



COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE EVENTUALES IRREGULARIDADES EN LA REDUCCIÓN ARTIFICIAL DE LISTAS DE ESPERA MEDIANTE LA ELIMINACIÓN DE PACIENTES DESDE EL REPOSITORIO NACIONAL DE LISTAS DE ESPERA, MANIPULACIÓN DE ESTADÍSTICAS Y OMISIÓN DE REGISTRO.

Sesión 1, celebrada el día martes 29 de mayo de 2018, de 16.00 a 17.30 horas.

Se abrió a las 16:17 horas.

SUMARIO

La Comisión recibió al Ministro de Salud, señor Emilio Santelices y al Contralor General de la República, señor Jorge Bermúdez Soto.

Actuó como Secretaria Abogado de la Comisión especial, la señora **Ana María Skoknic Defilippis**, y como Abogado el señor **Mathias Lindhorst Fernández**.

I.- ASISTENCIA.

Concurrieron los diputados integrantes de la Comisión especial, señoras(es) Karol Cariola, Juan Luis Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Miguel Crispi, Jorge Durán, Carlos Abel Jarpa, Erika Olivera, Patricio Rosas y Víctor Torres.

No hubo reemplazos.

II.- CUENTA

No hubo documentos recibidos por la comisión.

III.- ACUERDOS

La Comisión especial adoptó los siguientes acuerdos:

1. Volver a citar al Ministro de Salud para la próxima sesión de esta Comisión, a fin de que exponga al tener del mandato y competencia de la investigación que se está llevando a cabo.



2. Fijar un nuevo horario de funcionamiento de la Comisión, esto es, los martes de 15.00 a 17.30 horas.

3. Invitar para la sesión del día 12 de junio de 2018 al ex Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Luis Castillo.

IV.- ORDEN DEL DIA

La orden del día tuvo por objeto escuchar al Ministro de Salud, señor Emilio Santelices, quien expuso brevemente y en base a una presentación digital de los avances y metas institucionales en materia de listas de espera y gestión de pacientes.

La presentación del Ministro de Salud, aun cuando no fue expuesta en su totalidad, se puede acceder a la misma, en el siguiente link:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=133866&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

El Contralor General de la República, si bien asistió, no intervino en esta sesión, quedando comprometido a asistir a la próxima sesión de esta Comisión.

El debate habido en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del Reglamento, al que se puede acceder en el siguiente link:

<http://streaming.camara.cl/vd/democraciaenvivo/SES001-1741-20180529.mp4>

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 15:02 horas.

El acta taquigráfica de esta sesión se adjunta al final de este documento, donde consta la transcripción de las intervenciones de cada uno de los invitados o citados, como asimismo, de la participación de cada uno de los diputados miembros de esta Comisión.



ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogado Secretaria de la Comisión



**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE EVENTUALES IRREGULARIDADES EN LA
REDUCCIÓN ARTIFICIAL DE LISTAS
DE ESPERA MEDIANTE LA ELIMINACIÓN DE PACIENTES DESDE
EL REPOSITORIO NACIONAL DE LISTAS DE ESPERA, MANIPULACIÓN DE
ESTADÍSTICAS Y OMISIÓN DE REGISTRO**

Sesión 1ª, celebrada en martes 29 de mayo de 2018,
de 16.16 a 17.30 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside la diputada señorita Karol Cariola Oliva.

Asisten la diputada señora Érika Olivera y los diputados señores Juan Luis Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Miguel Crispi, Jorge Durán, Carlos Abel Jarpa, Patricio Rosas y Víctor Torres.

Concurren como invitados el ministro de Salud, señor Emilio Santelices; el contralor general de la República, señor Jorge Bermúdez; el jefe de la División Jurídica de la Contraloría General de la República, señor Camilo Mirosevic, y las asesoras del Ministerio de Salud señoras Mónica Cortés y Érika Quiroz.

TEXTO DEL DEBATE

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

No hay Cuenta.

La comisión tiene por encargo investigar las eventuales irregularidades en la reducción artificial de listas de espera mediante la eliminación de pacientes desde el repositorio nacional de listas de espera, manipulación de estadísticas y omisión de registro, que son algunos de los antecedentes que se pusieron a disposición.

Para cumplir con su objetivo en la sesión anterior solicitamos que se pusieran a nuestra disposición todos los antecedentes de la comisión investigadora que no culminó su labor investigativa en la legislatura anterior.

Hay algunas dificultades con el acceso a la información por el cambio de sistema; sin embargo, la Secretaría nos ha informado que se están recabando los antecedentes y se nos hará llegar en el más breve plazo. Hago la aclaración para que nadie dude del esfuerzo que se está realizando.

Con el objeto dar cumplimiento al mandato hemos invitado a la primera sesión al ministro de Salud, señor Emilio Santelices, quien se encuentra presente.

Le doy la bienvenida, señor ministro, por haber aceptado la invitación.

La subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gloria Burgos Marabolí, no podrá asistir a la comisión.

También concurre el contralor general de la República, señor Jorge Bermúdez, quien es acompañado por el jefe de la División Jurídica, señor Camilo Mirosevic.

Agradezco al señor contralor su concurrencia a la comisión.

Para que no haya confusión, les comento que está entrecomillas "continuidad del proceso de la investigación que se empezó en el período anterior". Esta es una nueva investigación que se acotó a ciertos elementos particulares surgidos en la comisión investigadora del período anterior. Eso es lo que acordamos.

Tiene la palabra, señor ministro.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señorita Presidenta, vengo con las señoras Mónica Cortés y Erika Quiroz, quienes son parte del equipo de ingeniería de procesos que está trabajando en todas las soluciones a los problemas que ustedes detectaron y levantaron a partir del diagnóstico realizado por la comisión anterior y con los cuales oficiaron al Ministerio de Salud en la administración pasada.



La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Perfecto, entonces damos la bienvenida a las señoras Mónica Cortés y Erika Quiroz y les agradecemos por estar en la Comisión. Evidentemente, si en algún minuto quieren hacer uso de la palabra, es el ministro quien debe solicitarlo a esta Presidenta.

Tiene la palabra, señor Santelices.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señorita Presidenta, de acuerdo con la citación, nos ha motivado realizar este trabajo a partir del informe emanado por la comisión investigadora anterior y que dio origen a un equipo de trabajo convocado por la entonces ministra de Salud, señora Carmen Castillo, que concluyó en una serie de observaciones relacionadas con el análisis de las listas de espera.

Para comenzar, la primera lámina representa el estado de la situación actual, cuya base es el estudio que ellos entregaron. Las ingenieras que me acompañan les mostrarán, en directo –aprovechando un sistema en línea-, cómo se están gestionando las listas de espera, cuáles son los componentes del nuevo sistema y los proyectos relacionados a estas listas de espera.

En síntesis, la comisión determinó que había distintas condiciones que generaban variabilidad en la información, lo que afectaba la completitud, oportunidad y calidad de los datos existentes.

Al hacer un levantamiento de cada uno de los pormenores en cuanto a la definición de lo que se gestiona en las listas de espera no GES, se pudo observar -y esto es una síntesis de lo que señaló dicha comisión- que no considera los tiempos de resolución razonables.

