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

PERÍODO LEGISLATIVO 2014 – 2018

ACTA DE LA SESION ORDINARIA N°4, CORRESPONDIENTE AL PERÍODO LEGISLATIVO 2014-2018, CELEBRADA EL DÍA MARTES 06 DE MARZO DE 2018, DE 15:37 a 17:30 HORAS.

SUMARIO: **Orden del día: Durante la presente sesión se escuchó a:**
1.-Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gisela Alarcón.
2.- Jefe del Departamento Auditoría Ministerial de Salud, señor Jonathan Leiva.
3.- Sra. Nydia Contardo Guerra, Intendenta de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en representación del Superintendente de Salud.

APERTURA Y ASISTENCIA

Se inició la sesión a las **15:37** bajo la presidencia del diputado **Juan Luis Castro**, y con la asistencia de las diputadas señoras **Karol Cariola, Marcela Hernando, Karla Rubilar,** y los diputados señores **Miguel Ángel Alvarado, Claudio Arriagada, Manuel Monsalve, Jorge Rathgeb y Victor Torres.**

Actuó como abogado secretario el señor **Roberto Fuentes Innocenti** y como abogado ayudante la señora **María Soledad Moreno López.**

Asistió además la Ministra de Salud señora Carmen Castillo.

CUENTA

1.- Documento del Centro de Políticas Públicas de Universidad Católica denominado “La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a la persona al centro.”.

2.- Comunicación de la Ministra de Salud dando respuesta a los oficios N°20 y N°21, los que requerían la siguiente información respecto del Policlínico Maruri:

2.1.- Listado con el 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.

2.2.- Resolución Exenta que lo aprobó o creó, y todas las resoluciones emanadas del Ministerio de Salud respecto de éste; Listado de todos los pacientes atendidos allí e información respecto del seguimiento de ellos; Cuáles fueron los recursos adicionales con los que se contó para enfrentar la crisis.

3.- Antecedentes aportados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales que dicen relación con las gestiones solicitadas al Servicio de Salud O´Higgins en el marco del mandato de la Comisión. Constan en un CD con copia para los señores diputados.

4.- Antecedes aportados por el Jefe de Auditoría del Servicio de Salud O´Higgins relativos a consultas e inquietudes surgidas durante las sesiones de la Comisión.

5.- Excusas del Fiscal Nacional señor Jorge Abbott, de la Directora de Fonasa doña Jeanette Vega, y del Superintendente de Salud señor Sebastian Pavlovic, quienes no podrán asistir a la presente sesión. En representación de este último asistirá la Sra. Nydia Contardo Guerra, Intendenta de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

6.- Comunicación del Director (S) del Servicio de Salud O´Higgins aportando información requerida respecto de la Dra. María Angélica Moreno Muñoz.

7.- Solicitud de ingreso a la sesión de Javiera Briones, periodista, e Ivan Pacheco, camarógrafo, del equipo de Ahora Noticias, Canal Mega.

TEXTO DEL DEBATE

VERSION TAQUIGRAFICA

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

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

El señor **CASTRO** (Presidente).- En nombre de la Comisión, doy la bienvenida a la ministra de Salud, señora Carmen Castillo; a la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Ana Gisela Alarcón; al jefe de Auditoría del Ministerio de Salud, señor Jonathan Leiva, y a la representante de la Superintendencia de Salud, señora Nidia Contardo, para luego señalar que, tal como se acordó en la sesión pasada, el jefe de Auditoría del Ministerio de Salud va a iniciar su presentación, la cual había sido postergada en dos oportunidades. Con posterioridad, daré la palabra a la ministra de Salud, a la subsecretaria de Redes Asistenciales y a la representante de la Superintendencia de Salud, señora Nidia Contardo.

Tiene la palabra el señor Jonathan Leiva.

El señor **LEIVA**.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero saludar, por su intermedio, a los miembros de la Comisión; a la subsecretaria de Redes Asistenciales y a nuestra ministra de Salud.

Voy a exponer algunos temas requeridos desde el ámbito de la auditoría del Ministerio de Salud.

Ostento mi cargo de auditor ministerial desde marzo de 2014. Quiero agradecer a los 340 auditores a nivel nacional que durante estos cuatro años han desarrollado un trabajo en materia de auditoría interna que no habíamos conocido en el Ministerio de Salud. Hemos avanzado bastante y comentaré sobre esas temáticas.

Los principales temas están señalados en la presentación. Me referiré a lo señalado por el contralor general en la sesión anterior, es decir, el informe consolidado de 23 hospitales respecto de los informes GES y no GES. Vamos a tocar temas de auditoría: juicio, cuenta y sumario realizado por el caso del policlínico Maruri; los casos del informe de auditoría del Servicio de Salud O´Higgins; informe de revisión de la propuesta de la Comisión Asesora Ministerial y, finalmente, señalaré algunas cosas que hemos revisado en el ámbito de auditoría ministerial en los temas clínicos.

Tenemos una diferencia de conceptos respecto de lo que se planteó en la sesión anterior. Se señaló que el responsable del control interno de cualquier institución es el departamento de auditoría interna.

Traigo un documento donde el instituto global de auditoría interna señala que el control interno no es responsabilidad ni monopolio de auditoría interna, sino que recae en toda la institución. Esta teoría ratifica que el control interno es responsabilidad de todos y no solo de la unidad de auditoría interna. Por eso quería complementar el comentario anterior.

Respecto de los informes consolidados de la Contraloría General de la República, que se analizaron en la sesión anterior, señala que este informe consolidado fue recepcionado en agosto del año pasado. De inmediato hicimos seguimiento de los 23 informes consolidados.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Disculpe que lo interrumpa auditor. A las cinco de la tarde tenemos sesión legislativa. Por lo tanto, recuerdo a todos los expositores que tenemos un tiempo acotado.

Puede continuar con su intervención.

El señor **LEIVA**.- Gracias, señor Presidente.

En una de las sesiones anteriores se presentó esta información. Nuestro interés, y como línea de trabajo, acogimos la orientación de la ministra y de la subsecretaria de hacer seguimiento a todos los informes de la Contraloría de la República.

Queremos mostrar el avance de los 284 compromisos, que se reflejan en 110 observaciones de este informe consolidado, pero todos los auditores de regiones nos reportaron 284 casos. La vez anterior la Contraloría no se pronunció al respecto. Nosotros sí queremos señalar que tenemos un avance importante que se refleja en un 82 por ciento de cumplimiento de planes de acción o acciones correctivas respecto del total de las observaciones. Nos quedan algunas que son más complejas y que representan un porcentaje mínimo. Pero estamos interesados y preocupados del seguimiento de estos casos. Como señalamos, estamos haciendo un análisis bimestral y el último estado es al 7 de febrero.

También consideramos el seguimiento de los sumarios que nacen de estos informes. Cinco sumarios parten de la recomendación de la Contraloría y otros nueve por voluntad propia de los servicios de salud, dadas algunas observaciones importantes que se rescataron de los informes. Siete están en etapa de investigación, cinco sobreseídos y dos en etapa cerrada esperando su término completo.

Dejo a disposición de la comisión el listado de todos los informes de auditoría que hemos realizado desde 2014 hasta la fecha que han sido proporcionados y que la Contraloría

General de la República los tiene en su carpeta como producto nuestro. Hacemos *feedback* del estado de situación de cada uno de los compromisos de cada informe de auditoría que se emite al sector. Es una cantidad no menor, y con ellos hacemos un trabajo al menos una vez al año, con cada uno de los establecimientos, servicios salud y centros experimentales. Este reporte se envía tanto al Consejo de Auditoría General de Gobierno como a la Contraloría General de la República.

Respecto del policlínico Maruri doy algunos datos importantes del análisis. Tuvimos a la vista el informe final y seguimiento. Misma situación, le hacemos seguimiento al de reportabilidad. La muestra que se recogió fue de 128 atenciones desde enero de 2012 a marzo de 2013, 16 médicos cirujanos involucrados en esta evaluación.

