



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 2, celebrada el día martes 5 de junio de 2018, de 15.00 a 17.30 horas.

Se abrió a las 15:06 horas.

SUMARIO

La Comisión recibió al Ministro de Salud, señor Emilio Santelices, a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gloria Burgos 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) Juan Luis Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Juan Antonio Coloma, Miguel Crispi, Jorge Durán, Sergio Gahona, Carlos Abel Jarpa, Javier Macaya, Erika Olivera, Patricio Rosas y Víctor Torres.

Asistieron los diputados no integrantes de esta Comisión, señores Norambuena y Bobadilla.

No hubo reemplazos.

II.- CUENTA

No hubo documentos recibidos por la comisión.

III.- ACUERDOS



La Comisión especial adoptó los siguientes acuerdos:

1. Prorrogar en 30 minutos el término de la sesión.

IV.- ORDEN DEL DIA

La orden del día tuvo por objeto escuchar al Contralor General de la República, señor Jorge Bermúdez Soto, al Ministro de Salud, señor Emilio Santelices, a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gloria Burgos.

El Contralor General de la República, intervino en base a una presentación a la que se puede tener acceso en el siguiente link:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=135186&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

El Ministro de Salud, intervino brevemente, para luego solicitar que se de la palabra a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gloria Burgos, quien también expuso en base a una presentación a la que se puede tener acceso en el siguiente link:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=135191&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

El debate habido en esta sesión queda registrado en un archivo de audio y video 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/SES002-1741-20180605.mp4>

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



Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 17:05 horas.

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 2ª, celebrada en martes 5 de junio de 2018,
de 15.05 a 17.05 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside, accidentalmente, el diputado Juan Luis Castro.

Asisten la diputada señora Erika Olivera y los diputados señores Andrés Celis, Ricardo Celis, Juan Antonio Coloma, Miguel Crispi, Jorge Durán, Sergio Gahona, Carlos Abel Jarpa, Javier Macaya, Patricio Rosas y Víctor Torres.

Concurren como invitados el contralor general de la República, señor Jorge Bermúdez, acompañado por el jefe de la división jurídica, señor Camilo Mirosevic; el ministro de Salud, señor Emilio Santelices, y la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gloria Burgos.

TEXTO DEL DEBATE

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

No hay Cuenta.

De acuerdo con lo acordado en la sesión anterior, iniciaremos esta sesión con la exposición del contralor general de la República, señor Jorge Bermúdez, y su equipo, a quienes damos la bienvenida.

Posteriormente, escucharemos al ministro de Salud, señor Emilio Santelices, y a la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gloria Burgos, a quienes damos la bienvenida. Tiene la palabra el señor Jorge Bermúdez.

El señor **BERMÚDEZ**.- Señor Presidente, como Contraloría ya habíamos participado en la primera comisión investigadora sobre este tema, y la misma disposición tenemos hoy para hacer la presentación sobre la actuación de la Contraloría en esta materia, básicamente respecto de listas de espera tanto en materia de GES como de no GES, y también cuál ha sido la actuación de la Contraloría respecto del Centro San José y del hospital de Rancagua, que están dentro del ámbito del mandato de la comisión.

Antes de ir directamente a la materia, y considerando que estamos en una nueva legislatura, me atrevo a hacer un planteamiento general respecto de las facultades que tiene la Contraloría en esta materia, aunque tal vez para su señoría resulte algo reiterativo.

La Contraloría hace el control de legalidad de los actos de la administración del Estado desde el punto de vista subjetivo, es decir, de los órganos que son controlados. Está el Ministerio de Salud y todo el sector salud, desde el momento que forma parte de la administración del Estado. Eso comprende al propio Ministerio de Salud con sus subsecretarías, el Fondo Nacional de Salud, Fonasa; la Central Nacional de Abastecimiento, Cenabast; los servicios de Salud y los hospitales Públicos.

En esta materia hay que tener en cuenta que el control de la Contraloría se realiza a través de la toma de razón, es decir, el control *a priori* de los actos administrativos, sobre todo de aquellos que tienen una cierta relevancia, por ejemplo, los reglamentos, los decretos supremos firmados por el Presidente de la República, las licitaciones públicas de cierta envergadura. Toda la obra pública hospitalaria, que normalmente es bastante cara, pasa por el control previo de la Contraloría.

También ejerce un control a través del ejercicio de la potestad dictaminadora y, *a posteriori*, a través del ejercicio del control de fiscalización por la vía de las auditorías, investigaciones especiales y los sumarios.



Desde el punto de vista de la auditoría, la Contraloría, de acuerdo con una modificación orgánica que se realizó a comienzos del año pasado, pero desde siempre, ha tenido al sector salud como prioritario en su fiscalización por distintos motivos, pero voy a señalar dos. En primer lugar, porque lo que pasa en el sector salud es una materia muy relevante por el impacto que produce en la ciudadanía. Está casi de más decirlo, pero es una de las razones que motivan que el sector salud esté siempre en priorización de fiscalización, y también por los montos.

Acabamos de entregar un informe consolidado de endeudamiento hospitalario que corresponde a una auditoría que se hizo el año pasado, que no es materia de esta comisión investigadora, pero sí lo es de la Comisión de Salud, y allí está claro cuáles son los montos de inversión pública en el ámbito de la salud, que son siempre multimillonarios. Dado que el objetivo de la Contraloría es el control de los recursos públicos, obviamente que su mirada debe estar puesta ahí.

Nos atrevimos a formular un glosario en materia de listas de espera, porque en primer lugar se requiere entender el sistema, porque cualquiera que no trabaje en el sector salud, probablemente no lo va entender. Eso es lo que nos pasó, y me pasó a mí mismo cuando nos abocamos a este tema.

En el primer lugar de este glosario está el concepto GES, que significa Garantías Explícitas de Salud y que implica un conjunto de beneficios que se garantizan a las personas afiliadas a Fonasa y a isapres, es decir, hay que estar en el sistema formal y hay que tener un seguro de salud en Fonasa o en la respectiva isapre.

Luego, este sistema GES se abre en cuatro garantías. En primer lugar la garantía explícita de acceso, que implica la obligación para Fonasa y las isapres de asegurar el otorgamiento de una prestación de salud que está garantizada. En segundo lugar, una garantía explícita de calidad, en que la prestación de salud debe ser otorgada por un prestador que esté acreditado o registrado previamente; la garantía explícita de oportunidad, que es muy relevante, porque en el fondo es el dato objetivo, que dice relación con el plazo máximo en que debe ser entregada la garantía; y luego la garantía explícita de protección financiera, que establece una contribución máxima garantizada, como tope, que debe pagar el afiliado para una prestación o grupo de prestaciones.

Debo hacer hincapié en que las auditorías que ha realizado la Contraloría han sido básicamente a la garantía explícita de oportunidad, es decir, a que la prestación sea realizada en el momento en que corresponde, lo cual está garantizado por el sistema.

El Sigges es el Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud, que administra Fonasa.

Luego viene la complicación, porque hasta ahí era más o menos fácil de entender. En primer lugar surge lo que se denominan las garantías exceptuadas, que, de acuerdo a ciertos criterios establecidos como de excepción, han debido ser postergadas en su otorgamiento, es decir, que se van a entregar en un momento posterior.

Las razones por las cuales se exceptúan son la inasistencia, el rechazo, la fuerza mayor por el estado de salud del paciente, la exclusión de la prestación, etcétera. Esto es bien relevante y es uno de los focos que han tenido las auditorías, porque el sentido común —a lo mejor estoy equivocado— me dice que una persona está esperando una prestación desde el momento en que ha sido diagnosticada. Sin embargo, en el sistema eso no es así.

El sistema opera así: la persona beneficiaria GES es diagnosticada, luego empieza a correr el plazo para la prestación, es decir, la garantía de oportunidad. Si no se cumple y es exceptuada, se renueva ese plazo y, solo una vez que ha vencido ese plazo y no se ha otorgado la prestación médica, recién pasa a la lista de espera.

Aquí voy a adelantar una conclusión, aprovechando que todos están atentos. En realidad, tal vez el problema de las listas de espera no es que se achiquen, sino que no se engrosen, porque en las auditorías detectamos que esas garantías exceptuadas son mal utilizadas, es decir, las justificaciones para postergar las prestaciones no han sido bien aplicadas. Ese es el gran problema que hay acá.



Entonces -repito-, no es un problema de sacar gente de la lista de espera, sino de impedir que ingrese. Ese es el gran problema que detectamos en las auditorías realizadas en los años 2011, 2012, 2013 y 2016. Es un problema que se ha venido repitiendo.

Luego, dentro del glosario están las garantías cumplidas, aquellas que son cumplidas dentro de plazo, es decir, se cumplió con el objetivo; garantías incumplidas con hito, que significa que la garantía de oportunidad no se cumplió, pero se entregó la prestación fuera de plazo; y garantías incumplidas sin hito, es decir, incumplidas o incumplidas propiamente tales, es decir, se cumplió el plazo y no se entregó la prestación. También hay otra denominación, que se utiliza para las garantías retrasadas o incumplidas. Son aquellas que en el Sigges no evidencian una atención, ya sea porque no fueron realizadas o no fueron ingresadas en el sistema. Aquí existe un sistema registral que es muy importante que se cumpla, para poder hacer las gestiones.

Luego, en el glosario están los cierres de casos, es decir, las situaciones en que un caso de prestación ha sido cerrado; por ejemplo, la persona falleció, tuvo un cambio previsional, se terminó el tratamiento, o sea, se efectuó la prestación, no se cumplió con los criterios de inclusión, la exclusión por protocolo y guías clínicas, el término de tratamiento garantizado por rechazo del prestador o al tratamiento o por tres inasistencias a las citaciones efectivas y realizadas, u otras expresadas por el paciente.

Luego viene la lista de espera GES, que corresponde a los pacientes que tienen las garantías retrasadas o vencidas, es decir, personas que no han recibido la prestación dentro de plazo.

Hasta ahí es el sistema GES, de garantías explícitas de salud.

Luego vienen las listas no GES, es decir, de personas que están en una situación, podríamos decir, no garantizadas. Las personas que están en esas listas de espera forman parte de lo que se denomina el repositorio nacional de listas de espera, es decir, son todos los pacientes no GES. Aquí existe un sistema de admisión y agendamiento que se denomina SAM, y la lista de espera propiamente tal, que son las listas de personas que están esperando una prestación por una patología no cubierta por las garantías explícitas de salud. Esos listados son gestionados a través del repositorio nacional.

Toda patología que no es GES está incorporada en ese repositorio, o cualquier persona que esté en esa situación.

¿Cómo se sale de esa lista de espera? Eso puede ocurrir, por ejemplo, cuando la prestación debía ser GES, es decir, se califica nuevamente, o la atención ha sido prestada por un especialista. Esto es bien importante, por ejemplo, para el caso del Policlínico Maruri, donde las prestaciones no fueron entregadas por especialistas, porque es un procedimiento informado, porque la atención fue otorgada fuera del sistema, por un cambio de asegurador, o porque no correspondía que estuviera en la lista, y así sucesivamente. Ahí aparecen los casos en que puede estar en esa lista o excluido.

En cuanto a las auditorías realizadas por la Contraloría, en primer lugar me tengo que referir al grupo de auditorías que se hizo entre los años...

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Perdón, precise bien, porque en el proceso puede ser importante la denominada no pertinencia. ¿Tiene usted algún punto que destacar sobre ese concepto?

