Por ejemplo, queremos saber exactamente cuándo fue el informe de la Contraloría, cuántas fichas fueron auditadas, qué se encontró en la auditoría hecha por el auditor y conocer los *mails* de denuncias hechas al exdirector del servicio. ¡Queremos esa información!

Ahora, se nos ha entregado información de cómo supuestamente han bajado las listas de espera, pero no hay nada respecto de la denuncia, que debió haber sido querella. Entiendo que en esta sesión nos iban a contar por qué no se presentó la querella que se anunció con bombos y platillos en La Moneda.

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

El señor **KORT**.- Señor Presidente, sobre el punto que planteó la diputada Karla Rubilar, sería bueno que las autoridades del ministerio pudieran dar una respuesta, porque no sacamos nada con saber qué se está haciendo. El objetivo de la comisión investigadora es saber qué pasó, por qué se hizo una auditoría y quién la determinó, sobre todo porque su resultado puede complementar la información que en este momento está siendo administrada y recabada por el Ministerio Público, puesto que no solo se está investigando ruido; es un tema judicializado. Es importante conocer la forma en que se están haciendo las cosas, pero ello no resuelve en caso alguno la investigación que debe realizar esta comisión.

Por otra parte, me llama mucho la atención que una autoridad de un ministerio o de un servicio se tome vacaciones sin que sepan las máximas autoridades. No estoy objetando el derecho a vacaciones; todo lo contrario, todos los funcionarios tenemos el derecho al descanso, pero me llama la atención que las máximas autoridades no estén informadas cómo opera la subrogancia.

Puedo entender que la ministra, la subsecretaria o el director subrogante no tengan por qué saber las cifras de lo que pasa en el servicio de salud, pero estamos en la Cámara de Diputados y no nos están haciendo la paleteada de venir a contarnos un secreto. Nos debemos poner serios de verdad para dar respuesta a la gente. Si los protocolos administrativos no se cumplen, no quiero saber cómo se están cumpliendo los protocolos médicos.

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

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, respecto de las vacaciones de los funcionarios directores de los servicios de salud, entendemos que los servicios son descentralizados; por lo tanto, no es facultad de la subsecretaria ni de la ministra autorizar las vacaciones.

Sin embargo, se le avisó al director del servicio que debía asistir a esta comisión, pero ejerció su derecho a vacaciones sin acatar lo que se le había sugerido. Esa es una situación.

Respecto de la petición, no tenemos ningún problema en informar. No obstante, quiero señalar que los dos sumarios que el Servicio de Salud O'Higgins inició en enero del año pasado están en pleno proceso, están en la fase de formulación de cargos. Por lo tanto, es poco lo que se puede informar, salvo la fecha y los cronogramas vigentes. Podemos presentarlos la próxima semana en forma general, a menos que ya se hayan formulado los cargos, en cuyo caso podríamos agregar más detalles.

Respecto de lo que está haciendo el fiscal, que también está en pleno proceso de formulación de cargos, entiendo que debemos esperar, dado que el proceso requiere que quienes reciben algún tipo de sanción o de petición de cargos tengan derecho a la defensa. Espero que eso esté avanzando.

No tenemos ningún problema en entregar esa información, pero no habíamos escuchado la solicitud de presentar hoy este tema específico, que está en pleno proceso de gestión.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Entiendo que estamos hablando de cosas diferentes: tenemos una auditoría terminada, que arrojó determinados hechos. Es decir, primero tenemos una auditoría interna, que arrojó elementos; después tenemos el sumario del Ministerio de Salud, que está a punto de ser fallado, y que hace alusión a los inculpados, etcétera; por último, tenemos las investigaciones de la Contraloría y de la Fiscalía.

Estamos aludiendo a la auditoría de origen, la que motivó el inicio de la investigación interna en el Servicio de Salud O'Higgins.

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

La señora **ALARCÓN** (doña Gisela).- Señor Presidente, se han generado varias confusiones en relación con las auditorías y los sumarios que se están resolviendo en diferentes lugares.

Cuando se habla de una situación que ocurrió en 2011 o 2012, los datos que se pueden entregar son evidentemente muy distintos a aquellos de casos que hoy se están investigando.

En el caso de la presentación del doctor Jorquera, quien alude a la resolución de un sumario de Contraloría, que contempla la destitución de cargos, que no es la misma situación de una investigación que recién se está llevando a cabo y aún no finaliza respecto de Rancagua. Evidentemente, no puede existir el mismo grado de detalle.

Es posible que ayer no hayamos comprendido bien, pero entendimos que acá se discutió la auditoría que yo presenté, referida a 40 pacientes menores de 40 años con causa de defunción oncológica, que se realizó en los 28 servicios de Salud, atendiendo a las propuestas de la comisión médica asesora. Esa auditoría fue cuestionada, por lo que se convocó al jefe de auditorías del Ministerio de Salud y a la secretaria ejecutiva de la comisión médica asesora, doctora Ghislaine Arcil, para que dieran su opinión al respecto. Nosotros cumplimos, trayendo a esas dos personas para que entregaran toda la información que pudiesen aportar.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Esa es otra parte del debate, doctora.

La señora **ALARCÓN** (doña Gisela).- Exactamente.

El señor **CASTRO** (Presidente).- No tiene nada que ver con lo ocurrido en el Servicio de Salud O'Higgins.

La señora **ALARCÓN** (doña Gisela).- Nada tiene que ver con las auditorías en el Servicio de Salud O'Higgins, pero en ningún momento escuchamos que se habían solicitado tales auditorías, por lo menos yo, que estuve presente; no sé la ministra. Entendí que solo se nos preguntó por los sumarios.

Si requieren las auditorías del Servicio de Salud O'Higgins, las podemos solicitar y enviarlas por oficio. No tenemos ningún problema en ello.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar y a continuación el diputado Hugo Gutiérrez.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, el objetivo de esta comisión –nadie puede desconocerlo- es investigar lo que está pasando y que hoy está investigando la Fiscalía, como consecuencia de la denuncia efectuada por el Ministerio de Salud. Por su intermedio, señor Presidente, solicito que la ministra o la subsecretaria se refieran a dicha denuncia y expliquen por qué no se querellaron.

Imagino que si presentan una denuncia ante el Ministerio Público es porque tienen antecedentes que pueden ser constitutivos de delitos. ¿Cómo no se van a referir en una palabra a los antecedentes que pueden ser constitutivos de delitos?

Entiendo que el doctor Claudio Castillo era auditor, o es auditor; no es solamente el director subrogante del Servicio de Salud O'Higgins, sino que se dedica a las auditorías. Me parece sorprendente que el señor Castillo no se pueda referir a los resultados de las auditorías del Servicio de Salud O'Higgins, que debería conocer, porque, si ese es su rol y su función, debería tener conocimiento de todo eso.

Más allá de que nos digan que alguna vez o la próxima semana pueden traernos los antecedentes, lo que es obvio, porque dicen relación con el mandato de la comisión, se requiere que el auditor hable de su trabajo. Cómo no va a conocer su trabajo ni lo que ha pasado en el Servicio de Salud O'Higgins. Es decir, si el auditor no sabe lo que pasa, entiendo perfectamente que hoy estemos en la Fiscalía, con la gravedad de los sucesos ocurridos.

También solicito que se refiera al exdirector del servicio, porque el actual director le echó la culpa al anterior, y entiendo que ese exdirector está contratado en la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Quiero saber en qué calidad está contratado, qué labor realiza, si está suspendido de sus funciones y si forma parte de las personas sumariadas, teniendo en cuenta que una autoridad actual culpa al anterior director del servicio de los problemas generados con posterioridad. Por eso quiero saber si esta exautoridad forma parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que es la entidad que está auditando, supuestamente para descartar la causalidad.

Eso es lo que se nos informó ayer, pero he tomado conocimiento de que la auditoría del servicio de Salud no fue realizada por las unidades de auditoría de los grandes hospitales, sino -al parecer, y me lo puede desmentir o aclarar la subsecretaria- por funcionarios de la Digera (División de Gestión de la Red Asistencial. Es más, hoy se les pidió, a través de videoconferencia, que tomaran conocimiento de las auditorías que no hicieron, que son mucho más auditorías administrativas que clínicas.

Para descartar la relación de causalidad entre la espera y el fallecimiento, las auditorías no pueden ser administrativas, sino que deben ser clínicas, y eso no está pasando en los hospitales. Ellos no fueron involucrados y hoy solamente han tomado conocimiento a través de una videoconferencia. En consecuencia, solicito claridad y contundencia en las respuestas, en particular de parte del Servicio de Salud O'Higgins.

Para profundizar en el objeto de esta comisión investigadora, para la próxima sesión citaremos al fiscal regional de O'Higgins, señor Emiliano Arias. Espero que,

en relación con los hechos acontecidos durante este gobierno, tenga la misma prolijidad que exhibió el director del Servicio de Salud Metropolitano Norte cuando expuso los hechos acontecidos durante el gobierno anterior -actitud que celebro-, porque esto no es cualquier cosa, sino que es una comisión investigadora de la Cámara de Diputados.

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

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- Señor Presidente, después de la intervención el doctor Jorquera me queda una serie de dudas sobre el acto administrativo que creó la Clínica Maruri, sobre la forma en que se ordenó eliminar las listas, cómo se generó Repositorio Nacional de Listas de Espera, cómo se indagó, cómo se recompuso el listado...