El resultado del seguimiento del informe de Contraloría se aprecia en la lámina. Está mayoritariamente consolidado en un procedimiento disciplinario, que lo comentaré, donde dice “situación reportada”. Los datos que tenemos indican que en ese período fueron atendidas 34.127 personas. El pago a médicos nos especialistas llegó aproximadamente a 871 millones de pesos; las transferencias que se tuvieron que utilizar para el plan extraordinario de listas de espera en este establecimiento fue de 156 millones de pesos. Está por concluir el proceso administrativo porque está en la etapa de notificación para los dos inculpados y en curso el análisis del Tribunal de Cuentas por pagos indebidos y otras situaciones. Hay acciones del Ministerio Público en curso con querella del Consejo de Defensa del Estado. Se inició un sumario administrativo en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, que está en etapa investigativa.

Respecto de la situación de auditoría del Servicio de Salud O´Higgins, comentado bastante en la sesión anterior, tuvimos a la vista un período posterior al señalado acá. Traigo evidencia de esos antecedentes. Acá se emplazó a que yo había tomado conocimiento de estos informes. Lamentablemente, nuestro auditor del servicio de salud faltó a la verdad porque eso no es cierto. Tomé conocimiento solo de un informe: el reservado N° 8, de GES.

Además, tomamos conocimiento de que la dirección del servicio, dado estos resultados, había tomado acciones concretas por las observaciones. Por lo tanto, estimamos necesario no iniciar otras acciones paralelas dado que el director del servicio solicitó una auditoría especial; además, inició dos sumarios administrativos.

No es cierto que yo tomé conocimiento de la auditoría no GES, y hasta hoy no tengo conocimiento formal, sino hasta el 14 de diciembre cuando visité el Servicio de Salud O´Higgins.

Por lo tanto, quiero desmentir categóricamente lo que el auditor señaló en la sesión anterior, y lo hago con estos antecedentes que tengo en mi poder.

El informe no GES reservado N° 4 y el informe GES reservado N° 8 tienen mucha similitud con el informe final de Contraloría de 2016. Luego, ellos replican esta auditoría a dos establecimientos más, concluyendo en diciembre de 2017 con el informe N° 78, de Casos Clínicos especiales, que voy a explicar más adelante.

Respecto del informe no GES, también debo decir que con el análisis que tuvimos a la vista el auditor también faltó a la verdad.

Estando en conocimiento que estos resultados no eran los correctos –tengo los antecedentes, que le envié por correo electrónico el 18 de enero-, lamentablemente él no ratificó ese error en la sesión anterior, y eso quiero comentarles ahora.

En primer lugar, la auditoría habla de pacientes, y eso no es así porque son registros, y un paciente podría tener más de un registro. Por lo tanto, el informe está errado en su conclusión principal porque mezcla datos y se equivoca en la identificación de los datos.

Además, cuando hicimos el análisis específico de los 38.942 pacientes, y reitero que para nosotros son registros, había 6.254 registros que ya estaban ingresados al Registro Nacional de Listas de Espera.

El auditor dijo que estos registros no estaban en lista de espera. Por lo tanto, comenzamos a no creer en la base de datos proporcionada por el departamento de auditoría del servicio dado que había datos no corregidos. La base de datos, en términos técnicos, no se limpió para poder generar el análisis.

El segundo antecedente para hacer el análisis de intervenciones quirúrgicas, que deben tener los criterios de ingresar al Registro Nacional de Lista de Espera, es que tuvimos que sacar 3.965 registros que no contenían estas consideraciones o características para ser ingresados en el repositorio.

Por lo tanto, el registro que no habría sido ingresado al RNLE a esa fecha era de 28.723 casos, que dista bastante de los 38 mil que señaló el auditor en su conclusión.

Algunos datos. Cuando fuimos a analizar esta información -yo me hice presente en esta revisión- pregunté quiénes formaban parte del equipo de auditores que realizó esta auditoría tan técnica y que se desarrolló en una semana, lo cual resulta complejo para una auditoría de este tipo. Se me informó que, de los tres integrantes del equipo, dos eran alumnos en práctica.

Ahora, nuestro Código de Ética y la norma internacional de auditoría señalan que se debe contar con las competencias técnicas para desarrollar un trabajo de esas características, y en ese sentido, se falló. Por consiguiente, es lógico que la base de datos extraída inicialmente tenga diferencias en los números que estoy indicando.

En un análisis posterior, cruzamos los datos del Fonendo, que es un sistema que se utiliza en la red de salud del Servicio de Salud O´Higgins para ingresar los requerimientos desde la atención primaria hacia la atención secundaria, y constatamos una coincidencia de 53 por ciento de esos casos en el repositorio de listas de espera.

En relación con los resultados del análisis, no podemos garantizar que los datos que han conocido –estos se han señalado en distintas comisiones y el fiscal Arias los tiene en la carpeta- entreguen una seguridad razonable para sacar conclusiones o extrapolar los resultados del comportamiento del Servicio de Salud O´Higgins.

Otra arista que se está analizando es que el informe señala que había 2.291 órdenes en papel que no estaban ingresadas en el repositorio. Lamentablemente, esto sigue la misma tendencia del error del análisis. En mi calidad de auditor ministerial, pedí antecedentes para realizar la verificación y solo se me proporcionaron 542 hojas en formato PDF, con información poco legible, la cual tuvimos que tabular. De esos datos, 202 registros estaban duplicados y 340 indicaciones correspondían a intervenciones quirúrgicas. De las 2.291

supuestas órdenes, al 19 de enero de 2018, solo 141 casos no están en el Registro Nacional de Lista de Espera (RNLE). Por lo tanto, en ese trabajo había información que no era correcta.

Como nuestro interés no era quedarnos solo con esas cifras, tomamos toda la información y la cruzamos con distintas bases de datos que tiene el Ministerio de Salud. Cabe señalar que siempre hemos puesto a disposición nuestros equipos de auditores, para colaborar en el análisis de esos antecedentes.

De los 38.942 casos señalados en la auditoría de O´Higgins, luego de limpiar todos aquellos datos sucios que existen en cualquier base de datos y que no permiten hacer un análisis posterior, llegamos a 34.977 registros válidos para realizar cualquier cruce, los que finalmente corresponden a 31.593 RUN únicos. Los sometimos a análisis y encontramos que 14.085 de esos registros tenían interconsultas egresadas y 20.779 estaban en lista de espera para atención, de los cuales 19.684 son RUN únicos.

Nuestra conclusión de la revisión fue que solo 1.449 casos identificados al 19 de enero estaban pendientes de ser cargados en el Registro Nacional de Lista de Espera.

¿Cuáles son nuestras conclusiones del análisis que hicimos como auditoría ministerial? Primero, hubo errores metodológicos en el desarrollo y conclusiones de la auditoría realizada por el Servicio de Salud O'Higgins, lo que no otorga una seguridad razonable respecto de los resultados y conclusiones.

Segundo, algo que es importante dentro de rol que me convoca, que tiene que ver con aplicar las normas internacionales de auditoría. Nosotros no tenemos una norma específica como sector público. Hay una norma especial de la Contraloría, pero es para las auditorías de desarrollo propio. Por esa razón, debemos acudir a la norma general, que es la norma internacional de auditoría. En este sentido, la norma 1220 señala que hay tener el debido cuidado profesional para el desarrollo de las auditorías, que no fue lo que ocurrió en la auditoría GES y No GES de O´Higgins.

Tercero, hay inobservancia del Código de Ética que generamos en esta administración para los profesionales de las auditorías, con principios, valores y especificaciones, el cual también voy a dejar como antecedente.

Cuarto, algo que ya mencioné que dice relación con que al servicio de salud, a través de un correo electrónico que envié al auditor el 18 de enero, planteamos que había diferencias importantes en el análisis que realizó, con el fin de que pudiera revisar y replantear el resultado; sin embargo, en la última sesión de esta comisión, él no ratificó la diferencia y mantuvo los datos errados.

Por último, dado los 1.449 casos que encontramos, podemos concluir que hay retraso en la carga de información desde Fonendo hacia el Registro Nacional de Lista de Espera.