El señor **BERMÚDEZ**.- Si me permite, señor Presidente, voy a leer el concepto de no pertinencia que está en los manuales y en los protocolos que ocupa el propio ministerio.

Dice que corresponde a la identificación de una consulta que no cumple con los protocolos de derivación validada que resguardan el nivel de atención bajo el cual el paciente debe ser resuelto, siendo el motivo de derivación factible de solucionar en la atención primaria de salud, donde el paciente debe ser reevaluado.

Ese es el concepto que se maneja.

Entonces, atención realizada significa que fue prestada por un especialista. Esa es la razón por la que se saca de la lista de espera; y no pertinencia, que sería otra razón por la cual se saca, es la identificación de una consulta que no cumple con los protocolos de derivación validada -o sea, no debió haber sido derivada y, no obstante, fue derivada- que resguardan



el nivel de atención bajo el cual el paciente debe ser resuelto, siendo el motivo de derivación factible de solucionar en la atención primaria de salud.

En realidad, no necesitaba especialista y pudo haber sido atendido en un consultorio de primer nivel, podríamos decir. Eso también tiene que ver con lo ocurrido en su momento en el Policlínico Maruri, pero volveré sobre eso más adelante.

Yendo ahora a las auditorías, en ese periodo se hicieron 36 auditorías, de las cuales 32 correspondieron a programas nacionales y otras cuatro fueron realizadas por las regiones.

Esas auditorías dieron lugar a dos grandes informes consolidados, N° 89 y N° 210, a los que me referiré brevemente.

Esto es muy relevante desde el punto de vista de las observaciones. Aquí se levantaron observaciones que son altamente complejas o complejas, que aparecen ahí, 214, y otras medianamente complejas y leves, 299. Después me voy a referir a lo que pasó con esas observaciones, es decir, si efectivamente eso dio lugar a un cambio en la gestión o a un cambio en la forma en que se venía actuando por parte de los hospitales.

De aquí, surgieron 19 procedimientos disciplinarios; un reparo, es decir, una demanda que se tramita en el tribunal de cuentas, y una denuncia al Ministerio Público, a lo que me voy a referir más adelante.

Entonces, en este informe consolidado se verifica la eliminación de las listas de espera de acceso universal con garantía explícita (Auge), que se mantenían al 30 de septiembre del 2011, evaluando el sistema de control interno para asegurar el cumplimiento de este régimen que se denomina GES.

El universo de garantías de que se trataba era de 3.273, y de acá se tomó una muestra, y además se analiza el ciento por ciento de las garantías exceptuadas. Es decir, de las que se ascienden a 1.445, exceptuadas, como recordarán, son las garantías que se habían postergado.

¿Cuáles son las principales observaciones que se determinan acá?

Voy a ir mencionándolas.

En primer lugar, desde el punto de vista del proceso de control interno, se detectó que había ausencia de informes de procesos de diagnóstico en la ficha clínica, toda vez que, para que haya una incorporación en el sistema GES, lo que debe haber es un primer diagnóstico de un médico, pero luego hay un segundo diagnóstico por un segundo facultativo.

Por lo tanto, ese informe de proceso de diagnóstico faltaba en ocasiones, desde el punto de vista del control del proceso. Este formulario no estaba presente, y esto permite saber si la persona va a recibir o no la prestación. Esto es relevante, porque, en el fondo, es la hoja de vida del paciente que tiene esta garantía.

Esa es la ficha que tiene que llenarse. Este es el informe del proceso de diagnóstico. Esa es una ficha. Y está puesta en el manual interno de GES del Ministerio de Salud, que está vigente.

El problema de este sistema es que es manual. Es una ficha que un médico debe llenar a mano, con todo lo que eso implica desde el punto de vista del trabajo, desde el punto de vista de recuperar esa información para... un sistema, por ejemplo, y desde el punto de vista de que haya una información al día respecto de esa información que ha sido puesta allí, aparte de la carga burocrática que significa para quien tiene que llenarla.

En segundo lugar, se detectaron problemas desde el punto de vista de la ausencia de formularios de constancia e información al paciente tras haber sido confirmado que su patología es GES.

Esto es importante porque uno de los pilares del sistema se basa en que el paciente sepa que su patología está garantizada y, además, en las citaciones que él tiene al tratamiento porque, si falta dos veces, puede ser exceptuado.

La tercera observación es muy relevante. Me refiero a la omisión en la confección de los formularios de excepción de garantías. Es decir, para poder postergar es necesario que se llene un formulario. Esa es la clave para saber si se está dentro del plazo o no: por lo tanto, si este formulario no consta, no es posible saber por qué razón esa persona no ha sido atendida en el plazo.



Ahí está la foto del formulario de excepción de garantías.

También se detectó la ausencia de formularios de cierre de casos, en el cual no consta por qué el caso fue cerrado, de lo cual debe dejarse una constancia.

En esta foto está el cierre de caso.

Y todo esto sigue siendo manual hasta hoy. Es un gran problema, desde el punto de vista del sistema.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Perdón ¿todos de llenado médico o estos últimos son llenados por personal no médico?

El señor **BERMÚDEZ**.- Señor Presidente, hasta dónde entiendo son llenados por médicos. Son todos a mano. Eso lo confirmamos.

Bien, aquí está el resumen.

Se puede ver en los distintos hospitales cuáles fueron los casos, por ejemplo, solo por tomar el primero, porque está por ese orden. Por ejemplo, ausencia del formulario de constancia. En el número 2 figuran los 93 casos en que no consta si efectivamente está este informe de diagnóstico o no. En el número 3, falta de formulario cuando no se realiza la atención. Ahí está el problema de la excepción, y así sucesivamente.

Sobre el estado de las garantías, se detectaron problemas en el registro, ahora en el sistema informático, es decir, en subir la información al sistema en los hospitales que allí aparecen.

También figuran en esta lámina las demoras: las hay entre 4 y 731 días en el que se detectan, por ejemplo, en un centro asistencial. Estos son promedios y dicen relación con la muestra que se tomó; no necesariamente esta es una cosa estadística. Pero, más o menos, esos son los rangos que se manejaron.

En el segundo grupo, respecto del estado de las garantías, hay casos en que la prestación fue otorgada fuera de los plazos establecidos, como aparece allí, en cinco hospitales, y con los días que aparecen de retraso.

Luego, en el número 3 se destaca que se detectaron 671 casos en que no hay constancia en la ficha clínica del motivo de la excepción de la garantía. Simplemente, se postergó, pero no se sabe por qué razón, si fue por inasistencias, por razones médicas, por fuerza mayor, etcétera. Y, por lo tanto, por qué no se cumplió con la garantía.

Esta es la más grave, porque esto es lo que impide que crezca la lista de espera. Esto es lo que permite que esas personas estén en este limbo, en que no están en lista de espera formalmente, pero tampoco ha recibido tampoco la prestación y tampoco se ha cumplido con el plazo.

Ese es el grave problema que se detectó en este grupo de auditorías de los años 2011, 2012. Este informe es consolidado el 2013, y se detectó también después. Es un punto clave del funcionamiento del sistema.

Luego, pacientes no registrados en el sistema SIGGES, que es el sistema informático, y ahí aparece otro grupo de pacientes.

Respecto de las fichas clínicas, que es la base del historial médico, hay 159 casos en que simplemente no se tuvo acceso a la revisión, 159 casos de la muestra, no del total, por cierto.

Luego, hay 902 casos, en particular, donde no aparecen los antecedentes que justificaron la postergación.

Hay 405 casos de ausencia al registro SIGGES de las citaciones que se habían efectuado. Y, como había dicho, las citaciones son un elemento importante, porque esas son las que permiten, por ejemplo, hacer la excepción.

Luego, hay 552 pacientes exceptuados por inasistencia y que no recibieron la prestación, a pesar de que la garantía estaba vencida, etcétera.

Respecto de las listas de espera, yendo directamente al caso en que las garantías estaba totalmente vencida, fue exceptuada, es decir, fue postergada, y después estaba vencida, es decir, personas que efectivamente estaban en la lista de espera, se detectó que hay 285 casos en que no se entregó al prestación en el plazo que el Ministerio de Salud se había dado para superar esa lista de espera.



En el fondo, ya no había plazo, pero el Ministerio de Salud, como una decisión de buena gestión, había señalado un determinado plazo para poder sacarlos de la lista de espera, pero no se cumplió con dicho plazo.

En la prensa de 2010 se hicieron anuncios respecto de cuándo se iba a terminar la lista de espera propiamente tal. Fonasa afirma que en noviembre se terminarán las listas de espera del plan Auge y, luego, en la Cuenta Pública del Ministerio de Salud del 2010 al 2014, también se había dado cuenta que se iba a aplicar un plazo.

Bien, luego tenemos el segundo informe consolidado, que es el 210, que da cuenta de auditorías que se hicieron en todos los hospitales que se consignan en el informe. Es la fiscalización a las listas de espera, a nivel nacional, más recientes que tenemos. Luego, tenemos fiscalizaciones puntuales a hospitales. Esta es una fiscalización coordinada a nivel nacional que tomó a 26 hospitales para verificar nuevamente las garantías que han sido incumplidas dentro de plazo. El universo era de 60.552 garantías y se tomaron 2.993 registros.

La distribución de esos hospitales se puede ver en la lámina. Para que se entienda la metodología, por ejemplo, en el hospital de Arica, el universo era de 2.286 garantías y se tomaron 117 casos para poder analizarlos y saber qué había pasado con ellos.

Nuevamente, las observaciones son más o menos parecidas en estructura y lo que pasó al grupo anterior de auditorías. Por ejemplo, desde el punto de vista de las fichas clínicas, no estaban todas las prestaciones que se habían otorgado, por tanto, había diferencias entre la ficha clínica y lo que estaba en el sistema informático Sigges. Dicho de otro modo, no hay equivalencia de información entre el papel y lo que está en el sistema informático, lo que da cuenta de la falibilidad que tiene este sistema de fichas hechas a mano. No hay constancia del formulario de información al paciente y que es obligatorio.

Respecto de las observaciones asociadas a GES, hay 442 casos de falta de documentos que justifican la excepción de la garantía. Este es el mismo caso de la observación que ya había señalado, es decir, garantías que son postergadas y no se sabe el porqué. Hay 864 casos de ausencia del formulario de justificación de la no realización o postergación de la excepción de garantía. Tenemos 658 pacientes exceptuados con garantías y que no recibieron la prestación a pesar de que ya había vencido el plazo.

En la presentación aparecen los casos en los distintos hospitales, y como dije esto es solo una muestra. Básicamente, el mismo esquema que teníamos en el anterior informe.

Respecto del informe N° 151 que se refiere específicamente al complejo hospitalario San José, la auditoría tuvo por objeto examinar las prestaciones otorgadas por profesionales que realizaban sus actividades en el Centro Clínico Maruri o Policlínico Maruri, que dice relación con la evaluación de los pacientes del repositorio nacional de listas de espera. Aquí estamos enfocados no en los pacientes GES sino en los que tienen otro tipo de patologías. Se audita el período de enero de 2012 a marzo de 2013.

Esta auditoría también se enfocó en los pagos de honorarios que se hicieron en este policlínico.