Por otro lado, en el mismo ámbito, las causales de egreso son poco claras.

En relación al registro, que determinó todas las situaciones investigadas –aparte de cómo se gestionan las listas de espera- las hipótesis diagnósticas no están estandarizadas, como tampoco los antecedentes clínicos, que no son obligatorios. Ello se señala en el informe. Asimismo, la carga de datos es sin límites temporales, lo cual también se prestaba para discrecionalidades.

El tercer ámbito son los procesos de producción de la información. Es decir, la investigación permitió establecer que la validación de la data no estaba formalizada ni era permanente ni tampoco automatizada.

A grandes rasgos, lo que teníamos era un modelo donde para cada acto se producía un registro en una planilla Excel que pasaba al servicio y se redirigía al ministerio, donde se validaban las listas con atemporalidad. Es decir, un informe que la Comisión de Salud pidió recibir regularmente, cada tres meses, lo cual también tiene que ver con una lógica metodológica asincrónica. Como resultado, alta probabilidad de duplicación de datos, en el entendido de que todo el proceso de levantamiento de información era manual, es decir, una persona la ponía en una planilla, esta se entregaba y otra la validaba. Por consiguiente, cualquiera de esos actores, en alguna de las estaciones de trabajo, podía producir cambios.

Además, no existían validadores de la información. Tanto el criterio de introducción como el de salida eran válidos por el solo hecho de que la persona que lo ejecutaba lo hacía bien y de buena fe. O sea, es un implícito que tenía el modelo. En síntesis, eso es lo que la comisión logra levantar.

Pero nosotros también quisimos hacer una síntesis, donde están todos los elementos que interesan y la resolución de, al menos, siete de los ocho problemas, a partir del método y de la agenda digital que estamos llevando en el ministerio.

Las causales de egreso, poco claras, es un tema que también es posible resolver a partir de la tecnología implementada. Solamente habría que determinar a qué le llamaremos “poco claro”, porque no está especificado en el informe. Si se definen los criterios, perfectamente podemos levantarlo con la tecnología digital que estamos utilizando. Por eso preferimos no usar un criterio, dado que la fuente con la que trabajamos es el informe que ustedes sancionaron.

Como elemento complementario, que da consistencia al análisis de esa comisión, también consideramos un estudio de la Universidad Católica sobre registro nacional de listas de espera. Aquí hay algunos hechos interesantes que también recogimos para una solución integral.



Uno de ellos es que las listas de espera, hasta entonces, estaban centradas en los eventos, y no en las personas. Y este es un hecho sanitario extraordinariamente relevante, porque cuando había un paciente con indicación de cirugía, en lista de espera por ese motivo, también podía aparecer en la lista por necesitar una radiografía de cadera, un *scanner* y un electrocardiograma. De modo que muchas veces el enfermo salía de la lista de espera por habersele practicado el *scanner*, pero no se lo estaba considerando como sujeto de derechos.

Por consiguiente, hemos puesto en práctica un sistema donde el eje son las personas. De tal forma, el paciente solo sale de la lista de espera cuando se ha resuelto su problema o se ha cerrado el ciclo completo de cada una de las listas, entre comillas, en que se encuentra.

A mayor abundamiento, podemos verificar la situación de un paciente que está en cirugía, pero además chequear si está en lista de espera por un *scanner*, por un electrocardiograma o lo que sea. Eso también nos da mucha riqueza para gestionar a las personas, no los exámenes. Ese es un tema que me parece importante relevar.

No hay validadores de calidad de los datos -lo cual coincide con el informe anterior-, y hay problemas de registro, en términos genéricos, sistema que opera como sistema de rendición de cuentas, por lo mismo que dije, porque se recibía al final de un período. Era el mismo informe que recibían ustedes. A ustedes les entregaban un informe donde *ex post* sabían lo que había ocurrido, pero no había una temporalidad que permitiera reaccionar frente a pacientes ni factores de riesgo, etcétera. Y tampoco estaba integrado con ningún sistema de información para hacer cruces de información y enriquecer las bases de datos.

En ese informe se hizo un análisis complementario donde se usaron métodos de regresión logística que permitieron establecer la probabilidad de mortalidad de los pacientes en función de una serie de variables. Nosotros, hoy, incluso, estamos buscando cómo vamos a integrar las listas para incorporar variables de determinantes sociales para establecer por qué es más pertinente que un paciente esté en lista de espera antes que otro, que sufre una enfermedad similar. Esta situación se puede dar si esa persona sostiene a su hogar, si es de menores ingresos, etcétera. Entonces, al abrirse con otras fuentes de información se generaría mucha riqueza para priorizar en la toma de decisiones.

Ahora, dado que la información era un compilado de planillas Excel, de ninguna forma nos permitía generar herramientas analíticas. Más allá de las precisiones en el diagnóstico, recogimos que estábamos en presencia de lo que hasta ahora ha sido históricamente nuestro quehacer en Data y manejo de informaciones del Ministerio de Salud. Paralelamente a la comisión, estamos avanzando desde un modelo de análisis analítico-predictivo, de tal forma de incorporar en el mediano plazo -es parte del trabajo que estamos haciendo- herramientas que nos otorguen, a través de inteligencia artificial, el desarrollo de modelos predictivos para anticiparnos a muchos eventos. En la actualidad, en epidemiología clínica uno se puede adelantar y establecer, por ejemplo, lo que pasó el año pasado con la fiebre amarilla. Era tan simple como haber tomado los datos de Sernatur, saber cuántos chilenos fueron a Brasil el año pasado y haber predicho cuántas vacunas contra la fiebre amarilla necesitábamos. Ahí tenemos un ejemplo simple de modelo predictivo.

Señorita Presidenta, solicito ceder la palabra a la señora Erika Quiroz, para mostrarles cómo está funcionando el sistema, porque estamos en un ejercicio digital absoluto, donde se verifica la existencia de un paciente que genera la lista de espera y que entra a un sistema que es absolutamente inalterable.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Señor ministro, no hay problema.

Creo que es muy interesante para la comisión conocer el sistema, porque nos va a dar muestras de que se están implementando mecanismos para resolver esta situación.

La gran mayoría de los integrantes de esta instancia somos miembros de la Comisión de Salud, por lo que es más relevante todavía, pero me gustaría no perder de vista el objeto de esta Comisión, que es investigar situaciones que tienen que ver con la alteración de las listas de espera mediante la eliminación de pacientes desde el Repositorio Nacional de Listas de Espera en los períodos 2011-2013 y 2015-2016 en relación con casos concretos que tienen que ver particularmente con el Hospital San José, el policlínico Maruri, en el período anterior del Presidente Piñera, y el caso de Rancagua en el período recién pasado de la Presidenta Bachelet.



Para nosotros es importante recoger de los análisis que han hecho en relación con cada uno de estos elementos, que más bien contemplan el diagnóstico de lo que ha venido ocurriendo en materia de listas de espera, a propósito del informe de la Católica que convocó el gobierno anterior, que sin duda son datos que aportan, pero no debemos perder de vista que para nosotros es tan valiosa la presencia de ustedes en esta comisión, dado que también nos interesa comparar los datos que nos entreguen con los que nos dieron a conocer durante el período anterior.