El señor **CASTRO** (Presidente).- Perdón que lo interrumpa, diputado, pero al final vamos a hacer el indagatorio sobre los casos específicos...

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- Señor Presidente, eso es lo que le quería decir. Usted fijó las reglas.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Pero es que estas no son preguntas.

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- No, pues.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Corresponde que intervengan.

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- Señor Presidente, ¿usted está dirigiendo, o quién? ¿Quién es el Presidente? ¿Es usted?

El señor **CASTRO** (Presidente).- Estoy haciendo ver que...

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Usted nos está respondiendo...

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- Para qué le respondo, ¿le respondo a usted o a la...?

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- También me puede responder a mí, diputado. No tengo ningún problema.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Diputado, el fondo del asunto se va a tratar...

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- Estoy de acuerdo, por eso digo que usted fijó las reglas. Dijo que escucharíamos a los tres directores de hospitales y que después formularíamos nuestras consultas. Eso fue lo que entendí. Yo respeté el acuerdo y no hice preguntas al doctor Jorquera, no obstante las inquietudes que tenía, de modo que lo llamo a cumplir en todo.

Si usted parte preguntándole por qué está tal invitado y no el otro, por qué no está la evaluación que iba a entregar y por qué no dio... Entonces, entiendo que está preguntando.

Hagamos lo que usted fijó, lo único que quiero es que escuchemos, ya que vengo a escuchar para formarme una idea. Escuchemos a las tres personas que fueron

convocadas y no nos escuchemos nosotros, porque esta es una comisión investigadora, es decir, estamos para investigar.

Si usted convocó el acuerdo y se lo dimos, escuchemos a las tres personas que vinieron desde los hospitales respectivos, que no sé quiénes son -creo que además hay otras personas-, que informen lo que corresponde y después hagamos todas las preguntas que corresponden. Estoy de acuerdo con eso.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Sé que hay solicitudes pendientes de otorgamiento de la palabra.

El punto en que nos encontramos es el siguiente: cada expositor ha hecho su punto sobre el relato. En este caso, la única formulación que hice fue sobre una parte que nos parece sustancial a varios de los presentes, sobre la cual debe haber un relato. Ese es el punto que estamos dirimiendo, hay un contenido que falta que se entregue.

Daré la palabra a los diputados que la solicitaron, pero les ruego que volvamos al punto. No vamos a forzar a nadie, pero se trata de clarificar la posición del Ejecutivo.

Tiene la palabra el diputado señor Claudio Arriagada.

El señor **ARRIAGADA**.- Señor Presidente, es importante que los parlamentarios intervengan con absoluta claridad sobre su argumento, porque hay algunas cosas que señalar respecto de que el ministerio sepa qué funcionario se va de vacaciones.

Precisamente, el país que aspiramos es uno donde los ministros y los jefes de servicios tengan la discrecionalidad de determinar quién se va de vacaciones y quién se queda, y qué bueno que sea así. La ministra y la subsecretaria no son responsables de eso.

En segundo lugar, en nuestros servicios existe el principio de la subrogancia y, bajo ese criterio, siempre un jefe superior de servicio va a estar en condiciones de dejar un subrogante que asuma la plenitud de las tareas y de la responsabilidad.

De acuerdo con la Ley Orgánica del Congreso Nacional y a los Reglamentos que rigen las comisiones investigadoras, las personas tienen derecho a excusarse hasta tres veces, transcurrido ese plazo están obligados a concurrir a la Cámara de Diputados.

Por lo tanto, la facultad del Parlamento tiene un límite respecto del derecho a la privacidad de las personas. El caballero que se fue de vacaciones puede tener razones que desconozco para hacerlo, y ese derecho a su privacidad y a sus decisiones está regulado en nuestro Reglamento.

Entonces, no dramaticemos ni generemos un escándalo sobre esta situación.

En tercer lugar, exijo, perdón no es la palabra correcta, porque no quiero contribuir a una dinámica de enfrentamientos, sino que las conclusiones de esta comisión contribuyan a resolver los problemas de los chilenos que más sufren.

Lo que quise decir es que solicito recurrir a las actas, a la escritura, incluso a la grabación -no quiero polemizar ni empatar con nada, pero la asertividad del lenguaje en esta situación es fundamental-, dado que tengo duda si efectivamente se exigió el informe de auditoría. Puede ser coincidencia, pero curiosamente lo escuché de la misma forma que lo manifestó la diputada Rubilar, y no es para excusar al ministerio, pero sí para que actuemos con claridad absoluta sobre esta materia.

La idea era hacer esta precisión, porque se ha querido dar un alcance distinto a las cosas. Insisto, no hay que dramatizar sobre esta situación.

He dicho.

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

El señor **KORT**.- Señor Presidente, si para poder referirnos al fondo y seguir las instrucciones que se dieron, y que entendimos todos, debemos escuchar a alguien que se refiera al punto central. Aún no hemos podido entrar al fondo del problema. La situación que se está viviendo corresponde al presente y el objetivo de la comisión es precisamente revisar lo que sucedió.

Entonces, ¿cómo vamos a referirnos al fondo si no se ha dicho nada respecto de la situación de O'Higgins?

Con el Presidente representamos el mismo distrito, aun cuando tenemos intereses distintos en política, pero sé que los dos estamos trabajando para dar respuestas a la gente que, independiente de cuál es la situación de forma o de fondo, no hay cómo obtener esta información porque hay gente que murió, que perdió la vida. No hablamos de cosas que se hicieron bien o mal, sino que de gente que murió y podría ser por negligencia.

Por lo tanto, es una situación sumamente seria. Si como Cámara de Diputados no estamos a la altura de dar respuesta a la gente que está enfrentando situaciones en salud, no sé qué va a pasar con nuestra credibilidad.

Por último, si hay alguna información que pueda entregar el ministerio o alguna otra autoridad -para no referirme a nadie en particular- se puede declarar la sesión secreta. La comisión tiene la posibilidad de recibir información reservada y en secreto, y así tendrá que hacerse, pero no es la excusa. No sé si se está ganando tiempo o regalando excusas, pero creo que no es la forma en que debemos operar para el resto del país.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la ministra, señora Carmen Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, en relación con la consulta de la diputada Rubilar sobre la querrela o la denuncia, quiero señalar que solo la puede realizar el Ministro del Interior y Seguridad Pública, no el Ministerio de Salud.

Por lo tanto, estamos atentos a la determinación que adopte el Ministro del Interior y Seguridad Pública al respecto. Todo ello, viendo la evolución de los procesos de la Fiscalía y del sumario.

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

La señora **ALARCÓN** (doña Gisela).- Señor Presidente, respecto de una acusación que se hizo acá, quiero desmentir que las auditorías fueron hechas por la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA). Las auditorías fueron realizadas por 28 servicios de Salud, tal como se mencionó ayer y planteó la misma comisión asesora. Fueron realizadas por equipos clínicos, no necesariamente por el auditor, pero sí por equipos clínicos. Me refiero a médicos, enfermeras y químicos farmacéuticos, quienes enviaron la información a la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA). Incluso, nos acompaña el auditor que citaron y él podrá entregar más información al respecto, pero quiero que se despeje absolutamente la idea de que la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) realizó 500 auditorías. Es más, no tenemos ni siquiera la capacidad de personal para realizar eso.

En cuanto al anterior director del Servicio de Salud de O'Higgins, efectivamente, el doctor está en calidad de contrata en una división de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA). Por lo tanto, está sometido a cualquier tipo de sanción administrativa, si así lo determinara algún sumario.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra el director del Servicio de Salud Libertador Bernardo O'Higgins (S), señor Claudio Castillo.

El señor **CASTILLO**.- Señor Presidente, por su intermedio, respecto de la pregunta de la diputada Rubilar, quiero señalar que soy el jefe de auditoría y como señaló la diputada, hice la auditoría.

Responderé lo que me corresponde hoy a título de director, tengo el conocimiento y si me lo piden lo daré, pero tal como se definió, hablaré en términos generales, de lo contrario, tendríamos que hacer una sesión completa dedicada solo a la auditoría, ya que es extremadamente larga y está dividida en dos auditorías que se hicieron en la dirección del servicio, más los dos sumarios que se generaron en la escuela. Lo digo para su conocimiento y para despejar las consultas de los mismos diputados y, en general, de la Mesa.

Las auditorías dieron como resultado sumarios que se están ejecutando, las auditorías son parte integral de los sumarios y están dentro del proceso que lleva la fiscalía. Por eso, este auditor, que hoy es el director subrogante, no tiene ningún impedimento en hablar como auditor, pero hoy tengo la posición de director, salvo que las autoridades que acompaño dispongan lo contrario.

Por lo tanto, no es más que eso, no es que no quiera hablar, solo quiero plantear que hoy vengo citado como director subrogante.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Entonces, para no entorpecer la sesión, sugiero que usted, en su calidad de auditor, exponga esa auditoría el próximo martes, ya que se recogió la inquietud de que genera un problema.

Me queda claro que no existe autonomía entre los servicios y el Ministerio de Salud.

¿Habría acuerdo para ello?

Acordado.

Tiene la palabra el director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (S), señor Juan Torres.

El señor **TORRES**.- Señor Presidente, mi nombre es Juan Torres, subdirector administrativo del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y vengo en calidad de subrogante.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Podría precisar la misma pregunta? ¿El titular en qué situación está?

El señor **TORRES**.- El titular se encuentra en una no prórroga de su contrato de la Alta Dirección Pública (ADP) y yo, en calidad de funcionario de la ADP siguiente, asumo esa responsabilidad.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saber si el invitado pertenece al Servicio de Salud Sur Oriente.

