

COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA ENCARGADA DE REUNIR ANTECEDENTES RELATIVOS A LOS ACTOS DE GOBIERNO REFERIDOS A LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y DE LA FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE LOS REGISTRO DE LISTAS DE ESPERA NO GES, DESDE EL AÑO 2022 A LA FECHA (CEI 63,64)

ACTA DE SESIÓN ORDINARIA N°4, LEGISLATURA 372ª, CELEBRADA EN MARTES 21 DE ENERO DE 2025, DE 08:30 A 10:00 HORAS.

SUMA

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió a la Dra. Andrea Solís Aguirre, Jefa de la División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (Minsal) de Chile, quien se refirió al funcionamiento del sistema de referencia y contrareferencia de las listas de espera No GES, las modalidades de ingreso a la lista de espera, las causas de egreso, la articulación entre repositorios locales y nacional, y el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera SIGTE, entre otras materias de su competencia.

Presidió su titular, diputado **Tomás Lagomarsino Guzmán**.

Actuó, en calidad de Abogado Secretario de la comisión, el señor Leonardo Lueiza Ureta; como abogada ayudante, la señora Milenka Kegevic Romero; y como secretaria ejecutiva la señora Evelyn Gómez Salgado.

I. ASISTENCIA

Asistieron, de manera presencial, la diputada Emilia Nuyado, y los diputados Jaime Araya, Andrés Celis, Mauro González, Tomás Lagomarsino, Henry Leal, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero, Patricio Rosas, Jaime Sáez y Jorge Saffirio.

Participó de forma presencial la Dra. Andrea Solís Aguirre, Jefa de la División de Gestión de la Redes Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.



Firmado electrónicamente

<https://extranet.camara.cl/verificardoc>

Código de verificación: 749894AA27D6BDEB

II. ACTAS

El acta de la sesión 3ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 2ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

III.- CUENTA¹

Se han recibido los siguientes documentos para la cuenta:

1.- Se ha confirmado la asistencia de la Dra. Andrea Solís Aguirre, Jefa de la División de Gestión de la Redes Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

2.- Correo electrónico de la Presidenta del Colegio Médico, por el cual excusa su inasistencia a la sesión, por motivos de agenda. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

IV.- ORDEN DEL DÍA

Se recibió a la Dra. Andrea Solís Aguirre, Jefa de la División de Gestión de la Redes Asistencial (DIGERA) División de Gestión de Redes Asistenciales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, quien se refirió al funcionamiento del sistema de referencia y *contrareferencia* de las listas de espera No GES, las modalidades de ingreso a la lista de espera, las causas de egreso, la articulación entre repositorios locales y nacional, y el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera SIGTE, entre otras materias de su competencia².

Asimismo, se adoptaron acuerdos sobre el cronograma y futuros invitados de la Comisión.

La exposición de los invitados y las intervenciones de los diputados constan en detalle en el acta taquigráfica confeccionada por la Redacción de Sesiones de la Cámara de Diputados, que se adjunta a continuación.

V.- ACUERDOS

Se adoptaron los siguientes acuerdos:

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=339428&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

² https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=339434&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

1.- Prorrogar la presente sesión hasta por 10 minutos.

2.- Solicitar al Director de Comunicaciones de la Cámara de Diputadas y Diputados la transmisión de las sesiones que se celebren en regiones a través del canal de televisión de la Corporación y también de manera online.

3.- Oficiar a la Ministra de Salud, doña Ximena Aguilera, con el objeto de solicitar tenga a bien dar respuesta a las siguientes interrogantes, las cuales fueron planteadas por las diputadas y los diputados integrantes de la Comisión durante la sesión celebrada el día 21 de enero de 2025, en cuya instancia se recibió a la Jefa de la División de Gestión de la Redes Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Dra. Andrea Solís Aguirre:

1.- Indique su opinión respecto a la decisión de desconcentrar el Sistema SIGTE, en el año 2018, señalando el impacto que aquello generó y si se ha podido cuantificar cómo ha aumentado la brecha de las listas de espera en función de nuevas consultas.

2.- Individualice a las personas encargadas de adoptar la decisión de dicha desconcentración, sin haber suscrito contratos de mantenimiento.

3.- Considerando que los datos entre el sistema de información nacional y el sistema de información local no coinciden, explique cuál de ellos entregaría mayor credibilidad.

4.- Informe si es posible – y cómo- que el paciente acceda al sistema en línea y pueda revisar y constatar el estado en que actualmente se encuentra en la lista de espera, pues ello permitiría un grado de control ciudadano.

5.- Especifique las medidas que se adoptan, desde un punto de vista estratégico, respecto a la situación que afecta, históricamente, a la atención primaria de un déficit de profesionales médicos especialistas, lo que genera derivaciones al nivel mayor de complejidad.

6.- Especifique las medidas que se han adoptado con el objeto de agilizar la gestión de las listas de espera y la resolución de los problemas asociados a ellas.

7.- Señale las causas que han generado retraso en las listas de espera.

8.- Señale las causas que inciden en la acumulación de intervenciones que no se han resuelto.

9.- Informe si el llamado sistema "SIGTE 2.0" cuenta con algún tipo de alerta en tiempo real, por patología, respecto al stock de insumos requeridos para cada enfermedad.

10.- Indique si el sistema SIGTE 2.0 es de creación propia o si su desarrollo fue contratado a una empresa externa, y cuál es su soporte y detalle los avances que se han registrado desde el mes de septiembre de 2024 a la fecha.

11.- Considerando los problemas y dificultades que se han detectado y los avances que se han logrado, indique las medidas que se podrían recomendar y que permitan mejorar el sistema.

12.- Señale los motivos por los que se han suspendido tantas operaciones quirúrgicas en el Hospital Base San José de Osorno, y por los que no se ha entregado oportunamente la información correspondiente a las personas afectadas.

13.- Indique las medidas que se adoptarán para enfrentar y dar solución a los resultados negativos de las auditorías realizadas, a los distintos Servicios de Salud del país, por la Contraloría General de la República.

14.- Considerando las debilidades que se han detectado en el sistema de listas de espera, informe los motivos por los cuáles la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) tardó tantos años para adoptar medidas, considerando que era conocido que el sistema informático fundamental para las personas que están esperando, no estaba funcionando adecuadamente.

15.- Informe si todas las personas que han sido egresadas de las listas de espera sin una causal adecuada han sido reintegradas a los sistemas, y si existe alguna revisión periódica y oportuna de los procesos de egreso.

16.- Especifique si hay algún método de revisión del sistema de listas de espera, y en caso de haberlo en qué consiste, para advertir los problemas asociados y corregirlos oportunamente.

17.- Señale si es efectivo que durante el año 2024 fallecieron, sin ser oportunamente atendidas, 34.000 personas que estaban en listas de espera.

18.- En relación con la suspensión de 23.000 cirugías, de las cuales sólo 3.000 se atribuyen a causas imputables a los pacientes, y las restantes 20.000 a razones catalogadas como “razones administrativas”, indique si esos 23.000 casos se reagendan y bajo qué criterios, y describa qué se entiende en ese Ministerio por “razones administrativas”.