Tiene la palabra la señora Erika Quiroz.

La señora **QUIROZ** (doña Erika).- Señora Presidenta, como dijo el ministro y atendiendo a sus palabras, lo que vamos a presentar puede ayudar a conocer el estado actual del sistema de información de listas de espera, con lo que podrán tener una mirada respecto de la diferencia, desde el punto de vista de la ingeniería y de los procesos, que es un salto más bien cuántico, del RNLE, Repositorio Nacional de Listas de Espera. Esto también les puede ayudar a esclarecer el porqué, probablemente, hubo tantos errores con el sistema anterior. Esperamos que estos errores se puedan subsanar con el sistema que vamos a mostrar a continuación.

Para poner énfasis en las láminas que presentó el ministro, efectivamente la Comisión Nacional de Salud, en su informe de diciembre de 2017, entregó una serie de observaciones, de las cuales, el 95 por ciento de ellas han sido subsanadas, a excepción de las causales de egreso. Lo mismo ocurrió con el informe que emanó de la Universidad Católica de Chile.

El antiguo registro nacional de listas de espera tenía una lógica de base de datos gigante, por ponerlo en términos simples. En la gráfica se puede observar que los distintos establecimientos a nivel nacional hacían envío de datos en planilla Excel a los servicios de salud, los que básicamente actuaban como consolidadores de estas planillas; para tener una dimensión, cada establecimiento enviaba alrededor de doce planillas. El servicio de salud establecía validaciones –todo es manual, bastante artesanal, si se quiere- y, a continuación, se enviaban a nuestra gran base de datos, que era el RNLE. Esa era la lógica con la que estaba construido.

El Repositorio Nacional de Listas de Espera hacía un trabajo de más en consolidación de datos, ya que, como dijo el ministro, se entregaba información de forma retrospectiva: una vez al mes se daba a conocer una cifra oficial, pero sobre el período anterior. Por tanto, las cifras de marzo de 2017 contemplaban lo que había ocurrido desde febrero hacia atrás. Por tanto, desde el punto de vista de la oportunidad de la información, la utilidad y el valor que esa información pudiese entregar para la gestión para los servicios de salud, como saber quién está en lista de la operación para los hospitales, es casi nula, porque es todo retrospectivo. De hecho, cuando recibían la glosa, por ejemplo, lo más probable es que los servicios de salud y los establecimientos hayan tenido información más actualizada que la del ministerio. Eso es lo que ocurrió.

Entonces, desde el ministerio emanaba esta cifra oficial, que es el cierre; a esa cifra se le hacían algunos análisis, que es lo que se podía hacer, dadas las condiciones y los habilitantes tecnológicos con los que se contaba, y emanaba la Glosa 6.

Como pueden ver, se mantienen los estancos de información, propios de nuestro sistema de salud, que debiesen funcionar en red, y que en todos los documentos está instalada la idea de la fragmentación de nuestro sistema y que con este tipo de soluciones la fragmentación se acrecienta aún más, porque el acceso a la información es muy parcelado y, además, atrasado.

Ahora se avanzó en el Sigte, Sistema de Información y Gestión de Tiempos de Espera, que está siendo utilizado, a nivel nacional, en los 29 servicios de salud, desde el 6 de marzo de este año. Al observar los diagramas, la lógica es bastante distinta, porque hay un trabajo que se mantiene y está íntimamente relacionado con determinar cuál es el estado tecnológico de los establecimientos. Esto se empalma con iniciativas de administraciones anteriores que implementaron, por ejemplo, el Sidra, que no está disponible a nivel nacional. Por tanto, debemos hacernos cargo de esas falencias.

En la actualidad, los establecimientos no están listos para tener interoperabilidad. Entonces, tenemos que ver cómo nos acercamos lo más posible al origen del dato, lo que significa llegar a los servicios de salud y a los hospitales de manera tal que puedan hacer una carga directa a través de una aplicación, así como yo accedo a mi Gmail, ellos pueden



acceder al Sigte, aunque siguen manteniendo sus planillas, porque muchos no tienen otro sistema para llevar los datos.

Entonces, los establecimientos cargan la información directo al Sigte. Una vez que la información está ahí aparecen varios elementos que se mencionaron en los informes anteriores, como la calidad de datos; las reglas de variación no sistematizada; este trabajo casi artesanal, en el que había una lógica de cómo evaluar el ingreso de datos y aplicar reglas de calidad, que eran absolutamente artesanales.

En la actualidad, todo esto está sistematizado en el Sigte y las reglas de validación se aplican caso a caso a cada uno de los que se ingresa.

A continuación, los servicios de salud pueden acceder a la información, la que está disponible en la web. En la presentación pueden ver una flecha transversal en los tres niveles de la RIS, que tiene que ver con los establecimientos, el ministerio y los servicios, de manera tal que cada uno de estos actores pueda acceder a la información en línea, actualizada al día de hoy, según como la vayan actualizando.

Hay una instrucción que emana desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales para que los Servicios de Salud, como los hospitales –pronto abriremos porque estamos en período de capacitación-, registren diariamente los ingresos y egresos de las listas de espera. Por supuesto, esto tiene una gestión del cambio asociada. Debemos darles tiempo para que se acostumbren a esta nueva práctica, porque los datos recogidos son con una herramienta analítica de visualización que les mostraremos a continuación de la presentación.

Por lo tanto, hoy se pierden estas barreras de acceso a la información. Antes estaban todos los datos de las listas de espera centrados a nivel de ministerio. Si alguien necesita información, tenía que ir a golpear la puerta de la persona encargada para que entregara los reportes que correspondían; en cambio hoy todos podemos acceder, al menos, desde el nivel central. Sin ir más lejos, el señor ministro accede desde su propio teléfono o desde su computador.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Sobre el punto, tiene la palabra el diputado Miguel Crispi.

El señor **CRISPI**.- Señorita Presidenta, con mucho respeto, el tema existe y el informe del nuevo sistema está en la glosa 6, de enero de 2018. Toda esta información está en ese mismo informe.

Ahora bien, lo valioso de contar con la presencia del señor ministro tiene que ver más bien con su visión respecto de casos particulares. Sabemos que la gestión de casos va a permitir reducir las listas de espera, identificar los distintos casos y mejorar la atención de los pacientes; pero si tenemos la presencia del señor contralor y del señor ministro, y me imagino que todos los miembros de esta comisión conocen la información, podríamos pasar directamente a la fase técnica de informática u otras aristas de la presentación del ministerio.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- En la misma línea de lo que he venido planteando desde el inicio, tenemos un mandato específico que debemos cumplir como comisión, por lo que me interesa muchísimo profundizar al respecto.

Creo que la Comisión de Salud podría acordar la posibilidad de tener una sesión para conocer en detalle el mecanismo que se está presentando; sin embargo, como Comisión Investigadora es importante conocer los antecedentes respecto de las eventuales irregularidades en la reducción artificial de listas de espera, que en algún minuto fueron consideradas, en lo práctico, a raíz de los errores que se cometieron por lo arcaico del modelo, más allá de lo que ha planteado la señora Erika Quiroz, que puede ser una cuestión de interpretación.