El señor **TORRES**.- Sí, al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Para aprovechar el tiempo antes de la presentación, quiero señalar que nos citaron para explicar cuál era nuestra experiencia en relación con la gestión de las listas de espera en nuestro servicio de salud. Entiendo que los números pueden llamar la atención.

También quiero contar que de los 29 servicios de Salud, el nuestro es el más grande del país; tenemos 7 comunas dentro de nuestra jurisdicción, entre ellas La Florida y Puente Alto, una de las más populosas del país.

También tenemos comunas muy vulnerables como La Pintana, San Ramón y La Granja.

No tenemos antecedentes de hallazgos de irregularidades en los egresos de las listas de espera, ni por el informe de la Contraloría ni de auditorías internas o del Ministerio.

Quiero destacar que nuestro servicio de salud es uno de los más grandes del país, con más de 1.100.000 personas usuarias del Sistema Público de Salud, con casi 1.400.000 habitantes en nuestras comunas.

El servicio se ha destacado en los últimos años en incorporar estrategias para hacer más eficientes los recursos con los que contamos; recursos cama, recursos en especialistas, etcétera; y contamos con una serie de indicadores que son bastante por sobre la media en el sector.

En ese sentido, también quiero dar cuenta de que a nivel país tenemos una situación de recursos bajo el promedio. Por ejemplo, tenemos 1,3 camas por cada 1.000 habitantes, cuando el promedio de la OCDE está sobre las 5 camas, y en países con similar ingreso, como Portugal, con 2,4 camas por 1.000 habitantes. Entonces, tenemos una serie de situaciones que son bastante complejas, incluido un presupuesto que tampoco es el más grande, a pesar de la proporción de usuarios nuestros. Sin embargo, en algunas de nuestras gestiones, como la atención domiciliaria, tenemos 400 pacientes diarios que, en estricto rigor, corresponde a un hospital completo que está en atención domiciliaria para poder hacer un óptimo uso del recurso cama, que es bien escaso en nuestra red.

Asimismo, hay una serie de otras experiencias que han salido de nuestro servicio de salud, como la gestión centralizada de camas, y una serie de otras, que yo creo que han servido de experiencia para poder optimizar el trabajo en la red.

En la lámina aparece información respecto de las 144 mil personas en listas de espera de interconsulta.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Entiendo que es el más alto de Chile.

El señor **TORRES**.- Es el más alto de Chile, en cantidad nominal, pero si se lleva a proporción, por 1.000 usuarios, se da cuenta que estamos en el noveno lugar. Esto llama la atención porque somos el servicio más grande, que es lo que quiero hacer ver en tanto las consultas como también respecto de las intervenciones quirúrgicas en listas de espera, ítem en que aparecemos en el lugar octavo, o cercanos, pero cuando lo llevamos a una tasa de cada 1.000 usuarios, caemos incluso en menos cuantía que el promedio nacional, que es de 19 personas por cada 1.000 habitantes que esperan, donde nuestra tasa es de 14 por cada 1.000. En la siguiente lámina aparecen las estrategias para la disminución de listas de espera.

Tenemos egresos de pacientes por causales administrativas, muy estrictamente aplicado a la norma 118; cartas certificadas a los domicilios, visitas domiciliarias

por personal de los hospitales en cada uno de los hospitales; visitas por servicios motorizados en el Hospital de La Florida; trabajo conjunto con la atención primaria, en cruce de bases de datos de inscritos, validando direcciones y teléfonos de contacto; creación de Unidad Prequirúrgica, que ha servido como modelo para el resto del país, en los Hospitales Padre Hurtado y Sótero del Río; la contactabilidad de pacientes por redes sociales, como el Facebook institucional en caso del Hospital Sótero del Río; cruce de datos del Repositorio Nacional de Listas de Espera con las bases de datos de intervenciones quirúrgicas locales; y enfermera gestora de casos para disminuir las estadías hospitalarias.

Las acciones de gestión en red son las siguientes:

Traspaso de lista de espera a Programa de Resolutividad de atención primaria, en cuyo caso tienen recursos asignados y nosotros hemos dispuesto que esas listas de espera pudieran disminuirse a través de esos recursos disponibles; traspaso coordinado entre establecimientos de la red, en cuyo caso tenemos el CRS de Puente Alto, recientemente inaugurado, y en ese sentido estamos aprovechando esa capacidad, que se incorpora a la oferta de la red, para sacar lista de espera, particularmente del hospital Padre Hurtado, que es el que está más complicado; visitas domiciliarias a casos más antiguos, por personal del servicio de salud; rescate de pacientes no contactados por representantes del consejo de usuarios; consultorías en APS para disminución de derivaciones de consultas de nueva especialidad; comité oncológico en red; creación de la figura de médico contralor en APS, en todas las comunas; y trabajo de médicos EDF en APS, que nos ha permitido rescatar pacientes altamente complejos, desde las altas hospitalarias, para hacer un seguimiento y un tratamiento adecuado en atención primaria.

Los siguientes elementos se han desarrollado en cuanto a la oferta clínica:

Extensiones horarias con recursos ministeriales de 33.000 horas para procedimientos e intervenciones quirúrgicas; compras internas de consultas y cirugías a sociedades médicas internas del hospital; compras de servicios externos para consultas y cirugías; compras de servicios a privados, por ejemplo, en el caso de Universidad de Chile, particularmente para temas puntuales que hemos tenido en GES; compras de exámenes específicos para agilizar resolución de pacientes; programas de telemedicina, como es el caso de dermatología; incorporación del CRS, de Puente Alto, que este año aportará más de 100 mil consultas en oferta de la red, de las cuales algunas se destinan a las nuevas consultas de especialidad.

Ahora se puede observar la realidad de nuestras listas de espera, en cuanto a consultas de nueva especialidad, que llega a 116 mil, en 2017, y se ha comportado más o menos en forma similar desde el 2013. Además, en su

incorporación, las listas de espera odontológicas son las que han tenido un mayor impacto en la cantidad.

Si bien las estrategias que hemos tomado han tenido algún impacto en retener un poco el aumento de listas de espera, estas claramente se han mantenido en el tiempo y, en el caso de las listas de espera de consultas de especialidades, los días de espera, desde el 2014 a la fecha, se han mantenido más o menos en forma similar. Lamentablemente, ha aumentado un poco. Particularmente, en el hospital Padre Hurtado en el 2017 se sinceró de alguna forma la lista de espera que venía. Hay un caso particular de este hospital, porque el hospital Padre Hurtado en un hospital experimental en la red, y nosotros hacemos esfuerzos por la coordinación, y esperamos que dentro de este año, con el proyecto de ley que hay, se incorpore efectivamente a la red y podamos trabajar de mejor forma y poder disminuir su lista de espera.

En las principales listas de espera de consulta está la especialidad de traumatología, otorrinolaringología y oftalmología, que claramente está también dado por la limitación de la oferta de especialistas.

En relación con las consultas, todos los años disponemos como oferta de 615 mil consultas en la red. Un 30 por ciento de ellas son para consultas nuevas, que corresponden a 184 mil y, de esas, el 65 por ciento corresponde a absorber la lista de espera, sin embargo, siempre va quedando un remanente producto de la limitación de oferta comentada.

En la lista de espera quirúrgica tenemos 16.600 pacientes al 2017, y se ha aumentado, lamentablemente, en los últimos años, particularmente del 2015 al 2016 el aumento ha sido un poco menor que en los años anteriores.

En cuanto a la lista de espera de intervenciones quirúrgicas sí hemos tenido algún impacto, en cuanto en 2014 en promedio esperaban 748 días, hoy se tiene un promedio de 564 días, y con la espera de poder disminuir ese tiempo.

Obviamente, aquí, hay una priorización en los equipos especialistas, porque de las derivaciones de interconsulta, por parte de los especialistas se hace una priorización por el diagnóstico y, obviamente, las personas que esperan más tiempo son las que tienen posibilidad de espera mayor, y no los más graves, que son priorizados.

Las principales especialidades en lista de espera quirúrgica son cirugía abdominal, traumatología y cardiovascular.

En el caso del GES, la siguiente lámina muestra la evolución de las garantías, del período 2016 – 2017 por mes, y actualmente, al 5 de enero, tenemos 656 garantías retrasadas. Tuvimos un *peak* a mediados de 2016, el que fue resuelto, y fue por diagnóstico de cirugía por el PAD.

El porcentaje de cumplimiento del GES de nuestro servicio de salud, por la magnitud que tiene, que son más de 300 mil prestaciones anuales, es del 99,4 por ciento, lo que implica que estamos por sobre la media nacional en cumplimiento.

Ayer, particularmente, se me consultó respecto de la compra de servicios. Al respecto, nosotros tenemos 15.158 millones de pesos en compras de servicio, a noviembre de 2017 –todavía no está cerrado diciembre-, lo que implica una disminución del 8 por ciento respecto del año anterior, a la misma fecha.