¿Qué se detectó en esta auditoría? Que hay 125 pacientes examinados que recibieron un total de 1.135 prestaciones, como media, 9 prestaciones por cada persona. Esto es muy raro porque el objetivo de este policlínico era descargar al complejo hospitalario San José. Entendimos que la primera evaluación se hace allí para que ese paciente fuese devuelto a un centro de atención primaria o derivado a un especialista. Si era ese el objetivo, debería haber recibido solo una prestación y no nueve. En la práctica, estas personas recibieron muchas más prestaciones porque además los honorarios que se pagaban a los médicos era por prestación. Entonces, había un incentivo a realizar más prestaciones y no a hacer derivaciones. Quizá es uno de los grandes problemas que se produjo en este policlínico.

Hay 92 pacientes que recibieron más de una atención en el policlínico, en circunstancias de que debían de ser devueltos para una atención primaria de salud porque no correspondía la derivación a un especialista. 91 casos que no se encontraban en el registro de interconsulta asociado a la fecha de atención que respalde el motivo por el cual el paciente había sido derivado al Centro Hospitalario San José, ingresado en el repositorio nacional de listas de



espera. 113 historias clínicas examinadas, el 88 por ciento de la muestra, en donde no estaban los registros de todas las prestaciones otorgadas y sus beneficiarios. 72 pacientes que se sacaron del repositorio sin el respaldo del porqué se egresaron de esa ficha. 30 pacientes que se eliminaron del repositorio por alguna causal de salida administrativa, pero aparece en la base entregada por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, dentro de los beneficiarios a los que se les prestó atención en el centro clínico. 13 pacientes que fueron egresados del repositorio por la causal "atención realizada" en la misma fecha en que fueron citados para ser atendidos en el policlínico. Y 424 pacientes que fueron egresados del repositorio por la causal "atención realizada" con posterioridad a la prestación entregada por médicos no especialistas.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- ¿Se efectuaba solo consultas médicas o se hacían exámenes de diagnóstico médico?

El señor **BERMÚDEZ**.- No tengo esa información en este momento, pero puedo averiguarla. Hasta donde sabemos son consultas y no exámenes, y de ahí se derivaba.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado Celis.

El señor **CELIS**.- Prestación, ¿qué es para efectos de lo que estamos hablando? ¿Es la atención médica?

El señor **BERMÚDEZ**.- Es la atención de un médico a un paciente.

El señor **CELIS**.- Solo eso. ¿No es un examen? ¿No es una ecotomografía?

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Estamos tratando de precisar de Maruri en esta época.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Todas son prestaciones, un examen, un procedimiento.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tenemos en la mente que un paciente podría haber sido sometido a una consulta más un examen de sangre, más una endoscopía, distinto a que sean solo consultas una tras otra, por ejemplo, nueve veces.

El señor **BERMÚDEZ**.- Desde el punto de vista de los pagos, se detectó que hay 367 millones de pesos de honorarios insuficientemente acreditados. Esto no quiere necesariamente decir que estas prestaciones no se realizaron, sino que no está acreditada la prestación por la cual se efectuó el pago. También hay incumplimiento de las funciones pactadas en los contratos de honorarios, eso se detalla después en el informe. Hay pagos de honorarios donde el médico no informó de la actividad que había ejecutado.

Por eso se hizo un reparo que es una demanda que se tramita en el Tribunal de Cuentas.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- ¿Sigue en proceso?

El señor **BERMÚDEZ**.- Sí. Está en proceso todavía, es un juicio ordinario.

Se determinó que en junio de 2012, la entidad consideró para el pago 4.971 atenciones, en circunstancias de que las prestaciones reales, en realidad, las prestaciones que corresponden para lo que se creó el centro eran 1.907. Es decir, es probable que se hayan otorgado 4.900 y fracción de atenciones, pero estas exceden a aquello para lo que fue formado este centro.

Luego, hay emisiones de órdenes médicas con la finalidad de acreditar prestaciones no otorgadas. Al respecto, se hizo una denuncia en el Ministerio Público por falsificación, que aún está en etapa de investigación por parte del ministerio. Más adelante, pago a profesionales que no tenían contratos a honorarios que estuvieran vigentes con el centro hospitalario, es decir, no estaba el convenio respectivo.

Esto ha hecho que se llevase adelante un procedimiento disciplinario por parte de la Contraloría, es decir un sumario, que terminó una propuesta de medida disciplinaria de destitución.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- ¿Sobre quiénes se aplica esta media de destitución?

El señor **BERMÚDEZ**.- Sobre quien tenía el deber de control jerárquico de este centro. No sé el nombre preciso, pero debiera ser el jefe del policlínico.



El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- ¿Estamos hablando del señor Gutiérrez, que es el jefe?

El señor **BERMÚDEZ**.- No recuerdo, vamos a chequear el nombre.

El señor **CRISPI**.- Respeto de los pagos a profesionales que no tenían contratos a honorarios con el centro hospitalario, ¿tiene el monto? ¿Corresponde al pago de honorarios insuficientemente acreditado?

El señor **BERMÚDEZ**.- Está contenido dentro de esa cifra global, que también se compone de otros pagos.

Pasando al informe del Hospital Regional de Rancagua que se encuentra en el informe N° 979, aquí nuevamente se examinaron las garantías de oportunidad a diciembre de 2015, y, en lo que respecta a los casos No GES, ver las razones por las cuales se produjeron los egresos de la lista de espera.

Ahora bien, en una auditoría no es posible determinar si hubo o no fallecimiento ni la relación de causalidad entre la exclusión o la postergación de la prestación, porque el foco está puesto en lo administrativo y en el cumplimiento de la regulación, y entendemos que esto está siendo investigado por el Ministerio Público.

El universo es de 4.422 garantías de GES exceptuadas o retrasadas y 1.498 casos egresados de listas de espera No GES.

Aquí, se toma una muestra de 120 casos de garantías exceptuadas y retrasadas y de 114 casos egresados de listas de espera quirúrgica No GES.

Nuevamente hay observaciones bien similares a los otros dos grupos de auditorías.

En primer lugar, hay 6 casos de falta de datos del profesional tratante en los Informes de Proceso Diagnóstico. Hay ausencia de criterios de priorización para la atención de los pacientes que se encuentran en la lista de espera quirúrgica No GES. Si no hay un protocolo no se sabe por qué razón una persona se opera antes que otra. Hay falta de formalización de las funciones del encargado del manejo de las listas de espera GES.

Sobre irregularidades asociadas al GES.

Hay 28 casos de garantías exceptuadas en que no se les entregó la prestación médica indicada, pese a que se cumplió el plazo. Hay 8 fichas clínicas que no estaban en el establecimiento al término de la auditoría; falta de registros en 17 fichas clínicas que justificaban la excepción, o sea, se va repitiendo lo mismo que en los casos anteriores, pero ahora aplicado a un solo centro; y 18 casos de garantías mal exceptuadas; hay 52 casos de ausencia del formulario de constancia e información al paciente GES; 15 casos falta de confección del Informe de Proceso de Diagnóstico, en el que se confirma o descarta la hipótesis diagnóstica en sospecha de una patología GES; 94 casos falta de confección de los formularios de excepción de garantía.

En relación con las listas de espera No GES, se determinó que hay 22 egresos no justificados de la lista de espera de pacientes No GES para intervenciones quirúrgicas; hay ausencia de criterios de priorización formales para la atención de estos pacientes y debilidades en los registros.

Todas las auditorías, desde el punto de vista de la Contraloría, han llevado a los que se denominan las acciones derivadas.

En total hay 19 procedimientos disciplinarios; hay 3 que se han instruido directamente por la Contraloría; 1 que tiene la sanción propuesta de destitución, ya que la Contraloría no destituye directamente; hay 1 de sobreseimiento y 1 en tramitación, porque hay un recurso administrativo pendiente.

De los 16 que llevan adelante los hospitales y los servicios de salud, hay 5 que están con sobreseimiento y 11 en trámite. Hay un juicio en el Tribunal de Cuentas y 2 denuncias: una, al Ministerio Público –la que ya mencioné– y, otra, al Servicio de Impuestos Internos.

Ahora, estas auditorías dan lugar a lo que se denomina acciones de seguimiento.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado Crispi para hacer una precisión.

El señor **CRISPI**.- Señor Presidente, por su intermedio, al señor Bermúdez.

Donde dice reparo, ¿a qué se refiere esa cifra?



El señor **BERMÚDEZ**.- Señor Presidente, el reparo es la demanda que se plantea ante el Juzgado de Cuentas y que busca determinar la responsabilidad civil por este monto de los funcionarios implicados en alguna irregularidad, es decir, busca que se repare ese daño causado al servicio. Por ejemplo, si hubo honorarios mal pagados.

Entonces, la Contraloría hace un seguimiento de las observaciones, es decir, qué pasó con todo esto que le ha dicho o hecho presente la Contraloría a los hospitales o, eventualmente, a los servicios de salud.

En este listado aparecen todas las observaciones objeto de seguimiento por parte de la Contraloría. Solo para graficar lo que estoy diciendo, tomo el primer caso del listado.

De acuerdo con el informe N° 101, de 2013, el Hospital San Borja Arriarán tuvo 10 observaciones que eran importantes y, por lo tanto, objeto de seguimiento, de las cuales fue subsanada una y 9 están pendientes. Así sucesivamente; en otras palabras, la Contraloría solo puede llegar hasta ahí. Las observaciones que se han levantado en cada uno de los centros que aparecen allí, algunas fueron subsanadas y la mayoría o muchas de ellas se han mantenido.

Así, de las 36 auditorías que fueron a seguimiento, hubo 396 observaciones y se mantuvieron 158.

¿Cuáles son las principales observaciones que se han mantenido? En primer lugar, el caso de los pacientes exceptuados, es decir, que se prorrogó la prestación sin que se les haya otorgado la prestación médica correspondiente. Esa es una observación muy transversal y que se produjo en 2011, 2013, 2016 y probablemente si hiciéramos hoy una auditoría, la podríamos mantener.

En el policlínico Maruri, dependiente del Complejo Hospitalario San José, 424 pacientes fueron atendidos por médicos no especialistas y posteriormente egresados del repositorio, en circunstancias de que debieron haber sido atendidos por un especialista y fueron ingresados bajo la causal "atención realizada", lo cual no fue real y es imposible de subsanar.

En el caso del Hospital Regional de Rancagua se advirtió una deficiente programación de las intervenciones quirúrgicas, debido a la suspensión y/o postergación en forma reiterada de estas.

Luego, otra observación que se mantiene relevante es la que dice relación con la ausencia de los formularios de excepción de garantía, por lo tanto, no se sabe por qué razón se produjo la excepción.

Por último, excepciones de garantía por inasistencia sin cumplir con las citaciones al paciente; es decir, el paciente era exceptuado, pero en realidad no había sido citado.

Ese es el resumen y ahora espero responder las preguntas que puedan tener los diputados.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Sugiero no más de dos minutos para formular las preguntas los señores diputados.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado señor Ricardo Celis.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señor Presidente, en otras auditorías que hayan realizado en el país, ¿existe algún formulario, documento o protocolo de priorización formal de la atención de los pacientes, tanto de los GES como de los No GES?

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado señor Sergio Gahona.

El señor **GAHONA**.- Señor Presidente, respecto de las sanciones de proposición de destitución, ¿cuál es la experiencia de ustedes respecto de la aplicación de estas sanciones? Muchas veces, los servicios demoran y demoran.