Ahora, del análisis de la información se desprende lo siguiente: lenguaje y mensaje errado en conclusiones -se habla de pacientes versus registros-, desconocimiento y débil respaldo metodológico de extracción de datos para auditoría. El equipo no fue capaz de explicarme cuál fue la metodología para extraer tales datos. Por lo tanto, hay una limitación que impide entregar una seguridad razonable de los resultados.

Al 13 de diciembre de 2016, los registros no ingresados al RNLE eran 28.712; no 38.942.

Al 19 de enero de 2018, los registros no publicados en RNLE eran 1.449. La cifra bajó bastante, dadas las instrucciones que entregó la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Aún así no cargaron toda la información. Ahora, respecto de los registros en papel, bajó significativamente el número.

En reiteradas oportunidades se instruyó al servicio de salud la carga de datos, sin embargo, se observa que a la fecha aún existen registros sin cargar en el RNLE. Dada esta situación, se instruyó un proceso administrativo, el cual se inició a través de una resolución exenta, y en este momento se encuentra en la etapa de investigación.

Respecto de la auditoría GES, se tomaron tres variables. Cabe señalar que la auditoría Nº 8 dio pie a la auditoría Nº 78, que ustedes tienen entre los antecedentes. Se tomaron 841 fichas; Para mí fue una locura, porque no logré determinar cómo se auditaron esas fichas en solo una semana.

Se determinó que había 172 fichas que tienen relación con diagnóstico oncológico. Luego, en la auditoría Nº 78 se constató un número más reducido. La hipótesis del servicio de salud era que, de esas 172 fichas, había 30 pacientes fallecidos, con una relación diagnóstica con casos oncológicos. Se separaron tres situaciones, que están señaladas en esta presentación, que son 16 pacientes GES exceptuados fallecidos o con caso cerrado, 10 pacientes exceptuados sin la prestación otorgada y 4 pacientes con cierre de caso GES.

La auditoría Nº 78, que es del propio servicio de salud, mantiene los 16 pacientes GES con prestación oncológica, los 10 pacientes con atención de prestación oncológica y solo 1 paciente con prestación oncológica, porque se dieron cuenta de que tres están vivos, por lo tanto, el numero bajó a 27 casos.

Como nos interesó saber el resultado de esto y si tenía alguna coherencia con su conclusión, en la División de Gestión y Red Asistencial, dado que no tenemos la *expertise* técnica ni contamos con un médico oncólogo para hacer este trabajo, revisamos las fichas y nos dimos cuenta de que había otra conclusión de estos casos. Si bien el servicio de salud señala que no hay una relación entre la muerte y la patología, y que todos tuvieron prestación, revisamos las excepciones. Al respecto se va a referir más en detalle la señora subsecretaria. Cabe mencionar que son prestaciones oncológicas y que, respecto de los primeros 16 casos, hay 14 bien exceptuados bajo la norma técnica; de los 10 pacientes con atención de prestación oncológica, 1 está bien exceptuado y el paciente con prestación oncológica que estaba fallecido estaba bien exceptuado. Por lo tanto, en los 30 casos que levantó el servicio de salud, más el delta que incorporamos de aceptación, hubo inconsistencia en relación con la aplicación de la norma técnica, entre lo bien exceptuado y lo mal exceptuado.

Respecto del análisis, se requirió complementar con otra información, que era saber cuáles eran las fichas que había incautado el fiscal Arias. Llegamos a los RUT de esos casos. En función de la causa, supimos de la incautación de fichas originales y pedimos información al director del servicio, a través del oficio Nº 15.792, acerca de la situación de las fichas, dado que no contábamos con las originales - lógicamente, se afectaba la ley de protección de datos sensibles de nuestros pacientes-, y de cuáles eran las gestiones para restituir esas fichas. Asimismo, solicitamos que se nos proporcionara la nómina. La nómina

es de 64 pacientes y el listado de fichas que analizamos contenía 20 de estas fichas que comentábamos anteriormente y que corresponden a la auditoría que hizo el servicio de Salud. Por lo tanto, nos enfocamos fuertemente en 44 casos, porque de los 64 casos, 20 ya habían sido analizados.

¿Qué encontramos? Revisamos y vimos la distribución por tipo de patología: por ejemplo, cáncer cervicouterino, 40 casos; cáncer gástrico, 19; cáncer de próstata, 3; y cáncer de mama, 2.

Los 64 pacientes que se presentan con 66 garantías exceptuadas –recuerden que cada paciente puede tener más de una patología- y 49 de ellos se encuentran exceptuados bajo norma, por lo que también encontramos coincidencias de esas características.

De los 64 pacientes que analizamos, 63 recibieron prestaciones asociadas a la patología de la consulta o de su enfermedad y solo uno no tuvo atención, y no la tuvo porque como su enfermedad estaba tan avanzada, se prefirió darle otro tipo de prestación.

Finalmente, la revisión realizada, desde el punto de vista administrativo y de registros, no permite asociar la excepción de la garantía que determinó el fallecimiento. Lo que sí se puede afirmar es que la evidencia indica prestación y/o atención, como lo señalé anteriormente.

Respecto del informe de revisión de fichas clínicas que se hizo desde el desarrollo de la Comisión Asesora Ministerial, que es un trabajo de similares características, señalo que esto nace del informe de la glosa 06. En mayo de 2017 se genera la Comisión Médica Asesora Ministerial; se emite un informe de esta Comisión; hay un informe consolidado de Contraloría, que comenté al principio, y luego se hace un informe de revisión de fichas clínicas de fallecidos. Esto solo lo mencionó, porque ya se habló al respecto en una Comisión anterior, pero aquí están los resultados.

Se me pidió que se indicara cuál fue la función de auditoría en este caso y cómo lo desarrollamos como ministerio. Bueno, hicimos un documento técnico entre auditoría y DIGERA para levantar los casos a nivel local y determinar técnicamente cuál eran las variables que tenían que evaluarse. Hubo una muestra de revisión, que surgió de un trabajo multidisciplinario, en la que la variable fue: causa oncológica menores de 40 años, y nos centramos en este grupo. También se identificaron fichas de certificados de defunción. Luego se desarrolló el resultado: 509 interconsultas asociadas a 443 pacientes. El resultado lo pueden ver en la lámina, De la revisión de 443 personas fallecidas, 417 se encontraban con atenciones en la especialidad correspondiente relacionada con su causa de muerte.

Aquí se entregan todos los lineamientos. Hay una pequeña muestra de una cantidad de hojas de trabajo que se levantó, en que la responsabilidad, en muchos de los casos, fue de un médico especialista o de equipos especializados en la red asistencial de todos los establecimientos en los que se levantó esta información. En su caso, se encuentra la firma de los subdirectores médicos o del especialista que levantó la ficha, y en octubre de 2017, y no así en la sesión de una videoconferencia, los auditores ya sabían de esta auditoría, por lo que les pedimos que colaboraran metodológicamente en el análisis de cada uno de los casos en los establecimientos de salud.

A continuación, complemento algún listado de instrucciones que la subsecretaría ha entregado a la Red Asistencial, y concluyo comentando cuál ha sido el trabajo que hemos desarrollado durante estos cuatro años en auditoría clínica.

Cuando asumí este rol, la auditoría clínica se había eliminado del Ministerio de Salud, siendo el eje principal (y el giro del negocio).en esa oportunidad, incorporamos a dos profesionales de salud y comenzamos a trabajar con todos los auditores clínicos. Realizamos un encuentro nacional de auditorías con auditores clínicos especiales; desarrollamos el primer Encuentro de Auditores Clínicos, para hablar temas específicos de la temática; inauguramos la primera versión del Diplomado en Auditoría Clínica, cuestión que es muy importante, toda vez que hoy hemos cubierto a 64 profesionales del área. Ya vamos en la segunda versión y esperamos que este año se concrete la tercera, pare entregar potenciales a cerca de 340 profesionales. También generamos un modelo de ejecución y organización para auditoría clínica, que fue aprobado por la ministra y que está en ejecución en la Red Asistencial. Por último, y dada la relevancia que tiene para nosotros el seguimiento de los informes de Contraloría y también de auditoría interna, desarrollamos un sistema de seguimiento para ser instalado en todos los puntos de auditoría del sector Salud y hoy, ojalá, podamos firmar un acuerdo de colaboración para compartir este sistema de seguimiento con la Junaeb.