Esa disminución del 8 por ciento tiene que ver con una serie de gestiones internas que se hacen. Particularmente, en el hospital Sótero del Río, por años estuvimos comprando servicio de anestesia a sociedades médicas y, con las normas que el Ministerio de Salud estableció en las glosas presupuestarias, pudimos finalmente, en los últimos meses del año, terminar con ese contrato y, respecto de los nuevos especialistas que están en devolución por PAO, pudimos incorporarlos a la red y contratar los especialistas necesarios, lo que tendrá un gran impacto, sobre todo este año, porque la cuantía de esa compra de servicio era muy alta, sobre 1.500 millones de pesos al año. Ese es el porcentaje que representa el gasto del Subtítulo 22, Compras de Servicio, un 13,7 por ciento, que es bajo la media de los servicios de salud en general. Si lo vemos en relación con el presupuesto, es de un 4,11 por ciento.

En términos generales, eso quería presentar.

Muchas gracias.

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

Para iniciar la ronda de preguntas, tiene la palabra el diputado señor Leopoldo Pérez.

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saludar a la ministra de Salud, a la subsecretaria de Redes Asistenciales y a los directores titulares y subrogantes que nos visitan.

Aunque no soy miembro de la Comisión quiero formular una consulta al señor Juan Torres, quien dirige el servicio en el distrito que represento.

Al ver las cifras de 140 mil personas en listas de espera, para ser atendidos como primera consulta de especialistas, lamento que las trate de manera estadística porque aquí estamos hablando de personas que, como usted y yo conocemos, son de carne y hueso. Ellos están esperando una visita.

Sé de la capacidad que tiene el CDT y el CRS, recientemente inaugurado. No me atrevería a contarlo, sin ser médico, ni menos un especialista en el tema. Fue inaugurado por la Presidenta de la República y a la semana siguiente fueron despedidos treinta funcionarios. Entiendo que está en marcha blanca con algunos Centros de Salud Familiar y que envían algunos casos, porque tampoco tienen las

capacidades profesionales de especialistas para al menos satisfacer lo que está planificado. Pero esa es otra discusión que no corresponde a esta Comisión.

Sin embargo, me preocupa el número de cerca de 140 mil personas en listas de espera; también me preocupa el número de días para las atenciones quirúrgicas. Si bien usted dice que respecto de 2016 a 2017 bajó brevemente, estamos hablando de 568 días para una espera de cirugía, y muy bien detalló que eran cirugías abdominales, traumatológicas y cardiovasculares.

Me gustaría que precisara, de esas cirugías, los tiempos de espera, y si están relacionados con casos de enfermedades oncológicas. Al hablar de traumatología y de abdominales -cardiovasculares tendría una explicación-, ¿cuántas están relacionadas con cirugías oncológicas?

Por otro lado, cuál ha visualizado como el problema básico y sustantivo -más allá de no tratar proporcionalmente estos datos, porque hablamos de personas y aquí no podemos usar la estadística- en la red que en este caso representa para al menos tener una baja sustancial de las listas de espera en primera consulta, que es lo que más demanda hoy la ciudadanía en la zona de influencia del Servicio de Salud Sur Oriente.

He dicho.

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

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- Señor Presidente, igualmente, quiero saludar a las personas citadas.

Consultas al doctor Jorquera. Usted indicó que todo lo que pasó en la clínica Maruri fue descubierto por Ciper.

Sé que el periodismo investigativo cumple un gran rol en Chile y ha servido para desenmascarar muchos hechos que no se conocían.

¿Por qué tuvo que ser el periodismo investigativo el que lo descubrió? ¿No tenía conocimiento de la existencia de esta clínica? ¿Qué necesidad hubo de crear esta clínica? ¿Quién la creó, con nombres y apellidos?

¿Tenemos el acto administrativo de creación de la clínica o todo eso está en el dictamen? No he leído el dictamen. Vengo a la Comisión reemplazando a la diputada Cariola. Entonces, toda pregunta que formule será producto de lo que usted expuso.

Me imagino que debe haber un acto administrativo que creó la clínica. ¿Nos puede explicar ese punto?

¿Se pusieron metas o plazos para la eliminación de las listas de espera?

Usted citó que no sabía lo que había pasado con una denuncia en fiscalía. Señaló en la cronología que en algún momento se presentó una querella. ¿En qué está esa querella? ¿Quién la está investigando?

Señor Presidente, se puede pedir una diligencia al fiscal que está investigando esa causa si tenemos antecedentes sobre la misma.

Le pido que explique un poco más el plan de contactabilidad que menciona, porque no entendí mucho. Me imagino que es un plan para citar a las personas que ya fueron vistas.

¿Cómo se eliminaron de manera administrativa estas listas de espera? ¿Alguien daba la orden y se tachaba el nombre de la persona? ¿Cómo operó la eliminación de las listas de espera?

Respecto de la clínica Maruri, no entiendo el número de 764 personas fallecidas. ¿Esas personas fallecidas fueron atendidas en esa clínica y posteriormente sacadas de las listas de espera?

¿Tenemos el listado de las 764 personas fallecidas para saber de dónde sacaron el registro? Sin duda, es un número bastante alto como para haberlo registrado.

¿Tienen algún antecedente de esas personas para tal vez convocar a alguno de sus familiares?

Le pido que nos explique cómo operó la eliminación de las personas de la lista de espera.

Además, ¿está cuantificado el daño ocasionado al Estado por haber pagado a personas que no habían sido contratadas? ¿El daño patrimonial al Estado de Chile está cuantificado? ¿Cuánto se pagó a las personas que usted menciona?

Hay un sumario que dice que algunas personas fueron contratadas por un señor de apellido Gutiérrez, pero les aclaro que no tiene nada que ver conmigo.

Finalmente, quiero saber si el Ministerio de Salud o alguien cuantificaron el daño patrimonial que ocasionaron las contrataciones por parte de la clínica Maruri.

He dicho.

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

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, dado que solamente tenemos una presentación de la cual podemos sacar la información, porque la de Rancagua deja muchísimo que desear -espero que esto cambie el martes- me voy a abocar al Hospital San José, porque no tengo ningún inconveniente en enfrentar esta situación, como espero que el gobierno actual enfrente la de Rancagua.

Respecto del Hospital San José, ¿cómo se validaron los médicos generales para atención de especialistas? ¿Quién envió ese oficio? ¿Quién lo validó? ¿Quién lo solicitó?

Tengo información de que el director médico del hospital, quien tenía injerencia importante en las decisiones que se tomaban en la clínica Maruri –puedo estar equivocada y pido al director del Servicio que lo aclare- era el actual director del hospital San José, doctor José Miguel Puccio. Él era subdirector médico y tenía implicancias en Maruri. Entiendo que se defiende diciendo que denunció.

Me gustaría saber a qué se refiere con que denunció. ¿A quién le envió esa denuncia? ¿En qué mes y qué informaba? Porque estamos hablando del actual director, quien al parecer tenía información privilegiada en su momento respecto de este *modus operandi* que hoy se está criticando en el caso de la clínica Maruri. ¿Cuál es el rol del doctor Puccio, actual director, quien además está cuestionado por la Contraloría? Todos conocemos la situación.

Se plantea que el Minsal denuncia ante la fiscalía por irregularidades detectadas. También tengo conocimiento de eso, pero el Minsal inició sumarios y que los envió a la Contraloría. Es parte del resultado final de la Contraloría y que fue conocido un poco antes de la elección.

Entonces, ¿dónde está lo que el Minsal denuncia ante la fiscalía? ¿Dónde están los sumarios internos que también realizó el Ministerio de Salud?

Tengo en mi poder la solicitud que el 12 de marzo hizo la fiscal a la entonces ministra Helia Molina, para que entregara todos los antecedentes relacionados con la denuncia del Ministerio de Salud. Se plantea que no se tiene conocimiento de lo que ha pasado en la fiscalía, en circunstancias de que al actual Ministerio de Salud le correspondía ejercer las acciones y perseguir las responsabilidades, dado que el gobierno anterior había hecho la denuncia y se solicitó información al respecto -tengo el documento- al actual gobierno, en ese entonces representado por la ministra de Salud, señora Helia Molina.

Entonces, ¿qué acciones realizó el actual gobierno para llegar a conocer a los responsables y no tener que decir, después de cuatro años, que no hay ninguna acción judicial, resolución, formalización, ni nada en esta materia?

Tampoco está en el cronograma que en el gobierno anterior también se solicitó la renuncia al director del hospital San José. Lo menciono, para que el director lo incluya.

Con respecto a los fallecidos –puedo estar equivocada-, entendí que el director dijo que solo constataba cifras de las personas que no fueron atendidas por egreso administrativo que no correspondía o registro consulta y también de las personas fallecidas. ¿Cuál es la fecha de corte del análisis de fallecidos? ¿Es 2014, cuando se hizo una auditoría o una revisión de estos pacientes sacados en forma administrativa?

Considerando que se han hecho auditorías, incluso las que realizó el servicio y que se entregaron a la Digera, ¿qué información existe respecto de la causalidad? Porque si se plantea que no pueden entregar en la comisión información de los fallecidos por ser un tema delicado y debe hacerse en forma consensuada para evitar revuelos -justificaciones entregadas ayer por la subsecretaria para no entregar la información-, quiero entender cómo se entrega esa información sin decir si tiene causalidad o si efectivamente la lista de espera era un especie de lente. Como dato, en el hospital San José hoy existen más de mil personas con garantía GES retrasada por cataratas. ¡Más de mil sin resolver!

En cuanto a las personas fallecidas, que no son GES, no garantizadas por ley, ¿qué causalidad tienen? De lo contrario, estaríamos cayendo en lo que se ha criticado tanto, cual es que entregaron mal los números.

