



## 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 3, celebrada el día martes 12 de junio de 2018, de 15.00 a 17.30 horas.

Se abrió a las 15:06 horas.

### SUMARIO

La Comisión recibió al Director del Servicio de Salud O'Higgins, señor Claudio Castillo y al Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor Ricardo Pinto.

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

### I.- ASISTENCIA.

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

No hubo reemplazos.

### II.- CUENTA

1.- Oficio del Secretario General Accidental de la Cámara de Diputados, mediante el cual informa que la Sala accedió a la solicitud de prórroga del plazo de vigencia de la Comisión, por 30 días. Respuesta Oficio N°: [004-2018](#)

### III.- ACUERDOS

La Comisión especial adoptó los siguientes acuerdos:

1. Volver a invitar a la ex Ministra de Salud, señora Carmen Castillo Toucher.



2. Prorrogar el término de la sesión en 20 minutos.

#### **IV.- ORDEN DEL DIA**

La orden del día tuvo por objeto recibir al Director del Servicio de Salud O'Higgins, señor Claudio Castillo y al Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor Ricardo Pinto.

Ambos expositores intervinieron en la sesión mediante presentaciones digitales a las que se puede tener acceso en el siguiente link, respectivamente:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=136165&prmTIPO=DOCUMENTOC>  
[OMISION](#)

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=136386&prmTIPO=DOCUMENTOC>  
[OMISION](#)

\*\*\*\*\*

**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/SES003-1741-20180612.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 17:53 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 3ª, celebrada en martes 12 de junio de 2018,  
de 16.10 a 17.54 horas.

**VERSIÓN TAQUIGRÁFICA**

Preside la diputada Karol Cariola.

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

Concurren como invitados el director del Servicio de Salud O'Higgins, señor Claudio Castillo, y el Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor Ricardo Pinto.

**TEXTO DEL DEBATE**

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

Se suspende la sesión.

*-Transcurrido el tiempo de suspensión:*

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Continúa la sesión.

La señora Secretaria dará lectura a la Cuenta.

*-La señora **SKOKNIC** (doña Ana María) da lectura a la Cuenta.*

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Con el objeto de continuar el cometido de esta Comisión, hemos invitado a esta sesión al director del Servicio de Salud O'Higgins, señor Claudio Castillo, y al director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor Ricardo Pinto.

Además, se había invitado a la exministra de Salud, señora Carmen Castillo, pero tal como ha informado la Secretaría, se hicieron todos los esfuerzos para tratar de ubicarla, sin embargo, no se pudo.

Pido a la Secretaría que dé cuenta de esa situación para que no quede ninguna duda de que se hicieron todos los esfuerzos para cumplir con el compromiso de que la exministra estuviera presente.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señora Presidenta, como ha ocurrido en otras oportunidades en que se acuerda invitar a particulares es bastante difícil ubicarlos o ubicar un correo electrónico. En este caso se llamó al Ministerio de Salud, no nos pudieron dar la información que estábamos requiriendo, ni dirección ni correo electrónico. La persona que trabaja ahí es una secretaria al parecer, quien dijo que iba a averiguar, que nos iba a llamar, pero no lo hizo. Se les volvió a llamar, pero no pudimos ubicarla.

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

El señor **DURÁN** (don Jorge).- Señorita Presidenta, es muy difícil que una exministra de Estado no tenga domicilio habido. Pido que se agoten todas las instancias pertinentes.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señorita Presidenta, sin duda que tiene domicilio, pero sucede que no sabemos cómo hacer para averiguarlo.

El señor **DURÁN** (don Jorge).- Señorita Presidenta, ¿podríamos perseverar en la invitación, en tratar de agotar todas las instancias posibles?

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- De todas maneras. De hecho, propongo que si hay algún diputado o diputada que tenga algún tipo de vínculo o contacto con la exministra que ponga a disposición cualquier información posible.



Como Presidenta de la Comisión me comprometo a buscar mecanismos para tratar de ubicar a la exministra directamente para que sea invitada. Ella decidirá si viene o no, pero haremos que la invitación le llegue.

¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

Damos la bienvenida al director del Servicio de Salud O'Higgins, señor Claudio Castillo, y al director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor Ricardo Pinto.

Vamos a dar inicio a la exposición del director del Servicio de Salud O'Higgins, señor Claudio Castillo.

Tiene la palabra el señor Castillo.

El señor **CASTILLO**.- Señorita Presidenta, en primer lugar, haremos una cronología de los hechos acontecidos.

Siempre hemos estado en concordancia con el señor Bermúdez, contralor general. La Contraloría nos envió el preinforme del Servicio de Salud O'Higgins, particularmente del hospital regional. Ahí parte el tema. Nosotros teníamos evidencia y otras auditorías que habíamos llevado a cabo hasta la fecha.

En noviembre de 2016, Contraloría nos envió el preinforme, se hicieron evaluaciones y se respondió dicho preinforme.

En diciembre de 2016 la Contraloría mandó el informe de cierre con una serie de observaciones. Con los antecedentes que teníamos, el director de la época, señor Gonzalo Urbina, decidió llevar a cabo una nueva auditoría, cuya fecha de cierre es el 20 de enero de 2017.

El 2 de enero de 2017 partió nuestro trabajo auditando el hospital regional, con referencia al Repositorio, mal conocido como No GES, y al GES de la dirección del Servicio y del hospital regional.

En la presentación se observa el resto de las auditorías que se realizaron en 2017, y las que están en proceso en 2018. Dos terminaron el año pasado, Rengo y San Vicente. En lo que es GES y en lo que es Repositorio hemos cumplido gran parte. Hoy estamos en el seguimiento de algunas y en proceso en otras. Hemos seguido auditando el GES y No GES permanentemente.

Con el objeto de circunscribir el informe N° 979, de Contraloría, quiero señalar algunos aspectos que gatillaron la auditoría.

Observaciones. Falta de datos del profesional tratante; criterios de priorización de la lista de espera No GES, no sancionados formalmente; falta de seguimiento de las observaciones efectuadas por el departamento de Auditoría Interna del hospital regional, ya que es autogestionado, y falta de formalización de funciones en el manejo de las listas de espera.

Señorita Presidenta, dejaré a disposición de la comisión las carpetas con información de mi presentación. El primer informe es GES, el Repositorio, y todo el resto es información del NO GES. Le haré llegar el archivador completo que contiene documentos de trabajo, antecedentes y respaldo.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- ¿Contiene alguna información reservada?

El señor **CASTILLO**.- No.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Le agradecemos la entrega de antecedentes, porque esta es una nueva comisión investigadora, continuadora de la anterior, pero integrada por nuevos diputados.

Tiene la palabra director.

El señor **CASTILLO**.- Continuando con mi exposición, la Contraloría se enfocó en una muestra relativamente reducida de alrededor 120 fichas y generó sus observaciones. Nosotros revisamos cerca de 845 fichas. Siempre hablo sobre la complejidad que significó hacer la auditoría en estos términos, porque fue una revisión manual de fichas.

Sé que el ministro está por informatizar aún más el proceso a través de formato DVI o Big Data, a fin de contar con mayor cantidad de manejo de información, pero en ese minuto, por las necesidades propias del servicio, el trabajo era dificultoso. Trasladamos toda la unidad.



Quiero precisar que el GES no tiene listas de espera. En el sistema GES las prestaciones están vencidas, cumplidas o en alguna instancia, pero no hay listas de espera porque la ley fija plazos. En cambio, en el Repositorio sí hay listas de espera. El promedio es de alrededor de 540 días. En esos casos hay lista de espera, que hoy se denomina tiempos de espera. Pero como dije, para el GES no existen listas de espera.

En la presentación están las observaciones de la Contraloría. Me voy a detener en las que consideramos más importantes, como las garantías mal exceptuadas, ya que fue una de las preocupaciones más grandes que tuvimos.

El contralor planteó en esta comisión que el GES, en términos generales, no se puede exceptuar si no hay un fundamento lógico para hacerlo. Ahora, en este caso exceptuar no significa eliminar, sino postergar. Por alguna razón, al estar mal exceptuada eventualmente se estaba encubriendo un proceso incorrecto. Más adelante voy a explicar que se daba la condición de que algunas fueron exceptuadas el último día, antes de que vencieran, a las 23.50 horas, 23.51 horas, 23.59 horas. En ese caso fueron declaradas exceptuadas. Por lo tanto, al día siguiente no eran declaradas vencidas y el proceso se mantenía.

En cuanto a pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada, algunos teníamos la sospecha, la Contraloría así lo estableció. Las garantías, aun cuando estaban exceptuadas, no había forma de indagar si se habían realizado prestaciones posteriores. Nosotros tomamos una muestra pequeña y encontramos que en algunos casos hubo prestaciones posteriores, como un caso oncológico que luego voy a señalar con precisión.

Sobre la ausencia de Informe de Proceso Diagnóstico, IPD, el documento que cierra el proceso de la ficha clínica, de alguna forma es el proceso en el cual el médico tratante da el alta definitiva al paciente, y debería estar incorporado a la ficha clínica.

Quiero hacer un alcance. La Contraloría se refirió a un tema más normativo dentro de la auditoría. Así como nosotros nos apoyamos con algunos clínicos, la Contraloría realiza su auditoría en función de lo que establece la ley.