En ese sentido, existen situaciones más específicas que tienen que ver con pagos a honorarios que no correspondían, con la eliminación de personas del repositorio nacional sin haber sido atendidas, situaciones que derechamente han sido calificadas hasta como posibles delitos.

Por lo tanto, lo que queremos es preguntarle al señor ministro acerca de la materia en cuestión, que es la convocatoria que hemos hecho a raíz de lo que implica esta Comisión Investigadora.



Por ello, les pido que acotemos la parte técnica y de cómo se está resolviendo la situación de las listas de espera, que por supuesto también nos interesa.

Insisto, la comisión ha sido convocada para otro objeto y, en ese sentido, tengo la labor de resguardar ese objeto.

Tiene la palabra el ministro de Salud, señor Emilio Santelices.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señorita Presidenta, ¿quiere que mostremos los avances o no?

La señorita **CARIOLA** (doña Karol) Presidenta.- Sí, pero que sea resumido, porque tenemos invitado al señor contralor y la idea es escucharlo también, antes del término de la sesión.

Tiene la palabra la señora Erika Quiroz.

La señora **QUIROZ**, (doña Erika).- Teníamos preparados los componentes de cómo hoy estamos abordando la gestión de listas de espera y dentro de eso la resolución es una de las aristas.

Básicamente, mostrar que varias de las observaciones que estaban en los documentos anteriores ya fueron subsanadas; por lo tanto, estamos integrados con el Servicio de Registro Civil e Identificación y con el Fonasa para que las listas de espera se actualicen, al igual que ellos.

Tenemos habilitantes tecnológicos que nos permiten hacer informes de gestión de alto nivel en relación con la listas de espera, con información muy oportuna. Esto nos provee todo el escenario que nos permite ser analíticos sobre la información y anticiparnos ante distintas situaciones, que es lo que se espera.

Por otra parte, se mencionó el tema de la gestión de casos, que es una piedra angular para nosotros en la forma en que vamos a gestionar las listas de espera. En definitiva, es lo que nos va a permitir mirar al paciente con todos sus antecedentes en 360°, como se dice, para darle un enfoque biopsicosocial a las listas de espera, que hoy adolece.

Una de las cosas por las cuales adolece es precisamente porque no tenemos antecedentes clínicos que nos permitan priorizar a los pacientes, como factores médicos o con criterios clínicos. No tenemos toda esa información.

Esto es para que tengan una visión general de la presentación y de cómo funciona hoy el Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE). Este sistema utiliza un visualizador, más bien una herramienta de BI que es bastante robusta.

Estamos conectados en línea con la red del Minsal. Haré una navegación bastante breve para que ustedes puedan ver la dinámica.

Por ejemplo, se definen reportes por perfiles de usuarios. Esto quiere decir que el ministerio tiene acceso a un tipo de reporte, los servicios de Salud, los directores de hospitales y los clínicos pueden acceder a los distintos niveles.

Hoy, podemos ver las listas de espera por tipo de prestación. A modo de ejemplo, acá aparecen los números de casos asociados, tema que también se conversó en su momento. Número de casos cercano a 2.500.000 y el número de pacientes cercano a 2.000.000. Está la relación entre casos y pacientes, por ende, se entiende que un paciente puede tener más de un caso en esta lista de espera.

La lista de espera la estamos viendo agregada a nivel nacional. Es bastante dinámica, la podemos ver por tipo de prestaciones. Si quisiéramos ver solo las asociadas a cirugía, también podemos hacer el ejercicio. No solo nos permite tener indicadores de modo gráfico, sino también llegar a los distintos niveles de cada caso. Ello, para que vean la potencialidad a la que podemos llegar.

En cuanto a los niveles de agregación estamos trabajando para ir a mayores niveles de detalles. Acá podemos hacer un seguimiento de los pacientes, por lo que se nos hace mucho más fácil que un clínico, eventualmente en su consulta, ya sea a través de un computador o de un dispositivo móvil, si es que el hospital no tiene la infraestructura tecnológica adecuada, pueda acceder a su lista de espera a nivel de casos.



Esto quiere decir que dejamos de tener una planilla por allá y un cuaderno por acá, sino que tenemos un registro unificado.

Estamos muy avanzados en el empalme con el Fonasa para poder desplegar la lista GES. Es muy importante que a la hora de tomar decisiones, tanto desde el punto de vista clínico como del Servicio de Salud para efectos de planificación, podamos tener la demanda completa de pacientes. En definitiva, es el esfuerzo que estamos haciendo.

Por ejemplo, acá pueden ver las distintas especialidades, dónde está la mayor concentración de listas de espera quirúrgica por especialidad, ya sea en traumatología, en gastroenterología, etcétera.

Muchas gracias.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Señor ministro, ¿tiene algo más que incorporar dentro de su presentación respecto de la convocatoria que hicimos o pasamos derechamente a las preguntas que puedan hacer los parlamentarios en torno a los temas que estamos investigando?

Tiene la palabra.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señorita Presidenta, la verdad es que la invitación que recibí era en relación con las listas de espera.

Lo que trajimos como información tiene que ver más bien con lo que hemos mostrado, en el entendido de que nos correspondía hacer un continuo de la implementación de políticas públicas, en cuanto a resolver un tema que están sensible como este.

Por ello que, como dije al principio, nos pareció de la máxima seriedad recoger el trabajo que de esta comisión había surgido y desde allí plantear soluciones, implementarlas y compartirlas hoy. Quizá, vine con un foco distinto que era más bien retrospectivo, pero la verdad es que la invitación que recibí, tal cual estaba redactada, no precisó detalles y más bien la leí como una situación de solución de los problemas que ustedes habían levantado en su momento.

Por eso vinimos a la Comisión con ese enfoque y no trajimos una presentación ni detalles, por así decirlo, forenses.

Doy esa explicación porque no tuve esa precisión y la interpreté en los términos que señalo.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Ministro, recién pedí a la Secretaría que me haga llegar la invitación que la Comisión cursó, porque esta es una comisión especial investigadora que ejerce la facultad de la Cámara de Diputados de fiscalizar.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Sí, lo entiendo así.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- El mandato de la Comisión hace referencia a dos situaciones bien puntuales que han sido confirmadas por la Contraloría mediante informes que hemos tenido a la vista, que usted debe conocer, en relación con irregularidades que se han cometido en la gestión de pacientes AUGE y no AUGE en listas de espera en el 2011, 2013, 2015 y 2016, vinculadas con ciertos elementos particulares de lo ocurrido en el Hospital San José y, también, lo sucedido en el Hospital de Rancagua.

Me parece bien importante aclarar esta situación, porque el ministro vino con una intención distinta. No puedo juzgar su buena disposición, pero tendríamos que dar un tirón de orejas a sus asesores, porque el oficio establece claramente que se invita a la comisión especial investigadora de eventuales irregularidades en la reducción artificial de listas de espera mediante la eliminación de pacientes desde Repositorio Nacional de Lista de Espera, manipulación de estadísticas y omisión de registro, en virtud de lo que establece el respectivo artículo.