Por lo tanto, respecto de estas 14 mil personas y de estos 21 mil registros de consulta, ¿cuál es la causalidad de los fallecimientos? ¿De qué enfermedades hablamos? ¿Qué atención esperaban? ¿Qué atención recibieron? Porque si tenemos pacientes con cáncer que no tuvieron atención o recibieron atención de un médico general, significa que no tuvieron la atención como correspondía. Por consiguiente, aquí puede haber una responsabilidad penal o de otro tipo y quiero conocerla, independiente de que haya sido en el gobierno anterior.

Entonces, quiero claridad en estas materias, porque ayer se nos informó otra cosa. Dado que el invitado ha traído esa información, solicito que nos dé el detalle de los fallecidos que estaban en lista de espera durante el mandato anterior.

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

El señor **KORT**.- Señor Presidente, solicito que la ministra entregue los motivos para no presentar la querella. Quiero tener más detalles respecto de la decisión que hubo dentro del gobierno; es decir, saber si tiene más antecedentes.

Por otra parte, en presencia de las máximas autoridades del ministerio -está la ministra, la subsecretaria, el director subrogante-, solicito formalmente la entrega de los antecedentes de fondo sobre lo que ocurre en el Servicio de Salud O'Higgins. No es un tema menor. Como parlamentario representante de Rancagua, pido que nos entreguen la información de fondo y que no nos quedemos en la forma.

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

El señor **ARRIAGADA**.- Señor Presidente, respecto de la consulta sobre qué acciones realizó el Ministerio de Salud en relación con la situación de la clínica Maruri, quiero aclarar que frente a cualquier situación en donde hay daño del patrimonio nacional no son los ministerios -no tienen personal para esa labor- los que litigan en la defensa. Para eso está el Consejo de Defensa del Estado. Si por

alguna razón algún organismo del Estado no lo requiere, el Consejo de Defensa del Estado está obligado a actuar de oficio frente a esa situación.

Por tanto, corresponde solicitar la presencia de algún integrante del Consejo de Defensa del Estado para conocer las acciones que han realizado respecto de esa situación, pero, insisto, el ministerio no está obligado a asumir esa defensa.

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

El señor **ALVARADO**.- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a la ministra de Salud, a la subsecretaria de Redes Asistenciales y a los respectivos directores de los servicios salud.

Esta situación genera pasión, pero, como política de Estado, debemos buscar la solución. No sacamos nada con tirarnos los muertos.

En relación con la situación del Servicio de Salud Metropolitano Norte, sería bueno pedir la opinión del Consejo de Defensa del Estado.

En el informe de la Contraloría están los nombres de los destituidos. También hay otros profesionales no médicos respecto de los cuales hay cuestionamiento por pago de horas extra, etcétera. Me gustaría que también se aclarara esa situación que era *vox populi* desde hace tiempo. Trabajé en el Servicio de Salud Metropolitano Norte y eran muy apetecidos esos cargos en esa clínica por parte de médicos generales.

Ahora, ¿fueron contratados con autorización de la Seremi de Salud? ¿Eran médicos titulados? ¿Tenían autorización de Eunacom? En definitiva, ¿en qué situación estaban? Porque no es lo mismo que un paciente sea visto por un médico general si padece una enfermedad que tiene ciertos plazos que, quizá, no se cumplieron. Eso nunca lo vamos a saber.

El señor **CASTRO**.- Tiene la palabra el director del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

El señor **JORQUERA**.- Señor Presidente, contestaré las preguntas, teniendo clara mi situación de conocimiento del tema, que es el mismo que tienen todos los ciudadanos que viven en este país, porque llegué al Servicio de Salud Metropolitano Norte en junio de 2015, desde otro servicio de salud. Toda mi vida he estado trabajando como médico cirujano en el servicio público y vengo del Servicio de Salud Metropolitano Central, del hospital San Borja Arriarán, donde fui directivo y clínico.

Se preguntó por qué la denuncia de Ciper. Bueno, fueron las circunstancias, pero es bueno que pase. Ustedes tienen el ejercicio del control social, lo que es muy bueno. Desde el punto de vista valórico, no hemos llegado al servicio público para ganar más dinero de lo que nos pagan -por cierto está bien pagado- y hacer negocio, sino para servir. Eso es lo más importante. No perdamos el objetivo. Se

está abordando el tema desde el foco político y yo estoy hablando desde el foco técnico-sanitario. Mi trabajo es ocupar bien los recursos que me da el Estado, que son de todos los chilenos, para hacer el mejor trabajo y obtener los mejores resultados. Cómo me gustaría que tuviésemos más recursos.

Antes de responder las preguntas, quiero hacer presente que participé en la Comisión de Salud de esta Cámara y en la Comisión de Salud del Senado para hablar respecto de los déficits que tenemos, sobre todo en el área norte, y que espero que ustedes nos ayuden a resolver. Hice una presentación y mi colega del Servicio de Salud Sur Oriente dio a conocer el número de camas que ellos tienen por cada mil habitantes. Nosotros estamos bajo esa cifra. Tenemos casi 0,9 camas por mil habitantes.

Quiero comentarles que hemos terminado, por primera vez, dos estudios preinversionales para dos nuevos hospitales, lo que va a solucionar en parte el problema de las listas de espera, lo que nos va a producir menos dolores de cabeza. Lamentablemente, no se podrá concretar durante el próximo año, sino en más. Sin embargo, hemos hecho ese tremendo esfuerzo durante este periodo y espero que quienes lleguen puedan concretar esta iniciativa que está a punto de ser financiada. Es algo importante como meta general.

Son varios los puntos que hay aclarar, y lo dijo el diputado Arriagada, nosotros no tenemos una función fiscalizadora, no andamos persiguiendo a nadie. Insisto, mi función es sanitaria. Obviamente, sí debo preocuparme de que los recursos no se pierdan o que sean mal utilizados.

Respecto de la fiscalía solo puedo decir que no tengo conocimiento de qué pasó en marzo. Si alguien tenía que presentar aquello ante la fiscalía, no lo sé. Antes de venir, averigüé qué había pasado con esa denuncia y no ha pasado nada. Está en Fiscalía Norte. No tengo ninguna información al respecto.

El diputado Gutiérrez me preguntó acerca de la cuantía de los recursos que pudieron haber sido mal utilizados o desviados, pero ese trabajo lo está haciendo o lo hizo la Contraloría. Reunió todas las investigaciones sumarias y auditorías de hospitales y ministerios, que estaban en diferentes estados, los resumió y el resultado es lo que acabo de presentar. En cuanto al daño patrimonial, si me preguntan quién defraudó y por cuánto, eso está en manos de la Contraloría General de la República.

En relación con cómo se operó para la eliminación de las listas de espera, tomando el juicio que hizo la Contraloría, tal vez, lo más criticable es que algunos pacientes que deberían haber sido vistos por especialistas no recibieron esa atención.

Hay algo que también planteé en mi presentación. No eran funcionarios del sector público. No sé cómo fue la selección. Si ustedes leen la declaración de uno de los imputados, el doctor Gutiérrez, él dice que, muchas veces, invitó a compañeros de su universidad a trabajar en la Clínica Maruri. Sin duda, hubo defectos en esa consideración de profesionales, que no tenían experiencia ni la calidad que debieran haber tenido. No puedo responder cómo se validó a los médicos que trabajaron en ese tiempo, porque no hubo un sistema, no hubo un método.

Me preguntaron también por el rol del actual director del Hospital San José, Miguel Puccio, y lo único que puedo decir es que él fue subdirector médico en el periodo anterior, desde agosto de 2011 hasta comienzos de 2013. En cuanto a qué responsabilidades tenía, no aparece mencionado en el sumario de la Contraloría.

En relación con los pacientes fallecidos, para mí eso es pasado. Lamento que hayan fallecido. Si ustedes me preguntan, no tengo ninguna evidencia de causalidad. Tampoco sé si ellos habían sido atendidos, porque les demostré que varios de los que habían sido excluidos por atención que no correspondía o realizada por no especialistas, muchos de ellos fueron atendidos posteriormente. Entonces, no podría asegurar que nunca fueron atendidos los pacientes que fallecieron. Hablé de porcentajes de 60 y 80 por ciento. Por lo tanto, creo que la mayoría de ellos sí fue atendida. Si nos apegamos a las estadísticas, lo más probable es que sí hayan sido atendidos. No tengo evidencia; por lo tanto, no podría entregar evidencia de cuál fue la causalidad. Eso fue un corte del tema del Registro Civil a marzo de 2014.

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- ¿El listado de esas cerca de 700 personas usted lo tiene?

El señor **JORQUERA**.- Es un cruce de los RUT.

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- ¿Es posible que ponga a disposición de la comisión ese listado?

El señor **JORQUERA**.- No lo tengo en este momento, pero puedo hacerlo llegar.

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- ¿Hasta qué fecha es?

El señor **JORQUERA**.- A marzo de 2014, pero lo más probable es que si hago un corte posterior, eso va a variar.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Solicitamos el listado hasta marzo de 2014.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, así como el mandato de esta comisión es investigar hasta la fecha, sugiero que el listado de los fallecidos en lista de espera del Hospital San José abarque el mismo periodo.

El señor **ALVARADO**.- Quiero información respecto de los profesionales no médicos, enfermeras, TENS (Técnico en Enfermería de Nivel Superior).

El señor **JORQUERA**.- Me parece que en ese ámbito también hubo irregularidades, pero las más importantes, sin duda, fueron las relativas a los equipos médicos, que eran los que debían cumplir con la reglamentación para sacar a los pacientes de las listas de espera.