Por ejemplo, en la Región de Coquimbo tengo casos en que la proposición de destitución en otras materias, no en las hospitalarias, se hizo hace un año y medio y aún las personas siguen trabajando y percibiendo la renta del Estado, a pesar de que hay una propuesta de la Contraloría. ¿Esta sanción de destitución se hace efectiva? ¿Tienen algún catastro que nos puedan indicar de cuántas realmente se llevan a efecto?



El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Voy a hacer algunas preguntas. En el caso de Maruri, ¿se acreditó el carácter de especialistas o no de esos médicos contratados para las prestaciones que ellos otorgaban? ¿Cuál era la tarifa unitaria por prestación pactada? ¿Se indagó en ello? ¿A qué otros prestadores externos se pagaron servicios de estos pacientes que estaban en listas de espera? ¿Hubo fallecidos que se pudiesen constatar posteriormente de personas atendidas en la época que no lograron llegar al verdadero especialista en esos casos que se constató? Al no ser estos especialistas, esas personas terminaron siendo derivadas al Hospital San José y a otros lugares para recibir una atención. ¿Cuál fue el destino de esos pacientes? ¿Hubo quejas respecto de esas personas?

Además, ¿quiénes fueron los responsables administrativos o jerárquicos que en el caso de Maruri dieron o emanaron las instrucciones y órdenes de contratación de estos especialistas extranjeros?

¿Estaban validados o no estos especialistas extranjeros a la época en cuanto a sus certificaciones requeridas?

También quiero saber si el abultamiento que usted calificó en algunos casos de nueve prestaciones por enfermo significó una defraudación al fisco, y de qué orden habría sido, producto de esta verdadera conspiración -me atrevo a decir- de voluntades para traer profesionales aparentemente no idóneos, abultar las prestaciones que daban y no satisfacer al paciente en cuanto a la demanda asistencial que requería. Esto en el caso de Maruri.

En el caso de Rancagua pregunto si la exceptuación -aquí lo extrapolo más allá del caso de Rancagua-, el *modus operandi* de ir a exceptuar, sin justificación y sin registro en la ficha clínica, corresponde a un método, a un procedimiento relativamente frecuente que permitía – como usted lo señaló- no incrementar la lista de espera y, por esa vía, mantener ciertos parámetros de eficiencia o de cumplimiento de metas para que no se descuadraran respecto de las estadísticas que tenía que llevar cada servicio de salud.

A su juicio, ¿cuál es la gravedad de la actuación, en el caso de Rancagua y de otros hospitales, como procedimiento GES?

Por último, en el no GES, consulto si el no registro, es decir, la denominada no pertinencia, como lo han dicho alguno de los actores que participaron de esto, que llegase a interconsultas al nivel secundario y terciario que no se subieron a las plataformas informáticas y, por lo tanto, no había constancia de esas esperas, o que se le calificaran de no pertinentes para justificar el no ingreso de esos procedimientos a lista de espera, cuánto peso específico tuvieron esos hechos en una verdadera falsificación de datos de pacientes para no incrementar la lista de espera.

Sigue siendo el mismo objetivo: uno por la vía GES, camino de exceptuación; otros por la vía no GES, camino del no registro.

Le ofrezco la palabra al diputado Miguel Crispi.

El señor **CRISPI**.- Señor Presidente, una pregunta al contralor.

Respecto de los pagos a profesionales sin contrato, lo leo literal, dice: pagos a profesionales que no tenían contratos a honorarios con el centro hospitalario mediante desembolsos realizados a otros facultativos que sí tenían contratos vigentes.

Le pido que profundice en esa figura de traspaso de recursos públicos en forma de pagos, y si usted observó en la investigación participación de sociedades médicas respecto de contrataciones para prestaciones GES o no Ges en que no estuviesen acreditados los pagos.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Señor contralor, quiero agregar en mi pregunta acerca de Maruri que me informaron que los imputados –entiendo que están imputados judiciales- serían el entonces director del Centro Maruri, doctor Rodrigo Gutiérrez, y el director del Complejo San José, doctor Raúl Vásquez.

Me gustaría que precisara si son esas las personas que están en la Fiscalía.

Tiene la palabra el señor contralor.

El señor **BERMÚDEZ**.- Señor Presidente, responderé en el orden en que se formularon las preguntas.



Respecto de si existen protocolos de priorización formal para GES y no GES, detectamos en otras auditorías, que realizamos el año pasado y cuyo resultado entregamos en el informe consolidado en la Comisión de Salud, que hay hospitales que no tienen protocolos de priorización. No hay criterio de priorización, sobre todo para la lista no GES, que a mi entender es importante que exista una priorización que dé cuenta de por qué se atiende a una persona en vez de a otra.

En el caso de GES, entiendo que como opera el sistema, dado que tiene plazos y hay garantía de atención oportuna, no es tan necesario ese protocolo.

Hay hospitales donde existe el protocolo y otros donde no existe, y nosotros lo hemos detectado como una observación.

Ahora, ¿cuáles son específicamente? En este momento no lo sé, pero a partir de las auditorías podemos entregar esa información a la Comisión.

Respecto de las proposiciones de destitución que preguntó el diputado Gahona, y aprovecho con ello de responder la pregunta acaba de formular su señoría, la propuesta de destitución es respecto del exdirector o exencargado del Policlínico Maruri, doctor Rodrigo Gutiérrez.

El problema que tenemos como Contraloría es que cuando la Contraloría decide realizar un procedimiento sancionatorio, es decir, un sumario, solo puede llegar hasta la propuesta de sanción.

Son muy pocos casos en los cuales la Contraloría puede sancionar directamente, como ejemplo, en caso de mal uso de un vehículo fiscal, pero no es aquí el supuesto.

Tal como señaló el diputado, es el típico caso de que el servicio –en este caso el Servicio de Salud o el Hospital- no realiza el procedimiento, aplica una sanción muy baja o derechamente no aplica sanción alguna al realizar el procedimiento. Cuando propone la Contraloría eso simplemente queda archivado esperando a que transcurra el plazo de prescripción o que cambien las autoridades.

En este caso, lo que deberíamos hacer es instruir un sumario sobre la no aplicación del sumario o utilizar, eventualmente, alguna otra herramienta, que en realidad no la tenemos.

En el 95 por ciento de los casos en que la Contraloría propone aplicar una sanción, esa sanción no llega a ser aplicada.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- ¿No llega a ser aplicada?

El señor **BERMÚDEZ**.- No.

En los proyectos de ley en que se ha discutido acerca del fortalecimiento de la probidad, nosotros hemos propuesto, por lo menos para los casos de falta grave a la probidad, que la Contraloría tenga la posibilidad de sancionar directamente, pero esa posibilidad es un resorte de la autoridad política.

El señor **CRISPI**.- Poder Ejecutivo. ¿Para qué casos?

El señor **BERMÚDEZ**.- Los casos de falta grave a la probidad. Cuando se estima que una determinada conducta es reiterativa o genera un gran perjuicio o incluso es constitutiva de delito.

Respecto de si se acreditó el carácter de especialistas, debo señalar que no se acreditó, y ese es precisamente uno de los problemas, porque como entendemos que funcionaba esto era justamente para derivar a un especialista. Entonces se otorgaron prestaciones como especialista en circunstancias de que no lo eran, o no era para eso que estaban contratados, sino que simplemente para saber si volvían al sistema de atención primaria de salud o si se derivaban a una atención especializada.

Señor Presidente, la pregunta acerca de la tarifa unitaria deberé informarla después, porque no tengo en este instante los antecedentes.

En la auditoría se auditó la prestación que se realizaba en ese policlínico, la contratación a honorarios con facultativos directamente o con sociedades médicas que prestaban servicios al policlínico Maruri. Por lo tanto, hay otros prestadores externos, en el sentido de que son otras las personas jurídicas que intervienen y no solo el Estado, con todos los incentivos que ello involucra y que en la sesión anterior ya fueron mencionados.

En la Contraloría el año pasado estuvimos tratando de impulsar la prohibición, o en realidad más bien volver a la regla general, la imposibilidad de contratar por parte de los funcionarios



con ellos mismos, es decir, con sociedades de las cuales ellos forman parte. Pero desgraciadamente la glosa presupuestaria se mantuvo igual como excepción al régimen general que hoy existe. Por lo tanto, sigue siendo legal que los centros hospitalarios y los servicios de salud puedan contratar con sociedades médicas.

Esa es una de las causas del gran déficit o endeudamiento que existe en este sector.

¿Hubo fallecidos que hayamos podido constatar que no lograron llegar al especialista?

La auditoría no llegó tan lejos. No tuvo ese objetivo y no sería correcto que yo dijese que hubo o no hubo fallecidos. Puedo tener alguna información, pero realmente no consta así en el trabajo de auditoría.

Sobre los responsables administrativos, como dije, el doctor Gutiérrez está con propuesta de destitución, pero no se ha aplicado.

¿Podría dar lugar esto a algún tipo de ilícito, a algún tipo de defraudación? Ese tipo de responsabilidad se tiene que determinar en sede penal. En el juicio de cuentas, lo que nosotros esperamos que se determine es la responsabilidad patrimonial, la responsabilidad civil que tengan las personas que intervinieron en esta actuación.

Una pregunta que no había respondido correctamente es que en el policlínico Maruri solo se hacían consultas, no exámenes. Esa es una información que me acaban de entregar por interno.

Respecto del segundo grupo de preguntas, lo que ocurre en Rancagua pero que se extrapola a otros hospitales, la excepción, si está justificada o no, o el ingreso a un registro de excepción sin que esto esté totalmente justificado, ¿corresponde a un método frecuente que permite no incrementar la lista de espera? Esa es su pregunta, según lo que entiendo, señor Presidente.

Después de revisar las auditorías que se realizaron antes de que estuviera en el cargo - estamos hablando de 2011, 2012, 2013, porque solo me tocó ver la del hospital de Rancagua-, diría que esta conducta es una especie de *modus operandi*, y que los incentivos están mal puestos.

¿Por qué? Porque, por ejemplo, los famosos programas de mejoramiento de gestión (PMG), que significan un incentivo remuneratorio, dicen relación con rebajar la lista de espera, no con atender dentro de plazo la patología que está garantizada por GES.

Entonces, es claro que mientras más pequeña sea la lista de espera, es decir, mientras no la acreciente, la puedo rebajar más fácilmente. En consecuencia, esta es una forma de manipular administrativamente el sistema para, por ejemplo, tener el beneficio del PMG, y eso significa que el incentivo está mal puesto.

Ahora, sin que sea un discurso político sino ciudadano, claramente esto afecta a las personas que son más necesitadas. Porque las personas que están en ese repositorio son personas que están esperando por años una atención o que no tienen ninguna posibilidad de reclamar sería o fuertemente para obtener una prestación.

Voy a contar una anécdota que nos pasó, estando mi colega presente.

Por razones de trabajo tuvimos que viajar fuera de Chile y en una embajada nos atendió muy amablemente un embajador –o embajadora; no voy a decir el sexo para no acotar- y conversando sobre cosas distintas de la vida, nos dijo que la persona que trabajaba en su casa había contraído cáncer y que el sistema público había funcionado muy bien, pero para que funcionara muy bien había tenido que usar, y así lo describió, pituto; es decir, para que la lista de espera corriera y de esa manera recibiera la atención.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- ¿Debió pagar esa persona?

El señor **BERMÚDEZ**.- No, no dijo que debió pagar, pero que usó pituto para que la lista de espera corriera, y eso es gráfico de las personas que están afectadas por este problema que tenemos. O sea, es una situación muy grave, al menos desde mi perspectiva.