La Comisión tiene un mandato que es público que tiene una introducción que da cuenta de los casos que estamos investigando.

Para solucionar esta situación, propongo que los parlamentarios formulemos preguntas y que el ministro responda. Si no tiene los antecedentes para ello, sugiero comprometer su asistencia para la próxima sesión, a fin de que venga preparado con los antecedentes que requiere la Comisión.



Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señora Presidenta, considero que la presentación que se ha hecho es muy valiosa dado los términos informáticos en los que hoy se puede navegar en las listas de espera.

Además y porque se trata de un sistema nuevo que implementó el actual gobierno.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Señor diputado, el sistema viene del gobierno anterior, se estableció en enero.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señor ministro, ¿cuántos millones de personas están hoy en lista de espera separados en el Registro Nacional de Lista de Espera, que entendemos es el más abultado?

Lo que ha navegado en esta Comisión y según los datos de distintos organismos, hubo falsificaciones. Las llamadas faltas de registro, son omisiones tan graves que, por ejemplo, en una época en Rancagua, en un allanamiento hecho por la PDI por orden del Ministerio Público, se encontraron cajones con miles de formularios de interconsultas abandonados, los cuales fueron emitidos por distintos consultorios. Alguien los guardó en un lugar secreto y nunca las subió a una plataforma informática para dar cuenta de que esas personas estaban en lista de espera. Estamos hablando de falsificaciones graves que generaron perjuicios cuyos alcances desconocemos, pues no sabemos el daño causado a las personas afectadas.

Asimismo, en caso del AUGE, curiosamente hay personas que, mediante una suerte de *modus operandi* del cual ha dado cuenta la Contraloría y la Fiscalía, fueron exceptuadas. En el último día de vencida la oportunidad diagnóstica, fueron excluidos sin respaldo en la ficha clínica, sin un argumento claro, y los retornaban al punto cero, para empezar de nuevo esta agónica y larga espera.

En los mundos del AUGE y del no AUGE, ¿cuántos miles o millones de personas están en espera de atención en especialidades médicas, inscritos en el registro repositorio nacional no AUGE, y cuántos vencimientos, exceptuaciones o garantías vencidas de oportunidad hay? Se trata de una nomenclatura bien enredosa y esperamos que este sistema informático no enrede más.

Ministro, en otras palabras, ¿cuál es la foto hoy? Porque en distintas épocas, se ha hablado de danzas de miles y hasta millones de personas en esta condición. Usted lleva dos meses y medio en el cargo, se ha hecho un cierto panorama de la manera de recoger este tema prioritario. ¿Qué imagen tiene hoy de estos dos mundos, del AUGE y del repositorio no AUGE, de la gente que está esperando y cuánto tiempo llevan esperando? Porque se nos dijo que se había disminuido el tiempo de espera de 2.4 años a 2 años en el período anterior, en los cuatro años anteriores, que ese era el avance en tiempos de espera en el Repositorio Nacional de Listas de Espera.

Ministro, ¿cuál es hoy su imagen de la cantidad de chilenos afectados por este drama permanente, en estos dos mundos?

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Ministro, antes de que responda quiero hacer presente un problema práctico.

Lamento mucho esta situación, porque debo hacer presente que la invitación precisa que el objeto es dar a conocer los antecedentes que hay en su poder concerniente a la investigación que se lleva a cabo. Insisto que me parece muy interesante lo que se ha expuesto, pero claramente no concuerda con el fin de la invitación que ha recibido.

Es importante manifestar lo anterior, porque hemos utilizado casi 40 minutos en una exposición que en el fondo es muy positivo, que es bueno conocerlos, pero esta instancia no es para hacerlo. Necesitamos también escuchar al contralor.

Por lo tanto, sugiero dar la palabra al ministro para que responda la pregunta que se formuló que, a pesar de constituir un elemento importante, no está en el marco de la investigación.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Presidenta, ¿cómo que no está en el marco? Está en el marco. Estamos aludiendo a casos concretos de falsificación y errores graves que son motivo de esta investigación en dos servicios.



La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Exacto, en dos situaciones particulares.

Sugiero que el ministro responda la pregunta y, como solo resta media hora de sesión y creo que es valioso escuchar la exposición del contralor, propongo a los parlamentarios que si hay un elemento nuevo a incorporar, formulen preguntas breves para que el ministro responda todo de una vez.

Asimismo, quiero recabar el acuerdo de la Comisión para que el ministro venga a la próxima sesión preparado para responder sobre el objeto para el que fue invitado.

Tiene la palabra el contralor.

El señor **BERMÚDEZ**.- Presidenta, como Contraloría y como representante de la Contraloría, no tenemos ningún problema en volver a venir.

Si solo resta media hora y nuestra presentación es un poco larga, también un poco tediosa -son presentaciones de auditoría-, tal vez si se reduce a 15 minutos no cumplirá con el objetivo. Por eso, mi ofrecimiento.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Perfecto.

Entonces, dada la disposición del contralor, sugiero liberarlo hoy. Ahora, si él se quiere quedar, lo puede hacer sin lugar a duda.

En los minutos que restan terminemos de formular las preguntas de los parlamentarios y que el ministro responda.

Asimismo, el ministro y el contralor quedarían invitados a la próxima sesión, en la que partiríamos con el contralor para, posteriormente, escuchar al ministro referirse al objetivo de la invitación que se le extendió.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Andrés Celis.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero formular tres preguntas al ministro.

Quiero reiterar la inquietud del diputado Juan Luis Castro, en el sentido de cuál es el número de pacientes actualmente en lista de espera y cuántos de ellos heredamos del gobierno pasado.

¿Cómo afecta la deuda hospitalaria en la gestión de la enorme lista de espera heredada?

Por último, queremos que se precise en qué se circunscribe la Comisión, porque había un acuerdo según el cual nos iban a enviar un antecedente que señalaría claramente los tópicos o puntos sobre los cuales versaría el mandato.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Señor diputado, el mandato de la Comisión es público y es lo que usted aprobó en la Sala. Aparece en la página *web* de la Cámara de Diputados. Además, acabo de dar lectura a algunos antecedentes, y se los puedo compartir.

Lo que planteé al inicio de la Comisión fue que la Secretaría estaba recabando los datos porque hubo un problema con el sistema, lo que quizás la señora Secretaria podría explicar de mejor manera, porque hasta ahora no ha podido enviar los datos del periodo anterior porque como cambió el sistema se bajaron muchos de los antecedentes del periodo anterior.

En todo caso, en estos días debiesen estar llegando todos esos antecedentes de la investigación. Pero el mandato de la Comisión está absolutamente claro y es lo que aprobamos en la Sala de la Cámara de Diputados.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Pero tengo entendido que la pregunta que formuló el diputado Castro es atingente. Consultar por las listas de espera es absolutamente válido.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Por supuesto.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Perfecto. Me pareció entender que no estaba dentro del marco de lo que se podía consultar.