Para tranquilidad de todos, los pacientes siguen en el Registro Nacional de Lista de Espera. No se pueden eliminar de ese registro. Se dijo que fueron sacados o registrados o atendidos, pero ellos siguen en el registro. Por lo tanto, nosotros podemos seguir haciendo el cruce de diferentes variables de acuerdo con su RUT.

El señor **ALVARADO**.- ¿Es efectivo que se perdieron los libros de asistencia de ese tiempo? ¿Se perdió la información de los funcionarios?

El señor **JORQUERA**.- A los dos primeros funcionarios que fueron absueltos por no estar, en ese momento, en la administración pública, se les hicieron acusaciones por no tener registro y por no existir sistemas de control.

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

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, ¿es posible que usted le dé la palabra a la doctora Ghislaine Arcil? Ella no es funcionaria, fue invitada por ustedes y acudió libremente, por lo mismo no quisiera que tuviera que hacer otro viaje para que sea escuchada.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Arcil.

La señora **ARCIL** (doña Ghislaine).- Señor Presidente, soy Ghislaine Arcil, actualmente no ejerzo ningún cargo. Me acogí al incentivo al retiro, así es que estoy gozando de esta libertad desde el 30 de junio pasado. Toda mi vida profesional la desarrollé en el sistema público de salud. Partí *ad honorem*, hace casi cuarenta años. En esa época se usaba mucho la formación trabajando *ad honorem*, lo cual hice con mucho gusto en el Hospital Félix Bulnes. Allí me formé como pediatra y, posteriormente, trabajé en el Hospital Roberto del Río, como cardiólogo infantil. Después de ser subdirectora médica del Hospital Roberto del Río, pasé al área administrativa y, desde ahí en adelante, he ejercido diferentes cargos a nivel ministerial o de servicios de salud. En esta ocasión me pidieron participar en la comisión asesora médica para ver qué pasaba con las listas de espera y qué se observaba con respecto a las muertes que hubo de gente que estaba o en listas de espera de prestaciones no-GES o con atenciones retrasadas en las prestaciones GES.

Recién ayer en la tarde supe, después de la presentación que hicieran la ministra de Salud y la subsecretaria de Redes Asistenciales, que ustedes solicitaron que asistiera a esta Comisión.

Me pareció que era mejor asistir y responder lo que quieren saber más que decir: “No estoy preparada”. Me vine a enterar como a las ocho de la noche, pues estaba fuera de Santiago y quise asistir personalmente para que puedan tener claro el trabajo que se realizó con la comisión.

Al respecto, les puedo decir que, a pesar de la gran diversidad de componentes médicos que integraron la comisión, fue un trabajo tremendamente interesante. Hubo una mirada superior en cuanto a buscar qué causales y factores podía haber modificables en el tiempo para evitar la mortalidad respecto de encontrarse en una lista de espera.

A través de la historia, las listas de espera han existido y existirán siempre, ya que a nivel mundial es muy difícil e imposible eliminarlas, pues es un mecanismo de regulación sanitaria y nunca van a ser suficientes los recursos existentes para dar respuesta a la demanda que hay en ello. Como cardióloga infantil lo viví fuertemente cuando teníamos significativas listas de espera en cardiopatías congénitas. Aumentamos las cirugías -porque partió un nuevo centro en hospital Roberto de Ríos- y la cantidad de cardiólogos; sin embargo, la lista de espera aumentó exactamente igual.

En la medida en que se oferta una prestación, las listas de espera generalmente aumentan en cantidad de personas que requieren una atención. Cuando no existe hay una demanda oculta que no conocemos y estamos felices con una prestación, porque estamos atendiendo a cien y tenemos tantos médicos, pero aparece otra prestación y esa lista de espera aumenta. Por lo tanto, una de las cosas que siempre digo: “Por favor, no miren las listas de espera en forma aislada. Mirémoslas en comparación con la producción.”.

Me acuerdo cuando me tocó participar desde que partió el GES, 2004 o 2005, cuántos errores cometimos con las listas de espera que creíamos que había y que era lo que íbamos a tener que dar respuestas en distintos ámbitos; incluso, en la diálisis cuando suponíamos que todas las personas tenían atención, o sea, ¿cómo alguien que requería diálisis no se estaba dializando? ¡No se estaban dializando y estaban muriendo!, porque no tenían la factibilidad de o por lo que significaba esto.

En esa época se pronosticó mucho en lo que respecta a lo cardiovascular que fue un área específica en la que me tocó trabajar. Dijimos que íbamos a garantizar solo la fibrinólisis –en esa época era la fibrinólisis con estreptoquinasa- o vamos a hacer tal cosa para evitar la mortalidad, porque es el piso que podemos dar a todo

la población del país. Por lo tanto, ¿qué iba a pasar con los baipás coronarios? o ¿qué iba a pasar con la angioplastia en Santiago? ¡No pasó nada!

La angioplastia, los baipás coronarios y todo lo que se requería que fuera aumentando en lo cardiovascular siguió aumentando y las prestaciones se siguieron dando; incluso, hasta hoy los baipás coronarios no están garantizados. Sin embargo, si uno ve la producción de ellos en el tiempo, han ido en aumento. No es necesario que algo esté bajo una garantía explícita para poder mejorar la gestión y aumentar la prestación que es tan necesaria. Pero ¿en qué momento voy a poder garantizarla desde Arica a Punta Arenas? Difícil con el país que tenemos. No existe la cantidad de centros requeridos, ya que tendríamos que tener en todos lados uno para responder en un tiempo adecuado.

Ahora, uno siente la satisfacción que al poco tiempo, a cinco años de haberse iniciado el GES, la mortalidad por infarto había disminuido en el país con las acciones que se habían realizado, a pesar de tener oposición inicial de mucha gente, incluyendo a los médicos. Posteriormente, empieza a cambiar y se ve esto. Entonces, esto es como un contexto general de lo que pasa y de mi experiencia en el sistema público. Con las listas de espera ocurre exactamente lo mismo. ¡Siempre van a existir!

Le decía a la ministra que yo retrocedo en el tiempo que estuve en la Diger y tuvimos informes similares a los existentes hoy de cuáles eran las falencias, en el sentido de que no había una estandarización diagnóstica. Lamentablemente, hay latencias casi inevitables para lograr ir cambiando esto; y una de las cosas que reitero es que, ojalá, mientras los sistemas de registros o de sistemas de información no sean una política de Estado, en salud siempre vamos a estar mal. Por eso, creo que es fundamental el diagnóstico que sugiere la comisión en cuanto a fortalecer los sistemas de registros de información en salud.

Muchos de los que estamos aquí estuvimos en la época que llegó la doctora (Rach/fonética) al ministerio y hubo un fortalecimiento en lo que era el DEIS y cambió la historia del ministerio. Previo a ello, llegaban en hojas Excel para que Fonasa pagara las prestaciones que se realizaban, y costó mucho quebrar eso, porque seguía existiendo. Se decía: “No, pero si aquí está que operé a esta persona. Mientras usted no la incorpore al sistema de registros, no se le va a pagar.”

Fue una transición dura, y creo que hoy estamos en el mismo sentido. Se están creando sistemas de registros paralelos para poder gestionar —y lo entiendo—, pues la mayor parte de mi trabajo ministerial fue en redes asistenciales y uno requiere gestionar, y cuando no tiene la respuesta desde el nivel uno empieza a crear registros que den respuestas a lo que necesito, pero no siempre tienen la

validación necesaria ni son los registros que de verdad se requieren para poder hacer estadísticas de salud. Estamos hablando de estadísticas que no se leen solo a nivel nacional, sino también internacional, pues es lo que entregamos al país. Entonces, a veces, por crear estos sistemas que nos ayudan a gestionar, qué debo hacer desde las redes, olvido un poco todos estos recursos que deben los registros y que fue algo que detectamos como comisión. Por ejemplo, que había 6.000 casos que no correspondían a muertes sin atención. De ellos, había 6.800 casos de los 25.000 que sí habían sido atendidos; y es por diferencia de lenguaje o por el sistema de registro que existe. No es que sea malo, sino que no había nada antes.

Creo que aportó muchísimo la existencia del repositorio, pero como esto se ingresa a destiempo, se podía ingresar en forma masiva a planillas Excel que los servicios llevaban; entonces, cuando hago el corte y reviso, a veces, no se han incorporado 6.000 casos que ya habían sido atendidos, y saco conclusiones que no son las correctas.

Por otra parte, hace un mes y medio aproximadamente tuvimos una especie de retroalimentación con la ministra respecto de lo que había pasado con los datos que entregamos y hoy uno puede leer con orgullo que se están tomando muchas de las cosas que la comisión sugirió y que hay una mejoría significativa en poco tiempo. Recordemos que como comisión terminamos de trabajar a mediados de agosto, comienzos de septiembre. Partimos en mayo y solo tuvimos dos meses y medio, por lo que hubo que prolongar el trabajo que habíamos empezado. Tengo que destacar el trabajo de todos y de cada uno de los integrantes de la comisión, fue extraordinariamente bueno y sus aportes fueron muy significativos. Esto es como un *speech* un poco fuera de, pero es lo que uno puede rescatar del trabajo realizado y de un recorrido de 40 años en el sistema público.