¿Hay aquí una falsificación -esa fue la palabra que usted usó, señor Presidente- cuando se declara la no pertinencia o no registro, cuando estamos hablando del no GES?

O sea, al menos hay una manipulación -diría yo- desde la perspectiva del registro administrativo, y esto obviamente tiene un efecto, como dije, desde el punto de vista de los incentivos económicos y de quién recibe y de quién no recibe la prestación.



Finalmente, por su intermedio Presidente, respondo al diputado Crispi, respecto del pago a profesionales.

Esto opera de la siguiente manera: había contrato con una sociedad o con un médico y este no realizaba todas las prestaciones, sino que, por decirlo en términos neutros, las derivaba a otro facultativo para que las realizara.

Señor Presidente, si me permite me gustaría que el abogado complementara las respuestas. El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra el señor Camilo Mirosevic.

El señor **MIROSEVIC**.- Se detectó que para algunos operativos de emergencia llamaban a médicos externos, y el hospital informó en respuesta a este informe, que, como eran contrataciones por un día, no llevaban un registro de honorarios, por eso no había contrato. Respecto de la forma de pagar, ¿por qué se pagaba a algunos más de lo que les correspondía recibir?

Hay una declaración que me parece bien gráfica, que está en el informe final, en la que una doctora, cuyo nombre no aparece, solo sus letras iniciales porque está bajo reserva de identidad, señala: "Lo que nos decía el doctor R.G.S. era que había un desorden en la administración, por lo que los cheques salían por montos más altos al que nos correspondía y debíamos pasarle la parte correspondiente a las prestaciones médicas realizadas por el compañero respectivo".

Concluye con esto: "El cheque fue aproximadamente de 7 millones, de los cuales a mí me correspondían más o menos 2 millones, 2 millones y medio, que es el sueldo promedio del turno. El resto era para otros profesionales. Yo le pasé el dinero al señor G y él lo repartió".

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- ¿Esto fue en Maruri o en Rancagua?

El señor **MIROSEVIC**.- En Maruri.

El señor **BERMÚDEZ**.- Por esa razón, hay una denuncia también en el Servicio de Impuestos Internos.

El señor **CRISPI**.- Y en interpretación de ustedes, ¿dónde terminaba ese saldo?

El señor **MIROSEVIC**.- En la sociedad de médicos o en los médicos como personas naturales.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado Macaya.

El señor **MACAYA**.- Señor Presidente, me quedó dando vueltas el hecho de que el contralor mencionara que a él solo le tocó ver la situación del hospital de Rancagua, y que no le haya tocado, en el ejercicio de su cargo, ver las otras situaciones.

Quiero tratar de obtener conductas que se repiten, incluso el contralor hizo mención de que si a él le tocara hoy hacer algunas fiscalizaciones, lo más probable es que haya situaciones que se repitan, y en eso quiero centrarme.

Sé que al contralor no le corresponde realizar sugerencias, y en algún momento de su intervención él mencionó que tampoco podía deducir relación de causalidad entre las omisiones o en haber sacado pacientes de las listas de espera con los eventuales fallecimientos.

Además, asumo que es una situación que puede significar, y entiendo que así va a ser, responsabilidades penales y económicas. Y en eso me quiero centrar, en cómo está hoy coordinándose la Contraloría con la información existente, porque hasta el momento no hay ninguna otra fiscalización solicitada sobre las cosas que están ocurriendo hoy.

Solicito, casi de oficio, que el contralor siga viendo este tema. Probablemente, el ministro nos va a ilustrar sobre lo que se está haciendo hoy, lo que podría significar un cambio en estas situaciones. Porque, más allá de echarle la culpa a Maruri, en 2011, en 2012 o a lo ocurrido en el gobierno que corresponda, lo que a uno le interesa en estas situaciones es resolver este tema y evitar que estas situaciones se sigan repitiendo.

Por eso, le pregunto a usted, contralor, por la coordinación que ha tenido con las actuales autoridades de salud, para saber, en una situación quizás distinta de lo que es una cuestión formal, como una comisión investigadora o una Comisión de Salud, si ha tenido la



oportunidad de conversar con el ministro respectivo o con la subsecretaria; si ha tenido la oportunidad también de elevar antecedentes ante las investigaciones criminales que se están realizando por parte de algunos fiscales del Ministerio Público; si ha tenido la oportunidad de transmitir la preocupación, o lo que puede significar en términos de responsabilidad civil por parte del Estado de Chile, al Consejo de Defensa del Estado.

Si ha tenido conversaciones para traspasar esta información, en aras de ver cómo somos capaces de marcar puntos de inflexión, más allá de si es culpa del gobierno de Piñera uno o de Bachelet uno o dos. Da lo mismo, lo que me interesa es que tengamos la capacidad de solucionar estos problemas y con recomendaciones puntuales.

Usted habla de que hay procedimientos que no están estandarizados en todo Chile y entiendo que el ministro tiene algunas ideas sobre empoderar e informar a los pacientes de la situación en que se encuentran en la lista de espera.

Sé que no es responsabilidad legal de la Contraloría, pero asumo que como hay una preocupación por personas que finalmente no están siendo atendidas por el solo hecho de ser pobres, me gustaría entender de qué manera también, en el rol de la Contraloría, pueda ir un poquito más allá de ese rol, y también coordinarse de una manera distinta, o lo que ha hecho también en esa materia con las entidades que he mencionado.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra el contralor general.

El señor **BERMÚDEZ**.- Señor Presidente, lo primero que quiero aclarar es que nosotros no podemos intervenir en la gestión, no es parte de nuestro rol. Eso me gustaría dejarlo bien en claro. Pero qué medidas de coordinación hemos realizado.

Precisamente, esta semana hay una reunión con el fiscal del Ministerio Público para efectos de poder abrir, entre comillas, la Contraloría...

El señor **MACAYA**.- Nacional.

El señor **BERMÚDEZ**.- No, no, con el fiscal regional.

El señor **MACAYA**.- ¿Arias?

El señor **BERMÚDEZ**.- Sí, exactamente, para poder saber quiénes son los funcionarios que pueden aportar información respecto de lo que ocurrió en Rancagua; es decir, que pueden comparecer como testigos. Esa es una colaboración habitual que hace la Contraloría en todos estos casos que tienen esa connotación.

En segundo lugar, nosotros hemos participado de una mesa que formamos con el Ministerio de Hacienda y con el Ministerio de Salud para efectos del endeudamiento hospitalario y por eso también se realizó esta auditoría coordinada a nivel nacional para saber cuál era el tamaño del endeudamiento. Me atrevería a decir que es ahí donde la Contraloría se siente, entre comillas, un poco más cómoda, porque obviamente es saber qué ocurre con los recursos públicos que están allí invertidos.

En tercer lugar, todos los años tenemos, dentro de nuestra planificación, por la importancia y por los montos, auditorías en el sector salud. Sucede que para Contraloría es un poco reiterativo e incluso podría parecer como una persecución si volviésemos, ahora, a realizar una auditoría en esta misma materia, porque, como dije, estoy casi seguro -como una especie de sandía calada- de que va a volver a aparecer más o menos lo mismo.

Nosotros lo que ofrecemos y esperaríamos, y a lo mejor con eso puedo responder la pregunta, es que estas observaciones que están pendientes, por ejemplo, se pudieran poner en un convenio de apoyo al cumplimiento. Es decir, uno dice: mire, estas son las observaciones y estas son las medidas que se van a adoptar para poder superar estas observaciones que son más de 150, que están todavía pendientes. Y a partir de ahí ir mejorando, y así Contraloría también puede confiar en que se están haciendo cosas con las observaciones que ella ha hecho, porque está claro que con las herramientas que tiene puede llegar hasta donde ya he expuesto.

Lo que no hemos hecho es entregar antecedentes al Consejo de Defensa del Estado, porque no se ha presentado la oportunidad ni tampoco nos lo han solicitado, pero eso puede estar disponible, porque son todos públicos.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Muchas gracias, señor contralor.



Tiene la palabra el ministro de Salud, señor Emilio Santelices y, seguidamente, la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gloria Burgos.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero destacar que, de acuerdo con la precisión que se nos hizo en la sesión anterior, dado como se informó en ese momento, nosotros habíamos recibido la invitación mirando hacia temas más a futuro y pusimos el énfasis precisamente en lo que señala el diputado Macaya.

Hoy lo que hicimos fue, para colaborar con el propósito de la Comisión, recabar la mayor información posible de estas dos investigaciones que ustedes están llevando adelante y es por ello, entonces, que quiero entregarles a los honorables, por su intermedio, señor Presidente, una carpeta con todos los documentos de respaldo en donde tenemos el análisis de atenciones de la Clínica Maruri, la resolución exenta de la Contraloría del año 2017, donde se propone la destitución y como ha sido el curso de estas dos personas, que coincide y que se han mencionado por el señor contralor, un oficio también de la Cámara de Diputados, del 19 de enero de 2018, otro oficio del Minsal, en relación con el tema reservado del jefe de auditoría de O'Higgins y también todos los antecedentes, como el informe de auditoría de diciembre. Todo con el propósito de que esto pueda contribuir con el conocimiento de las materias que hemos tenido que recabar.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Esto es información pública.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- ¿Todo? Lo consulto porque se va a subir al sistema.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Sí, es toda información que nosotros recogimos...

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- ¿Mencionó algo reservado?

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Sí, pero...

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- ¿Lo podemos subir al sistema de la web?

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Sí, lo único que hay que cuidar es si hay identificación de pacientes, que son los RUT. Eso lo tendrían que editar para efectos de que no fuera información por ley de derechos y deberes.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Perdón, no le capté bien.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Lo que pasa es que hay registros de pacientes, entonces la reserva dice relación con su RUT. Entonces, lo que podrían hacer es sacar ese registro para que puedan todos compartir la información.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Entonces, todo lo que aluda a nombres de pacientes o RUT de pacientes habría que tarjarlo. Lo señalo, porque me interesa que todos conociéramos la información.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Sí, pero no lo vamos a hacer ahora.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- No, no, solo estoy indicando el procedimiento.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señor Presidente, la doctora Burgos va a exponer una síntesis de toda la información recabada.

Por mi parte, solo quiero destacar el énfasis que hemos puesto al inicio de nuestra administración, el cual se orienta precisamente en la tarea que nos convoca, que es a partir de lo que señalé en la sesión anterior, es el informe que tomamos de Contraloría, el primer informe, nos pareció de la máxima gravedad y relevancia y es por ello que nos pareció que en el documento definitivo que nos trazaba en la ruta de trabajo que hemos realizado y por la cual nosotros estamos disponibles. Posteriormente, si usted tiene a bien llevarlo a la Comisión de Salud para poder exponer todo lo que hemos avanzado en esta materia, porque a nosotros lo que nos corresponde ahora es ver, con una mirada futura, cómo damos fiel resguardo a estas situaciones que la Contraloría prácticamente nos orienta que son de orden sistémico.

Es decir, acá, más allá de la obvia responsabilidad que las instancias correspondientes puedan identificar, para nosotros como autoridad administrativa, lo que nos corresponde es que los pacientes se vean resguardados de aquí en adelante, pues existen otras instancias



para establecer las responsabilidades y aportar en lo que a esta comisión se refiere los antecedentes para que ustedes puedan realizar el trabajo de Contraloría, de revisión y de responsables.