19.- Finalmente indique si el sistema denominado SIGTE 2.0, o equivalente, está siendo utilizado en algún otro país extranjero.

El detalle de lo obrado en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del Reglamento.³

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 10:00 horas.

LEONARDO LUEIZA URETA
Abogado Secretario de la Comisión

³ <https://www.camara.cl/prensa/Reproductor.aspx?prmCpeid=4622&prmSesId=79553>

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA ENCARGADA DE REUNIR
ANTECEDENTES RELATIVOS A LOS ACTOS DE GOBIERNO REFERIDOS A LA
GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y A LA FISCALIZACIÓN Y
CONTROL DE LOS REGISTROS DE LISTAS DE ESPERA NO GES,
DESDE EL AÑO 2022 A LA FECHA**

Sesión 4^a, celebrada en martes 21 de enero de 2025,
de 08:30 a 10:00 horas.

Preside el diputado señor Tomás Lagomarsino.

Asisten la diputada Emilia Nuyado, y los diputados Jaime Araya, Andrés Celis, Mauro González, Henry Leal, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero, Patricio Rosas, Jaime Sáez y Jorge Saffirio.

Concurre, en calidad de citada, la jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial (Digera) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, doctora Andrea Solís Aguirre.

TEXTO DEL DEBATE

-Los puntos suspensivos entre corchetes [...] corresponden a interrupciones en el audio.

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

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

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Tiene la palabra el diputado Jaime Araya.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, sobre la Cuenta, quiero consultar a Secretaría si la excusa presentada por la presidenta del Colegio Médico de Chile es solo para ausentarse de esta sesión.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor **LUEIZA** (Secretario).- Solo por esta sesión, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra sobre puntos varios.

Ofrezco la palabra.

La presente sesión tiene por objeto abordar la investigación sobre las listas de espera, centrándose en su gestión, así como en la fiscalización y en el control de las listas de espera no GES, desde 2022 hasta la fecha.

Para tal efecto, asiste la jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial (Digera) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, doctora Andrea Solís Aguirre.

Cabe señalar que la Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene dos grandes divisiones: la División de Inversiones y la División de Gestión de la Red Asistencial. Esta última es la encargada de supervisar toda la red de hospitales, tanto autogestionados como dependientes; las interconsultas, las referencias y contrarreferencias, y la plataforma del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (Sigte).

Bienvenida, doctora. Agradecemos su presencia.

Tiene la palabra para que pueda iniciar su presentación.

Posteriormente, daremos inicio a la ronda de preguntas.

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).- Buenos días, señor Presidente, por su intermedio saludo a todos los miembros de la comisión.

Lo que se me ha solicitado en la citación es explicar el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de las listas de espera no GES, la articulación entre los repositorios locales y nacionales, la forma de ingreso a la lista de espera, las causales de egreso y el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (Sigte).

En primer lugar, cuando hablamos del sistema de referencia y contrarreferencia, como señaló al inicio el Presidente, nos

estamos refiriendo a la relación y derivación entre dos establecimientos de la red asistencial. Desde su creación, nuestro sistema de salud, primero como Sistema Nacional de Salud y luego como Sistema Nacional de Servicios de Salud, establece que las atenciones se dan en una integración de los distintos organismos públicos que otorgan prestaciones relacionadas con los servicios de salud.

La ley N° 19.937, sobre la autoridad sanitaria, explicita y profundiza este concepto, indicando que cada servicio de salud en la red pública está compuesto por los establecimientos públicos dependientes de dicho servicio, como los hospitales de baja, mediana y alta complejidad, que incluyen a los hospitales autogestionados, los establecimientos municipales de atención primaria de salud en su territorio, y los establecimientos públicos o privados que tengan convenio con el servicio de salud, con el objetivo de complementar y colaborar para resolver las necesidades de salud de la población.

Por otra parte, esta ley también hace explícito que la red asistencial se organiza desde el primer nivel de atención, que corresponde a la atención primaria, que es la más cercana a la población en un determinado territorio y que interactúa con otros niveles de mayor resolutiveidad o complejidad a través de las derivaciones.

Actualmente, existen 29 servicios de salud en las 16 regiones del país, con una red variable en cada una de ellas. ¿Por qué lo menciono? Porque cada una de estas referencias y contrarreferencias tiene una distribución distinta y diversas definiciones sobre qué patologías se derivan, a qué recintos y a qué especialidades, dependiendo de cada red. Por encima de

estas redes, existe una derivación nacional y redes de alta complejidad.

Las redes asistenciales tienen, entonces, definiciones para cada uno de sus establecimientos sobre la cartera de servicios y prestaciones que pueden ofrecer, lo cual está autorizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Cada servicio de salud tiene definida su red de derivación interna y, como mencioné, también una red nacional de derivación.

La resolutiveidad de una atención está relacionada con la especialización de su recurso humano, es decir, un médico general, médico especialista o subespecialista, así como con el acceso a métodos diagnósticos, como exámenes de laboratorio o imagenología, y terapéuticos, como determinados fármacos o ciertos procedimientos.

La base de estas redes, como mencioné antes, es la atención primaria, y el punto de ingreso a la atención electiva de la red es a través de los centros de salud familiar, donde las personas se inscriben.

Este proceso de atención de referencia y contrarreferencia, aunque la comisión está centrada en los tiempos no GES, incluye todos los casos que se derivan, tanto los que tienen garantías GES como los que no las tienen.

La derivación es responsabilidad y decisión de los profesionales de cada centro. No es un proceso electivo para las personas, sino que es el profesional quien evalúa y decide si derivar o no a un paciente, en caso de que requiera una atención más especializada.

Todo este proceso de referencia y contrarreferencia está enmarcado en la ley N° 19.937, en el Reglamento Orgánico de los

Servicios de Salud (Decreto N° 140), que define la estructura operativa de los servicios; en el Decreto Supremo N° 67, que recoge los derechos de los pacientes, y específicamente en lo relacionado con las listas de espera no GES, en la Norma Técnica N° 118, que regula lo que se registra en esta normativa.

Por su parte, el proceso de referencia y contrarreferencia tiene una estructura metodológica diseñada en 2009, mientras que las orientaciones técnicas de programación en red, que se realizan desde 2015 hasta la fecha, establecen el marco en el que se produce esta relación entre los distintos establecimientos, la conexión entre ellos, la programación de actividades y el rendimiento de estas, con el foco en resolver la demanda asistencial.

Además, desde 2020, se cuenta con orientaciones técnicas respecto de cómo se gestionan las agendas de los establecimientos, es decir, cómo se asignan las horas, quién las entrega, así como cuál es la relación entre los equipos clínicos y de admisión, que son los lugares de los hospitales donde se realiza este agendamiento.

Por otra parte, los manuales de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) son los que nos permiten monitorear, en términos de cantidad, las actividades que se realizan al interior de una red y entre los distintos niveles de atención.