Se observa falta de elaboración del formulario de constancia e información al paciente GES. Fue una de nuestras preocupaciones. Como lo señala la norma, una patología GES debe ser notificada, lo que genera las prestaciones y la secuencia de hechos posteriores. En algunos casos se constató que ese formulario no fue otorgado.

Además, hubo falta de confección de los formularios de excepción de garantía, que es donde el médico fundamenta las razones de la excepción. Me estoy refiriendo a la revisión de la ficha clínica, y por eso es tan descriptiva.

El punto más complicado para nosotros fue la ausencia de formularios de cierre de casos, porque no teníamos claridad de si esos casos habían sido cerrados adecuadamente o no.

También hubo discrepancias entre la información contenida en el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud, SIGGES -hoy se llama SIGTE- y la consignada en la ficha clínica. O sea, ambas eran incongruentes.

Por último, que era lo que nos preocupaba, y por lo cual se inició la auditoría, eran las garantías exceptuadas por inasistencia, fuera del tiempo, en la cual la garantía estaba vigente.

El siguiente parámetro de observaciones que entregó la Contraloría, dentro del no GES, aquí se hace una separación...

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Perdón. ¿Eso quiere decir, director, que había patologías GES que estaban siendo tratadas como no GES, a propósito de que se daban de baja fuera del tiempo de la garantía?

El señor **CASTILLO**.- ¿Usted se refiere al último punto?

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Sí, al último punto.

El señor **CASTILLO**.- Es que para exceptuar una garantía existen dieciséis salidas técnicas, por ejemplo, cuando el médico cambia de prestador, rechaza la prestación, no asiste, etcétera.

En este caso, cuando usted exceptúa por inasistencia, quiere decir que el paciente faltó dos o tres veces. Inclusive, las declaramos fuera de plazo. Lo que ocurre es que el procedimiento establece que no basta el hecho de que los llamen por teléfono.



La segunda instancia que ocurre es que el hospital debe acercarse al domicilio del paciente, agotar los medios de notificación, ya sea a través de una suerte de comisión, entre comillas, porque hoy no solamente estamos haciendo las notificaciones a través de un formato que ha funcionado, llamado *carryboy*, que consiste en ir a la última dirección del paciente para notificarlo. En esa instancia no ocurría. Por eso decimos que muchas de las exceptuadas por inasistencia particularmente, la Contraloría señaló que se hicieron a destiempo. A eso se refiere.

Ahora pasamos al no GES en intervenciones quirúrgicas.

Nosotros lo denominamos la IQ. Esta es un poco más compleja, porque teníamos inconsistencia en la causa de egreso. La Contraloría señaló que hubo dificultades con respecto a determinar si la atención había sido realizada, si el procedimiento había sido correctamente informado. Lo más importante de todo, el formulario de indicaciones quirúrgicas, en el sentido de si la persona tenía o no una intervención que hacerse y la atención otorgada en este sistema.

Muchas veces los hospitales tienen una cartera de servicios que cubre una gama determinada de prestaciones. Pero por alguna razón, ciertas prestaciones no se dan en el hospital y hay que traspasarlas a otro sistema. Cuando el paciente se va, se supone que a la vuelta se hace la epicrisis dentro del hospital y todo el proceso. Esa información no estaba dentro de la ficha, para el caso de las intervenciones quirúrgicas.

Inasistencia, contacto no corresponde, y promedio días de espera que la Contraloría señaló que eran quinientos y algo de días en promedio.

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

El señor **CRISPI**.- Estas conclusiones generales ¿son del informe de la Contraloría o el de ustedes?

El señor **CASTILLO**.- Son del informe de la Contraloría, por eso con eso. Al comienzo de la presentación mostré una línea de tiempo que señala cómo entraron las auditorías y por qué razón. Como dije, esto nace con el informe de la Contraloría más los antecedentes que tenemos. Dentro de la dirección del servicio existe un departamento de auditoría que permanentemente está en proceso de revisión de temas. Nosotros hacemos carpetas, tenemos auditorías clínicas, etcétera. Dentro de todas esas revisiones nos había saltado, hace un tiempo, el GES, particularmente, y el no GES con algunas transacciones.

La Contraloría con este informe viene a confirmarnos lo que nosotros encontramos. El subdirector médico, don Felipe Rojas, y el director de la época, decidieron, en función de esos antecedentes, tomar el informe de la Contraloría. Con esos mismos antecedentes nosotros hacemos nuestra propia auditoría de lista de espera en el servicio de salud, con referencia al hospital regional que es uno de los resolutores; nosotros tenemos cinco, entre ellos, el hospital regional, el hospital de San Vicente, el hospital de Rengo, el hospital de Santa Cruz y el hospital de San Fernando. Pero como estaba todo concentrado en el hospital regional, que es el más complejo, se ocupó como base el regional.

En la auditoría que realizamos, que se inició con la lista de espera de consultas en nueva especialidad (CNE), se determinó que había inconsistencias entre el Fonendo y el Repositorio, en el sentido de que la información de la aplicación que teníamos, llamada Fonendo -sistema de control interno de las prestaciones-, no guardaba relación con la información que estaba en el Repositorio Nacional de lista de espera.

Además, teníamos interconsultas no ingresadas en el Repositorio, por ser interconsultas no digitadas en Fonendo desde el APS; interconsultas que no cuentan con pertinencia en origen e interconsultas que no tienen pertinencia en destino.

Cuando hablamos de pertinencia en el origen, el proceso de la lista de espera, o del GES en general y del no GES, nace en la atención primaria. Las personas van a un Cefam, a un Cecosf, o a un SAR, esos generan una interconsulta que fluye por el sistema, y el médico contralor, o mal llamado "pertinenciólogo", decide si el paciente está o no en condiciones de ser elevado al segundo nivel, que vendría siendo el hospital más cercano de donde esté la canasta de servicio.



Ahí tuvimos algunos problemas, porque tanto en el origen, en la atención primaria, como en el destino, ya sea en el hospital regional o los demás hospitales, no hubo forma de determinar si se había hecho la pertinencia en el destino o en el origen.

Asimismo, una de las cosas que ha complicado el proceso fue que la norma técnica, que está claramente definida -porque el Minsal tenía una norma que decía cuál era el flujo de la información- no se estaba utilizando, sino que se decidió hacer otra cosa distinta que fue saltarse la atención primaria y partir desde el nivel secundario. O sea, nosotros encontramos interconsultas atoradas en un sistema o guardadas en un cajón. Ahí tenemos algunas dudas, porque no sabemos si hemos ido relevando todas las que están todavía en papel; no sabemos si han pasado, pero creemos que ha pasado la gran mayoría.

Otro problema que encontramos son los pacientes duplicados. Hay una carga masiva del sistema. Los sistemas funcionan descargando del Fonendo, baja un archivo de texto de tipo txt., y se hace una descarga llamada *script*; es decir, toma el dato completo y lo envía contra el Repositorio, pero el Repositorio muchas veces comete errores, porque acepta el mismo archivo y genera dos registros. Por eso encontramos registros duplicados, que eran los menos, pero los encontramos.

Además determinamos inexistencia de capacitaciones de la lista de espera y reclamos en los ingresos a las listas de espera, porque también revisamos los reclamos. Fue una de las particularidades. En tal sentido, voy a hacer un paréntesis: yo soy jefe de auditoría del servicio que realizó estas auditorías, por eso tengo la propiedad para señalar algunas cosas...

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- ¿Usted era el auditor en ese momento, y ahora es el director?

El señor **CASTILLO**.- Efectivamente, ahora soy el director.

Me tocó ver el tema y nos preocupamos de los reclamos de la lista de espera, a través de la OIRS. Luego lo voy a señalar, porque se hizo una prueba y logramos determinar que hubo gente que reclamó y se tomó como caso particular.

Otra observación que viene con respecto de las listas de espera de nueva especialidad es que aquí están las cerradas, o sea, aquellas que pasaron todo el período y se declararon cerradas; casos cerrados por causales de salida administrativa, es decir, no asiste el paciente, el médico toma una segunda opción: segunda opinión médica. Como dije, hay dieciséis salidas, pero se ocuparon cuatro, porque consideramos que no contábamos con los fundamentos para llevarla adelante como proceso cerrado.

Inexistencia del registro en la prestación de la ficha clínica. Es decir, revisamos la ficha clínica, en papel, manualmente, y después iban al Sigges, pero uno se encontraba con que el Sigges tenía información que no estaba en la ficha clínica, y viceversa. Por eso hablamos de inconsistencia en la información.

Por último, no se ingresaron las interconsultas al Repositorio desde el programa de resolutivez, que es un programa de atención primaria que ve todo lo que es lentes, imágenes diagnósticas y otras más, que se supone que también solucionan las listas de espera desde la atención primaria. Esas prestaciones no habían subido al Repositorio.

Luego, están las inconsistencias de información entre Fonendo y el Repositorio Nacional por año. Si ustedes se percatan, desde el 2010, cuando partimos auditando, hasta el 2016, en términos generales, existían 36.316 listas e interconsultas que estaban, de alguna forma, pero entre uno y otro no estaban; no había una comunicación, un trasvase entre ambos.