Es cuanto puedo compartir con ustedes.

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

La señora **ALARCÓN**, doña Gisela (subsecretaria de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, en honor al tiempo, trataré de resumir tres o cuatro puntos sobre los que quiero ser extremadamente clara, dado que es la última oportunidad en que como subsecretaria estaré presente en esta Comisión Investigadora, aunque estaré disponible para venir cada vez que se requiera.

Quiero referirme a lo dicho por el jefe de Auditoría Ministerial, como sería el absoluto desconocimiento que la Subsecretaría de Redes Asistenciales así como el jefe de Auditoría tenían de las auditorías que se estaban realizando en el servicio de Salud O'Higgins por retrasos de GES y listas de espera NO GES.

Entiendo que en una sesión, en la cual no pude estar presente, se planteó que la auditoría estaba en mi conocimiento, lo que no es cierto, y tal es así, que todavía no me llega formalmente ninguna de las dos auditorías, aunque el 13 de diciembre de 2017 si tuvimos un conocimiento informal de que se habían realizado auditorías, motivo por el cual el 14 de diciembre pido al jefe de Auditoría Ministerial y a la jefa del DIGERA que concurran a Rancagua para revisar dichas auditorías y saber de qué se trataba lo que se nos acababa de mencionar de manera muy informal. Desde ahí viene todo el análisis que ha señalado el auditor, sobre lo cual no me voy a referir.

Por otro lado, veníamos trabajando que con el Servicio de Salud O'Higgins desde fines de 2016, justamente después que se hace el traslado del Hospital de Rancagua. En esa oportunidad se recibió un preinforme o informe de Contraloría respecto de los retrasos GES y NO GES del Servicio de Salud O'Higgins. Por lo tanto, desde ese entonces veníamos

haciendo un seguimiento a cómo se venía subiendo la lista de espera NO GES al Repositorio Nacional de Listas de Espera. Lamentablemente, y a pesar de los múltiples oficios que le he enviado al Contralor… Por ejemplo, les puedo mostrar uno, que acabo de enviarle, en que se adjuntan 37 oficios generales a todos los servicios de Salud con las normativas que deben cumplirse para subir las listas de espera al Repositorio en forma oportuna. Les puedo señalar más de 60 instructivos al Servicio de Salud O'Higgins y, a pesar de ello, el último informe que tenemos es de enero y todavía faltaban subir, como lo ha dicho el auditor, 1.449 casos al Repositorio Nacional de Listas de Espera. Hoy estamos en un proceso de migración hacia el sistema de información y gestión de tiempos de espera.

Por lo tanto, el servicio de Salud de O'Higgins ha ocurrido lamentablemente en una inobservancia de la normativa técnica respecto de en qué momento subir al paciente al Repositorio Nacional de Listas de Espera.

He dado un último instructivo respecto de cuál es el problema que ellos tienen. En su modelo ellos hacían pasar al paciente por dos contralorías y, si no pasaba estas dos contralorías, no lo subían en la lista de espera, lo que, en algunos casos, generaba un retraso y, en otros, no, pero podía generar un riesgo para el paciente. Por lo tanto, se ha instruido que la lista de espera se sube, tal como lo establece la norma, desde la atención primaria y no se sube desde ningún otro nivel, ni secundario ni terciario, lo que ha sido instruido de forma clara.

En segundo lugar, señalar que respecto del GES, porque estamos hablando de todo lo que es no GES en la región de O´Higgins durante el año 2017, en relación con lo que acaba de manifestar el auditor respecto de la revisión de los casos en el SIGGES que habían fallecido y los que habían sido exceptuados, se encontraron 17 casos de mala excepción de garantías, algunos de ellos justificados por el cambio de la normativa de cómo exceptuar el Cáncer Cérvico Uterino.

Debido al poco tiempo que tenemos disponible, no quiero hacer más precisiones al respecto, pero sí entregar todos los antecedentes a la comisión. Asimismo, señalar que hay sumarios en curso, personas formalizadas y defensas en tramitación, de tal manera que si ocurrió un error administrativo se trata de una excepción que está incluida en los sumarios respectivos.

Por otra parte, quiero ser muy clara y precisa en exponer que todos esos pacientes fueron atendidos, a pesar de haber sido exceptuados bien o mal. Por tanto, no fallecieron sin recibir la debida atención, como queda demostrado en la auditoría que realizó el servicio como la revisión de fichas SIGGES, revisada por el equipo de DIGERA (División de Gestión de la Red Asistencial) cuando obtuvimos todos los RUT de las fichas incautadas por la Fiscalía.

¿Por qué solicitó la señora ministra los RUT, y por qué sabemos de aquellas fichas?

Porque las fichas son de propiedad de los pacientes, de acuerdo con la ley de derechos y deberes del paciente. Si bien se deben entregar cuando son requeridos por una Fiscalía, se debe dejar copia al respecto.

Ahora bien, lo que sucedió en el hospital de Rancagua es que se entregaron las fichas pero no se dejó copia de resguardo, lo que no es adecuado. Por ello, para resguardar el

registro de existencia de esos pacientes, se pidió toda la nómina, gracias a lo cual sabemos que fueron atendidos, con 17 de ellos mal exceptuados, pero atendidos.

Respecto de la situación de Maruri, quiero ser extremadamente clara. Se envió un oficio a esta comisión en relación con el origen de esta Comisión Investigadora; entendemos que Contraloría emitió un dictamen en el mes de diciembre en el que apareció la situación de Maruri, con personas formalizadas pero que no podían ser sancionadas porque ya no formaban parte del Sistema Público de Salud.

Sin embargo, se intentó comparar la situación de O´Higgins con la situación de Maruri. Al respecto, quiero señalar de forma muy clara y categórica que estas situaciones no son comparables. En una puede existir un retraso en la incorporación de los pacientes a la lista de espera, situación que, como ya he señalado, es objeto de un sumario que puede dar origen a sanciones de carácter administrativo, pero que de ninguna manera ha afectado la situación de los pacientes dado que, a pesar de que inicialmente no fueron subidos, al final sí se hizo. De un total de 34.000 pacientes en enero, solo faltaba subir 1.400; por lo tanto, la situación fue superada y los pacientes recibieron los cuidados que necesitaban, a pesar de este retraso administrativo.

Insisto, lo descrito es muy distinto a lo que ocurrió en Maruri. Por ello, quiero ser muy precisa en los números porque creo que son extremadamente dolorosos para cualquier Sistema de Salud que se precie de tal.

En abril de 2011 se creó el Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) y cuatro meses después se realizó este fraude en que se hizo creer que los pacientes fueron atendidos por especialistas que no eran tales, sino médicos generales. De 34.127 pacientes, 38 fallecieron sin recibir otra atención antes del 10 de marzo. Además, hay una situación que es aún más crítica y que deberá ser investigada por la Fiscalía, y cuyos antecedentes también han sido enviados al Consejo de Defensa del Estado, porque la nómina de pacientes atendidos incluye a 83 personas, cuya fecha de fallecimiento fue anterior al funcionamiento del Policlínico de Maruri. Es decir, existe la posibilidad de que se hayan entregado boletas para atención de pacientes ya fallecidos, algunos de los cuales habían fenecido el año 1974…

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿1974?

La señora **ALARCÓN**, doña Gisela (subsecretaria de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, encontramos, a lo menos, un paciente fallecido el año 1974.

Por lo tanto, la situación no solo es grave desde el punto de vista sanitario, sino, además, parece indicar que se cometieron delitos de malversación de fondos y fraude al fisco. No podemos afirmar categóricamente que eso ocurrió, pero, al menos, es una situación que debe ser investigada dado que 83 personas registraban fecha de fallecimiento anterior al comienzo del funcionamiento del policlínico Maruri, desde 1974 hasta 2011.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿En 2012 comienza Maruri?