Entonces, como comentaba, las redes complementan sus carteras de servicios a través de estas referencias. Cuando un médico de atención primaria evalúa que, para resolver el problema de salud de un usuario, requiere una atención de mayor especialización, lo deriva al hospital definido en su red. Esto, en general, corresponde a los casos más complejos y a las patologías menos frecuentes.

Por su parte, los hospitales también pueden derivar a un centro de mayor capacidad resolutive. Esto ocurre entre un hospital de mediana complejidad y otro de alta, pero también desde uno de alta hacia uno de referencia nacional, como puede ser el Instituto Nacional del Tórax o alguno de los otros institutos.

Asimismo, al interior de cada establecimiento puede haber referencia entre especialistas. Toda la referencia del usuario entre los establecimientos es coordinada y gestionada por estos mismos, y ellos son los que se coordinan para asignar las horas a los pacientes.

Por otra parte, la derivación a otro nivel, como comenté antes, es la definición del profesional junto con la medición que lleva la División de Atención Primaria (Divap) del ministerio. De acuerdo con esa evaluación, podemos decir que alrededor del 92 por ciento de los problemas de salud que se consultan en el nivel primario se resuelven en el nivel primario y, por tanto, solo el 8 por ciento se deriva al nivel secundario. Eso está enmarcado en un modelo de atención integral, donde el centro está enfocado en las personas y sus familias, que toman contacto con los Centros de Salud Familiar (Cesfam), que, como explicaba, son la puerta de entrada al sistema, y entre los Cesfam hay conexión con los hospitales, con los centros ambulatorios, que son los CRS o CDT, o pudiera haber un privado en convenio, como se mencionó en la ley, y los centros de referencia nacional.

Ahora bien, en el gráfico que ven en la pantalla, las flechas bidireccionales quieren mostrar que, efectivamente, el proceso es en ambos sentidos, y los tiempos para que esto ocurra dependerán, obviamente, de cada uno de los problemas de salud por resolver. Esto aplica para la red completa. También hay una atención de urgencia y, en general, las

personas consultan de forma espontánea, y, si ocurre un hecho en la vía pública o alguna situación de riesgo, opera la red SAMU o la atención prehospitalaria.

Sin embargo, vamos a focalizar el análisis en la red electiva, en el sistema electivo de atención.

Todo el sistema de referencia y contrarreferencia tiene una gestión desde el nivel del Ministerio de Salud (Minsal) hasta el de microgestión en los establecimientos.

Desde el nivel ministerial, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través de la División de Gestión de Redes Asistenciales (Digera) -que tengo a mi cargo- y de la División de Atención Primaria, regulamos la interacción entre ambos, los niveles de resolutiveidad y los programas que se desarrollan.

En cada uno de los servicios de Salud, los subdirectores de Gestión Clínica son los líderes de los procesos de la referencia y contrarreferencia, y, obviamente, de los tiempos asociados a esto. Además, en cada uno de esos servicios hay profesionales a cargo de este proceso en la gestión de la demanda, la referencia y los registros.

Al interior de cada uno de los establecimientos, el director y su subdirector de Gestión Asistencial velan por la adecuada respuesta y resolución de los problemas derivados, junto con los jefes de las especialidades.

En el esquema que pueden ver, les muestro cómo ocurre el proceso. En el lado izquierdo de la figura tenemos la referencia desde el establecimiento de origen al de destino. Como mencionaba, esto parte en el centro de origen, que es la atención primaria, en la cual se genera una interconsulta, ya que la forma de interactuar para las consultas nuevas de especialidad es través de una interconsulta; luego, esta se deriva al centro de referencia que, según su red, le

corresponda al usuario, y se recibe la interconsulta, en general, en las unidades de admisión. Desde esa recepción, en esas unidades hay una priorización. Primero, se determina si son problemas de salud incluidos en las Garantías Explícitas en Salud (GES). Si lo son, se les otorga la hora, mientras que, si son problemas de salud no GES, y como en los servicios hay protocolos de priorización por especialidad, se asignan las horas con la prioridad biomédica por antigüedad y también por algunos grupos establecidos como prioritarios.

Una vez que eso ocurre, se realiza el agendamiento y la citación a los pacientes. En algunos servicios se les llama directamente, mientras que en otros hay interacción entre las redes y, al final, la de atención primaria les informa. Así se define el tipo de la atención, que puede ser presencial o por telemedicina.

Luego de que el paciente ha sido atendido en el centro de referencia, pueden ocurrir tres situaciones. La primera es que la persona deba requerir cuidados de especialidad, para lo cual se hace un plan de atención ambulatoria y se continúa con el especialista. La segunda situación es que necesite una atención hospitalizada, que suele ser por cirugía, por lo cual debe ingresar para realizarse el procedimiento. En la tercera situación se produce el alta, lo que depende de alguno de los dos casos que acabo de explicar.

Hay algunos pacientes que, por su complejidad y por un problema de salud específico, quedan de forma permanente en el nivel secundario, y hay otros que, si luego de la primera consulta se descarta la enfermedad, o si después de un par de consultas el problema de salud se resuelve, se hace la contrarreferencia al establecimiento de origen.

Este proceso asistencial, que es el que ocurre y ha ocurrido desde hace mucho tiempo, en términos de hacerlo en

formato papel, se ha ido acompañando de sistemas de información.

Había una pregunta relacionada con la articulación de los sistemas locales y nacionales, y para responderla volveré a mostrarles un diagrama de flujo, que pueden observar en la pantalla.

Como pueden ver, existe el Sistema de Información de Redes Asistenciales (Sidra), que es el programa de información de la red asistencial local. Luego de la atención inicial en el box, se realiza la Solicitud de Interconsulta (SIC), la cual se genera en los sistemas locales de atención primaria para velar por la pertinencia de la derivación, es decir, que corresponda a la red definida, que efectivamente sea la patología y, mediante una revisión, que el problema no pueda ser resuelto en atención primaria.

Una vez que eso es revisado se realiza la referencia hacia el hospital, y como la atención primaria está muy informatizada, esto lo manejan con sus propios sistemas informáticos. A su vez, el hospital tiene un Registro Clínico Electrónico (RCE), que también recibe estas interconsultas.

Como dije, se prioriza con criterios biomédicos, garantías de tiempo y criterios de antigüedad, más algunos grupos prioritarios, y después se produce el agendamiento en los sistemas. Una vez que eso ocurre, estos ingresos se derivan, vía cargas de planillas, al Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (Sigte) con el que cuenta cada uno de los hospitales y en el que se cargan las planillas.

Desde 2023, año en el que ahondaré más adelante, estas cargas las hacen los servicios de salud, básicamente, por fallas del soporte del sistema. Entonces, hasta fines del año pasado, estas planillas que el hospital genera se envían a los servicios de salud y son estos los que las cargaban al Sigte.

Según el servicio de Salud, la referencia entre un Sidra local y un registro clínico hospitalario puede ocurrir a través de planillas o mediante sistemas parcialmente integrados. Por ejemplo, algunos servicios de Salud han diseñado sistemas que permiten cargar como red en ese sistema, con el fin de que la información pueda viajar hacia el hospital de forma más inmediata.