La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Señor diputado, usted puede preguntar lo que quiera.

El mandato establece dos ámbitos particulares que tienen que ver con la investigación de un proceso ocurrido en los años 2011 y 2013. El otro dice relación con lo acontecido en los años 2015 y 2016 en los hospitales de Rancagua, San José y el de Maruri.

Si la investigación se extiende porque surgen nuevos antecedentes, esta Comisión debe resolver al respecto.

Lo que no podemos hacer como Comisión es ponernos a hablar de una serie de cosas más porque tenemos tiempos acotados y necesitamos sacar conclusiones respecto de los dos puntos particulares que se aprobó investigar. Por eso invitamos tanto al contralor como al ministro de Salud.

Tiene la palabra el diputado Andrés Celis.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señorita Presidenta, en ese contexto reitero la pregunta del diputado Castro, sobre la cantidad de listas de espera, y al ministro de Salud respecto de cuánto inciden las listas de espera en la deuda hospitalaria que él dará a conocer.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Ricardo Celis.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señora Presidenta, en la sesión pasada también pedí una explicación para acotar la materia de investigación y saber sobre el tema, porque es la primera legislatura en que estamos presentes y no participamos en la Comisión Investigadora pasada. Por lo tanto, no conocemos los antecedentes del informe de la Comisión anterior.

Además, tampoco me quedó claro que era una cosa tan circunscrita. Sin embargo, yo tomaría eso como casos hitos de un hecho general.

Estaba mirando la glosa 6, de marzo, y hay una cosa que no me cuadra y respecto de lo cual quiero preguntar al ministro.

¿Cómo es posible que el Servicio de Salud Araucanía Sur y el Hospital Regional de Temuco tengan más listas de espera y más incremento de deuda?

Cuando el contralor hizo su presentación en la sesión pasada dijo que la deuda tenía dos componentes. Entre los componentes importantes de la deuda hospitalaria están, además de los aspectos propiamente de funcionamiento, aquellos que tienen que ver con las licitaciones.

Por lo tanto, quisiera tener precisión, no ahora, porque obviamente el ministro no la tiene, pero sí en el futuro, sobre cuál es el marco de las licitaciones en los procesos de listas de espera para que algo finalmente alcance a funcionar.

En ambos hechos no me cuadra que haya un mayor incremento de las listas de espera y que, además, tengan la mayor deuda.

Por tal motivo hice una petición en Sala para que el servicio nos informara cuáles son las licitaciones que se han llevado a cabo para la externalización de los servicios de salud, tema que me parece particularmente relevante, y cuántas de esas licitaciones están compuestas por profesionales que son parte integrante de los establecimientos donde ocurren las licitaciones.

El señor **CASTRO**.- Y las sociedades médicas relacionadas.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Exacto.

Ese es un hecho muy relevante. Me parece un caso índice o hito lo que estamos conversando. Creo que el fondo del tema tiene que ver un poco con eso.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Crispi.

El señor **CRISPI**.- Señora Presidenta, como diputado primerizo me sorprende la situación. Esta es una comisión investigadora que tiene un mandato súper concreto. El contralor hace la tarea, ha venido con una presentación respecto de los casos específicos, hospital por hospital, distintas situaciones, cómo se hizo con la auditoría. Nosotros preguntamos cualquier cosa.



O sea, para todos son preocupantes las listas de espera que tenemos, pero esta comisión tiene un mandato y si queremos sacarla adelante necesitamos acotarnos al mandato.

No sé cuál habrá sido el canal de comunicación que no funcionó, pero la comunicación de la Cámara con las autoridades de gobierno es súper clara. No es correo electrónico, sino un oficio. Entonces, solicito que haya mayor rigurosidad al respecto, porque nos interesa saber cómo estamos resolviendo hoy las listas de espera. Creo que la gestión de información es básica, vital, para gestionar mejor los casos y tener información que permita adoptar decisiones de política pública. Eso está bien, pero el motivo de esta sesión es otra cosa.

Uno trata de venir a la Comisión con documentos preparados, pero terminamos hablando no de los motivos por los cuales estamos llamados en esta comisión investigadora, la cual, además, tiene 30 días para emitir el informe.

Ojalá que en la próxima sesión vayamos directo al grano y podamos sacar a la luz aquellas irregularidades que se han denunciado en la opinión pública, por cuanto esta es la “segunda patita” de otra comisión. Al respecto, comparto que no estaba la información, pero eso no obsta a que haya mucha otra información disponible, además de las actas de la comisión investigadora de su primera fase.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Tiene la palabra el ministro.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- En primer lugar, como señala la citación y el diputado Crispi, había dos fases. A nosotros se nos invita a participar en relación con las listas de espera y su manipulación.

Me parece un poco superficial señalar que lo que estamos mostrando no sea prolijo y cada uno en su mérito podrá sacar sus conclusiones sobre esas afirmaciones.

Deseo reiterar que lo que hemos traído es en función de lo que recibimos. Como está señalado en el escrito, se podía interpretar como indicó la señora Presidenta, pero también como que era parte de la investigación ver cómo estábamos haciendo los desarrollos.

Respecto de lo señalado por el diputado Castro, la lista de espera global, no AUGE, es de 2 millones de personas.

El señor **CASTRO**.- ¿Consultas más cirugías?

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Sí. La lista de espera quirúrgica no AUGE cerró en 2017 con 285 mil y fracción de personas.

En segundo lugar, en relación con cuánto de esto impacta al presupuesto, o sea, el gasto potencial, hicimos el siguiente ejercicio. Hoy el precio base de Fonasa para una prestación quirúrgica, cuando lo aplicamos por GRD a una GRD de 1, que es como se estandariza a precio base, ese total de cirugías significaría un gasto de 570 mil millones de pesos. Calculado con el precio base que hoy tiene Fonasa, uno podría bajar ese precio si se considera el precio base que el ministerio tiene calculado hoy, que es de 1.600.000 pesos y fracción. De modo que podríamos llegar a una cifra más aproximada a los 450 mil millones de pesos.

Lo único que les puedo decir es que eso es equivalente a una deuda hospitalaria de un semestre, a la luz de las deudas hospitalarias que se están teniendo hoy. Esa es la dimensión de la brecha solamente en cirugías. ¿Y por qué solamente en cirugía? Porque usamos el método de cálculo del precio base con el cual es muy fácil hacer la cuantificación del gasto.