Si se dan cuenta, en la primera parte dice: pertinencia en el origen de APS, había 2.623 que estaban atoradas, y en el destino, es decir, en el hospital regional, había 36.316 en espera de ser resueltas, en espera de que el médico diera su conformidad.

También, se pueden apreciar las interconsultas por año y la justificación de las cifras. Hay 2.623 que son de atención primaria y están consignadas por año, y las 36.316 cuadran con las 36.300 que están en el destino por cada uno de los años.

En términos generales, dicho efecto tiene que ver con el cambio en la metodología de ingreso al Repositorio Nacional. En un minuto, tal como se señaló al Ministerio Público hace un par de meses, el cambio a la normativa, en el sentido de impedir que pasaran las



prestaciones desde el origen, es decir, de atención primaria hacia arriba, implicó tener estas interconsultas atoradas y esas fueron las que logramos pesquisar.

No puedo dar fechas. Hicimos algunos intentos, pero es un proceso manual, que habría requerido ir Cesfam por Cesfam y, en Rancagua, tenemos en cada comuna de tres a cuatro Cesfam y eso desde Rancagua a Paredones, que es la comuna más lejana. Por lo tanto, era una prueba un poco difícil.

Respecto de las interconsultas no ingresadas al Repositorio Nacional de Listas de Espera, que no fueron digitadas en Fonendo por la atención primaria o aquellas que no se encontraban en el origen, en la lámina se señala a qué programas correspondían.

Como se observa en el cuadro, 21 interconsultas no fueron digitadas en Fonendo y en programa de resolutivez 1.727. Me preocupaban las listas de espera quirúrgica, que eran 428 casos, y 115 interconsultas en papel, es decir, que las encontramos en papel en una de las vueltas que dimos en el hospital.

El fiscal Arias también recopiló antecedentes en el hospital y, en ese evento, encontró otras interconsultas en papel. Por ello, él tiene otro universo de prestaciones y por eso me remito solo a esta cifra. Quizás, si citaran al fiscal, él les diría que tiene otro universo de interconsultas en papel, porque él ocupó métodos para conseguir información que nosotros no podíamos utilizar.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Un momento, señor Castillo.

Tiene la palabra el diputado Ricardo Celis.

El señor **CELIS** (don Ricardo).- Señorita Presidenta, por su intermedio, le quiero preguntar al señor Castillo cómo se cercioran de que la que está en papel no esté ingresada.

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

El señor **CASTILLO**.- Señora Presidenta, esa parte la vamos a abordar más adelante.

Ahora, vamos a tratar aspectos más técnicos.

La norma técnica era extremadamente clara, no había una doble interpretación y tampoco se permitía hacer una doble interpretación, porque era muy clara: una Atención Primaria en Salud (APS), contralor, y si no estaban de acuerdo, se vuelve al origen y, si está de acuerdo, pasa a nivel secundario y así sucesivamente, y se hace todo este circuito de análisis.

De eso se pudo verificar que el médico contralor no revisó el ciento por ciento de las interconsultas emitidas. Asimismo, no se registraban las interconsultas con pertinencia en origen que se ingresaban al sistema de interconsultas de la pertinencia del destino.

En el caso del hospital regional, en las especialidades de oftalmología y cirugía menor, y por instrucciones del subdirector médico del establecimiento, la pertinencia es asignada por personal administrativo del Departamento de Gestión de la Demanda y Admisión. Esto fue un poco complejo y se generaron algunas situaciones que tuvimos que comprobar. Estamos hablando de que no son clínicos quienes estaban asignando la pertinencia en oftalmología, sino un administrativo.

Además, no estaban traspasando ni cargando los registros al Repositorio y, por tanto, muchos de los pacientes estaban todavía dando vuelta en Fonendo, cantidad que mencioné al comienzo.

Por último, el reporte generado en la lista de espera era desactualizada y no consolidada.

Ahora, se menciona otra conclusión, la cual ya señalé, pero en la presentación está más en detalle para que ustedes con más calma la puedan leer y si les da el tiempo para ver las auditorías, se van a encontrar con más detalles.

A lo menos encontramos 40 pacientes que estaban duplicados, en el Registro y en el Fonendo, con distintas especialidades. Por ejemplo, figuraba una operación de fractura de hueso y salía fractura en un lado, pero hablaba de un diagnóstico totalmente distinto y después decía nuevamente fractura de hueso, el mismo paciente, y el mismo día. Eran pequeños casos, pero daban muestra que el sistema tenía algunas dificultades para hacer esa parte.



Hasta el 2015, no se habían efectuado capacitaciones formales, lo que en parte generaba este vacío en la norma para aquellas personas que tenían que operar con el proceso.

Los reclamos ingresados por listas de espera fueron parte de una de las pruebas que realizamos en forma alterna. Revisamos 563 reclamos y solo 293 se ingresaron por temas relacionados con tiempo de espera de interconsulta –eran casi la mitad y por eso los tomamos en cuenta-, y tenían que ver con tiempo de espera por procedimiento, que eran 16, y por tiempo de espera quirúrgica eran 99, que después verificamos y estaban incluidos.

Respecto de la carencia de manuales de procedimientos o instrucciones formales nos queremos detener. Sé que puede ser un poco excesivo, pero todos los hospitales tienen normalmente todo protocolizado, hay manuales y formas de hacer las cosas. En el caso de O'Higgins, a pesar de que ya está solucionado, el protocolo aún estaba precisamente, los manuales estaban precisamente actualizados como lo demandaba la norma.

En conclusión, a nivel región los casos cerrados por causales administrativas se desglosan de la siguiente manera: 775 fueron cerrados a través del extrasistema; siete por cambio de asegurador; el contacto no corresponde fueron 1.256; 420 errores de registro; 659 fallecidos; 3.842 por no pertinencia, es decir, el médico de pertinencia mandó al paciente de regreso al destino para ser nuevamente evaluado; 51 por recuperación espontánea; rechazo o renuncia voluntaria del usuario fueron 1.659; 605 solicitudes de indicación duplicada, o sea, un paciente con dos indicaciones, y 48 traslados coordinados.

Por lo tanto, casos cerrados administrativamente que nosotros evaluamos fueron 10.989, de los cuales por causal administrativa de no pertinencia fueron más de 2.600; por dos inasistencias fueron 1.421, por rechazo o renuncia voluntaria del usuario fueron 646, porque el contacto no corresponde fueron 531, por solicitud de indicación duplicada fueron 462, 456 fallecimientos e, incluso, pueden observar que buscamos determinar aquellas que habían sido por cambio del asegurador: cambio del Fonasa a la Isapre. El Fonasa es un asegurador más de salud.

Se agrega también la causal de inexistencia del registro de prestaciones, que es muy parecida a la observación que hace el contralor respecto de que las fichas no contenían todo los registros de las prestaciones médicas. Más adelante vamos a ver un ejemplo de los casos oncológicos respecto de los cuales nos preocupamos de, a lo menos si habían sido mal exceptuados, tratar de corroborar que en forma alterna se otorgaran prestaciones a los pacientes.

Los casos que vimos están en un documento aparte que denominamos 79 para efectos nuestros, en el cual se hace el análisis de cada uno de los pacientes, día con día y fecha con fecha, y se corroboró que todos habían tenido prestaciones oncológicas hasta el final de su tratamiento en los casos que correspondía y, en otros casos, hasta que la persona falleció.

En cuanto a inconsistencias en la información, se detectaron inconsistencias relativas al contacto no corresponde en 63 casos y 115 casos a la causal no pertinente, es decir, que por alguna razón no correspondía la causal que estaba en la cartera de servicio del paciente.

No ingreso de interconsultas al Repositorio Nacional de Listas de Espera.

Durante el 2015, se realizó un trabajo en conjunto entre la Atención Primaria en Salud y el jefe de Tecnología de la Información para ver la forma de exportar la información que estaba en Fonendo y hacer que este sistema de alguna forma no tuviera intervención humana y pasara a un archivo directamente. Todavía estamos tratando que eso ocurra, porque en realidad es un sistema de uso propio.

El 2015, la encargada de Listas de Espera indicó que las comunas no podían seguir las indicaciones de la encargada del programa de resolutivez, y ahí se generó otro cuello de botella, otras prestaciones que no fueron tramitadas. Encontramos 1.727 prestaciones en esa condición.

La primera auditoría era a Lista de Espera, Repositorio Nacional. A continuación, viene GES, particularmente la dirección del servicio, y nuevamente con el centro en lo que es el hospital regional, y volvimos a tocar las mismas observaciones.



En relación con las irregularidades en la excepción de la garantía se detectaron garantías mal exceptuadas y también causales mal aplicadas. Me detendré en esta última observación, a pesar de que me extenderé al respecto en un rato más.

Nosotros tenemos dos enfermeras clínicas, en realidad tres en este minuto, y ellas analizaron las fichas con fichas. Nosotros somos auditores normales, lamentablemente no somos médicos y, por tanto, cuando tuvimos algunas dudas, recurrimos a ellas. Ellas estaban físicamente con los equipos de trabajo, se dieron cuenta de que algunas causales habían sido mal invocadas.