Además, quiero mencionar que esta estrategia Sidra, que es la base de los sistemas locales, partió en 2007, cuando se inició la informatización de los establecimientos y, principalmente, comenzó en la atención primaria y se definió partir con cinco módulos: urgencia, hospitalización, pabellón, atención ambulatoria y agenda. Desde ese momento, el foco se centró en diseñar los procesos de atención que acompañan estos módulos y expandirlos.

Lo primero fue contar con sistemas de información en los establecimientos, lo cual ocurrió entre 2007 y 2015.

En 2015 hubo una estrategia que se llamó Salud Conectada, que empezó a incorporar los criterios de definición de estándares y codificación. Si bien se había avanzado en el proceso de contar con un diseño informático que acompañara el proceso asistencial, no estaban todos con el mismo lenguaje. Eso fue un principio de la definición de estándares y codificación, pero se entregó a cada uno de los servicios de salud, quienes gestionaban independientemente en sus servicios la aplicación de estos estándares.

En 2018, el foco se coloca en la plataforma Hospital Digital, como una estrategia a través de la cual se prestarían atenciones o se capturaría información clínica. En ese momento, se desconcentró el supuesto de la estrategia Sidra, que había sido liderada en forma centralizada desde el Ministerio de

Salud hacia los servicios de salud, los cuales empezaron a expandir sus desarrollos.

En 2022 se define la interoperabilidad. La ministra Aguilera definió avanzar en interoperabilidad, ya que, a pesar de los avances, las integraciones más locales, punto a punto, no permitían expandir. Por ello, se buscó desarrollar la estrategia de interoperabilidad que permite capturar y compartir la información entre todos los distintos actores, sin necesidad de tener una misma ficha, con el fin de capturar la información que se requiere para el seguimiento de los casos, ya sea como un repositorio o una ficha única del paciente o, en este caso, para el seguimiento de los tiempos.

En ese momento se define que se aplicarán codificaciones estándares, se utilizará el lenguaje HL7, se estandarizarán las estructuras de plataforma y se inicia el desarrollo de la disponibilización de buses de integración, que, además, va en la línea con lo que definió la OMS alrededor de 2020 respecto a salud digital.

En la presentación se observa cómo se ha desarrollado el sistema de información Sidra en los distintos niveles, que son los sistemas locales mencionados. En atención primaria hay dos grandes proveedores, en general hay muy poco desarrollo local; la mayoría son proveedores de grandes empresas de tecnología de información en salud.

En el nivel hospitalario, hay una variabilidad de sistemas de información. Algunos son de empresas, otros muchos son desarrollos locales, y otros que tienen un *mix* de las anteriores, lo que demuestra la variabilidad existente y, efectivamente, la dificultad para conectarnos, ya que cada uno de esos desarrollos locales, aunque diseñados bajo el mismo

proceso de atención, pueden presentar variables en distintos campos en la forma en que se configuran.

Por lo tanto, en la articulación entre los sistemas locales y nacionales, en general en los programas y proyectos de la estrategia Sidra se priorizó la informatización de los procesos en cada uno de los establecimientos. Hoy día tenemos un 95 por ciento más de informatización en los módulos de atención ambulatoria, y agenda un 80 por ciento en hospitalización y urgencias, y un 58 por ciento en quirúrgico.

La integración entre estos sistemas no tuvo un diseño prioritario ni único, solo algunos servicios de salud incorporaron una capa de integración entre ellos. Sin embargo, eso tampoco les permite necesariamente interactuar a nivel nacional o con una plataforma nacional.

La interoperabilidad, que se define a fines de 2022, es más genérica en términos de código, es internacional, es escalable y permite la interacción de datos entre los distintos prestadores, sin requerir un mismo sistema de información o de un mismo Sidra local o RCE local.

Respecto de las listas de espera no GES, en primer lugar, cabe señalar que las listas de espera son un desafío en todos los países de la OCDE. La forma en que se abordan depende de los sistemas de salud específicos. Estos tiempos de espera reflejan el desbalance entre la oferta y la demanda, y las definiciones y mediciones realizadas por cada país para hacer este seguimiento también varían. En algunos casos son generales, otros tienen trazadoras. De hecho, la OCDE solo comparte tres trazadoras en el quirúrgico, ya que no es fácil hacer la data comparable. Además, la relevancia que le da cada

país respecto de la importancia de la medición también es variable.

He incluido una imagen de un documento de la OCDE de 2020, respecto de todo un análisis de las listas de espera, en la cual se demuestra la importancia que se le da al seguimiento de los tiempos de espera en cada uno de los países. Nosotros estamos en el de alta prioridad, pues en esa época teníamos definidas las garantías de oportunidad en términos de tiempo, dentro de las garantías GES, y teníamos un sistema de monitoreo para los casos no GES.

Chile establece este problema de salud con garantías, según el proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Lo pongo ahí, porque quiero mostrar la cantidad y detalles de tiempos que seguimos. Contamos con un sistema que nos permite hacer ese seguimiento. En el caso de los tiempos GES, se hace a través de la plataforma Sigges, mientras que en el caso de los seguimientos no GES, que son seguimientos más genéricos de consultas nuevas médicas, consultas nuevas odontológicas, cirugías mayores electivas, cirugías menores electivas y procedimientos, lo hacemos a través del sistema Sigte.

Los procedimientos están en la norma N° 118, pero ha sido el que tiene menor desarrollo y menos confiabilidad en la data, debido a que tiene una variabilidad muchísimo más grande de acciones que solo las consultas o las cirugías.

¿Cómo ha sido el proceso de registro? Desde 2009 existe un registro de listas de espera, en que, a raíz del plan de 90 días, en el cual se buscó resolver problemas de oportunidad, se diagnosticó que no se contaba con información estandarizada.

En 2011 se genera la norma técnica N° 118, que establece los procesos que están involucrados, las prestaciones que se van a codificar y el conjunto mínimo básico de datos para su registro diario.

En 2013 se suma el manual de registro de listas de espera no GES, que especifica los roles en cada uno de los sistemas locales, el alcance de esos registros, la interacción con el proyecto Sidra, y la evidencia de los responsables de registro y monitoreo.

Entre 2014 y 2021 se van incorporando causales de salida que ya estaban definidas en la norma N° 118, debido a problemas puntuales que había que identificar. Por lo tanto, se van sumando causales, lo que genera algo de complejidad en la clasificación de ellas.

A fines de 2022 se tomó la decisión de actualizar la norma N° 118 y generar nuevas reglas de registro más acotadas, con el fin de mejorar esas causales.

La siguiente diapositiva tiene por objeto definir lo que entendemos por "caso". En honor al tiempo, solo quiero resaltar que un "caso" es un registro en la lista de espera y una persona puede tener más de un caso, ya que puede haber sido derivada por una especialidad o a otro procedimiento.

Las causales de salida son los motivos que fundamentan el egreso o cierre, y el conjunto mínimo básico de datos es lo que nos permite hacer la trazabilidad.