En cuanto a las licitaciones, les hemos puesto especial preocupación, dado que sin tener un levantamiento exacto de cuál es el nivel de injerencia de las licitaciones en el gasto asociado, o en el sobregasto asociado, hemos recogido la gravedad del tema, primero, por casos particulares que hemos conocido, pero sobre todo por un informe emitido por la Dipres en 2016, hecho, entre otros, por el sectorialista de salud, Patricio Lagos, una persona de larga trayectoria en el sector, que demostraba que a lo menos el 30 por ciento del endeudamiento hospitalario se debía al pago a las sociedades que trabajaban en “horario extraordinario”. Ese dato lo recogimos como antecedente para intervenir. De hecho, y es parte de los temas que queríamos compartir como intervenciones para disminuir las listas de espera, hemos dado la indicación de que todas se hacen con un pago por GRD al hospital y



a los profesionales que participan. En el caso de cirugías, se les cancela su horario extra solamente a un valor Fonasa Nivel 1, pero no a través de sociedades. Y además en el entendido de que acudan a trabajar en esos horarios para resolver listas de espera, siempre que hayan mantenido un estándar de actividad y producción propia de su especialidad en un horario acorde con una productividad entendida como regular. De esa forma creemos que vamos a intervenir la gravosa situación que enfrentamos en nuestro sistema. Si no terminamos con esas sociedades, vamos a convertir a los hospitales públicos en los *mall* de la salud. ¿Por qué? Porque van a ir equipos de sociedades, van a operar a los enfermos y se van a ir a operar a otra parte. Finalmente, nadie va a cuidar a los enfermos, porque van a estar la sociedad 1 más la sociedad de anestesiólogos 2, que van a operar y se van a ir.

Entonces, es de tal magnitud el problema que hemos querido intervenir con mucha determinación, porque por otra parte tenemos 285.000 enfermos que atender.

Ahora, esta situación es mucho más delicada en regiones, porque la capacidad del director del servicio, del director de salud del hospital, para negociar con los equipos de salud es mucho más restringida, entendiéndose que en alguna especialidad va a tener dos o tres especialistas, con suerte, para resolver los problemas. De tal manera que en ese sentido estamos promoviendo el concepto de que los hospitales son de los ciudadanos, por consiguiente, les estamos indicando a los directores que ellos tienen la prerrogativa de convocar a especialistas de otros servicios de salud, de otros hospitales que quieran adherir a atender enfermos en ese hospital.

Todas esas medidas las estamos implementando con mucha fuerza para que efectivamente las capacidades ociosas que tenemos en los hospitales puedan ser debidamente utilizadas.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señora Presidenta, si asumimos que la deuda a fines de 2017 fue de 400 mil millones, significa, si le entiendo bien, que ese 30 por ciento de pago a las sociedades médicas equivaldría a que ya se hubiese pagado 120 mil millones de pesos a sociedades médicas, durante el año pasado, por concepto de absorción de listas de espera. ¿Sería correcto?

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Uno podría hacer ese cálculo, pero para ser más precisos podemos recurrir al informe que hizo la Dipres con valores...

El señor **CASTRO**.- ¿Pero es el 30 por ciento de la deuda?

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- De la deuda.

De acuerdo a ese estudio, ellos precisaban que el 30 por ciento del endeudamiento podría deberse al pago de las sociedades. Habría que restarle una determinada cantidad de gastos, en régimen. Por ejemplo, un 10 por ciento, porque igual al enfermo hay que operarlo. Pero de esa magnitud, así de grave es la situación. De hecho, hay situaciones, que estoy verificando -porque no las he constatado con documentos-, en una localidad donde va un especialista, opera y se le pagan más de diez millones. Va tres días al mes a practicar cirugías. Y así hay una serie de situaciones que estamos levantando y tratando de resolver con celeridad.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Bueno, como todavía nos quedan algunos minutos, voy a tomar la palabra para formular algunas preguntas al ministro.

El 4 de diciembre de 2017, conocimos un informe de la Contraloría, bastante interesante y extenso -sería importante que lo lea-, que hace referencia a una serie de situaciones que se generaron en la Clínica Maruri, que, si no lo sabe, en la zona norte de la Región Metropolitana, que me corresponde representar, le dicen "el matadero", en términos vulgares. Allí han ocurrido situaciones complejas e irregulares, de las que da cuenta la Contraloría, en relación, por ejemplo, con la contratación, a honorarios, de médicos a los que se les pagó como especialistas, quienes, incluso, citaron a pacientes como si fueran médicos especialistas, pero que a fin de cuentas no eran médicos especialistas, sino recién egresados de la universidad, compañeros de curso de quien había asumido recientemente como director de la Clínica Maruri.

Entonces, quiero saber si tiene más antecedentes sobre esta cuestión, porque ahí se está generando una situación respecto del pago con recursos no utilizados a los fines



asignados. Existen procesos relacionados con la investigación de la Contraloría. Incluso, la subsecretaria de Redes Asistenciales y la ministra de Salud anteriores, en la comisión en que varios de nosotros fuimos parte, dijeron que tales hechos podían ser considerados delitos, por el uso de recursos públicos que no fueron destinados al objeto que se decía.

¿Qué sabe de eso? ¿El Ministerio de Salud ha hecho diagnósticos en relación con los informes de la Contraloría en esta materia, que además son bastante recientes?

La segunda pregunta tiene que ver con lo que ocurrió en el repositorio nacional. Según su experiencia, a tres meses de haber asumido el gobierno ¿Quién del ministerio puede tomar determinaciones en relación con el repositorio nacional, además del ministro? ¿Hay alguien más que pueda determinar sacar personas de la lista del repositorio nacional? Me refiero de manera arbitraria, no porque hayan sido atendidos. ¿Quién puede tomar esa decisión política? ¿Quién es la persona que puede decir: vaya, saque o borre a tal o cual persona del repositorio nacional de listas de espera?

Se lo pregunto porque es una situación que ocurrió. De hecho, hay un largo informe del director del hospital San José, el doctor Puccio –entiendo que lo cambiaron; también estuvo en la comisión, en su momento-, que da cuenta de que ellos comenzaron a reconstruir un listado de personas que decían que jamás las habían llamado, que no habían sido atendidas; sin embargo, ya no estaban en el repositorio nacional de las listas de espera.

Entonces, a partir del análisis que ustedes hicieron, donde hablan de los excel y de todos los documentos que analizaron, cómo hicieron el cruce de los datos entregados por el hospital San José en relación con la sistematización de datos que ustedes están haciendo ahora, que, me imagino, con mayor precisión se podrían cruzar, porque entiendo que para eso los antecedentes clínicos deben estar a la vista. También imagino que el Ministerio de Salud debe haber iniciado algunos sumarios en relación con los antecedentes entregados por la Contraloría.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señorita Presidenta, en relación con la primera pregunta, la subsecretaria venía conmigo, pero teníamos una agenda muy apretada y ella tenía esa información. Debido a que orientamos la reunión a lo que señalé anteriormente, le dije que no redundáramos en el tema, dado que teníamos la certeza de que este es el tema que nos convocaba. En consecuencia, vamos a aportar esa información en la próxima reunión.

En relación con la pregunta referida a quién podría ser susceptible de realizar eso, respondo a la comisión que tal decisión no es política, sino arbitraria. En el sistema que existía, cualquier persona, en cualquiera de los espacios y eslabones del sistema, obviamente con la indicación de alguien, podía entrar y alterarlo.

El sistema era extraordinariamente vulnerable, porque estaba construido manualmente, era como andar con un libro abierto, libro que cualquiera podía tomar y, usando una goma de borrar -llamémosla así- podía cambiar el dato, de tal forma que...

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Perdón ministro, sobre ese punto, ¿quiénes son las personas que tienen acceso a ese libro del repositorio nacional y que podrían haber borrado a las personas que figuraban allí?