La señora **ALARCÓN**, doña Gisela (subsecretaria de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, estos pacientes fallecieron antes del inicio del funcionamiento del policlínico, es decir, hasta 2011.

De las 991 personas que fallecidas, 870 no recibieron otra atención más que aquella fraudulenta en el policlínico Maruri. Es decir, 870 personas no tuvieron otro contacto con la red más que con estos médicos generales que entregaron atención como si fueran especialistas.

¿Qué hemos hecho al respecto?

Estamos hablando de 991 fallecidos por lo que quedaron 33.136 personas vivas que heredamos, de las cuales logramos subir al Repositorio 25.458 -no quiero hablar de las interconsultas, que son muchas más-. De ellas, han sido egresadas el 68 por ciento, del cual el 88,8 por ciento ha recibido un egreso clínico y no administrativo. Cabe señalar que ha sido difícil contactar estas personas porque fueron obtenidas desde distintos universos, como ustedes vieron en la presentación del doctor Jorquera. Del total que aún no podemos contactar, 7.678 residen en lo que corresponde al Servicio de Salud Metropolitanos Norte, información obtenida por el per cápita –le pedimos la base a Fonasa-, en proceso de ser contactadas. Sin embargo, hay muchas que están a nivel país, por lo que estamos tratando de ubicarlas para volver a subirlas al RNLE si aún no se ha resuelto su situación, pero aún quedan 7.000 personas en esa categoría.

He enviado a la Contraloría General de la República todos los instructivos, y con la ministra hemos enviado al Consejo de Defensa del Estado todos los antecedentes de la situación de Maruri.

Por último, señalar que esta subsecretaria se ha caracterizado en su actuación durante estos cuatro años, por mandato de la ministra Molina primero y luego de la ministra Castillo, por un trabajo trasparente y honesto, en donde nunca hemos escondido las listas de espera, los datos o las informaciones que los servicios nos entregan. Por tanto, pido a esta Comisión Investigadora que, ojalá, omitiera juicios como que, en este caso, había un *modus operandi*, o que el ministerio se había desligado de la responsabilidad. Ello, porque el oficio que ha sido enviado a Contraloría señala claramente las atribuciones que tengo en mi calidad de subsecretaria frente a servicios de salud que son descentralizados, autónomos y que tienen un personalidad jurídica y patrimonio propio, por lo que nuestra labor es de rectoría y seguimiento, que es lo que hemos hecho hasta ahora. Por lo tanto, no hay un *modus operandi*, lo que ocurrió en Maruri no tiene nada que ver con lo que ocurrió en O´Higgins y tanto la subsecretaría como la ministra han hecho todo lo posible por disminuir la espera efectiva de nuestros pacientes y jamás vamos a prestarnos a colaborar en una situación como la que ocurrió en 2011 en el policlínico de Maruri en donde, además -respondiendo una pregunta que ustedes formularon-, la parte ambulatoria no tenía autorización sanitaria para trabajar, sino solo la parte donde pusieron las camas, gasto que alcanzó el monto de 874 millones de pesos, que se pagó a los médicos generales que actuaron como especialistas; pero además, en nuestro período, se gastaron 156 millones más para rescatar a los pacientes que habían sido, también, víctimas de esta situación.

Eso es todo, señor Presidente.

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

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, tengo entendido que le corresponde intervenir a la señora Nidia Contardo.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Nidia Contardo, quien viene en representación del superintendente de Salud, don Sebastián Pavlovic.

La señora **CONTARDO** (doña Nidia).- Señor Presidente, efectivamente no hemos participado ni hemos sido parte de esto, sino que solamente hemos tenido contacto a través de los fiscales que han estado llevando el caso de Rancagua, quienes nos han pedido información.

Desde el punto de vista del GES, efectivamente hacemos una fiscalización, pero no tenemos ni llevamos nosotros las listas de espera.

En 2017, de las fiscalizaciones que se realizaron se escogieron un número determinado y, según la necesidad, se orientaron. En ese sentido, a partir del 1 de enero al 31 de agosto de 2017, vimos en la base de datos que teníamos 2.948.650, de las cuales teníamos 9.876 sin prestación otorgada, y dentro de estas las críticas eran 3.500 y las patologías vinculadas a esas prestaciones, que considerábamos de mayor complejidad eran la retinopatía diabética, el cáncer cervicouterino y el cáncer de mamas.

En 2017, en el Servicio de Salud O'Higgins se realizaron 14 fiscalizaciones relacionadas con materia de notificación GES, habiendo detectado problemas en varias de ellas; por lo tanto, se hicieron cuatro amonestaciones en el sector público, y no hubo necesidad de pedir sumario porque era su primera falta y solo se aplicó una multa a un prestador privado.

En años anteriores presentamos a la fiscalía local de O'Higgins lo que se encontró desde el año 2012 al 2017. Adicionalmente de la fiscalización efectuada en general a esta garantía en particular, que es la notificación, es decir, más que la garantía es la notificación misma, también fiscalizamos la notificación de la urgencia vital GES.

En 2017 se realizaron dos fiscalizaciones y no se encontró ningún problema; es decir, no hubo ninguna multa ni advertencia de sumarios ni tampoco se encontró algún caso que no hubiese sido notificado.

En el Servicio de Salud O'Higgins, se encontraron muy pocos problemas, pero no se fiscalizó lo suficiente porque no se cuenta con muchos fiscalizadores. En 2017, parte de esa dotación que consiste en forma regular de 16 fiscalizadores, estuvo prestando apoyo a una fuerza de tarea especial que se formó para el proceso de liquidación de la isapre Masvida. Por lo tanto, eso es lo que puedo informar respecto de lo que ocurrió en el Servicio de Salud O'Higgins.

La otra intervención que tuvimos como Superintendencia de Salud, respecto del GES, que puede ser relevante en este caso, fue el cambio de las condiciones en el sentido de cuándo podíamos exceptuar o cuándo se podían autorizar las excepciones a las garantías GES.

Al respecto, se realizó un trabajo en conjunto con el Ministerio y con Fonasa, que definió nuevamente las condiciones y se trató de cerrar aquellos lugares por donde se podía vulnerar y utilizar la forma administrativa que permitía hacer una excepción administrativa sin mayor trabajo respecto de insistir en ubicar a las personas, que no habían ido porque no podían o no querían, y no porque no se habían enterado; es decir, se fue cerrando y se estableció de manera muy concreta cuáles son las razones por las cuales se puede exceptuar la garantía. No quedan al libre albedrío de los que deciden por la vía

administrativa o cerrar por secretaría los casos. Ese fue el otro trabajo que comenzamos el año antepasado y se hizo una nueva circular respecto de cuándo se exceptúan los casos.

Eso es lo que tenemos y cualquier otra cosa que quisieran saber y que pudiéramos tener, tendrían que preguntarnos específicamente para buscar la información de cuándo fueron las fiscalizaciones y otros datos más concretos; pero no tenemos más información respecto de estas dos situaciones que están investigando en la Comisión.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada señora Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, en primero lugar, quiero manifestar mi sorpresa respecto de cómo un funcionario público puede venir a una Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados y decir tanta cosa escandalosa con el desparpajo que lo hizo el auditor del Servicio de Salud O'Higgins.

Asimismo, quiero decir que fusionar dos comisiones en esta Comisión Investigadora, en un principio sentimos que fue para empatar exponer el caso del Servicio de Salud O'Higgins, y luego nos vimos bastante sorprendidos con lo que se dijo; entonces, al ver la información hoy día expuesta, datos que son objetivos -uno puede ir a la fuente y consultarlo- de verdad que me preocupa y no sé cómo la subsecretaria no dice: me voy a querellar contra este caballero. La verdad es que son ofensas bastantes gratuitas que le hacen daño a la autoridad, le restan credibilidad a la autoridad ministerial y a los servicios de salud.