Respecto de la consulta de nueva especialidad, se refiere a la primera interacción con un especialista, ya sea porque el paciente hace un tiempo fue dado de alta o porque es primera vez que concurre. La intervención quirúrgica electiva

corresponde a las cirugías que no son de urgencia, que se registran en esta norma para hacer su seguimiento.

En la norma N° 118 solo se registran las atenciones electivas, no las atenciones de urgencia. La lista de espera, entonces, corresponde a las personas que, en un momento determinado, están en espera de alguna de estas dos o tres prestaciones, generadas por la solicitud de un profesional mediante una interconsulta o una orden de atención.

El tiempo de espera se mide en días, para el cumplimiento de esta resolutiveidad y cierre de la derivación. En el caso de los ingresos, que era una de las preguntas, todos los establecimientos de origen deben registrar los casos por derivar. Se registra este conjunto mínimo básico de datos y la interconsulta o la orden de atención, puede ser generada, como expliqué al principio, en la atención primaria, excepto la urgencia, en la atención ambulatoria de especialidad; por excepción, se pueden ingresar algunos casos, por ejemplo, el de una persona que consulta en urgencias cuya situación es tan crítica, tan relevante y grave, que debe quedar conectada con el hospital, lo cual está definido por protocolo. Asimismo, en el caso de pacientes que se van de alta con indicación de interconsulta, también se genera una solicitud.

Egresos de casos en el registro. Los egresos tienen causales clínicas y administrativas, y todas ellas deben tener registros de respaldo en la historia clínica y trazabilidad de todas las gestiones que se realizan.

Como comenté anteriormente, se fueron agregando muchas causales de salida que generaron variabilidad. Había 22 causales y hoy las estamos disminuyendo a 14. Esto es solo para demostrar las causales que existían en 2011, las cuales se

fueron sumando a las que existen actualmente, donde se van concentrando.

En la siguiente lámina aparece GES, porque durante la espera un paciente podría cambiar su condición y ser beneficiado por las garantías GES; por lo tanto, se pasa al otro seguimiento.

Ahora, respecto de los registros de los egresos, tanto para la atención presencial, la atención clínica como para las causales administrativas, la norma establece claramente que debe haber un respaldo, que puede hacerse en forma presencial, cuando concurre el usuario; cuando se hacen visitas domiciliarias para efectos de egresos o a distancia, vía telemedicina, telefónicamente o por medios digitales o correos electrónicos.

El Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (Sigte) acompaña el proceso que mencioné.

En 2011 se crea el Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE).

Después de una comisión que revisa una situación que se generó a raíz de información de la glosa 6, se recomienda un nuevo sistema de gestión que es el Sigte, que se desarrolla entre fines de 2017 y 2018.

El desarrollo de estos sistemas de información es bien laborioso por la cantidad de cruces de información que tienen que ir detrás para poder hacer el análisis.

Desde su inicio, el Sigte presentó problemas en su funcionamiento. Tanto es así que en 2022 hubo un evento crítico, y también en 2023, respecto de la capacidad del sistema. Es, entonces, cuando se toma la decisión de hacer las cargas desde los servicios de salud.

Llegamos a esta definición a fines de 2022. Lo primero era estabilizar el sistema porque necesitábamos cargar la

información. Así, se avanza en el desarrollo de un nuevo Sigte y una estrategia de interoperabilidad.

Como dije, las fallas del Sigte fueron desde su inicio. Si bien se entregaron recursos al menos para un año de mantención, estos no fueron permanentes en el tiempo, fueron muy acotados.

Hubo fallas técnicas recurrentes que tenían que ver con la interacción para reconocer algunos campos para identificar los casos que se ingresaban. No había mantención, contrato de soporte ni actualizaciones técnicas; se deterioró la capacidad de procesamiento, reduciéndose las cargas de 350.000 a 300; se incrementaron los tiempos de respuesta y errores técnicos, y hubo constantes caídas del sistema debido a la tecnología obsoleta.

Además, dicho sistema tenía limitaciones operativas respecto de los accesos, permisos, definición de causas y roles. Tenía muchas dificultades para hacer ambientes de prueba e ir incorporando mejoras. Todo eso llevó a este traspaso desde los hospitales hacia los servicios de salud.

Es a fines de 2022 cuando se define generar este nuevo Sigte.

En la diapositiva hay un esquema que muestra que los establecimientos cargan en planillas Excel. Si bien el Sigte está en sus computadores, se pincha un botón donde se carga la planilla. Originalmente, estas planillas iban directamente al Sigte, y desde 2023, desde los servicios de salud. Cuando las planillas no ingresan al Sigte, los casos se devuelven hacia los sistemas o no pueden ingresar. Eso, muchas veces, tiene que ver con que los datos están incompletos o los campos no corresponden. Los servicios u hospitales los corrigen y los vuelven a cargar.

Entonces, hay un *loop* de ingreso y devolución de cierta cantidad; vuelven a ingresar y en alguna de esas iteraciones algunos ingresan al sistema y, otros, no. Eso va quedando

almacenado en archivos compartidos, donde quedan los casos que no ingresan al Sigte.

Se hacen cargas de los ingresos, de todo caso nuevo de personas que solicitan una interconsulta o una intervención quirúrgica, y de los egresos, que son todos los casos que salen del sistema. Así, el sistema tiene que hacer un *match* y reconocer el cierre.

El Sigte llega a una base de datos a nivel de División de Gestión de la Red Asistencial (Digera). Nosotros hacemos la administración del sistema creando los perfiles. Además, dadas las fallas del Sigte, hubo que colocar un segundo control automatizado respecto de fallecidos, repetidos y bloqueados, porque los sistemas locales no están en línea, tienen que recibir bases del Registro Civil e Identificación con alguna frecuencia. Entonces, se hace una segunda revisión de esa información.

En este trabajo, esta revisión, la última aplicación de regla es la que nos permite la visualización de los datos, tanto para los informes de gestión, la glosa presupuestaria, como para la visualización en el visor ciudadano y en los visores que tenemos para la gestión.

El Sigte 2.0, que es el sistema que hoy estamos poniendo en marcha, nos va a permitir optimizar los procesos, porque, primero, es una plataforma absolutamente distinta, moderna, con lenguaje que nos permite, además, interoperar posteriormente. Mejora los tiempos de procesamiento, aumenta las cargas de 500 a 2.500 registros por vez y baja los tiempos. Hoy, como diría alguien del equipo, con suerte, tarda 15 minutos en cargar; ahora, con el Sigte 2.0, va a tardar 4 minutos.

Tiene validadores preliminares; o sea, incorpora mecanismos automáticos para validar los campos de registro y previene los

duplicados. Va a tener un historial en línea y eso va a permitir la trazabilidad de los documentos que no ingresan al sistema o que se vuelven a incorporar, si hubiera alguno así. Tiene accesos mejorados con perfiles claramente definidos entre los administradores y los operadores; tiene validación de pacientes e integración con la base de datos del Registro Civil para las defunciones, y va a poder interoperar con la nueva plataforma.