Sobre pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada, también encontramos algunos casos. En particular, este cambio se hizo tomando en consideración los informes que habíamos hecho durante casi tres años y medio, pues la gran mayoría de nuestros pacientes en la región son oncológicos. Tenemos una alta existencia de cáncer gástrico, cervicouterino, de mamas, testicular y otros.

También hicimos un caso aparte de pacientes en listado de exceptuados fallecidos o con casos cerrados, es decir, que la persona habría fallecido y su caso estaba cerrado.

Tenemos información sobre paciente con cáncer en listado de exceptuados con falta de estudios, biopsia o etapificación, que corresponde a casos particularmente de cáncer cervicouterino.

Respecto del control interno, más que todo es un tema de manuales y de designación de encargado, la forma en que se debía operar y cómo se debe hacer el manejo de las fichas clínicas.

En cuanto a las garantías mal exceptuadas, encontramos 225 casos exceptuados por causal de inasistencia. En 97 de ellos se constató que dicha exceptuación fue realizada el mismo día en que vencía la garantía de oportunidad, no existiendo las dos citaciones anteriores para la entrega de la prestación por parte del hospital. Además, 61 casos no cumplían con los requisitos para la causal.

Si su señoría lo desea, dejaré en poder de la Comisión el detalle de esta información.

En cuanto a las garantías mal exceptuadas, vuelvo nuevamente al concepto. Sé que es un poco latoso, pero es el centro de lo que hicimos.

De 626 casos exceptuados por la causal de indicación médica -supuestamente un médico decidió que esa causal no correspondía-, en 328 de ellos no se registró en ficha clínica la decisión de postergar el otorgamiento de la prestación y tampoco existe la constatación que informó el paciente respecto de la causal. O sea, técnicamente el paciente nunca se enteró que había sido exceptuado por un médico.

Además, hay 96 casos cuyo vencimiento de garantía, a pesar de ser distinta a la fecha de exceptuación, no cumple con los requisitos descritos en el párrafo anterior. O sea, finalmente fueron exceptuados sin mediar ningún análisis más que la sola exceptuación. Por eso, concordamos en que estaban mal exceptuados.

Sobre la causal de excepción aplicada, en el examen practicado se verificó que en 274 casos la causal de excepción estaba mal aplicada, principalmente indicando una categoría de exceptuación que no estaba indicada en las fichas clínicas. Si uno iba al Sigges, figuraba como exceptuada, pero si uno veía la ficha clínica, el documento o registro que consigna esa exceptuación en particular no existe.

Sobre los pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada, se detectaron 310 casos. No se han dado tales atenciones hasta la fecha de corte de la fiscalización, esto es al 31 de diciembre de 2015, pese a que se cumplió el plazo que originalmente correspondía al paciente de acuerdo a su patología.

Finalmente, en algunos de esos casos se siguieron dando prestaciones, aun cuando habían sido mal exceptuadas.

En cuanto a los pacientes en listado de exceptuados fallecidos o con casos cerrados – entramos a una parte más compleja-, se verificó la existencia de pacientes en listado GES como exceptuados, en circunstancias de que se encontraban fallecidos, o hubo un cambio de previsión, o terminó el tratamiento, o su caso fue cerrado, entre otros.



En relación con los pacientes con cáncer en listado de exceptuados por falta de estudios, biopsia o etapificación, se verificó la existencia de 97 casos. En particular, me detendré en el caso de los cánceres cervicouterino.

La opinión médica señala que si a una mujer joven o adulta se le diagnostica cáncer cervicouterino en primera instancia, el Bi-Rads es solo una etapa de confirmación, pero aun así la persona tiene identificada correctamente la patología. Por ende, todavía no logramos entender para qué hacíamos una segunda confirmación. Con esta espera, la persona pasaba su tiempo y finalmente nos encontramos con que había sido mal exceptuada.

Respecto de las conclusiones sobre control interno, se verificó que no existían resoluciones, que a estas alturas se han ido solucionando. Como ustedes verán más adelante se han ido haciendo cambios importantes al respecto, como también en los hospitales resolutores.

Se constató que la encargada responsable de la Unidad de GES no posee resolución que formalice su función y responsabilidad; sin embargo, hoy sí la tiene.

Se procedió a revisar la existencia de manuales y algunos protocolos se hicieron nuevamente y otros se actualizaron.

Algunas fichas médicas no fueron proporcionadas por el establecimiento. Eso no significa que el hospital se opuso, sino que cuando se hizo la revisión, por las cosas propias de la actividad clínica, muchas fichas no estaban disponibles para ser retiradas, ya que el paciente las tenía en el quirófano o en otras circunstancias.

Falta de firmas y timbres del profesional respecto de los formularios del IPD, que es el cierre, y falta de registro en las fichas clínicas que justifiquen la patología GES, la excepción de la garantía y el cierre de casos.

El informe detallado de auditoría contingencia GES, que denominamos "Informe79", muestra los pacientes fallecidos en muestra de lista de excepción de garantía año 2015.

De los casos que revisamos en la Tabla N°4, "Pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada", se pudo obtener que los casos analizados corresponden a una muestra seleccionada al azar, en enero 2017, de pacientes fallecidos por patologías diagnosticadas entre marzo 2015 y septiembre 2016. La mayor cantidad de los pacientes tenía cáncer cervicouterino, a los cuales se les otorgó prestaciones de salud requeridas por su condición y estado, es decir, el ciento por ciento cumplió con el flujograma clínico.

También se observó cumplimiento de los criterios para ingresar pacientes al GES. Las pacientes con cáncer cervicouterino se derivaron desde nivel primario al hospital regional para su tratamiento y en algunos casos fueron a parar al Instituto Nacional del Cáncer, si correspondía, por tal motivo se exceptúa administrativamente la causal. Esa definición no estaba descrita en la Circular IF/N°248, del 27 de julio 2015, del Ministerio de Salud, ni en los ajustes de la Circular IF/288, de 6 julio 2017. Esa situación de trasladar pacientes al extrasistema, de alguna forma, impedía controlar si efectivamente habían tenido sus prestaciones.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Señor director, le pido que vaya terminando su presentación, porque debemos hacer las preguntas correspondientes.

El señor **CASTILLO**.- Si usted gusta, voy a volver solo a los 16 casos que determinamos como pacientes con cáncer en listado de exceptuados fallecidos.

En general, todos los pacientes tuvieron prestaciones.

Se pesquisó ausencia de informes de biopsias. En algunos casos se determinó que sí existía y en otros que estaban, pero no habían sido incorporados en las fichas clínicas.

También se pesquisó como alta criticidad que el informe del IPD debía estar incorporado y lo estamos tratando de hacer ahora. El caso N°6, que está consignado con los reportes, aparece como no cerrado en el Sigges, aun cuando a la fecha el paciente ya había obtenido sus prestaciones.

Como conclusiones, tenemos dos pacientes: uno de ellos es una señora que ya apareció en la prensa el año pasado, la cual murió de cáncer gástrico. Ella no fue informada con el formulario de notificaciones que era paciente GES, por lo que su familia tuvo que incurrir en la venta de un predio para costear los gastos de la quimioterapia, en circunstancias de que le



correspondían todas las prestaciones del GES. El otro caso, que lamentablemente ocurrió, a pesar de que tratamos de evitarlo, corresponde a un paciente esquizofrénico que padecía un cáncer gástrico. Al final, cuando estaba en su etapa terminal, se comprobó que efectivamente estaba en esa condición.

En cuanto a lo que hemos hecho hasta ahora, hay dos sumarios. En particular, uno que junta el GES y el No GES ha tenido una vuelta bastante larga desde la Dirección del Servicio a Santiago, a través del Ministerio de Salud de la época, y después devuelto, porque el director del hospital que estaba haciendo de fiscal presentó su renuncia y hoy se encuentra en la Contraloría Regional para efectos de hacerse cargo de las investigaciones y el cumplimiento del proceso.

Por otra parte, la regularización se ha hecho durante el año. En 2017 y hasta fines de enero de 2018, se cargaron alrededor de 50.682, de los cuales 42.492 fueron aprobados en el sistema y 8.190 aún quedaban con problemas de registro por falta de RUT o de prestación. En general, se ha ido regularizando todo y solo faltan 6 cargas IQ, que estaban consideradas como duplicadas.

Eso es todo, señorita Presidenta.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Como imagino que todos los integrantes de la Comisión han tomado nota de sus dudas, propongo escuchar al otro director para hacer todas las preguntas al final, sin perjuicio de que puedan ser invitados nuevamente.

En nombre de la Comisión, le doy la bienvenida al director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor Ricardo Pinto, a quien le ofrezco la palabra para que exponga de la forma más concreta respecto de lo que está en discusión.

El director del Servicio de Salud O'Higgins se tomó su tiempo, lo que nos parece bien, porque hay muchos elementos nuevos. Además, es un privilegio que quien hizo la auditoría pueda dar cuenta con mayor detalle de aquellos elementos. Necesariamente los volveremos a invitar, pues quedan muchas dudas pendientes.

Tiene la palabra el señor Ricardo Pinto.

El señor **PINTO**.- Señorita Presidenta, buenas tardes. Soy el doctor Ricardo Pinto, actual director subrogante del Servicio de Salud Metropolitano Norte desde hace dos meses y director oficial, designado por la Alta Dirección Pública, del Hospital Roberto del Río.