En ese contexto quiero manifestar mi preocupación y preguntarle a usted cómo vamos a proceder, dado que esta es la última sesión y este período legislativo concluye su mandato, por lo tanto, va a ser complicado cumplir con alguna conclusión.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Al respecto, lo que se ha ido conversando hasta ahora entre los distintos Comités es no tener un informe de conclusión en esta legislatura; sin embargo, luego del 11 de marzo, proponer por acuerdo político de distintos sectores, que por 30 días se constituya esta Comisión Investigadora con el mismo nombre, en un segundo momento legislativo, de manera que en ese lapso de tiempo logre arribar las conclusiones respectivas con los integrantes que estén definidos por la Sala, en ese minuto.

Tiene la palabra la señora ministra de Salud.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, solamente quiero respaldar y ser más enfática en lo que dijo la subsecretaria de Redes, respecto de que se está hablando de dos temas diferentes.

En relación con lo del Policlínico Maruri, se trata de un fraude con implicaciones jurídicas y judiciales que requieren tener una intervención más allá de solamente una intervención por parte del Ministerio de Salud.

Por ese motivo, la subsecretaria ha efectuado todas las gestiones para que también el Consejo de Defensa del Estado y la Contraloría General de la República estén informados, incluyendo a la Fiscalía, respecto de las materias que le compete.

En cuanto al Servicio de Salud O'Higgins queremos destacar que se trata de algo que tiene que ver con desorden administrativo, con una forma de trabajo poco organizada y poco adecuada tratándose de una materia tan sensible.

No hemos encontrado hasta el momento ninguna situación punible que requiera alguna sanción judicial. Si hubiéramos detectado algo irregular en esa materia no habría dudado en enviar toda la información al Ministerio Público o a la instancia correspondiente.

Lo que sí podemos señalar es que actualmente estamos haciendo todos los esfuerzos para regularizar todo lo que significa auditoría y redes asistenciales, para que en lo posible quede todo muy claro y transparente.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO** (Presidente).- Quiero plantear una pregunta a la subsecretaria o al señor Leiva.

Las afirmaciones hechas por el auditor del Ministerio de Salud son bastante fuertes y al respecto quiero entender la reflexión sobre cómo ocurrieron los hechos.

De acuerdo con los datos, transcurrió aproximadamente un año desde que asumió aquella dirección de Salud en diciembre del 2017. En enero se realizó esta auditoría *express* y aparecieron estos datos. En ese momento surge la primera contradicción. El 29 de enero en esta Comisión este señor dijo que esa información se había enviado a la Subsecretaría, y la subsecretaria lo rectifica completamente.

Luego, usted se ha referido a todas las falencias de forma y de fondo del procedimiento de esa auditoría.

Por lo tanto, cabe preguntar qué ha ocurrido al Servicio de Salud O'Higgins, desde el punto de vista de la supervisión. Represento esa zona y, por tanto, estoy atento a los acontecimientos que allí ocurren.

En los meses intermedios –recordemos que está en desarrollo desde abril o mayo del 2017 el sumario administrativo a algunos funcionarios del Servicio de Salud, según entiendo-, el mismo auditor, Claudio Castillo, es nombrado director del Servicio de Salud por varios meses, en ausencia del subrogante.

Él concurrió a la Comisión junto a ustedes, declaró en dos oportunidades y en la segunda ocasión fue más enfático. En la primera entregó algunas ideas generales.

Por lo tanto, cabe preguntar cuál es el nivel de supervisión del Ministerio de Salud a un hospital recién trasladado, con todas las falencias observadas en su minuto, independiente de si es registro o paciente. Finalmente, hay pacientes que estaban a la espera y, obviamente, ahí está el foco de nuestra preocupación: ¡qué ocurrió con ellos!

A lo anterior se agrega lo que usted, subsecretaria, dijo respecto de que en reiteradas ocasiones instó, ordenó, pidió, exigió que se subieran a las plataformas del repositorio a los pacientes en lista de espera, y esto fue refractario del Servicio de Salud O'Higgins, y no lo hizo nunca. Además, quien tenía la labor informativa-técnica cae en inconsistencias, como aquí se señaló respecto de faltar a la verdad en aspectos muy concretos.

En consecuencia, ¿cuál es la mirada de ustedes al respecto? Ya vendrá la verdad judicial, porque esto lo está investigando la Fiscalía.

Quiero saber cuáles son las responsabilidades respecto de la supervisión, porque todos entendemos la forma en que se establece la autonomía, pero en la práctica son muchos los elementos de juicio que hacen que el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría, esté monitoreando e informándose de lo que pasa en los servicios de salud, sobre todo por la

fragilidad que presentaba este Servicio de Salud después del primer período en que tuvo los problemas que conocemos. Esa es la primera pregunta.

Quiero formular una segunda pregunta a la señora Nidia Contardo. Entiendo que la Superintendencia es garante en el caso de las garantías GES. Me llama un poco la atención que la información que usted maneja sea tan preliminar, porque hay diferencias bastante profundas en las versiones de las autoridades locales versus las de la autoridad central respecto de la magnitud del problema.

Por lo tanto, me atrevo a decir *a priori* que esto va a ameritar una profunda revisión porque hay derechos que los usuarios pueden exigir a la Superintendencia en su calidad de garante. Me refiero a derechos que hubieran sido vulnerados en la lista de espera GES. Le pido a señora Contardo que clarifique ese punto para abordarlo con mayor profundidad.

Respecto del Policlínico Maruri me parece muy importante lo que se ha señalado porque es la primera vez que la autoridad habla con énfasis sobre Maruri en calidad de fraude y de delito, pues estamos en presencia de una diversidad de delitos que se habrían cometido. Derechamente, hay acciones dolosas.

Considero fundamental explicitarlo, porque en su minuto, cuando estalló lo de O'Higgins, dijo la Secretaría General de Gobierno que se iba a interponer una querella por el caso de O'Higgins, que en definitiva terminó siendo una denuncia a nivel local.

En conclusión, quiero saber qué acciones judiciales profundas respecto de Maruri se van a adoptar en los días que restan de gobierno. Les recuerdo la magnitud de los graves hechos que en la Comisión se han relatado.

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

La señora **ALARCÓN**, doña Gisela (subsecretaria de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, lo primero tiene que ver con lo que hemos señalado en varias oportunidades. Esencialmente, se refiere a la falta de gobernanza que puede tener este sistema de salud. Y lo hemos dicho. Terminé mi presentación de tiempos de espera 2014-2018 diciendo que hay dos grandes desafíos futuros para el sistema de salud, la gobernanza y la sustentabilidad, que se relaciona con la falta la inversión en salud que se traduce finalmente en deuda.

Cuando hablamos de los servicios de salud hablamos de personas, gestores de red, directores de servicios que son descentralizados, que tienen personalidad jurídica. Además, han sido nombrados mediante el sistema de postulación para cargos de Alta Dirección Pública.

Hoy se nos exige cada vez más porque la Alta Dirección Pública ha ido exigiendo cada vez más, en el buen sentido de la palabra. Se determina un orden de subrogancia que no siempre depende del orden que uno quisiera o que uno encuentra más claro de utilizar.

Lo que ocurrió acá es que por orden de subrogancia a quien le correspondía, una vez que el director Troncoso deja el cargo, era al señor Urbina, y se definió que su segundo subrogante era el señor Claudio Castillo, el auditor. Hay que recordar que le sorprendió tanto a la diputada Marcela Hernando que entregara a la Comisión dicha información, y por cierto que a mí también, porque es muy distinta a la información que acabamos de entregar ahora.

Existe un orden de subrogancia que uno tiene que respetar y hay muchas limitaciones para determinar quién va a acceder a un cargo tan importante y de tanta magnitud como lo es ser director de un servicio de salud.