¿En qué estamos hoy? En octubre del año pasado se realizó el traspaso de los datos históricos del Sigte 1.0 al Sigte 2.0. En diciembre se iniciaron las pruebas en ambiente preproductivo y este mes iniciamos el uso del Sigte 2.0 en dos servicios de salud, porque estamos validando los datos que están en Sigte 1.0. Se cargaron los datos de noviembre y en el Sigte 2.0 se está validando que sean consistentes con la información. De este modo, podremos expandirlo a todos los servicios de salud. La interoperabilidad es la que nos va a permitir compartir la información entre distintos sistemas.

La imagen muestra cómo operaría después. Los sistemas de información están abajo: el Registro Clínico Electrónico (RCE)/APS, los sistemas de información de los servicios, el Hospital Digital e incluso el RCE privado van a poder, con un lenguaje común, sumarse a este bus de integración que, además, podrá tener información del Fonasa, de la Superintendencia de Salud, de la Cenabast y del ISP, con plataformas de pacientes, prestadores, terminológicos y del Registro Civil, que está a la derecha.

Esto nos va a permitir tener la información de los *dashboards* en tiempo real, con datos que estén validados. Así, se pueden llevar después a aplicaciones donde los pacientes puedan seguir sus datos, los que se defina que se van a mostrar.

Entonces, la interoperabilidad nos permite, efectivamente, compartir datos y colaborar, y es la que resuelve el tema de fondo de la integración entre sistemas.

En resumen, las redes de prestadores de los servicios de salud han avanzado de forma importante en la informatización de sus procesos.

El foco estuvo en la cobertura de los establecimientos y no en la integración o interoperación entre ellos.

La trazabilidad paciente a paciente se hace entre los distintos equipos de las redes de salud. La mayoría mediante Excel, con gran esfuerzo, pero hay trazabilidad entre ellos o en algunos servicios que tienen sus sistemas locales de repositorio, de conexión entre ambos sistemas.

El Sistema Nacional de Registros de Tiempos de Espera es una plataforma que apoya el seguimiento, pero la gestión y los respaldos están en los sistemas locales.

El Sigte 1.0, desde 2018, ha presentado problemas en la captura de los ingresos y egresos de datos, lo que explica la inconsistencia entre los sistemas locales y la plataforma; la interoperabilidad es la que nos va a permitir interactuar con toda esta data.

Para finalizar, todo el tema de referencia y contrarreferencia, están las redes integradas con una mirada territorial, todo el proceso de referencia y contrarreferencia, así como el registro, tienen normativas de proceso, de registro y responsables.

El monitoreo de tiempos de espera no GES tiene su organización de registro, monitoreo y responsables a nivel de todos los actores de las redes. Este seguimiento de espera no GES exige un monitoreo detallado, entre los establecimientos

con un nivel de detalle muy exigente, que actualmente se soporta en estas planillas Excel y el Sigte.

Este gobierno, específicamente la ministra Aguilera, tomó la decisión de actualizar la normativa, diseñar la nueva plataforma de registro, que es 2.0, y dar inicio a la estrategia de interoperabilidad.

Gracias, señor Presidente.

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

Tiene la palabra el diputado Jaime Sáez.

El señor **SÁEZ**.- Señor Presidente, por su intermedio me gustaría preguntar a la expositora su opinión respecto de la decisión que se tomó, según su exposición en 2018, de desconcentrar el Sigte. ¿Qué impacto ha generado esa desconcentración? ¿Han podido cuantificar realmente cómo se va agigantando la brecha de las listas de espera en función de nuevas consultas por las causales que acá ha expuesto?

Me gustaría consultarle si pudiera mencionar los nombres de las personas que tomaron las decisiones, por ejemplo, de desconcentrar el Sigte, no tener contratos de mantenimiento, y quiero solicitar que esas respuestas queden para registro de la comisión.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, por su intermedio quiero hacer una pregunta bien práctica a la doctora: si tuviéramos que elegir entre los sistemas de informaciones locales y el acumulado nacional, ¿cuál de los dos recomienda prestarle más

credibilidad? Es muy burda la pregunta, pero creo que será práctica. Tenemos dos sistemas de información, ¿a cuál le podríamos creer más?

Segundo, acerca del control ciudadano, ¿alguno de estos sistemas tiene la posibilidad de un acceso para que un paciente cualquiera acceda y se vea en una lista, y a través de eso ejercer algún tipo de control, porque finalmente él es el principal interesado de que esto funcione y que no haya manipulación?

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Hernán Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, tengo dos aprensiones: la primera, tiene que ver con el sistema Rayen, ya que hay muchas quejas en la periferia, sobre todo en la ruralidad, estoy pensando en San José de Maipo, respecto de las características de esta plataforma que, a veces, enlentece los procesos de registro y donde los colegas, particularmente los dentistas, se quejan mucho del tiempo de espera para registrar, lo cual va en perjuicio directo de las personas que demandan atención en box, y esto, según me han indicado, tiene tiempos de espera de hasta dos horas.

La pérdida de tiempo de los profesionales en solo tener que registrar y el impacto negativo que tiene en los usuarios es un tema preocupante. Ello lo hemos manifestado en la Comisión de Salud en más de alguna oportunidad.

La segunda es una aprensión histórica, ya que en la atención primaria no siempre están las competencias de los profesionales médicos para la derivación. Se produce en algunos casos

competencias -yo diría- deficientes, que provocan sobre derivación hacia el nivel de mayor complejidad o puede pasar lo contrario, que tengamos médicos supercompetentes y que con ellos se deriven sobre derivaciones.

En la atención primaria, los que nos hemos formado en esta, sabemos que hay una presión asistencial. O sea, las personas tienden a pensar que el nivel de resolución no está ahí, sino que en niveles de mayor complejidad y meten presión para ser derivados.

Quiero saber cómo se enfrenta aquello desde el punto de vista estratégico, si tiene alguna percepción. ¿No sé si me expliqué bien?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Jaime Araya.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, agradezco la presentación que se hizo, fue muy detallada en cuanto al manejo del sistema de información. Pero eché de menos el tema de resolución de las listas de espera. Hay un foco muy importante en esta exposición de cómo se está centralizando la información, cómo puede haber mejor acceso, más transparencia, todo lo que son insumos informativos. Pero la verdad es que a la gente que sigue la comisión le importa cuáles son las medidas que se toman para agilizar la gestión de las listas de espera. O sea, esto va a impedir, por ejemplo, que pase lo de Antofagasta, donde 29.000 personas no estaban; sin embargo, a la gente lo que más le importa es tener una resolución de su problema, esté en una plataforma electrónica, manual, una planilla Excel.

Me gustaría que se pudieran referir más bien a la gestión o a las medidas que toman para agilizar la resolución de esto, y

efectivamente valoro muchísimo que tengamos una plataforma más transparente y eficiente, pero el foco de la comisión está en cuáles son las medidas que se van a tomar.