Creo que hay cosas como estas que deben políticas de Estado para que tengan una continuidad. Incluso, en sistemas de información destacamos en muchos ámbitos, como país. Si uno va al extranjero, Chile está por sobre otros países, pero no en lo que respecta a sistemas de información en salud. Siempre estamos con esta falencia, y tengamos los sistemas o los *software* que sean para manejar una información y poder tomar decisiones, resulta básico que el registro esté validado y sea el verdaderamente necesario para hacer todo el resto.

Muchas gracias.

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

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Señor Presidente, en primer lugar, saludar a la doctora Ghislaine Arcil y, por su intermedio, preguntarle lo siguiente.

En su exposición dice que como país estamos muy avanzados en los sistemas de información y que somos reconocidos afuera...

La señora **ARCIL** (doña Ghislaine).- Pero no en salud.

El señor **PÉREZ** (don Leopoldo).- Claro, pero usted nos reiteró desde el inicio de su intervención que, en su opinión, el problema estaría centrado en todas estas listas de espera, AUGE no-AUGE, porque los sistemas de registros, sobre la base de sistemas de información, son lentos de aplicación y no porque no exista la masa crítica o la capacidad técnica para implementarlos, sino que en quienes debieran aplicarlos hay cierta renuencia. ¿Podría profundizar en ello? ¿Es el sistema? ¿Es la formación profesional? ¿Hay un problema de deterioro económico, en el sentido de estoy o no o el hecho de estar en el tiempo real?

A su juicio, ¿cuál es el diagnóstico que usted hace al principal problema que hoy nos vemos enfrentados como país para poder solucionarlo? Cuestión que comparto, ya que es imposible eliminar las listas de espera, porque son una necesidad permanente y recurrente, por lo que debiese existir más ofertas, dada la demanda escondida que existe. No olvidemos que el avance de la medicina y de la ciencia genera conocimiento, gracias al cual la esperanza de vida ha aumentado a más de 80 años.

Señor Presidente, para finalizar, quiero hacer hincapié en el tema del registro.

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

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- Señor Presidente, la doctora escuchó las intervenciones de los directores de hospitales y las tres formas diferentes de operar ante una lista de espera.

El Servicio de Salud del sector Norte da cuenta sobre cómo se operó respecto de la lista de espera en el Centro Clínico Maruri. Imagino que es una respuesta a la lista de espera, el que atendieran médicos no especialistas, como constató la Contraloría General de la República. Es una forma de acotar las listas, aunque no sé si fue la correcta.

Como el problema en salud son las listas de espera, AUGE o no AUGE, efectivamente se debe atacar la problemática. Por consiguiente, por lo que logro entender, el proceder de la Clínica Maruri fue una respuesta a una lista de espera que se hacía incontenible y, a la vez, había una decisión política para acotar el problema de las listas de espera.

Después, tenemos lo del Servicio de Salud de Rancagua, donde la auditoría constató una serie de errores administrativos, pero tampoco se logró acotar la situación que generan las listas de espera. También tenemos al Servicio de Salud

Metropolitano Sur Oriente, organismo que también trató de dar respuesta a las listas de espera.

Hasta ahora he mencionado tres modalidades diferentes de respuesta a la problemática que generan las listas de espera.

Entiendo que lo que se hizo en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente fue una respuesta idónea para acotar un asunto bastante complicado.

De las tres modalidades, la que me preocupa es la de la Clínica Maruri, pues crear una clínica, contratar médicos no especialistas, trabajar en una lista de espera y comenzar a atender. ¿Esa es una solución? Pero no sé qué se intentó implementar. Por lo mismo, pregunté al doctor Alfonso Jorquera si fue el mecanismo que usaron. Acaso, dijeron: “Acá hay 30.000 personas que están esperando ser atendidas, vamos a crear una clínica *ad hoc* y vamos a contratar personal, el cual, aunque no sea especializado, atenderá”. Sinceramente, todavía no entiendo cómo operaron.

En el fondo quiero saber si la modalidad que se utiliza en la Clínica Maruri es la forma correcta de abordar el problema de las listas de espera.

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

El señor **ALVARADO**.- Señor Presidente, es evidente que esta situación pone de manifiesto la existencia de un sistema que necesita soluciones y cambios urgentes. Las sanciones se tienen que dirigir hacia las personas que se beneficiaron.

Mi pregunta es para el Servicio de Salud del Sector Norte, respecto de las medidas para optimizar el sistema que se pretendan implementar a futuro, que a nivel mundial se estén ejecutando. La Organización Mundial de la Salud establece que en el 85 por ciento de los casos se proponen soluciones tecnológicas o medidas de modernización. En otras palabras, quiero saber qué cambios se realizaron o se pretenden realizar después de esta crisis; por ejemplo, en el área de radiología, anatomía patológica de concentración de recursos, telepatología o teleradiología.

Es evidente que siempre habrá listas de espera en los servicios, nadie piensa diferente, pero aprovechando que hoy están presentes algunas autoridades y que hemos abordado en profundidad este tema tan espinudo, sería interesante conocer posibles soluciones inmediatas.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Doctora Ghislaine, quiero que se refiera al informe que suscribieron en agosto, dado que se desprende que habría 6.593 fallecidos, con una potencial hipótesis de asociación entre la causa, la muerte y la espera que sostenía el paciente. La pregunta es, ¿qué ha ocurrido después de

agosto de 2017 que permita tener claridad respecto de esta hipótesis? Lo señaló, porque la inquietud ciudadana radica en que hay gente que muere esperando y que no mueren de casualidad, sino a causa de esa enfermedad, pues aunque haya tenido algunas etapas en la cadena de atención, finalmente no logran recuperarse.

Usted, doctora Ghislaine, que coordinó este trabajo y que pese a mucha dificultad logró concretar un diagnóstico, es posible que explique lo que ocurrió con esta muestra, respecto de la cual se extrapola la cifra de 6.593 fallecidos. Esta cifra es discordante en relación con otras que habían surgido en esa época. ¿Cuál es la situación actual respecto de las causales de muerte?

Tiene la palabra la doctora Arcil Ghislaine.

La señora **GHISLAINE** (doña Arcil).- Señor Presidente, contestando la primera pregunta del diputado Leopoldo Pérez, es evidente que sería erróneo decir que las listas de espera existen por un problema de registro, pues existen porque la oferta es menor que la demanda. Así se crean las listas de espera, las cuales se han transformado en un problema o en el foco básico. Ahora, para poder enfrentarlas adecuadamente, lo que hoy se sugiere a nivel internacional es manejar mejor los tiempos de espera o relacionar producción y listas de espera, pero no de forma aislada y, para ello, se necesita un buen sistema de registro.

En mi intervención partí señalando que el sistema de registro lo miro como una política de Estado, porque esta situación sobrepasa con creces a este gobierno y a los gobiernos anteriores. Es una situación que existe desde hace muchos años, a diferencia de los sistemas bancarios o de impuestos internos, donde contamos con muy buenos sistemas de registro. En el área de salud se genera una situación bastante más compleja, pero de todas formas creo que si se tomara como política de Estado, podríamos obtener mejores avances de los que tenemos.

No es que el problema radique solo en eso, pero es fundamental contar con registros válidos que permitan hacer un buen diagnóstico e intervenir de forma adecuada. Sin embargo, pese a las falencias existentes, el Ministerio de Salud las ha trabajado, ha implementado una serie de procedimientos para mejorar la gestión y ha aumentado la producción, a fin de disminuir los tiempos de espera. En la actualidad los tiempos de espera son menores de lo que eran hace años, lo que es un paso significativo.

Una de las soluciones que propuso la comisión fue crear mecanismos de priorización de espera. El Ministerio de Salud lo consideró y ha avanzado en la creación de esos mecanismos de priorización, que es una mezcla de al menos 8 factores para llegar a ese fin, porque si se toma de forma aislada el tiempo de espera y se acotan los problemas de salud por patología, se observa, incluso a

nivel internacional, que a veces el paciente más grave puede caer y estar más abajo en la atención que aquel que tiene un tiempo de espera definido, ya que se da prioridad a la lista y se deja de atender a ese otro que tiene más riesgo de morir.

La mezcla de factores que se deben considerar para priorizar es significativa. El Ministerio de Salud ha trabajado en el área de la salud pública, en redes de implementación para determinar el mecanismo más idóneo. Al respecto, ya existe un planteamiento sobre cómo incorporar esta problemática a los sistemas informáticos, a fin de automatizar y tener a la vista qué hay que priorizar, dado que la finalidad es disminuir el riesgo de muerte. A esto estamos focalizados.

Como comisión consideramos que nos debemos fijar en los aspectos sociales que determinan a la gente. Por ejemplo, determinar quién tiene apoyo cuando está enfermo, etcétera.

El diputado Miguel Ángel Alvarado preguntó si era correcto lo que se había hecho en el Servicio de Salud Norte, ya que si bien nombró los servicios de salud de Rancagua y Sur Oriente, puntualizó sobre el que se encuentra en el sector norte. En verdad, es difícil responder esa pregunta; no obstante lo que no me parece, y me he enterado por lo que he escuchado acá, es que uno haga un engaño al respecto.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Disculpe.

¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión hasta que la doctora termine de responder?

Acordado.

La señora **ARCIL** (doña Ghislaine).- Señor Presidente, enfrentar esto, entregar atención y decir que es un especialista cuando no lo es. Pero que se pueda definir que es necesario dar atención con un médico general para un hacer primer *triage* que determina qué paciente debe pasar a un especialista. Eso en forma transparente se puede trabajar a nivel de cada Servicio de Salud y ser presentado abiertamente, o sea, vamos a hacer esto.