Me tocó recibir la solicitud que hicieron ustedes gentilmente y estoy aquí para contestar puntualmente lo que se ha establecido en dos presentaciones previas. Desarrollé la presentación considerando que esta información ya está a disposición de la Comisión. De hecho, gran parte de ella se encuentra en el sitio de la Cámara de Diputados. Por lo tanto, me referiré explícitamente a los procesos disciplinarios de la Contraloría General de la República. A través de la resolución exenta N° 1409, de 2014, se ordena instruir sumario administrativo para indagar irregularidades detectadas en un informe, que la Contraloría hace a través de una auditoría, lo que determina, debido a que se establecen dos sumarios, fusionarlos. Por esa razón, los sumarios que parten en la Subsecretaría de Redes Asistenciales y en el Hospital San José quedaron como uno solo. En la resolución N° 4891 de 04 de diciembre 2017, el contralor, después de hacer todo el proceso, aprueba el sumario administrativo indicando:

Absuelve a dos implicados, que son los señores José Ignacio Sanyour Núñez y Alexander Pérez Méndez.

Propone la destitución de los señores Rodrigo Gutiérrez Soto y Raúl Vásquez Cataldo, director de la Clínica Maruri y el director del Hospital San José, respectivamente. Este último era el jefe directo del doctor Rodrigo Gutiérrez.

Mediante resolución exenta N° 1528 de 26 de abril de 2018, la Contraloría rechaza el recurso de reposición deducidos por los señores Vásquez y Gutiérrez que interponen contra la resolución exenta N°4891, de 4 de diciembre de 2017.

En esa oportunidad, el señor Raúl Vásquez presenta un recurso de protección, pero no lo repone a la Contraloría. Sin embargo, establece un recurso de protección que va a la Corte de Apelaciones de Santiago con el Rol 366-2018 de 2018, donde se desestima por



resolución el 13 de marzo de este año, y lo confirma la excelentísima Corte Suprema por resolución de 25 de abril, en autos Rol 5302-2018.

En resumen, podemos decir que, mediante el oficio de 03 de mayo de 2018, la Contraloría remite el proceso disciplinario con propuesta de medida disciplinaria para el señor Raúl Vásquez.

Por oficio N° 996 de 17 de mayo de 2018, el Servicio de Salud Metropolitano Norte solicita a la Contraloría complementar antecedentes, relativos al sumario de la Subsecretaría de Redes Asistenciales ordenado por resolución exenta N° 1288/2013, acumulado al sumario de la Contraloría para revisar la totalidad de los antecedentes y plazos del proceso sumarial de la Contraloría, y emitir resolución de término y su correspondiente sanción administrativa.

Como ustedes saben que una vez que finaliza un sumario, tiene que elevarse a la Contraloría. Sin embargo, en este caso se produce un camino de ida y de vuelta, en el sentido de que una de las resoluciones que establece la Contraloría llega de manera incompleta. Por lo tanto, establecemos que es mejor que nos envíen el oficio completo, que en este minuto está en dicha institución, pero estamos en espera de que nos lo devuelvan. Lo que acabo de informar corresponde a lo que indica el oficio.

Los procesos disciplinarios seguidos directamente en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, se realizaron mediante el proceso instruido el 21 de abril de 2014. Esta investigación se encuentra agotada y el proceso se envió a la Contraloría para el trámite de toma de razón remitido con fecha 19 de abril.

Actualmente, hay dos procesos disciplinarios en curso. El primero está tramitado por la Contraloría General de República, en espera de remisión de antecedentes faltantes, para adoptar la decisión final, cual es informar a los dos exfuncionarios que no pueden seguir trabajando en el sistema público, y a los otros dos funcionarios, quienes serán absueltos definitivamente.

El segundo es un proceso que fue tramitado por nuestro servicio y que está en espera de toma de razón en la Contraloría General de la República.

Podemos decir que ese es un poco el resumen del estado actual en que nos encontramos. Ustedes pueden tomar conocimiento de que el doctor Gutiérrez y el señor Vásquez fueron destituidos por parte de la Contraloría. Estamos a la espera de que nos llegue el documento final para llevarlo a cabo.

Esa es mi presentación respecto de lo solicitado, considerando que nuestro servicio ha hecho dos presentaciones.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Director, tal como se lo dije al director anterior, esta es una nueva comisión, no es la misma del período anterior. Es importante plantearlo, porque estamos en un nuevo período, por lo que las comisiones investigadoras parten de cero. Para que se entienda, la comisión anterior no concluyó, no redactó un informe final. Esa es la razón por la cual varios parlamentarios tomamos la decisión de dar continuidad a la investigación para sacar un informe resolutorio de esta comisión y, por lo tanto, poner los antecedentes a disposición de todas las instancias que sean necesarias, incluso del Ministerio Público, si así lo consideráramos. Por otro lado, es importante hacer las sugerencias y conclusiones necesarias para tomar las medidas, ya que claramente hay una situación muy preocupante.

De todas formas, sin lugar a dudas los antecedentes que se entrega son un resumen. Todos los miembros de la comisión tienen los antecedentes anteriores. Sin embargo, agradeceré su disposición para responder las preguntas que no tengan que ver necesariamente con lo que expuso hoy, sino también con elementos que se hayan informado previamente.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, la presentación del director del Servicio de Salud O'Higgins fue bastante completa. Obviamente, a veces cuesta entender (...) los mecanismos y códigos que se usan para hacer este tipo de monitoreo.



Respecto del mundo AUGE, en la auditoría se detecta esencialmente problemas en la excepción. De hecho, el informe de auditoría señala que había un total de 4.587 casos, de los cuales se investigó aproximadamente el 18 por ciento de ellos, lo que motivó la auditoría en enero de 2017.

Lo anterior quiero relacionarlo con lo que la Contraloría nos ha dicho en otras oportunidades en el sentido de que existía una suerte de *modus operandi* de procedimientos en los cuales, a propósito, hubo casos en que a la gente se le vencía la garantía.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Se suspende la sesión para ir a votar a la Sala.

*-Transcurrido el tiempo de suspensión:*

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Continúa la sesión.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro para que continúe con su pregunta.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señora Presidenta, voy a reformular la pregunta para ser más explícito.

En el mundo AUGE entendemos que había un procedimiento sistemático de una equivocada excepción. Es decir, llegaba el último día de la garantía, como se demuestra en muchos casos, y curiosamente era mal exceptuada, como se corrobora en la auditoría que hicieron, y lo grave es que en algunos de esos casos se reconoce que hay personas que estando fallecidas, se les declara exceptuadas.

Esta es una auditoría que analiza el período al 31 de diciembre de 2015, y quiero tratar de entender desde que estalló este caso hasta ahora, cuántas personas han sido constatadas como fallecidas, porque entiendo que fueron 16 en un principio, y ese número pudo haber aumentado.

Además, ¿quién daba las órdenes de exceptuar el último día? A qué funcionarios del servicio de salud se les ocurría, porque no pareciera ser al azar, que justo cuando estaban venciendo los tiempos se hicieran estas intervenciones, con lo cual no quedaba mal el servicio de salud en cuanto a sus metas. Sabemos que se siguieron pagando los incentivos correspondientes sin ser evaluados nunca por el Ministerio de Salud durante los cuatro años anteriores, pero la duda que existe latentemente es si hubo omisiones reiteradas, sucesivas, un desorden, una laxitud que llevó a todo esto o hubo intenciones u órdenes jerárquicas, y la pregunta es de parte de quiénes, que impedían dar la garantía bajo estas figuras artificiosas que se detectaron y que eran anómalas, por decirlo de alguna manera.

Segundo, en la primera versión de esta comisión investigadora vino el auditor del Ministerio de Salud, en enero 2018, administración anterior, y desautorizó la auditoría aduciendo que la había hecho personal en práctica, que había sido solo por diez días, que no lograba dimensionar exactamente la magnitud de los problemas y que no había tal descalabro, tal desorden. Lo estoy resumiendo, pero está en un informe de la primera versión de esta comisión investigadora, con la presencia del auditor del Ministerio de Salud de la época y las máximas autoridades, subsecretarias, ministra.

Entonces, quisiera preguntarle al director su opinión de esa desautorización completa, en toda la línea, que se hizo respecto de su auditoría, de enero de 2017.

Además, señaló en esa primera versión que les había comunicado el mismo enero de 2017 a las máximas autoridades del Ministerio de Salud. Es decir, no pasaron meses, sino que fue rápida la intervención.

En el mundo del Repositorio el gran problema es el no registro. O sea, solicitudes de interconsultas enviadas al nivel terciario que no aparecían registradas en ninguna parte o no se cargaban al sistema Fonendo, al punto que, según usted mismo señala al final de 2017, más de 50.000 interconsultas aparecen cargadas en línea.

Vuelvo a preguntar qué *modus operandi* había, o era desidia, para que no se visibilizara, no se sincerara, por decirlo de alguna manera, la verdadera magnitud de la lista de espera, sabiendo que había personas detrás de un papel que esperaban por una consulta médica o por una cirugía, y esos miles de casos no fueron registrados sino hasta el final, enero de 2017.