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señorita presidenta, para responder esa pregunta sería necesario establecer en qué parte del sistema se borró a la persona, porque existe un listado, que pasa del hospital al servicio, donde hay otra persona que compila la información de todos los hospitales del servicio de salud respectivo.

Aquí nada más estoy haciendo una construcción, no puedo afirmar que eso haya ocurrido en uno o en otro eslabón más sensible, pero con la sola construcción sobre cómo estaba funcionando el sistema uno puede tener un vicio de datos en el inicio, por medio de una adulteración, pude tener un vicio de datos en el paso al servicio de salud o también, posteriormente, cuando se entregó al ministerio. En cualquiera de esos tres eslabones se podría haber vulnerado la lista si, obviamente, alguien daba la indicación de modificarla, dado que era un sistema manual.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- ¿La compilación final volvía en algún momento a los servicios anteriores?

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- No, porque en el camino esa lista podía ser modificada, a diferencia de lo que ocurre hoy en el sistema, en que, una vez que se genera el dato, nadie lo puede modificar. Además, se establece un registro final, que tiene criterios de validación; este es uno de los temas que se levantó en la comisión.



Voy a poner un ejemplo burdo: si una persona ingresa un dato y lo asocia a una persona de sexo femenino, en circunstancias que el diagnóstico es cáncer de próstata, obviamente el sistema no aceptará que quien digitó esa información la ingrese. El sistema tampoco la admitirá si corresponde a una persona con un diagnóstico que no es entendible.

El sistema actual tiene una serie de reglas y criterios para el manejo de la información, y es riguroso en sus aspectos clínicos y administrativos. De tal forma que el dato que llega finalmente está totalmente depurado y validado.

En adelante se establecerán responsabilidades administrativas, porque el Ministerio de Salud hará público el listado que acabamos de mostrar. De esa manera, si un hospital informa que tiene 3.000 enfermos en listas de espera, pero después dice que eran 1.000 o 5.000, ese establecimiento deberá hacerse cargo, porque el sistema no tiene ninguna posibilidad de ser vulnerado.

Estamos avanzando en un proyecto mediante el cual, en tres meses más, vamos a poner las listas de espera a disposición de la ciudadanía, de modo que cada persona pueda entrar al sistema con su RUT, igual que en una cuenta bancaria, y saber su situación en esa lista de espera.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Andrés Celis.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señorita Presidenta, propongo que para la próxima sesión se invite a la comisión a la exministra de Salud, Carmen Castillo.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Estoy de acuerdo, pero hemos acordado invitar para la próxima sesión al actual ministro.

Quiero añadir un dato que me entregó la Secretaria de la comisión, que es importante tener en consideración. La subsecretaria de Redes Asistenciales fue citada para que asistiera hoy a esta comisión investigadora, y la aceptación de dicha citación no es voluntaria. Los ministros de Estado, los subsecretarios y las subsecretarias tienen la obligación de presentarse a las comisiones investigadoras, según establece el artículo 314 del Reglamento de la Cámara de Diputados.

Lamento que la subsecretaria no haya asistido, porque nos deja una pata coja respecto de la razón por la cual fueron citados tanto ella como usted, ministro.

Para evitar que venga otra persona y se quede esperando para exponer, como le ocurrió hoy al contralor a raíz de que ocupamos casi 40 minutos en la exposición de algo que no tenía que ver con el objeto particular de esta comisión, propongo que la próxima semana recibamos nuevamente al ministro de Salud, preparado para entregar la información que de él se requiere y acompañado de la subsecretaria de Redes Asistenciales, quien tiene otros antecedentes que pueden complementar la información del ministro. Además, invitaríamos al contralor general de la República, quien expondría en primer lugar.

Creo que al ministro ya se le han entregado algunos antecedentes. Pedí que le entregaran una copia del mandato de la comisión, para que tenga en cuenta el motivo por el cual es citado.

Tiene la palabra el diputado Jorge Durán.

El señor **DURÁN** (don Jorge).- Señorita Presidenta, me sumo a la solicitud de invitar a la exministra Carmen Castillo. Así como es necesario tener respuesta del ministro actual, algunos diputados también necesitamos información de la ministra anterior.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Estoy completamente de acuerdo.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Entonces, ¿sería citada para la próxima sesión?

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- No, ella no puede ser citada.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- A las autoridades públicas se les cita, a los particulares se les invita. La exministra es particular, en este caso.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Carlos Abel Jarpa.

El señor **JARPA**.- Señorita Presidenta, por su intermedio, pregunto al contralor cuánto cree que se va demorar en su exposición.

El señor **BERMÚDEZ** (contralor general de la República).- Una hora, incluidas las preguntas.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- En ese caso, podríamos alargar la próxima sesión e iniciarla antes, a las tres de la tarde, de modo de destinar la primera hora de sesión al contralor y toda la segunda al ministro junto a la subsecretaria. ¿Les parece?

Acordado.

El señor **BERMÚDEZ** (contralor general de la República).- Señorita Presidenta, debo revisar mi agenda y no la tengo acá.



La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- De acuerdo, si tiene alguna dificultad con el horario, le pido que nos avise con tiempo para invertir el orden de la Tabla.

Hemos acordado, para la sesión de la próxima semana, citar al contralor general de la República, al ministro de Salud y a la subsecretaria de Redes Asistenciales.

El señor **DURÁN** (don Jorge).- Señorita Presidenta, ¿es necesario citar al ministro para la próxima sesión? Lo pregunto porque ya tuvimos su presencia hoy. Tal vez podríamos citar solo a la subsecretaria.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- No, porque el ministro vino hoy a hablar de una materia completamente distinta de aquella para la cual fue citado y necesitamos que venga preparado para responder las preguntas que dicen relación con el objeto de esta comisión investigadora. El ministro debe venir y debe ser citado para la próxima sesión.

Por tanto, deberíamos acordar los horarios de acuerdo a sus disposiciones de tiempo y definir la distribución de las dos horas y media de sesión, que se extendería desde las tres de la tarde hasta las cinco y media, para después dar inicio a la sesión de la Comisión de Salud. Para la sesión subsiguiente de esta comisión investigadora invitaríamos a la exministra Carmen Castillo.

¿Les parece?

Acordado.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Esa sesión sería el 12 de junio, ¿verdad?

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- El contralor confirma que puede asistir a las tres de la tarde. Entonces, entre las 15 y las 16 horas expondría el contralor, y entre las 16 y las 17 horas lo harían el ministro y la subsecretaria.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Y para la semana siguiente sería invitada la exministra Castillo. ¿Eso está acordado?

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Efectivamente, está acordado.

Diputados y diputadas, les he dejado copia del mandato de la comisión, para que lo lean antes de la sesión de la próxima semana, de modo que todos los diputados de esta comisión sepamos el rol y el mandato que tiene esta comisión.

De igual manera, dejaremos una copia al señor ministro para que no exista ninguna confusión al respecto.

En cuanto a los próximos invitados, no solo enviaremos la citación que evoca los artículos que convocan a esta comisión, sino también el mandato.

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

-Se levantó la sesión a las 17.30 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.