Señor Presidente, quiero insistir en ese punto, porque es desde allí donde creo que podemos trabajar mancomunadamente con el objeto de que estas situaciones, como bien se insinúan, no se vuelvan a producir o que sí tengan una condición de control de que no vaya más allá de casos excepcionales y no como de orden sistémico que uno naturalmente puede inferir a partir de los antecedentes tan robustos que nos ha entregado el contralor.

Dicho lo anterior, señor Presidente, por su intermedio, quisiera pedir su autorización para que la doctora Gloria Burgos pudiera sintetizar todos los antecedentes que pudimos recabar. El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra la doctora Gloria Burgos.

La señora **BURGOS** (doña Gloria).- Señor Presidente, de acuerdo con lo solicitado en la citación, se nos pidió aclarar los antecedentes de eliminación de pacientes del Registro Nacional de Listas de Espera entre 2011 y 2013 sin recibir atención médica, los antecedentes de irregularidades en los pagos de honorarios a médicos, comprobantes de egreso respectivo y atenciones otorgadas por médicos generales sin la respectiva especialidad y antecedentes sobre los 16 pacientes del hospital Regional de Rancagua fallecidos mientras se encontraban en listas de espera.

Sobre el primer requerimiento, en febrero de 2018, la jefa del departamento de estudio de innovación e información de la gestión de la división, Digera (División de gestión de redes asistenciales), emitió una minuta que estaba en la carpeta que hemos entregado, en la cual hay un análisis de las atenciones del consultorio de Maruri entre los años referidos, concluyendo que 98.129 casos pesquisados en dicho periodo, 15.000 egresaron por causales administrativas y se otorgaron 82.327 atenciones. De esas, se verificó que correspondían a 34.127 pacientes únicos, dado que muchos de ellos habían recibido varias atenciones por distintas patologías y procedimientos concordantes con lo que acaba de informar el señor contralor.

Con respecto a los antecedentes de eliminación de pacientes del Registro Nacional de las Listas de Espera sin recibir atención médica se realizó un seguimiento del historial de los pacientes restantes, descontando los 991 que fallecieron entre marzo de 2014 y febrero de 2018, quedando 33.136 pacientes.

Luego, se verificó que 17.594 registraban un nuevo proceso de atención de interconsulta de especialidad entre los años 2014 y 2017. Asimismo, otros 7.864, si bien no contaban con registros de nuevas interconsultas, sí tenían atenciones en la red de atención.

Finalmente, respecto a los 7.678 pacientes, de los cuales no existe registro de atenciones, se definió generar contacto con cada uno de ellos, lo cual se encuentra en desarrollo. Por lo tanto, está pendiente el informe final de la situación de cada uno de ellos.

Respecto de la segunda solicitud, sobre los antecedentes de irregularidades en pagos de honorarios a médicos, comprobantes de egreso respectivos y atenciones otorgadas por médicos generales sin la respectiva especialidad, en el seguimiento del 23 de enero de 2015 se hace presente que la Contraloría General de la República instruyó un sumario al respecto y tomó el que había iniciado el ministerio, por resolución exenta N° 4.891 (b) -también está en la carpeta entregada el 4 de diciembre de 2017-, por el cual propone la destitución de los funcionarios, como ya lo informó el contralor, a dos de los cuatro responsables. Insisto, la medida identificó a cuatro responsables de la situación, de los cuales a dos se les sancionaba sugiriendo la destitución y los otros dos fueron sobreseídos.

En diciembre, la Contraloría solicitó la actualización de esa situación y las autoridades locales se preocuparon de pedir los antecedentes para ejecutar esa indicación, lo cual tiene algunos procedimientos administrativos en curso. Por lo tanto, eso está en esa situación de avance.

En respuesta a los oficios de la comisión investigadora de la Cámara de Diputados, en los documentos que están citados como C1 y C2, de 19 de enero de este año, el Minsal, por oficio de 2 de marzo de 2018, remitió la información relacionada con la nómina de los



pacientes atendidos en la Clínica Maruri, así como los fallecidos dentro del universo de los egresados en lista de espera, tanto por atención como por razones administrativas, entre todas estas materias revisadas, en general.

En relación con el hallazgo en el Hospital Regional de Rancagua de 16 pacientes fallecidos mientras se encontraban en lista de espera, señalado en Oficio Reservado del jefe del Departamento de Auditoría del Servicio de Salud O'Higgins N° 8 (d1), de 20 de enero de 2017, se verificó que por Informe de Auditoría N° 78 (d2), de 5 de diciembre de 2017, del mismo jefe de departamento, se concluye que los pacientes citados, fallecieron por la evolución natural de su enfermedad. Actualmente, las fichas clínicas se encuentran en poder de la Fiscalía Regional, razón por la cual no ha sido posible hacer revisión de esa condición ni confirmar dicha conclusión.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Señor ministro, después de revisar el texto que nos entregó, no hay ningún nombre de paciente, solo hay nombres de médicos. En el caso de la alusión a pacientes dice lo siguiente: "caso número tanto", no hay RUT ni nombre. Por lo tanto, entendemos que este documento es de carácter público y todo lo que está acá también.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Así es.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, quiero aclarar que esto es de carácter público y que lo vamos a publicar.

Ahora bien, si creen que hay algo que no debiera publicarse nos lo tienen que hacer saber; si ven que en alguna de esas 100 páginas hay un nombre que no debiera publicarse, nos lo tienen que hacer ver.

Por consiguiente, todo será publicado.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señor Presidente, prefiero que me dé el documento para revisar la información en forma más detallada.

¿Es posible?

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Sí, señor ministro.

Tiene la palabra el diputado Patricio Rosas.

El señor **ROSAS**.- Señor Presidente, después de escuchar ambas presentaciones, tal como señaló el diputado Macaya, mi duda apunta más que a lo que vimos que se encontró es a qué se va a hacer con los pacientes que quedaron en ese limbo. Si vemos el informe, podemos apreciar que hay un 15 por ciento de esa muestra que fue exceptuado por inasistencia y que no recibieron las prestaciones. ¿Qué pasó con ellos? Lo pregunto porque son personas enfermas y, probablemente, algunos aún estén esperando y no saben que están eliminados de la lista.

¿Cuál va a ser la conducta con aquellos pacientes que fueron eliminados -se detectó la falta de constancia en la ficha clínica por motivo de excepción de garantía- y que constituían un 20 por ciento de la muestra? Es una práctica bastante extendida, lo que probablemente afecta no solo a este hospital sino a varios. Si uno saca la cuenta, un 10 o un 15 por ciento de esa lista de espera, no GES y GES a nivel nacional, es posible que aún no sepan que están fuera.

Al respecto, ¿se va a hacer un seguimiento de esos pacientes para ver si fueron atendidos? ¿Qué pasó con ellos? ¿Se van a reingresar a la lista? Lo pregunto porque ellos no tienen ninguna responsabilidad de la parte administrativa que los dejó fuera.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Por mi parte, quiero consultar respecto de la auditoría, que se encuentra en el documento que entrega el ministro, en enero de 2017, y que el diputado Macaya posteriormente entregó a la fiscalía y que motivó la investigación que se sigue hasta hoy.

Quiero entrar en una colisión de versiones sobre el tema porque la anterior autoridad de salud, en la versión primera de esta comisión investigadora en el mes de enero, desmintió ese informe, lo descalificó -se encuentra en esa comisión- y de manera muy radical y enfática rechazó la auditoría en enero de 2017. Entiendo que ese informe fue validado por la nueva autoridad, a la que se le hizo entrega de él, respecto de la magnitud de los errores u horrores -no sé cómo calificarlos- ocurridos en Rancagua.



En el caso de las listas no GES, ¿en qué momento ustedes detectan que se sincera en plataforma la incorporación de todos los casos que efectivamente correspondía que estuvieran subidos a plataforma del repositorio nacional de listas de espera? Lo consulto, porque ahí es donde tenemos una gran nebulosa. Aparece la punta del iceberg en Rancagua, pero entendemos que hay un fenómeno sistémico.

En otras palabras, desde la perspectiva de ustedes, ya en el día 86 del gobierno, ¿cuál es la mirada respecto de lo que se hizo o no en el sinceramiento, la entrega, la subida a las plataformas, de las listas de espera del repositorio nacional de listas de espera?

¿Se ajustó? ¿No se ajustó? ¿Qué sucedió? Quiero entender los volúmenes, porque es muy distinto mirar en una plataforma donde aparecen cien a que aparezcan 10.000.

La carga de datos es un fenómeno que puede ser muy rápido, pero corresponde a un largo historial de gente que no estaba. Por ejemplo, en Rancagua se encontraron miles de interconsultas en lugares del hospital donde no correspondía que estuvieran y que no estaban subidas a la plataforma.

Quiero entender la gravedad de ese hecho a partir de la discordancia respecto de que el Ministerio de Salud ha validado la auditoría 2017, pero no la Contraloría. Me gustaría una opinión al respecto.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señor Presidente, en relación con la primera pregunta, estamos haciendo un esfuerzo máximo para ubicar el diferencial que expuso la doctora Burgos, en el entendido de que posiblemente no vamos a tener éxito al ciento por ciento, pero es una responsabilidad y un deber moral hacer el esfuerzo hasta que hayamos agotado todas las capacidades para encontrar a esas personas.

Por otro lado, hemos definido una estrategia general en orden a las listas de espera No GES, particularmente las quirúrgicas, porque son las que más golpean. Estamos en un plan para tratar de resolverlas y ahí puede haber casos que puedan haber tenido algún nivel de resiliencia y hayan ingresado nuevamente. Creemos que son los dos caminos por los cuales, a lo menos, como autoridad, vamos a quedarnos tranquilos cuando hayamos agotado ese trabajo. Cómo va a ser el resultado todavía está en desarrollo, pero tengan la certeza de que lo hemos recogido con la debida seriedad y responsabilidad.

En cuanto a la pregunta del señor Presidente, no se trata de generar calificativos minimalistas ni alarmantes en una situación en sí misma grave. Podría haber sido diez enfermos, por lo que la situación es igualmente grave; sin embargo, claramente, cuando se habla de miles ese hecho nos debe convocar a resolverlo y, como dije, que cada uno cumpla su rol. Estamos en esa tarea.

En el entendido que hay instancias con otras competencias muy superiores a las nuestras, como la Contraloría, las comisiones investigadoras de la Cámara de Diputados y la justicia ordinaria, son estas las que deben hacer su tarea en términos de responsabilidades. Por nuestra parte, hemos puesto el foco en reformular el sistema.

A riesgo de ser reiterativo, por la magnitud de lo que estamos hablando, a partir de las primeras definiciones del señor contralor, surge un tema de definición ambiguo que se presta para cualquier tipo de arbitrariedades. Por ejemplo, el hecho de que una persona no concurra al llamado, en circunstancias de que la llamaron solo una vez por teléfono. O sea, se da ese tipo de absurdos.

Pensamos que hay que reformular todo el sistema, por lo que me hacen sentido las conclusiones del señor contralor, dado que hay un tema que viene de más atrás.

Al respecto, hace un tiempo le dije a la subsecretaria que una de las tareas que debemos tratar con urgencia, que va más allá de la lista de espera, son los PMG. Debemos avanzar a que los incentivos estén puestos en los enfermos y no en quienes hacen el acto de salud.

Llama mucho la atención que al revisar los resultados de los distintos responsables de los dispositivos sanitarios todos tienen nota 7, no discriminan en nada y, por otro lado, vemos los resultados que muestra el contralor.