El fiscal de la Región de O'Higgins cuando vino a la Comisión dijo que había allanado dependencias del hospital, que encontró varios miles de esas interconsultas en un cajón que nunca habían sido subidas al sistema informático, lo que daba más fuerza aún a la investigación penal.

Entonces, en relación a esos dos mundos, el AUGE y el NO AUGE, cuál es su percepción y la autocrítica que hizo el señor Gonzalo Urbina, que era director de Salud al momento que le ordenó hacer la auditoría de enero de 2017. Además, él era parte del comité de listas de espera durante el largo período de tiempo que permaneció en el cargo de subdirector y que calificaba, precisamente, las listas de espera.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Solicito la unanimidad para prorrogar la sesión por 20 minutos para escuchar el resto de las preguntas y las respuestas.

¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

Quisiera agradecer a los directores por estar presentes. Les expliqué el contexto de la comisión investigadora, que no es continuidad expresa de la anterior, sino que más bien recoge los antecedentes, pero que de alguna manera lo que nos incentiva principalmente a tener esta discusión es tomar estas experiencias que son bastante recientes. Hay dos casos puntuales, el relacionado con la clínica Maruri y todo lo ocurrido en el hospital San José. Conocemos más o menos cuáles fueron los hechos y ante ellos cuáles son los procedimientos que se han venido tomando.

Hoy el director nos da cuenta de que algunas de las medidas que se proponen y que se aprueban en la Contraloría General de la República, en diciembre de 2017. Se relacionan con la destitución y la imposibilidad de los actores fundamentales que llevaron adelante este proceso en clínica Maruri, de no poder seguir asumiendo cargos públicos. Entiendo que esa es la sanción que han recibido.

Del período anterior no me acuerdo exactamente del número. El Ministerio de Salud entregó datos muy importantes que decían que hubo personas que no fueron atendidas y que en un proceso posterior, dentro de las cerca de 30.000 personas, fueron descartadas de la lista de espera. Ese es el dato concreto.

O sea, tuvimos 30.000 personas que fueron eliminadas de la lista de espera. Aquí dice: se eliminaron del repositorio nacional y se afectó el universo aproximado de 30.000 pacientes usuarios. Una de las causales de eliminación era que se indicaba que el paciente había sido atendido por un especialista en circunstancia de que los facultativos eran médicos generales.

Lo digo así porque son 30.000 personas que no fueron atendidas o fueron atendidas por médicos generales, y lo que nos entregó después el director del hospital San José, que también estuvo en la comisión, fue que dentro del hospital se establecieron mecanismos -es lo que le quiero preguntar para que lo pueda corroborar- para detectar qué ocurrió con esas personas que no fueron atendidas o eliminadas del repositorio, porque llegaron personas a solicitar la atención que les correspondía o a preguntar, y otras personas que fueron convocadas posteriormente, porque recibieron una información en ese sentido. En este último caso, se explicó que muchas de ellas ya habían fallecido.

Uno de los datos entregados hacía referencia a atención inadecuada, ya que hubo procedimientos que debieron estar a cargo de especialistas y fueron ejecutados por médicos generales, y a consecuencias fatales en personas que no fueron atendidas como correspondía.

Otro elemento tiene que ver con el mal uso de recursos, a propósito de boletas por servicios no prestados. Quiero pedirle que entregue mayor información sobre eso a la comisión, sin perjuicio de que vamos a seguir indagando.

Le haré una pregunta que me parece muy importante, que dice relación con la responsabilidad política de esa decisión. Para borrar un repositorio nacional debe haber una determinación, para decir que una cantidad de pacientes se elimina debe haber una determinación, y nosotros entendemos que en eso hay una escala que va desde el Cefam, que deriva la interconsulta, hasta el Ministerio de Salud, que maneja el repositorio nacional.



La pregunta concreta es: Desde su perspectiva, ¿quién es la persona o las personas encargadas de tomar una decisión como esa? Se lo pregunto porque existió una determinación que se transformó en una acción que incluso trajo consecuencias de vidas en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, y eso no se puede repetir. Eso se detectó a través de una investigación de Ciper Chile que abrió la posibilidad de una investigación por parte de la Contraloría y una serie de medidas más. Me interesa saber cuáles son las responsabilidades que existen detrás de eso.

En algún momento se nos dijo -creo que fue el ministro de Salud de la época- que se tomaron medidas en cuanto se supo de esa falencia, como la destitución del director, que en ese momento era el señor Raúl Vásquez.

Sin embargo, cuando asumí como diputada, en 2014, una de las primeras reuniones que sostuve fue con el director del Hospital San José, y en ese momento era el señor Vásquez. Yo le dije eso al director, porque creo que es muy importante ratificar esa información en esta comisión.

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

El señor **CASTILLO**.- Señorita Presidenta, respecto de la excepción, el número de personas autorizadas o funcionarios a quienes se les ocurrió ir a meter los bonos, haré un preámbulo muy corto, si me lo permite.

Este es un tema que hemos discutido en más de una oportunidad y creo que es bueno plantearlo nuevamente. Como han señalado el contralor general de la República y el fiscal Arias, está claro que existía una metodología clara y normada para el flujo de información en el repositorio nacional. Había niveles para decidir y para volver atrás una prestación, a través de médicos contralores que de alguna forma volvían al origen, dependiendo de la pertenencia del origen.

Pero, a su pregunta en particular, sobre quién tomó la decisión sobre la cual consulta, lo señalamos anteriormente en esta misma comisión y me hago cargo de ello. Claramente, en ese momento existió una orden clara a TIC, que es sistemas de información. La subdirectora médica de la época, la doctora Moreno, decidió modificar la conducta de acceso de las interconsultas al sistema que conocemos hoy como Fonendo, que eventualmente permitía la subida hacia arriba. Lo hizo por una razón que nunca logramos determinar, porque eso es parte del secreto del sumario.

Un señor **DIPUTADO**.- ¿Cómo se llamaba la doctora?

El señor **CASTILLO**.- Angélica Moreno.

Yo tengo claridad, y lamentablemente, por un tema del secreto del sumario, que nosotros tampoco tenemos claridad de lo que se ha indagado respecto del sumario, ni tampoco de las acciones que ha habido. Lo que nos quedó claro dentro de la auditoría es que el proceso ocurría producto de que, por una razón que, como le señalo, no logramos determinar en la auditoría, porque la auditoría no estaba hecha para eso, sino que era para determinar el levantamiento del proceso, determinar las acciones, determinar las muestras y determinar lo que había ocurrido, lo único que quedó de manifiesto en la auditoría es que, por una decisión que nosotros consideramos anormal, se había decidido no recurrir al procedimiento normal, o sea, entendiéndose nivel primario, nivel secundario, extrasistema, si correspondía, sino que particularmente se saltaba el nivel primario y algunas interconsultas pasaban, y otras no pasaban.

Si ustedes miran con más detenimiento los resultados de la auditoría, podrán ver que los números son, de la pertinencia del hospital regional, el nivel secundario, estamos hablando de no menos de 26.000 prestaciones que estaban ahí atoradas, tomando en cuenta que fueron las que lograron pasar. Uno podría mirar para atrás, como le señalé ayer al comienzo. No tenemos claridad sobre qué ocurrió antes.

Con respecto a qué funcionario se le ocurrió determinada... la forma en que opera la dirección de gestión asistencial, en esa época creo que era bastante clara, porque había una sola línea. La subdirectora médica era la doctora Moreno, era quien decidía, en función de los antecedentes que tenía, y voy a cruzarlo en parte con lo que usted señala de las metas y los bonos.



Haré aquí una suerte de análisis muy particular respecto de la auditoría. Los bonos de cumplimiento de metas, que son parte de los ADP, que el director de la ADP en esa época era Fernando Troncoso, que se ganó el concurso, él tenía claridad de que su meta era la gestión de la lista de espera, de repositorio y del GES, como meta.

Por lo tanto, entendemos que haber hecho cualquier acción dentro de ese marco, en términos de disminuir el acceso de las prestaciones desde el nivel primario al secundario, ¿tenía un efecto directo sobre el bono? Sí. Nosotros tenemos claridad que tenía un efecto. Eso lo está probando la fiscalía a través de las acciones que está llevando el fiscal Arias, a las que tampoco me puedo referir, pero usted entenderá que, en secreto de lo mismo, solo debo hacerme cargo de lo que me corresponde.

Con respecto a quién tomaba la resolución, para nuestro gusto la pirámide estaba muy clara, muy dimensionada. Estaba el director, Fernando Troncoso, que no era clínico, sino psicólogo de profesión, si no me equivoco. Por lo tanto, tenía una subdirectora médica en quien se apoyaba en la parte clínica, porque el director no tenía forma de saber todas las decisiones que tomaba.

Al margen de eso, dentro de esta suerte de escala de decisiones, la decisión más compleja que tenía, y que tenía un efecto directo, era manejar las listas de espera en términos del repositorio, me refiero particularmente al repositorio, y el GES también, porque se mantenía...

Si uno mira el comportamiento general de las listas de espera, siempre estuvieron marcadas por una tendencia muy clara, nunca tuvimos por tres años listas de espera que sobrepasaran las mil y tantas, por ejemplo; siempre estuvimos en 500 y algo, 600 y algo, por dar una cifra relativa, pero, cuando se hace el cambio de administración de Fernando Troncoso y aparece Gonzalo Urbina, automáticamente las listas de espera o del GES vencido se disparan a como están hoy, 1.700 y algo, GES vencido.