Señor Presidente, les quiero entregar una declaración respecto de cuáles son las prerrogativas, las facultades legales que una subsecretaria tiene para hacer los cambios que muchas veces debe hacer. No tiene que ver con cuoteo ni con temas políticos, sino con las facultades legales, las atribuciones y prerrogativas que una subsecretaria de Redes Asistenciales tiene hoy para determinar quién debe suceder una determinada dirección de servicio. Acá está la declaración completa, con las atribuciones que tiene una subsecretaria de Redes Asistenciales.

No obstante, hemos logrado tener un plan para disminuir los tiempos de espera, lo cual a veces molesta mucho a las personas. No me refiero a las que están presentes, pero a muchas personas les ha molestado que digamos que hemos disminuido los tiempos de espera.

La verdad es que hay muy pocas atribuciones legales que permitan decir a esta persona la saco, salvo que pueda hacerle un sumario o someterla a una serie de acciones legales que permitan adoptar una decisión de esa naturaleza.

Otro punto tiene que ver con cómo se evalúa la Alta Dirección Pública, lo que entiendo también ha sido aquí cuestionado por la propia Fiscalía, porque hay diez indicadores con los que uno evalúa a un director por Alta Dirección Pública. A lo menos, tres de ellos tienen que ver con los tiempos de espera.

Durante el gobierno anterior, los directores de servicio no fueron evaluados con esos indicadores. Durante nuestro período de gobierno, todos fueron evaluados con retraso, porque el primer año tuvimos que evaluar a los anteriores. La única evaluación pendiente es la del anterior director de O´Higgins, que era por Alta Dirección Pública, justamente en espera de que se defina el sumario. Si este se define a su favor -está en el proceso de apelación-, no habrá ningún problema. Sin embargo, si hubiese alguna situación, diría que hemos –no castigado- disminuido el porcentaje de cumplimiento de la Alta Dirección Pública, en relación con los indicadores que esta nos permite hacer, pero lo hemos hecho responsablemente.

Por eso, estamos enviando a la Contraloría todos estos datos, porque, a pesar de todo lo que se ha señalado, gracias al seguimiento de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, podemos decir que los 38.000 pacientes no estaban perdidos, como se indicó en la auditoría, sino que muchos de ellos ya habían sido vistos. Además, más de 6.000 ya estaban en las listas de espera y los otros estaban en el repositorio nacional, gracias a que estuvimos vigilando lo que estaba haciendo ese servicio. De lo contrario, esos pacientes habrían quedado sin ser vistos oportunamente.

Ciertamente, no podemos comparar la situación de O´Higgins con la de Maruri, porque ahí hubo una situación premeditada para vulnerar los derechos de los pacientes.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Hay alguna acción judicial en la fiscalía por lo ocurrido en Maruri?

La señora **ALARCÓN,** doña Ana Gisela (subsecretaria de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, el entonces ministro Mañalich hizo una denuncia en la Fiscalía Norte, pero ha prosperado muy lentamente; prácticamente, no ha ocurrido nada en estos cuatro años. Por consiguiente, la señora ministra consultó cómo ha seguido dicha denuncia.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Ustedes se harán parte en una acción?

La señora **ALARCÓN,** doña Ana Gisela (subsecretaria de Redes Asistenciales).- La ministra debería responder primero si ha recibido respuesta. Nosotros mandamos los antecedentes al Consejo de Defensa del Estado, y la ministra –insisto- hizo la consulta.

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

La señora **CASTILLO,** doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, no hemos recibido información a la fecha. Esperamos que la comisión investigadora pueda solicitar también los antecedentes.

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

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, no pude estar presente al inicio de la sesión, pero estaba siguiendo por el canal de televisión de la Cámara lo que se estaba exponiendo.

Me parecen muy interesantes varios de los datos que se mostraron, particularmente en relación con lo planteado por el auditor, pues se contradicen con elementos que se pusieron antes en esta mesa, como bien lo manifestó la subsecretaria. No tengo ninguna razón para poner en duda lo que el auditor hoy está planteando ni mucho menos lo que la ministra y la subsecretaria han informado en esta comisión, pero, sin lugar a dudas, me parece tremendamente grave lo que está ocurriendo. Me parece muy complejo, particularmente en relación con Maruri, lo que se refiere a los 83 muertos desde 1974 en adelante, que aparecen atendidos después del 2011. O sea, hay una situación que, incluso, está absolutamente delineada en el ámbito delictual.

En ese sentido, quiero preguntar si existe algún tipo de sospecha de asociación ilícita en esta materia. ¿Cómo se califica lo que está ocurriendo, a propósito de que se hicieron pagos de prestaciones médicas que finalmente no fueron utilizadas? A todas luces, hay 83 personas que no fueron atendidas, pero sí se pagó el servicio a aquellos médicos que fueron parte de esas atenciones. Entonces, ¿se cobraron las atenciones registradas respecto de personas que ya estaban fallecidas? Se ha hablado acerca de las medidas judiciales que se están adoptando en relación con esa situación. Claramente, creo que hay fraude al fisco, por lo tanto, quiero identificar dónde están las responsabilidades.

En este sentido, quiero consultar a la ministra de Salud, a propósito de que ha ejercido dicho cargo durante este periodo, si alguien más, aparte de ella, puede tomar la decisión de eliminar personas del repositorio nacional. Quiero saber exactamente quién tomó esa determinación, porque claramente se ha intentado cortar la responsabilidad, por un lado, a nivel de los médicos que estaban recién egresados y, por otro, de los directores del hospital o del servicio, que tienen también tremendas responsabilidades, pero hay una decisión política que me da la impresión de que viene desde el ministro a cargo hacia abajo.

Entonces, insisto en preguntar si alguien más, que no sea ministro de Estado, puede tomar una decisión como esa. Ahora, ¿se puede considerar que hubo negligencia o derechamente estamos ante el delito de fraude al fisco?

Asimismo, un elemento del cual me enteré hace muy poco tiempo es que los directores de servicio reciben bonos adicionales por egresar pacientes de las listas de espera. ¿Eso efectivamente es así? Si la respuesta es afirmativa, ¿se entregaron bonos a propósito de lo que ocurrió en Maruri? Además, quiero saber si el Minsal validó esa situación, porque también entiendo que se solicitó que se validara. Tengo en mi poder copia de un correo proporcionado por Ciper Chile, que está firmado por Luis Leiva, en el cual se plantea que hay que tener cuidado respecto de las auditorías externas, que podrían traer como consecuencia que se verificaran los fraudes que se estaban cometiendo. Ante eso, incluso se cursó una solicitud para que se validaran especialidades a aquellos médicos que iban a participar en esta situación. Quiero saber si los representantes del Minsal tienen antecedentes de que se haya hecho esas validaciones cuando se solicitaron.

Si eso es así, pido oficiar al Minsal para conocer el tema de las validaciones. Creo que esta comisión necesita tener la mayor cantidad de antecedentes de las 83 personas fallecidas, con sus nombres y apellidos, cuidando los datos personales, que me imagino están resguardados.

También me gustaría tener información de las personas que no fueron atendidas, pero que aparecen que fueron atendidas, o que fueron eliminadas de las listas de espera. Como diputados, no podemos más que hacernos parte de una causa judicial o de una querella frente a esta situación, porque esto no puede quedar en la impunidad. En este caso, hay un delito que atenta contra la vida.

Por último, solicito que se oficie al Consejo de Defensa del Estado para saber en qué está la solicitud que acaba de indicar la subsecretaria respecto, porque esa situación no puede quedar solo en la acusación o en el juicio político.

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

El señor **ARRIAGADA**.- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a las autoridades presentes.

Habría sido tremendamente importante haber escuchado al auditor del ministerio desde el inicio -tuvimos dos ocasiones para escuchar al auditor de la Sexta Región- porque nos habría aclarado muchas cosas. Lo expuesto por el auditor del ministerio coincide con los antecedentes que nos entregó en el contralor general de la República, quien señaló que con la auditoría, que cubrió desde marzo de 2012 hasta 2013, período en que se pagaron 367 millones de pesos a 16 médicos, se determinó, entre otras cosas, que, en junio de 2012, la entidad -en este caso, el complejo hospitalario- consideró para el pago de honorarios 4.971 atenciones; pero la auditoría determinó que las prestaciones, en realidad, fueron 1.907.