Ahora si el incentivo está mal puesto en forma indiferente, no da resultados, sino que, además, induce a conductas como las que aquí se están viendo. Creemos que eso es de la máxima gravedad y, por lo tanto, estamos avanzando, por un lado, en redefinir los criterios,



es decir, cómo se exceptúa, y, por otro, en incorporar tecnologías para que el sistema sea inalterable. En esto, tenemos avances sustantivos y ya los estamos utilizando.

El tercer elemento que va a tomar más tiempo, por su complejidad tecnológica, es que definitivamente queremos transferir el cuidado y control de la lista de espera a los pacientes. Es decir, que cada paciente tenga conocimiento de qué lugar tiene en la lista de espera, cuáles son las causales por las que está en lista de espera, cómo está en posición relativa en relación con otros y cómo se comporta la lista de espera en cada servicio y hospital. Creo que el mejor control ciudadano que podemos tener es el propio ciudadano, porque podríamos hacer esfuerzos en hacer un nuevo diseño, una nueva taxonomía de lo que vamos a llamar lista de espera, etcétera. Pero no me cabe duda de que a poco andar el comportamiento nos va a mostrar que se pudo torcer nuevamente la ley y el reglamento. Creemos que el camino es que cada uno controle su proceso.

Creo que para el señor contralor es muy frustrante ver que su enorme trabajo investigativo y aclaratorio quede finalmente en un documento y que nos podamos distraer en discusiones que no resuelven el problema de los enfermos.

Afortunadamente, para lo que nos corresponde en el ministerio, creemos que en septiembre –aunque no me quiero comprometer con una fecha- podremos tener la posibilidad de que las personas vean en línea su condición en la lista de espera y sean ellas quienes la controlen. Esa es una tarea de máxima importancia, de máxima urgencia y un imperativo ético que como sociedad no nos podemos permitir.

Por eso, estamos muy satisfechos de acudir a esta instancia y al escuchar al contralor nos da la certeza de que estamos en el camino correcto, ya que eso es lo que tenemos que resolver, de una vez por todas.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Juna Antonio Coloma.

El señor **COLOMA**.- Señor Presidente, si se implementa el sistema que ha planteado el señor ministro va a significar un cambio bien potente respecto de la lista de espera.

En la actualidad, para todos la lista de espera es una nebulosa imposible de entender, pues a unos los llaman muy luego, a otros muy tarde y a algunos nunca. Entonces, es fundamental un control ciudadano.

En cuanto a la aplicación del uso de las tecnologías, me llamó mucho la atención lo que señaló el señor contralor, en el sentido de que el proceso todavía se escribe a mano. Mientras se opere de esa manera es imposible controlar; esto es físico, desde la letra inentendible de los médicos, hasta la disponibilidad de tiempo.

Me gustaría saber si dentro de los objetivos del ministerio está pasar de fichas clínicas a digitales, porque con esa tecnología la capacidad de fiscalizar será mucho más rápida. Es imposible aplicar tecnología a la ficha escrita a mano.

Es fundamental aclarar en qué parte está cada persona en la lista de espera y espero que en septiembre eso se pueda cumplir, lo que será un cambio radical.

Además, todos hemos visto fichas clínicas y cuesta entenderlas, porque son tres “garabatos” que nadie entiende, por lo que con la implementación de fichas clínicas digitales va a acercar y a dignificar a la gente su atención médica.

Muchas gracias.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Patricio Rosas.

El señor **ROSAS**.- Señor Presidente, he trabajado muchos años en administrar redes y una de las cosas que menciona el señor ministro es vital, en el sentido de poner el acento en la producción, que los PMG estén atados a la producción, a todos los que salen de la lista de espera, porque eso es lo que piden las personas a los médicos y a las autoridades; la medición del proceso de atención, porque lista de espera es un concepto más bien periodístico. Las personas entran en un proceso de atención y algunas tienen que esperar un día, cinco días, otros un año, y eso se mueve todos los días.

Entonces, la foto de hoy no va a ser la misma de mañana ni la de un mes más o la de un año más. Tampoco se tiene una lista que uno entrega y dice, esta es la lista, porque mañana va



a ser distinta. Pero si uno pone el foco en el egreso, como decía el contralor, en cuánto es la producción diaria, mensual o anual es distinto, sobre todo si puede hacer un ítem o un subítem respecto de si la producción es más antigua. Pero si la zanahoria está en la producción es distinto.

Además, en la producción real, en el contacto con el paciente o en la prestación realizada es más fácil hacer un seguimiento para la Contraloría.

Son dos cosas que permitirían modernizar la gestión del proceso de atención, que es lo que quieren los pacientes.

Respecto de lo que manifestó el diputado Coloma, es hora de descomplicar el Auge.

La ley Auge no se ha revisado por muchos años y está plagada de documentos en papel. Estamos de acuerdo en que toda esta cantidad de papelería que está en la ley, como el informe de proceso de diagnóstico (IPD), se debe cumplir, pero estamos en una época que podría hacerse en forma digital.

Entonces, dar el paso de descomplicar el Auge, tema que se ha venido hablando desde hace muchos años, porque los procedimientos teóricamente fueron bien plasmados en una ley, pero hoy el proceso de sacar a los pacientes atendidos se hace muy complejo.

Además, ha generado un ejército de personal administrativo. Cuando uno ve las contrataciones se pregunta por qué hay tanto personal administrativo en los hospitales. Está lleno de digitadores, de funcionarios que tienen que ver con el Auge y el Sigges. El usuario no entiende esto y quiere que se contraten más médicos. Pero no lo ata con la ley Auge que también ha generado estos problemas.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Señor ministro, quiero preguntarle respecto de los dos casos que estamos analizando, la clínica Maruri y el hospital de Rancagua, donde existe un patrón común que es la presencia de sociedades médicas prestadoras de servicios en las cuales son incumbentes médicos que tienen horarios funcionarios parciales, en ambos casos.

El contralor nos ha dicho en reiteradas oportunidades que aquí tenemos un verdadero pecado estructural del sistema, porque en ninguna otra parte del Estado un médico se saca su carácter de funcionario público a las cinco de la tarde y le vende prestaciones al Sistema Nacional de Servicios de Salud bajo una modalidad pactada a honorarios. Eso no existe en el Estado de Chile.

Señor ministro, cuando vino la primera vez, asumido el gobierno, fue muy elocuente y drástico respecto de la mirada que tenía sobre la operación de las sociedades médicas en el aparato público.

Por tanto, quiero preguntarle cuál es la mirada que tiene de las iniciativas que piensa implementar, desde el punto de vista del Ejecutivo, respecto del funcionamiento y el *modus operandi* de estas sociedades médicas.

Como usted dijo en la sesión anterior, aproximadamente el 30 por ciento del endeudamiento hospitalario tiene que ver con el pago a estas sociedades médicas privadas que operan dentro del Estado y que tienen funcionarios del Estado.

En otras palabras, cómo lo hacemos para terminar con esta lacra que tanto daño ha hecho.

Esto no quiere decir que tengo una mirada estatista o sesgada respecto al rol del Estado y al rol del privado, pero aquí tenemos una condición híbrida desregulada que coloca de rodillas a los directivos hospitalarios frente a grupos de poder y de presión que imponen precios en las atenciones, absolutamente sobre los normales, para absorber las listas de espera Auge.

Ese es un razonamiento que hemos construido en la comisión con bastante transversalidad y esperamos tener un cauce de solución.

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

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señor presidente, tenemos que transitar hacia un fortalecimiento de la atención pública para generar un sistema de trabajo que sea adecuado y atractivo para los médicos, sobre la base de poder dar condiciones de trabajo que efectivamente lo haga competitivo, pero a su vez con reglas claras en función de que su trabajo, debidamente remunerado, dé cuenta de los resultados de sanitarios debidamente validados. Eso es como principio rector.



Asimismo, se debe entender también, a modo de ordenar este análisis, que los hospitales son lo más parecido a la industria aeronáutica, y se hace mucho símil de ello, por ser una industria intensiva en capital y en mano de obra altamente calificada. Hago esta disquisición porque es una capacidad que cuando no se utiliza, es de alto costo alternativo. Esta es una realidad estructural, de industria.

Por consiguiente, dicho lo primero, se tienen que establecer reglas claras para que cumplan con sus trabajos, con sus debidas métricas, y tengan su remuneración como personas individuales.

De igual forma, este segundo elemento nos lleva a preguntarnos qué hago con este hospital después de la hora regular. ¿Cómo lo exploto?

Como juicio de realidad, entendiendo que existe un déficit estructural de 10 mil camas hospitalarias y que proyectado nos vamos a demorar varios años en resolverla, entonces generar contratos con los médicos, nuevamente, para que puedan hacer uso de esas instalaciones en horarios más allá de sus horarios funcionarios, a fin de que puedan cumplir tres objetivos. Primero, utilizar la capacidad ociosa. Segundo, cumplir con el objetivo social de esa institución, que esta para cuidar a los pacientes y resolver sus temas. Tercero, para disminuir las brechas.

Bajo esa mirada esto es nada más que un tema de gestión. Por eso comencé con los principios rectores.

Ahora, ¿cómo se avanza en ese modelo?

Primero, teniendo las reglas claras. Para resolver las listas de espera hemos hecho una definición que consiste en que los médicos que atienden en horario extra se les paga Fonasa nivel 1, por dos y medio o fracción, pero hay un horario fijo que lo determina y lo transa Fonasa directamente, y no hay transacciones directas entre las sociedades y los servicios, etcétera. Eso como un paréntesis para ir avanzando, para ser consecuentes e ir marcando la línea.

Otro elemento que se debe incorporar, para instalar esta línea, es cambiar el eje en donde Fonasa se convierta efectivamente en un asegurador, porque hoy los fondos se manejan desde los servicios de salud a partir de la Subsecretaría, los indicadores de PMG se definen ahí. O sea, el mismo que da los indicadores es el que pone los incentivos y es el que maneja la plata.

Finalmente, en la realidad tenemos un ciudadano que recibe por parte del Estado 24 mil pesos, a través de impuestos generales para que gaste en salud, y 12 mil pesos que pone de su 7 por ciento. Ese ciudadano, al cual concurrimos todos a colaborar en forma solidaria con 36 mil pesos, se queda en una lista de espera porque quien debe atenderlo no cumple con su función adecuadamente, y quien debe entregarle el seguro no tiene las herramientas para resguardar sus intereses.

Entonces, si trasladamos este eje para que Fonasa actúe como un agente que cuida los recursos de ese paciente habrá una relación mucho más equitativa con el prestador y no va a estar "amarrado".

De acuerdo a ese marco, tenemos situaciones particulares como la que ocurren en regiones. Lo hemos constatado. Se dan situaciones en donde casi todos los servicios de un hospital se hacen a través de sociedades. ¡Casi todos!

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- ¿En regiones?

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- En regiones.

Entonces, ¿cómo vamos a resolver esa situación? Generando condiciones de competitividad y con herramientas para los directores.

Hay otro principio rector que dice los hospitales son de los ciudadanos, y los equipos de salud deben acudir a prestar atención; por lo tanto, convergemos con los ciudadanos en el hospital, que es el recinto en donde se les va a prestar la atención, pero los hospitales no son de quienes prestan la atención. Y eso pareciera no estar muy claro.