Además, quisiera consultar cuáles son las causas que identifican ustedes que podrían incidir en la acumulación de intervenciones que no se han resuelto. Me interesa mucho conocer cuál es la mirada que ustedes tienen como administradores del sistema Sigte: si falta dotación, faltan recursos, falta infraestructura. Quiero tener claridad de las causas más que del manejo estadístico informativo.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente)- Tiene la palabra el diputado Enrique Lee, para referirse al punto.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, sobre el punto, quisiera que la comisión no se perdiera en un aspecto en el que queremos saber las causas, buscar la resolución, pero si no tenemos la información es buscar un tratamiento sin tener el diagnóstico. Por ejemplo, hoy día los sistemas de información de número de médicos especialistas por territorio están absolutamente desactualizados, y es un desastre.

Reitero, quisiera no perder el foco, necesitamos escudriñar hasta el último detalle. No tenemos buenos sistemas de información, colega, entonces podemos caminar y ver las dos cosas al mismo tiempo, pero no le quitamos valor a esto, que es muy importante. Fíjese lo que pregunté recién, hay un absoluto desacoplamiento entre el sistema de información local y el nacional. Luego, ¿cómo a nivel nacional el ministerio va a tomar las decisiones si no coinciden ambas informaciones?

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Jaime Araya.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, sobre el punto, quiero decir que he valorado este aporte, pero quiero poner el foco donde, me parece, la gente que está en listas de espera quiere saber: ¿cuál es la gestión?

Además, pregunté expresamente cuáles son los temas que ustedes identifican como causantes de esta gran acumulación de personas que no tienen resolución. Insisto, en mi pregunta Presidente y, por su intermedio, estimado diputado Lee, entiendo que se puede hacer varias cosas a la vez, no solo dos o tres. Pero desde mi punto de vista, quisiera insistir en mi pregunta.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Jorge Saffirio.

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, no puedo si no compartir las opiniones de los colegas. Creo que es válido escuchar cómo funciona el sistema, ir anotando, mirando o cómo debiese funcionar el sistema. Sin embargo, si uno es más pragmático estamos acá reunidos por los problemas que el sistema ha provocado o quienes lo manejan.

En junio de 2024, la ministra dio algunas cifras que eran alarmantes: 2.555.918 personas en listas de espera no GES; 365.257 intervenciones quirúrgicas pendientes, por decir algunos números. Y después de haber escuchado a la contralora general de la República, en la sesión pasada, la verdad es que todos quedamos atónitos, porque las cifras son tremendas.

Ustedes asumen la responsabilidad actualmente, aunque esto no viene de ahora, eso también hay que decirlo. Pero cuando

uno mira las listas de espera uno ve que igual han aumentado. Uno puede entender los esfuerzos que usted explica que está haciendo este gobierno, pero las listas igual aumentan.

Mire la hora, Presidente, y estuvimos alrededor de cincuenta minutos mirando en la pantalla cómo funciona un sistema que no funciona, y nos quedan, no sé, un par de minutos más para hacer las consultas que nosotros quisiéramos que nos respondieran.

Gracias, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Daniel Lilayu.

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a la expositora, y quiero señalar que valoro este sistema informático. Me tocó vivir 45 años como médico, donde todo era a mano y era un desastre todo lo que había. Lo que hay en estos momentos, todo esto del sistema informático, que ha aparecido hace algunos años, claramente, costó implementar a nivel de los propios médicos que tenemos que hacer todo esto, informar, para que alguien pusiera la información en un computador; claramente esto es mucho mejor. En ese sentido, creo que todo se puede perfeccionar y espero que el Sigte 2.0 sea mejor.

La única pregunta que quiero hacer es si este sistema tiene una alerta, es decir, cuando uno tiene un *stock*, a lo mejor usted lo respondió o lo explicó, es decir, si en este momento digo que para el cáncer de mama tengo que tener el *stock* mínimo o lo que puedo solucionar son cien personas en Osorno, que se me prenda una lucecita en una parte y me diga; es decir, no es que haya algún funcionario, no es que haya una persona que de repente se puede olvidar o se enfermó y no nos va a avisar. Sistema de alerta por patología, por enfermedad, que ustedes puedan saber altiro cuánto y cómo solucionar, porque, si fuera

director de hospital, voy a ponerle hincapié en solucionar este tipo de enfermedades.

Para mí, es importante que este sistema, si lo tiene, a lo mejor estoy equivocado, tenga un *stock* mínimo. No sé cómo decir la palabra, pero los *stocks*, que, si me falta esto, o en este caso, por patología. Yo considero que esto es importante.

Lo otro que también me preocupa son las causas de la lista de espera, pero no sé si buscarlas acá. Este es un sistema de registro que nos puede decir, pero no soluciona la lista de espera. La lista de espera está en la demora de los pabellones, nos faltan especialistas, entre otras causales, aumentó la patología. No está acá, aquí habrá habido equivocaciones graves y hay que mejorarlo; pero, respecto de las listas de espera, la solución no está aquí. Esa es una opinión personal.

Asimismo, algo que nos preocupa con este sistema es que efectivamente con lo que está pasando, las personas, aterricémoslo, quieren saber si acaso están en el sistema, y esa parte, la accesibilidad al sistema, es la que más nos preocupa. Nos preguntan y quieren saber; me llaman por teléfono, como médico, y dicen que no saben si están. Con todo lo que ha pasado mediáticamente, no saben si están en la lista. Eso es importante.

Creo que falta una accesibilidad o una información mayor a la población, porque si en este momento tengo que operarme de la vesícula y me dicen, puedo llevar un número que esté fácil de hacer y si, usted no se ha salido, en tres meses más lo vamos a llamar, me quedo tranquilo y espero los tres meses, pero acá hay una incertidumbre. Esa es una crítica o, a lo mejor, un aporte.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Andrés Celis.

El señor **CELIS**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo a las expositoras.

Estaba viendo, para darle crédito a la Radio Bío-Bío, un recorte de prensa en la página en línea de la Bío-Bío, donde habla cuando fue el subsecretario de Redes Asistenciales a la Comisión de Salud y se tocó justamente este tema, y el subsecretario de Redes Asistenciales, señor Osvaldo Salgado, señala y se compromete con esto, por eso quiero leerlo. El senador Juan Luis Castro le pregunta: ¿Con qué premura se va a intervenir el sistema de registro Sigte, porque ha fracasado, porque quienes dirigen ese sistema son los mismos que lo crearon? Y el subsecretario dijo lo siguiente, y quiero preguntar si eso se ha implementado. Dijo: "Vamos a remediar uno de los problemas principales que significa el ingreso manual desde la interconsulta hasta el sistema local y de ahí al Sigte. Ahora va a ser posible ingresar al Sigte de una manera más directa". Se dio hasta fines de mes, esta nota salió publicada el 25 de septiembre.

Entonces, me gustaría saber si eso ha avanzado. En verdad, ¿en qué se ha mejorado el sistema, más allá del Sigte 2.0, hasta la fecha?

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Muchas gracias a usted, diputado.

Tiene la palabra el diputado Agustín Romero.

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, saludo a las expositoras que nos acompañan hoy.