Recuerdo que en el hospital Roberto del Río, hace muchos años, las listas de espera en otorrinolaringología no se conocían hasta que en un diario se publicó que una persona tenía atención programada para cinco años después. Entonces se decidió dar cupos, y se decía: hay hora para 200 personas, las que se ponían en fila hasta que se completaban los cupos. Y uno prefería no saber cuál era la lista de espera existente.

Frente a eso como dirección en ese momento con el doctor Carlos Flores pusimos al doctor Alfredo Avendaño, un pediatra muy reconocido, a hacer *triage*, ver a todos los que estaban esperando, hacer capacitación en la línea de capacitación

en la línea de atención primaria para ver que podían hacer ellos, en qué condiciones los pacientes podían ser derivados para hacer una limpieza en las listas de espera, lo que me parece absolutamente lícito y adecuado, y se relaciona con lo que usted preguntó, pero todo depende de la forma como se haga y que se implemente de forma transparente, que vamos a hacer esto para ver, porque tenemos pocos especialistas y no tenemos la capacidad de dar respuesta a todas las necesidades. Esa sería la forma como lo haría, opinión que es muy personal respecto de su pregunta.

En respuesta a la pregunta del doctor Castro sobre qué pasó con los 6.593 casos en que existía una probable asociación entre causa y mortalidad.

Nosotros profundizamos bastante en esto. Hicimos un análisis poniendo el foco en los fallecidos menores de 40 años durante 2016, proceso que nos llevo a plantear la mayor parte de las sugerencias que hicimos como Comisión, entre las cuales estaba estandarizar el diagnostico. El diagnostico, previo a este proceso, era un campo libre, un texto libre, por lo que para ver si había una relación se debían revisar los casos uno a uno y ver qué se había escrito en cada uno de los diagnostico, de distintas maneras, porque no existía un escritura tipo.

A partir de ese análisis se elaboraron varias de las sugerencias que se hicieron. Se analizó los casos de los menores de 40 años y una muestra significativa de mayores de 40, en concreto 1.000 de los 15.000. El resultado del análisis se extrapoló y se concluyó que podría existir alguna relación en 6.000 y algo casos que pueden tener una relación. Si se sale de ese foco, se observa que la mortalidad global del país es 5,7 pero en este grupo es de 6,7. Si se hace el análisis usando como parámetro el número de casos por 1.000, la global de los pacientes Fonasa es 6,7 y en el grupo bajo análisis es 8,8, y también se dividió entre menores y mayores de 40 años. ¿Es mayor? Sí. ¿Pero es esperable que en los casos que están esperando atención, y si en los casos Fonasa el 30 por ciento era mayor de 90 años, se dé una mayor concentración de muertes? ¿O de alguna manera yo espero garantizar la inmortalidad? No puedo.

Van a morir tanto si están en lista de espera como en su casa o no en lista de espera. Si se relaciona con la mortalidad global del país y la distribución de la mortalidad, es la misma. Al revisar las cifras estadísticamente, la distribución de muerte etaria en los que estaban en lista de espera mostraba la misma curva de la mortalidad global.

¿Mayor mortalidad? Si. ¿Por qué? Porque hay una mayor concentración de riesgo. Esa es nuestra interpretación. Pero no nos quedamos tranquilos y sugerimos al Ministerio de Salud que hiciera auditoría, porque nosotros no podíamos llegar más allá de lo que estábamos diciendo por las limitaciones en los

registros. Por lo tanto, sugerimos al Ministerio realizar auditorías, cosa que hicieron y partieron focalizadas en los menores de 40 años que fallecieron esperando una atención oncológica, y los resultados ustedes los conocen. Yo los conocí ayer y leí antes de venir a la comisión, y la verdad es que para mí no es sorprendente el resultado. Es lo que esperaba desde afuera y a partir de mi experiencia médica. Es decir, sería raro, pues la sensibilidad que hay en el país en relación con el cáncer es enorme. El tratar de dar la atención oportuna desde antes que estuviera en el programa GES también.

A veces no existen los medios para hacerlo, okey, pero generalmente uno tiende a dar prioridad. Entonces, que no se haya encontrado una asociación directa para mí no es extraño y me alegra que así sea.

Ahora, igual tenemos que continuar mejorando, no me cabe duda. No puede suceder que alguien espere o vaya entre tres o cuatro interconsultas antes de llegar a una atención por errores administrativos. Creo que en el Ministerio han tomado en serio lo que la Comisión informó y se está trabajando en eso. Pienso que el próximo gobierno tiene que seguir desarrollando ese trabajo y ojalá se tomen varias de estas cosas como políticas de Estado. Con eso haremos un mejor país.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Muchas gracias.

Tiene la palabra el doctor Jorquera.

El señor **JORQUERA**.- Señor Presidente, deseo complementar lo dicho en la respuesta al diputado Gutiérrez.

Maruri, tiene dos alas. Uno, Maruri tenía camas. Partió con 18 camas y llegó a 42, que no tenían las condiciones sanitarias ni la aprobación, lo que está mencionado en el resultado del sumario de la Contraloría General de la República. En consecuencia, eso no estaba bien porque para tratar pacientes muy requirentes debe contar con las condiciones sanitarias adecuadas y eso no lo tenía. Lo otro que no estaba bien era el asumir que un médico general pudiera definir temas de especialidad.

Ambas situaciones estaban mal, además de todo el descontrol al decidir a quién se atendía, si correspondía hacerlo o no, a quién se le pagaba.

El ver pacientes -como dijo la doctora Arcil- que necesitaban consulta sin duda que estaba bien, pero el resto no lo estaba y es por eso que se decidió aplicar las sanciones que conocemos.

En cuanto al doctor Alvarado, acerca de lo que se ha hecho para modernizar, quiero informarle, ya que acá es otro público, que en el Servicio de Salud Norte tuvimos una tremenda inversión en equipamiento y en recursos humanos. En este período han llegado más de 100 especialistas y en el hospital donde trabajó el

diputado señor Alvarado se invirtieron cerca de 7.000 millones de pesos en equipamiento primario para el sistema de salud, que es un PEP CT para mejorar el diagnóstico. Es el primero en el país en el sistema público. Esa fue la gran inversión de las autoridades del Ministerio durante el actual gobierno. También un nuevo Acelerador Lineal, sumamente moderno que permite realizar tratamientos mucho más precisos. Asimismo, se instaló la telemedicina, lo que va a seguir creciendo y desarrollándose.

Señor Presidente, esto es lo que quería aclarar.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Muchas gracias.

Tiene la palabra el diputado señor Hugo Gutiérrez.

El señor **GUTIÉRREZ** (don Hugo).- Señor Presidente, quiero pedir a la Comisión que solicite copia de la resolución exenta que creó la clínica transitoria de rehabilitación de pacientes crónicos Maruri.

Además, el listado de todos los pacientes atendidos por esta clínica Maruri durante el período completo en que funcionó.

También que se informe si hay un seguimiento de los pacientes atendidos por Maruri después de 2014.

Por último, todas las resoluciones que se dictaron centralmente con respecto a Maruri desde el Ministerio de Salud.

He dicho.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo al respecto?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado señor Claudio Arriagada.

El señor **ARRIAGADA**.- Señor Presidente, deseo que pregunte al doctor Jorquera cuál fue el monto de recursos adicionales que se dispuso para implementar las medidas que señaló acá y que permitieron enfrentar el tema la cifra de pacientes de la clínica Maruri.

Además, que se cite a los consejos de usuarios, a lo menos de la zona norte y de la Sexta Región.

Por último, deseo comentar que la exposición de la doctora me pareció brillante, pero cuando se analiza con un método estadístico este tema se concluye que una persona va a terminar falleciendo igual, pero es muy distinta la calidad de vida. Es distinto morir en espera de una operación que morir habiendo sido operado. Ese es nuestro centro.

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

El señor **ALVARADO**, don Miguel Ángel.- Señor Presidente, deseo pedir que se cite al director del Servicio de Salud de la Región de Coquimbo.

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

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

ACUERDOS

1.- La Comisión acordó que en la próxima sesión del día martes 23 de enero se cite al señor Claudio Castillo, Director Subrogante del Servicio de Salud O'Higgins, para que exponga en su calidad de auditor de dicho servicio respecto de la auditoría al Hospital Regional de Rancagua de enero de 2017.

2.- Solicitar al Ministerio de Salud el listado con RUT de las personas registradas como fallecidos a la fecha, del universo de quienes figuran con "Egreso administrativo contacto no corresponde" o registren consultas en Policlínico Maruri y/u operativos en terreno por médicos no especialistas, todo ello en atención a lo expuesto por el señor Alfonso Jorquera, Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte en su exposición de 17 de enero ante la Comisión.

3.- Respecto del Policlínico Maruri, solicitar al Ministerio de Salud lo siguiente:

3.1.- Resolución Exenta que lo aprobó o creó, y todas las resoluciones emanadas del Ministerio de Salud respecto de éste.

3.2.- Listado de todos los pacientes atendidos allí e información respecto del seguimiento de ellos.

3.3.- Cuáles fueron los recursos adicionales con los que se contó para enfrentar la crisis.

4.- Invitar en una futura sesión a determinar al Director del Servicio de Salud de Coquimbo y al Fiscal del Ministerio Público que lleva la causa del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

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 **18:40**.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Frede', with a stylized flourish at the end.

MARIA SOLEDAD FREDES RUIZ

Abogado Secretario Accidental de la Comisión