La dirección cambió el procedimiento y la forma de accionar. Por lo tanto, indistintamente que no cumpliéramos las metas, sí estaba ingresada toda la información. Por eso, para responder a su pregunta en una suerte de analogía, no me puedo referir a un *modus operandi*, porque significaría hacer un juicio de valor. Creo que se tergiversó el procedimiento, aún cuando se conocía cuál era.

Por otro lado, las decisiones pasaban por un grupo extremadamente reducido de personas. El que le habla en ese minuto era el jefe de auditoría; por lo tanto, nosotros conocíamos esto después que las cosas sucedían y, por otro lado, la forma y la dinámica que tenía el Departamento de Gestión Asistencial tenían que ver precisamente con la forma en que se tomaban las decisiones, aún cuando ellas afectaran a pacientes, o sea, nosotros tenemos claridad de lo que ocurría y teníamos conciencia de ello.

Por citar un caso, que incluso está en la misma auditoría, las capacitaciones se hicieron para que la atención primaria ingresara sus cargas, pero eso nunca ocurrió en la práctica, nunca se le permitió, porque, si viéramos el Fonendo como caja, lo único es que voy a hacer un click y automáticamente se pasaban, pasaban... Hoy están pasando todas las interconsultas. En ese momento, por una orden de la subdirectora de la época, ese click estaba abajo.

Por lo tanto, esa no fue una decisión unipersonal, sino que tiene un nombre y apellido. Tal como señalan los funcionarios a quienes preguntamos, estaba definido así. Por eso, es parte del sumario, en parte, de lo que debiera concordar.

Respecto del repositorio nacional, vuelvo a decir lo mismo, le pediré las disculpas, señor diputado, por referirme a un *modus operandi*, porque no me asiste el derecho de opinar acerca de ello, porque tiene un matiz distinto.

Diría que se tergiversó el proceso en forma muy exagerada. De alguna forma, impidió que, en el caso del Repositorio Nacional, tuviéramos personas que fueron exceptuadas de las listas, y cuando se es exceptuado del Repositorio, técnicamente la prestación desaparece.

Hicimos una prueba –lo comento en forma muy personal, a pesar de que no está dentro de los papeles de trabajo-, de llamar por teléfono a una persona que estaba eliminada de la



nómina. Técnicamente, al buscarla el registro, ella no estaba. La llamamos por teléfono, y nos decía que aún estaba esperando que la llamaran. Es decir, ella estaba esperando que la llamaran para atenderse, pero no estaba en el registro. Es algo muy parecido a lo que señaló la señora diputada respecto de Maruri, que técnicamente desaparecieron.

Respecto de la autocrítica, no quiero faltar el respeto a la Mesa, en particular, respecto de la forma en que se operó. Gonzalo Urbina era el subdirector administrativo de la época –lamentablemente, no está presente, por lo que me voy a referir a él dentro de los parámetros que corresponde-, que pertenecía a la Comisión de Listas de Espera. Con el tiempo, el señor Urbina se transformó en el director del servicio.

Por lo tanto, yo debería entender -y cualquiera, sin mucho entendimiento respecto de cómo operaba la listas de espera o el Repositorio- que él tenía claridad en cuanto a los números, la forma de procedimiento, porque él financiaba finalmente. Acá, lo que falta preguntar –que es una pregunta que está por debajo- es cómo financiamos las listas de espera y el Repositorio, que es otro tema. Lamentablemente, en ese minuto Gonzalo Urbina tenía conocimiento. Me imagino que si le preguntaran hoy, él no podría desconocer lo que vio en esas comisiones; desconozco si habrá tomado alguna posición respecto de lo mismo, cuando fue subdirector o director, porque como director él fue quien gatilló la auditoría –la que acabo de reseñar-, pero previo o posterior a eso, el resultado fue solo una intervención activa tratando de solucionar el problema. Como se darán cuenta, hoy todavía seguimos en una suerte de ir mejorando las prestaciones que da el hospital regional, para que siga operando. Pero estamos en eso.

Por lo tanto, Gonzalo Urbina y los demás directivos de la época estaban en pleno conocimiento, porque él resolvía finalmente poner el financiamiento de la lista de espera. Lamentablemente, no puedo opinar más acerca de eso.

Ahora, si pudiera tener una forma más clara de responder respecto de eso, sería solo para señalar que tanto él como la doctora Moreno, tenían conocimiento pleno, porque uno decía cuánta lista de espera había y el otro debía decir cómo financiaba. No podía ser de otra forma. La subdirectora médica no podía –valga la expresión- mandarse sola respecto de pagar.

Ahora, respecto del señor Jonathan Leiva, quien era el auditor ministerial, trataré de ser muy sucinto. Este documento que tengo acá, no solo es la transcripción de sus preguntas, me di la oportunidad y el gusto de revisar completamente lo que señala. No puedo hablar de falsedad, porque significaría tratar de tocar el Estatuto Administrativo y otros códigos para explicarlo, pero podría decir que él, de alguna forma, tergiversó una verdad y una realidad que es muy distinta; él confunde procesos, confunde situaciones.

Si les parece, les puedo hacer llegar nuestro análisis de esas declaraciones. En este análisis nosotros decimos claramente que el 20 de enero, quien habla, por una orden expresa de Gonzalo Urbina, mandamos la auditoría del GES; él no puede desconocer eso. Tampoco puede desconocer –lo digo con mucha franqueza y disculpe lo duro que puede sonar-, si estuviera al frente, que estuvimos un día antes de venir a la comisión investigadora, con él más la jefa de gabinete del ministro de la época, definiendo cuál era la estrategia para abordar el tema del GES y que, de alguna forma, él recién me estaba notificando que habían hecho una auditoría interna, una minuta, que, además, disponía trabajos dentro de la subsecretaría. Por lo tanto, ¿en qué minuto me iba a enterar que tenía que hacer cambios en la auditoría? Me estaba pidiendo que cambiara mi discurso de un día para otro, cosa en, que la práctica, no podía ser.

En cuanto a los alumnos en práctica, también está en una equivocación, porque estos alumnos estaban titulados, estaban sus certificados de títulos, porque eran compras de servicios. En el minuto que auditaron, estaban con sus títulos en trámite, por lo que eran auditores en profesión.

Respecto de lo que señaló sobre las nóminas, él no entiende que en el servicio es casi todo manual. En la actualidad, gracias a la opinión del ministro Santelices, estamos tratando de informatizar los procesos. Si ustedes me dicen que un sistema informático es una planilla Excel, es una equivocación. El auditor ministerial tiene una base de datos de donde se



cuelga, yo, con suerte, tengo un archivo en Excel, que me los descargan y lo tengo que manipular. Por eso, me cuesta imaginar que un auditor, de la experiencia de él, tenga dudas tan profundas de procedimiento y de la profesión de auditoría.

Soy auditor de profesión y fui formado de otra manera. No sé si él habrá tenido otra formación, pero en la universidad en que me formé, las cosas se hacen de otro modo.

Junto a la otra carpeta, voy a mandar a la comisión el análisis que hicimos respecto de las declaraciones que él hizo, con los argumentos.

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

Tiene la palabra el director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor Ricardo Pinto.

El señor **PINTO**.- Señorita Presidenta, creo que de todas maneras habrá que contextualizar y, probablemente, en otra oportunidad *in extenso* dedicarnos un poco más.

Las medidas que se establecen al generar una buena idea, como una clínica que empieza a funcionar, tratando de solucionar la presión de tener pacientes hospitalizados en el Hospital San José y derivarlos a un sector que se habilitó especialmente, se estableció, por iniciativa propia de dos funcionarios que fueron acreditadamente encontrados responsables por los sumarios establecidos, como fueron el director de la clínica y, en consecuencia, también el director del Hospital San José, que ellos fueron los responsables de generar una cosa que no informaron a nadie, que fueron iniciativas propias que generaron esta situación.

Ciper Chile, cuando hace la denuncia, en junio de 2016, genera una suerte de toma de decisiones tan claras, como que en junio de ese mismo año se cierra la clínica Maruri. En febrero de 2014 el Minsal hizo una denuncia ante la fiscalía, cuyo proceso lamentablemente todavía está en curso, no se han definido responsabilidades.

Además, en marzo se establece la auditoría que genera las responsabilidades administrativas, en las cuales son investigados cuatro funcionarios, de los cuales dos son destituidos.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Entonces, ¿el director del hospital y el director de la clínica Maruri tienen facultades para borrar el Repositorio Nacional?

El señor **PINTO**.- Señorita Presidenta, tomaron iniciativas, y en los sumarios que en este minuto están en Contraloría se encontró la responsabilidad de ellos.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- O sea, usted afirma que un director de hospital tiene facultades...

El señor **PINTO**.- No lo tengo a la vista, señorita Presidenta, para aseverar...

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Pero un director de hospital y un director de un servicio del hospital, ¿tienen facultades para borrar el Repositorio Nacional?

El señor **PINTO**.- No, no tienen facultades.