El señor **CASTRO** (Presidente).- ¿Está hablando de Maruri?

El señor **ARRIAGADA**.- Sí, estoy hablando de Maruri, porque me parece importante que la comisión tenga una mirada de país. Por eso planteé que en la zona que represento hay personas que llevan más de cinco o diez años en listas de espera, por lo mismo, solicité la

presencia de algunos directores del área. Incluso me atreví a señalar y a confirmar casos de personas que habían sido requeridas para ser atendidas, cuando en realidad habían fallecido. Sin embargo, hay que reconocer el tremendo esfuerzo que se ha hecho en esta materia durante los últimos años. Sin embargo, todas las medidas que se han tomado son insuficientes, porque tenemos una situación que corresponde a otra categoría, que es de orden sanitario, y usted como médico lo sabe muy bien, y si no cambiamos la forma de vida, cada vez tendremos hospitales más colapsados.

Cuando uno observa los planteamientos de lo que a usted le interesaba, particularmente la numerosa cantidad de diputados de la Sexta Región que vinieron una sola vez a la comisión, me refiero a los diputados Macaya y Kort, que no se interesaron más en asistir durante el transcurso de la investigación, tratar de equiparar esa situación con la Clínica Maruri es absolutamente distinto. No tienen nada que ver las fallas administrativas, las deficiencias o las responsabilidades establecidas en los sumarios administrativos correspondientes, porque el informe de la Contraloría es muy claro al respecto, con el hecho de que algunas personas se coludieron para delinquir. El informe de la Contraloría traspasó los antecedentes a la justicia y estableció fehacientemente que en ese caso se coludieron para estafar al Estado, jugando con una cantidad de variables y reconociendo prestaciones de pacientes inexistentes que nunca se efectuaron.

Soy claro en eso, porque me interesa contribuir en las conclusiones. Creo que ninguno de nosotros estará en desacuerdo con que debemos perfeccionar los mecanismos y modernizar los sistemas. Recuerdo perfectamente las palabras iniciales de la subsecretaria cuando reconoció que estamos frente a un sistema que tiene que ser mejorado. Sin embargo, es distinto cuando alguien se colude para delinquir, sobre todo con algo tan delicado como es la salud de las personas. Se falsificaron datos y se pagaron dineros por prestaciones que no existieron, por lo tanto, debe actuar la justicia. A nosotros, como comisión, nos corresponde sacar conclusiones mirando la perspectiva de lo que tiene que resolver las próximas autoridades, a quienes les deseamos que les vaya muy bien, porque en medio está la vida de las personas. Para ello debemos hacer correcciones de orden administrativo y facultativo.

Por último, frente a la consulta reiterada a la señora ministra, no le corresponde al ministerio defenderse ante los tribunales; para defender el patrimonio del país está el Consejo de Defensa del Estado, el que debe actuar de oficio ante el solo antecedente, sin siquiera el requerimiento del respectivo ministerio. Por lo tanto, esa explicación está de más, no le corresponde a la ministra litigar en tribunales su propia defensa. El Consejo de Defensa del Estado debe cumplir ese rol. Me parece importantísimo hacer esta notable distinción entre problemas administrativos, de gestión, de competencia y de atribuciones que quedaron obsoletas frente a un grupo de 16 médicos y de otras personas que se coludieron para estafar al Estado en una cifra inicial de 378 millones de pesos, la que, naturalmente, es mucho más alta.

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

La señora **CONTARDO** (doña Nidia).- Señor Presidente, nos preguntó si efectivamente eso fue antes del GES, tanto en el sector privado como en el público, y tal como dije al

momento del corte, al 31 de agosto, teníamos tres millones de garantías en trámite. Por lo tanto, nuestra función ha sido garantizar a petición de las personas, aunque son pocas las veces en que se pide un tercer prestador. Nosotros buscamos y tramitamos ese tercer prestador, que es lo que corresponde, y cuando nos llegan solicitudes de segundo prestador de Fonasa o de las isapres, generalmente por mala orientación, no tenemos ninguna dificultad y lo hacemos vía de gestión directa con Fonasa y conseguimos el segundo prestador.

Por lo tanto, el trabajo más bien tiene que ir en función del empoderamiento de los usuarios y de las personas, que sepan cuáles son las garantías. Resultaría imposible para cualquier organismo o institución fiscalizar una por una la cantidad de garantías existentes, porque cada problema de salud que está en el GES tiene asociado una serie de atenciones y procedimientos, y cada uno de ellos tiene sus garantías, y entre ellas están la garantía de oportunidad y la financiera, o sea, son distintas garantías. Entonces, se convierten en demasiadas cosas, pero efectivamente es lo que tratamos de hacer, de fiscalizar en función de la criticidad y por número. Por lo demás, nosotros tenemos 16 fiscalizadores GES para todo el país, así es que no es posible ahondar más o hacer más fiscalizaciones.

Más allá de esa explicación, desde que surgió este problema en la Región de O´Higgins, hemos estado monitoreando directamente la lista de espera, hemos trabajado estrechamente el tema GES con el ministerio y con Fonasa, participando activamente en la comisión GES. Desde nuestro punto de vista, desde 2014, año desde el cual puedo dar cuenta, ha habido cambios importantes, porque se ha mejorado el manejo de la lista de espera y la transparencia, incluso para nosotros, porque tenemos acceso a los sistemas y, por lo tanto, podemos orientar de mejor manera las fiscalizaciones. Eso es lo que está dentro del marco de nuestras posibilidades.

Usted sabe que en Rancagua tenemos una dotación mínima; sin embargo, tratamos de garantizar con todas esas dificultades, aunque no contemos con lo necesario para una fiscalización caso a caso, ni siquiera para fiscalizar el 30 o 40 por ciento de las garantías en el caso del GES.

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

La señora **ALARCÓN**, doña Gisela (subsecretaria de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, por medio de oficio ordinario 1022, hemos hecho llegar a la comisión el listado de 953 RUT correspondientes a pacientes egresados del repositorio por médicos no especialistas, fallecidos sin atención posterior en la red, con su fecha de defunción, haciendo presente que 83 de estos pacientes presentan fallecimiento antes del comienzo de funciones del policlínico, desde 1974 a agosto de 2011.

Además del oficio, mandamos un *pendrive,* en el cual aparecen las fechas de fallecimiento. Lo que no sabemos es si hubo cobro o no por una supuesta atención. Nos consta que fueron sacados de la lista de espera pacientes que habían fallecidos muchos años antes, pero no nos consta si los médicos dieron boleta por atender a alguien que había fallecido. Así es que de aquello no nos podemos hacer cargo. Simplemente, cuando encontramos el retiro del repositorio, notamos que esas personas habían fallecido hace más de diez años.

Por otro lado, los directores de servicio no reciben bono extra por tener listas de espera más acotadas, pero si no cumplen con los compromisos de gestión, como disminuir los tiempos de espera, pueden tener una disminución en su renta.

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

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, por su intermedio, a la diputada Cariola. Es imposible que la ministra saque personas de las listas de espera, a menos que forme parte del fraude.

Aparecen dos conceptos: fraude al fisco y falsificación de instrumentos públicos, dos elementos respecto de los cuales el Consejo de Defensa del Estado debe pronunciarse al respecto.

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

¿Habría acuerdo para solicitar los oficios?

Acordado.

ACUERDOS

1.- Oficiar al Consejo de Defensa del Estado con el propósito de que se sirva adoptar las acciones que correspondan en relación con los hechos que se relatan en la presentación que en copia se adjunta (acta de la presente sesión), ya que éstos podrían ser constitutivos de algún tipo de fraude que haya provocado detrimento del patrimonio fiscal.

Habiéndose dado cumplimiento a lo establecido en los artículos 313 y siguientes del Reglamento de la Corporación, el Presidente procedió a levantar la sesión siendo a las **17:30.**

ROBERTO FUENTES INNOCENTI

Abogado Secretario de la Comisión