Por consiguiente, el director del hospital podrá pactar adecuadamente, en ese horario adicional, para ocupar capacidad ociosa de sábado, de domingo, de vespertino, etcétera, con su equipo, con toda lógica. Pero si no tienen la voluntad, porque están en una curva de



confort distinta o tienen otros intereses, es legítimo; sin embargo, también es legítimo que el director busque a otros grupos, que vengan de otro hospital, para operar en este sistema. Es lo que se llama crear quasi mercado. Y creo que debemos avanzar de manera muy clara en esa línea, porque así vamos a cumplir, primero, con el objetivo de usar los recursos públicos para los pacientes, utilizar las capacidades ociosas y disminuir las brechas. Ese es el camino por el que debemos avanzar en esta etapa de coyuntura. Después podremos perfeccionarlo. Si mejoramos los niveles, podremos pensar en mejorar también los ingresos de los médicos, que es lo que quisiéramos todos.

No obstante, hoy debemos determinar cómo salimos de esta situación, en términos prácticos, porque no podemos seguir teorizándola. Nosotros vemos que el camino va en esa línea, señor Presidente.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el diputado Carlos Abel Jarpa.

El señor **JARPA**.- Señor Presidente, los principios rectores que mencionó el ministro, me parecen correctísimos, pero otra cosa es en la práctica.

En tal sentido, los actuales valores de las prestaciones es una de las causas del endeudamiento de los hospitales.

Asimismo, comparto totalmente lo que dijo el señor ministro sobre lo que ocurre en regiones. ¿Considera que con las remuneraciones que hoy reciben los especialistas, lograremos solucionar la situación mediante los principios tan interesantes que ha señalado y que comparto?

Como bien señaló, la solución de las listas de espera se hace a través de las sociedades médicas, con médicos que habitualmente trabajan en los hospitales y que vienen de otra parte a intervenir a esos pacientes. ¿Quién los controla?

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el diputado Andrés Celis.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Señor ministro, por su intermedio Presidente, he observado los distintos informes de la Contraloría General de la República y de las contralorías de regiones relacionados con la salud, de manera genérica, no solo vinculados con las listas de espera, y uno queda espantado con las auditorías.

Me llamó mucho la atención un dato que dio en cuanto al Contralor, pero quiero hacer la consulta al ministro.

El 95 por ciento de las personas respecto de las que se sugería una sanción, finalmente salía absuelta o bien se le aplicaba una sanción menor, y al 5 por ciento se sancionaba de acuerdo a lo indicado por el órgano contralor.

En el caso del Hospital de Rancagua, de la Región de O'Higgins, los responsables que detectó la Contraloría, ¿Fueron sancionados? Y si lo fueron ¿Qué sanción se les aplicó? No he encontrado información al respecto.

A nivel de Ministerio ¿Qué se piensa hacer con todas las irregularidades que se detecten en listas de espera entre el 2014 y el 2018?

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra, señor ministro.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señor Presidente, pido que le dé la palabra a la señora subsecretaria de Redes Asistenciales.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra la señora Gloria Burgos.

La señora **BURGOS**, doña Gloria (subsecretaria de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, respecto de la pregunta sobre qué estamos haciendo con lo ocurrido en el Hospital de Rancagua, es una situación que está en manos de la Fiscalía, que al iniciar el sumario incautó todas las fichas. Por lo tanto, estamos a la espera de esa resolución para intervenir.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el diputado Andrés Celis.

El señor **CELIS** (don Andrés).- Quiero saber si en el informe final la Contraloría propuso sanciones.



El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra la señora Gloria Burgos.

La señora **BURGOS**, doña Gloria (subsecretaria de Redes Asistenciales).- En el caso de Rancagua, la Fiscalía no ha cerrado su investigación. Por tanto, no ha emitido el informe final y las fichas no han sido devueltas al hospital.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente en ejercicio).- Señor contralor, tiene la palabra para responder la misma pregunta.

El señor **BERMÚDEZ**.- Señor Presidente, son tres responsabilidades distintas: hay una responsabilidad patrimonial, a la que se ha hecho alusión: los juicios de cuenta; hay una responsabilidad penal, que ve la Fiscalía e investiga en este momento el fiscal regional, señor Arias, y hay una responsabilidad administrativa, que está recién en curso.

Por su parte, desde este año la Contraloría tomó todos los sumarios que lleva adelante el Servicio de Salud de O'Higgins. En seguida, el sumario está en curso y aún no hay sanciones propuestas.

La auditoría no determina responsabilidades, sino irregularidades de tipo contable, regulatorio, de eficiencia, etcétera, y a partir de ello se da lugar al sumario.

Quiero hacer presente la postura de la Contraloría respecto de la función pública en general y que aplica también a la función pública médica.

Uno de los grandes problemas que tiene nuestro país, desde el punto de vista de la vigencia de la integridad o de la probidad, es la falta de exclusividad en la función pública. Es decir, el caldo de cultivo para los conflictos de intereses, el tráfico de influencias, el amiguismo, el nepotismo y varios "ismos" más, dice relación con la falta de exclusividad de la función pública.

A mí también me gustaría atender como abogado después de las 6 de la tarde en la propia Contraloría y recuperar en parte los honorarios que no recibo hoy, porque tengo dedicación exclusiva.

Si la función pública fuera exclusiva, nos ayudaría a mantener vigente el principio de probidad. Y eso vale para el Congreso Nacional y para cualquiera que reciba plata pública.

En ese sentido, como Contraloría no estamos de acuerdo con que uno pueda contratar con sus propios funcionarios. Eso vale no solo para el Ministerio de Salud, sino también para el Consejo de Defensa del Estado, y para cualquiera que reciba un sueldo público.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente en ejercicio).-Tiene la palabra, señor ministro.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señor Presidente, me falta responder la pregunta en relación con las valoraciones de las prestaciones. Nosotros estamos transitando a cambiar las prestaciones a pagos ajustados por riesgo o pago por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), de tal forma que efectivamente se ajuste el arancel al costo real de las prestaciones.

En la administración anterior, colaboré con Fonasa y...

El señor **JARPA**.- Señor Presidente, ¿me permite una interrupción?

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra, diputado.

El señor **JARPA**.- ¿En qué porcentaje estima que la disminución de la valoración de las prestaciones está influyendo en el endeudamiento de los hospitales?

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra, ministro.

El señor **SANTELICES** (ministro de Salud).- Señor Presidente, como señalé, en la administración anterior del Presidente Piñera yo colaboré con Fonasa y me correspondió implementar los GRD, cosa que hice gustoso para avanzar en esta política pública.

Hicimos un estudio para el cálculo de precio sombra con costo real, con el cual se estimó que llevándolo a pago asociado a GRD ajustado a riesgo el presupuesto de los hospitales era de 250.000 millones más. Hicimos muchos esfuerzos para que la Dipres acogiera una propuesta para incrementar gradualmente a 50.000 millones el presupuesto anualmente, lo que no fue acogido. De manera que eso da una aproximación del diferencial, que se puede deber a un déficit estructural por los costeos. Y por eso hay que empezar, o sea, primero cambiar el método para que sea ajustado al riesgo –y ahí está el método de GRD- y,



dependiendo de las capacidades y las arcas fiscales, ir incrementándolo gradualmente hasta llegar a una situación de equilibrio.

Ahora bien, aprovechando el espacio de reflexión, quiero hacer un contrapunto al señor contralor. En ese sentido, acojo y comparto la comparación de usar el sistema que él hace. Pero, la pregunta y la reflexión que hago es si tengo la capacidad de mantener al equipo de salud en su horario para que haga su trabajo y reciba su remuneración y yo tenga adecuadamente el control en términos de que efectivamente llevo el registro de que un cirujano, por ejemplo, atienda a ocho pacientes de cirugía a la semana o, en definitiva, los controles reales de sus indicadores de resultados y, además, tengo una necesidad país que estructuralmente no puedo resolver, pero tengo las instalaciones, ¿no tengo un bien superior que me lleve a que yo pueda usar esas instalaciones si las puedo controlar adecuadamente? Esa es la reflexión que me lleva a hacer la comparación diferente, porque no son similares en términos de cualificar que esto sea más importante que lo otro, sino que el acto que hoy, en este momento de 2018, debo intervenir se asocia a una población que tiene una demanda que no puedo resolver, pero sí haciendo las modificaciones con los recursos que tengo disponible. Entonces, me surge la interrogante de qué principio está por sobre el otro, porque acojo plenamente el principio de probidad. Entonces, por un lado soy capaz de dar cuenta de esa probidad y obviamente estar conteste con la autoridad regulatoria para que me audite todas las veces que sea necesario y, por otro, puedo usar estos otros mecanismos que me dan respuesta a esta necesidad superior. Es una reflexión que traigo a colación, porque me parece pertinente compartirla con ustedes.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra el contralor general.

El señor **BERMÚDEZ**.- Señor Presidente, los hechos demuestran que eso es incontrolable. Eso no ha sido así. Y qué hace pensar que va a ser así en el futuro. Eso es casi imposible, porque no será así. Creo que los problemas de integridad o de probidad que tenemos son, en buena parte, por la falta de exclusividad de la función pública en todos los sectores. O sea, la idea arraigada de que después de cierto horario puedo hacer lo que quiera, incluso compitiendo con mi propio servicio, en realidad es un falso entendimiento. Cualquiera empresa privada, o cualquier estudio jurídico privado o cualquiera clínica privada exige y pone una cláusula de exclusividad a sus trabajadores. Por qué el Estado no puede hacer lo mismo, si es el segundo mejor empleador en la economía de Chile después de la minería.

El señor **JARPA**.- Habría que pagarles bastante más a los especialistas.

Un señor **DIPUTADO**.- Aún así va a salir más barato.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado Macaya.

El señor **MACAYA**.- Señor Presidente, no solo no hace eso, sino que también incentiva a que se contrate a los mismos trabajadores a través de una indicación que está en la ley de Presupuestos. Es aún peor la situación, porque está validado y se incentiva que esos sean los contratados. Así que es un tema que obviamente el ministro debe considerar.

El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Finalmente, agradecemos al contralor general, al ministro y a la subsecretaria su asistencia a la Comisión.

Quiero dar a los miembros de la Comisión una noticia que no es buena y que debemos resolver. El plazo de esta Comisión expira, según el mandato, el próximo 13 de junio, o sea, en ocho días más. Como nos falta invitar a los fiscales y a los directores de salud, sugiero prorrogar el plazo de investigación de la Comisión en 30 días. Me parece que sería lo razonable, siempre que hubiera acuerdo ojalá unánime al respecto, porque así lo podrían trabajar los comités.

Tiene la palabra el diputado Torres.

El señor **TORRES**.- En esos 30 días podemos tener claro el calendario de invitados que vamos a tener y también la redacción del informe; de lo contrario, terminaremos solicitando prórroga por 30 días más. Entonces, aun cuando daré mi acuerdo de todas maneras, acotaría eso a una propuesta que nos signifique saber qué vamos a hacer en el tiempo de prórroga que nos estamos dando, porque la Sala nos puede poner problemas.



El señor **CASTRO**, don Juan Luis (Presidente accidental).- Conversaremos el punto con la Presidenta titular de la Comisión para que podamos trabajar de esa forma.

¿Habría acuerdo para solicitar prórroga de 30 días?

Acordado.

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

-Se levantó la sesión a las 17.05 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Coordinador Taquígrafos Comisiones.



**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, entendiendo 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.