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

Tiene la palabra el diputado Miguel Crispi.

El señor **CRISPI**.- Señorita Presidenta, me gustaría saber qué va a pasar con aquellos que quedaron fuera del Repositorio Nacional. Es decir, cuál es la política.

En la comisión debemos identificar –como lo ha señalado el diputado Juan Luis Castro– cuál ha sido ese *modus operandi* gravísimo, donde se tomaron atribuciones, probablemente, bajo criterios políticos, se genera una cultura de poder resolver problemas tachando personas de un listado de listas de espera, uno podría decir que se empieza a generar por el desorden y se identifican distintas causas, pero al final hay responsabilidades políticas que nosotros pretendemos identificar.

Sin embargo, ¿qué pasa con esas personas que salieron del repositorio? ¿Cuál es la respuesta que dan los servicios de salud para reingresarlas, recontactarlas, de manera de resolver el problema de 30 mil personas?

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

El señor **MACAYA**.- Señorita Presidenta, aquí hay observaciones y constataciones, y obviamente en el rol de auditor que le correspondió al señor Castillo -me refiero



particularmente al Servicio de Salud de la Región de O'Higgins-, parece correcto que haya un diagnóstico de las situaciones y de las irregularidades que existieron. Sin embargo, dado que hoy al señor Claudio Castillo le corresponde un rol también de director subrogante del Servicio de Salud, echo de menos en esta presentación las medidas que se están adoptando para que estas situaciones no se vuelvan a repetir.

En definitiva, se debe entender que esta Comisión Investigadora, más allá de tener que constatar las situaciones que existieron, debe tener claridad hacia dónde deben ir cambiando los protocolos y qué situaciones se están haciendo para que estas situaciones no se vuelvan a repetir.

Lo segundo es un tema de orden procedimental. Entiendo que usted cuando comenzó la sesión, dijo que había sido tratada de ser contactada por la exministra Carmen Castillo.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- La Secretaría lo dijo. Estaba invitada para esta sesión.

El señor **MACAYA**.- ¿Cómo la trataron de contactar?

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- A través del Ministerio de Salud.

El señor **MACAYA**.- Justamente por eso lo planteo.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- A través del Ministerio de Salud se nos dijo, en reiteradas oportunidades, que ya no estaba trabajando, pero que de todas maneras necesitábamos tener información para saber dónde poder ubicarla, incluso algún correo electrónico.

Dijeron que no lo tenían y que iban a tratar de contactarse con ella, y que lo iban a ver. Eso fue lo que a nosotros nos dijeron. A mí no me consta que se hayan contactado; no me consta nada.

Se volvió a pedir la información, pero nunca nos han respondido.

Ese es el canal que tenemos.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Me comprometí a tomar las medidas para buscar un mecanismo que nos permita ubicar a la exministra de Salud. En eso quedamos, y la volveremos a invitar para la próxima sesión.

El señor **MACAYA**.- Señorita Presidenta, solo le pido dos cosas. Quizá pueda estar equivocado, pero entiendo que tenemos un plazo y dentro de este, incluso, podemos citarla. ¿Es así o no?

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- No.

Solo se tiene la facultad de acusarla constitucionalmente, y eso es luego de tres meses.

No se tiene la facultad de citarla.

El señor **MACAYA**.- Ese plazo venció ayer.

Como hay gente del Ministerio de Salud, quizá, desde el ministerio le podrían facilitar información o bien enviarle una carta o un correo electrónico.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Eso fue lo que intentamos hacer.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, en la línea de inquirir mayores antecedentes de la primera comisión, me comprometo proactivamente a lograr que concurra quien manejaba el tema a nivel ministerial, que era la subsecretaria de Redes Asistenciales, quien tenía el despliegue de cómo se hacían las cosas. Si les parece, voy a intentar ubicar a la exsubsecretaria para que asista y nos aclare todos estos puntos, en caso de que no se pueda encontrar a la exministras.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- ¿Usted dice que se compromete a poder ubicarla?

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- La voy a tratar de ubicar y voy a proveer todos esos antecedentes.

También me parece valioso, tal como ha señalado el señor director, que la subdirectora de Gestión Asistencial, la doctora Angélica Moreno, concurra porque, de acuerdo a la información que usted nos ha entregado, evidentemente pasaba por ahí la toma de decisiones respecto del repositorio y respecto del AUGE.



Por eso, pido que se considere para la próxima semana a la subdirectora de Gestión Asistencial.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- Me parece bien.

En la misma línea, y antes de dar la palabra a los señores directores para que puedan cerrar, tenemos que resolver a quién invitamos para la próxima semana.

Se propuso al fiscal, en este caso, sugiero hacerlo para la semana subsiguiente.

De todas maneras, como la exministra de Salud y la exsubsecretaria están invitadas, pero no necesariamente tienen la obligación de asistir a la Comisión, la idea es citar a alguien para que la Comisión pueda sesionar la próxima semana.

Entonces, para la próxima sesión, citar a la subdirectora de Gestión Asistencial, de la Región de O'Higgins, e invitar a la exministra de Salud, señora Carmen Castillo, y a la exsubsecretaria, señora Gisela Alarcón.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Entonces, se citará a la señora Angélica Moreno.

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

El señor **PINTO**.- Señorita Presidenta, desde nuestra perspectiva, consideramos que esta situación está suficientemente investigada, suficientemente saldada, en términos de resolución administrativa. Solo nos queda confirmar, después de la información que nos devuelve la Contraloría, oficialmente, la capacidad de comunicarles a estos dos exfuncionarios que no pueden trabajar en cinco años más en la administración pública.

Las medidas que se han adoptado dentro del servicio, no solo ahora sino desde antes, son estrictas. Casi podemos tener la certeza de que no estamos contraviniendo la legislación respecto de sacar gente que no corresponde o a poner gente en líneas, o adelantar la fila para llegar antes, como también pudo haber ocurrido.

Estamos tranquilos, confiamos en que la Fiscalía entregue un informe judicial que permita aclarar todos los hechos, porque, desde nuestro punto de vista, fue un mal sueño haber tenido a la Clínica Maruri.

Muchas gracias.

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

El señor **CASTILLO**.- Señorita Presidenta, respecto de lo que hemos hecho hasta ahora en relación a la carga, el 1 de enero de 2018 se cargaron los 54.000 archivos que teníamos; se subieron todos y solo quedaban 120.000 archivos respecto de los cuales tenemos problemas de duplicación. Por lo tanto, se cargaron completamente todos, y hoy tenemos una lista de espera, en repositorio nacional, de alrededor de 90.000 personas.

Hay políticas claras respecto de la carga; hoy hubo gestiones y el ministro Santelices, tal como lo señalé al comienzo, ha generado una política bastante activa respecto de sistemas informáticos que permitan una mejor forma y control respecto de los procedimientos, que tal como señalaba, están trabajando con los que son BI –Business Intelligence- o con Big Data, para poder llegar a un aterrizaje un poco más claro respecto del tema.

Para contestar, estamos tratando de verificar que esas personas que no hubieran estado incorporadas en algún minuto, hoy sean contactadas nuevamente a fin de cumplir eventualmente las prestaciones que faltan. Eso es lo que hemos estado haciendo.

Ha sido un poco costoso y dificultoso porque hay datos que no los tenemos, por motivos que eventualmente en otra instancia se podrá comentar. No están físicamente en la dirección, sino en los Cesfam y Cecosf, y hay que ir a buscarlos literalmente, que es un tema un poco más complejo, pero se está haciendo.

Respecto de las consultas del diputado Macaya, las medidas que hemos estado adoptando, a título de la dirección del servicio, es hacer una incorporación de la mayor cantidad de carga de datos que hemos podido. Hemos tenido todas las instancias para poder solucionarlo, por ello se está buscando una forma de rectificar los problemas que se tenía respecto del repositorio, que es un problema de conectividad.

Por otro lado, tenemos la carga masiva de datos. Incluso, en un momento, se contrató a una empresa *carry boy*, que era una notificación literalmente en motocicleta al domicilio para



buscar a la persona y sacar la firma. Se está formando una comisión para ir a notificar casa por casa, lo que significa ir y buscar al paciente.

Estos procedimientos estarán en la carpeta que enviaré.

Las políticas son muy claras respecto de que nuestra responsabilidad como servicio es con el paciente y para el paciente. Lo más importante es que hoy se está tratando de buscar que todo aquel registro que hubiese quedado faltante en algún momento, sea incorporado, y por las vías administrativas, tratar de ir generando, a través del mecanismo 24/7 de los hospitales, una serie de gestiones para que los cinco hospitales estén operando todos los fines de semana.

Muchas gracias.

La señorita **CARIOLA**, doña Karol (Presidenta).- En nombre de la Comisión, agradezco la concurrencia del director del Servicio de Salud de O'Higgins, señor Claudio Castillo, y al director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor Ricardo Pinto.

Esperemos que puedan estar a disposición de la Comisión, porque quedaron pendientes varios elementos, incluso, en el transcurso del tiempo, irán apareciendo algunos otros, por lo que, a lo mejor, los volveremos a citar.

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

*-Se levantó la sesión a las 17.54 horas.*

**ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,**

Redactor

Jefe de Taquígrafos de Comisiones.