En primer lugar, quiero preguntar si este Sigte 2.0 es de creación propia o es contratado por una empresa externa. ¿Cuál es el soporte? Lo otro es que, cuando veo esta presentación, efectivamente comparto lo que dice el diputado: pareciera que todo está perfecto, se lleva el monitoreo permanente, pero me gustaría haber visto, tal vez, dónde está la crítica; cuáles son, en el fondo, los problemas que están ocurriendo, porque después del informe de la Contraloría lo que vimos es que hay personas que se atienden por el lado; listas paralelas, anotaciones manuales que no están en los sistemas.

En segundo lugar, creo que es muy pertinente la pregunta que hace el diputado Araya, porque, independientemente de que tenemos que tener registro, lo que pasa en estas comisiones es que cuando uno llama a las autoridades que tienen a cargo la gestión de esto, nos muestran cómo es el sistema perfecto. Entonces, uno se pregunta, si esto es tan fantástico ¿por qué tenemos noticias tan calamitosas respecto del tema de las listas de espera? No tendríamos esta comisión investigadora si esto funcionara como están marcadas estas cosas.

Por consiguiente, esperaría que nos dijeran, porque esta es una oportunidad para que nosotros podamos ayudar al Ejecutivo, podamos darle recursos o habilitar legalmente algún tipo de iniciativa legal para que tenga más atribuciones. No tengo idea, pero, en el fondo, estas son oportunidades que se dan para que también perfeccionemos la legislación. Por lo tanto, siento que después de esta presentación me voy fantástico, casi que estoy en un país muy desarrollado y la verdad de las cosas es que no es así.

En consecuencia, me gustaría saber, por su intermedio, señor Presidente, qué es lo que ha ido pasando en este tiempo que pudieran decirnos sobre este tema y ayudarnos para que podamos

tener conclusiones que nos den soluciones para, como decía el diputado Araya, la gente que está viendo esta comisión, y no hacer un típico informe general, sin conclusiones que posibiliten avanzar en soluciones que les permitan, al Ejecutivo y a todos, solucionar este problema.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Gracias a usted, diputado.

Tiene la palabra el diputado Mauro González.

El señor **GONZÁLEZ** (don Mauro).- Señor Presidente, agradezco la exposición.

Quiero sumarme a todas las observaciones que han hecho mis colegas. Respeto mucho la apreciación que tienen los colegas que están vinculados a la medicina, pero, más allá del tecnicismo, lo que buscamos o lo que yo solicito es que esto se pueda humanizar, que se pueda materializar, que se pueda llevar a la realidad, porque hoy día tenemos gente que se está muriendo mientras espera una intervención del Estado.

Entonces, si una persona o un familiar ve esta exposición, se va a quedar tranquila, porque al parecer el sistema funciona, y dirá que ya le va a tocar y que se debe tener paciencia. Pero el sistema no funciona; de lo contrario, no tendríamos en todo el país esta interrogante y esta crisis vinculada con las listas de espera. Más aún, creo que es importante hacer la reflexión y tener un poco más de autocrítica en relación con cómo esto está fallando o cómo se vulnera o cómo se podría mejorar y cómo podríamos nosotros, como legisladores, colaborar para mejorar esta situación porque, en definitiva, eso es humanizar, eso es materializar,

eso es buscar una respuesta a cientos de pacientes y familias que están desesperados, esperando que el Estado pueda intervenir en relación con la salud de algún ser querido.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Gracias a usted, diputado.

Tiene la palabra la diputada Emilia Nuyado.

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, quiero centrar mi preocupación en cómo usted nos puede colaborar con la información de las 24 auditorías que se llevaron a cabo en los hospitales por la Contraloría, y por qué razones se tuvo tanto tiempo de espera. Me refiero, en particular, al Hospital Base San José de Osorno. ¿Por qué? ¿Debido a qué se suspendieron tantas operaciones quirúrgicas? ¿Por qué no ha habido información hacia la comunidad?

Posterior a la auditoría realizada por la Contraloría, tuve la oportunidad de reunirme con las organizaciones de Osorno, las que me planteaban con preocupación que, a muchas de ellas, después de que sus familiares habían fallecido, les estaban informando que tenían una hora determinada con el especialista o estaban siendo llamadas para que estas fueran operadas.

Entonces, cuando revisamos un sistema que ha tenido muchas debilidades, que el ministerio las conoce, sabía que eso estaba ocurriendo, nos surgen las dudas, y esperamos que este nuevo Sigte, que va a permitir ahora tener una actualización de los datos, tener cruce de información, tener a más instituciones coordinadas, como el Registro Civil e Identificación, sea mejor. Porque no puede suceder que a una persona fallecida la estén llamando para ser operada.

En cuanto a la lista de espera, ellas decían que se producen dos cosas: una, respecto del tiempo de demora, pero otras que se refieren a la urgencia de la operación.

Entonces, en la lista de espera ellos pueden estar mucho tiempo, pero no van a ser revisados ni tampoco va a haber otra sugerencia médica, porque no tienen acceso a ver nuevamente a un especialista.

Muchos recurrieron a doctores privados que los atendían en la Clínica Alemana, Pero ese mismo doctor, que pudo haberlos atendido allá, tenía una atención y un trato distintos con la misma paciente. Por lo tanto, ellas se preguntaban por qué tiene que ocurrir esto.

Eso significa que todos los que están atendiendo en el sistema público también atienden en el privado, pero resulta que en el privado, si voy a pagar la consulta particular, la atención y el trato son distintos, y me van a entregar una interconsulta o me van a derivar para que me operen en el hospital.

Entonces, ¿cómo es posible que el ministerio o el Estado no respondan ante esta injusticia y qué es lo que se podría plantear con respecto a los casos conocidos públicamente por la auditoría de la Contraloría?

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Finalmente, también quiero hacer algunas preguntas y planteamientos.

Una cosa, efectivamente, es la magnitud de las listas de espera, lo tremenda que están, que es algo sin precedentes. Prontamente, vamos a tener citados al subsecretario y a la ministra de Salud, para que den cuenta de las gestiones que se

están haciendo para resolver las listas de espera. Pero si tenemos hoy citada a la jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial, que tiene a su cargo el Sigte, es por los informes de Contraloría. Quiero leer algunos de ellos:

Hospital de Quillota: 14 egresos por fallecimiento de personas que no habían fallecido; 301 personas que mucho tiempo después fueron egresadas por fallecimiento, cuando habían fallecido anteriormente.

Hospital de Los Andes: 9 personas egresadas por fallecimiento que no habían fallecido; 186 casos equivalente a 170 personas que fueron egresadas por fallecimiento, también con más de tres años desde su deceso.

Hospital Carlos van Buren: la base de datos local tenía 8.665 casos que no estaban registrados en el Sigte y 173 casos que estaban en el Sigte, pero no estaban en el repositorio local. Y puedo seguir eternamente con todos los hospitales de las 24 auditorías. Personas que habían sido egresadas con la excusa de que habían sido atendidas por telemedicina y no existía registro de que, efectivamente, habían sido egresadas por telemedicina. Personas que habían sido egresadas por no pertinencia en otro hospital, cuando no existía constancia de que hubiera habido evaluación por algún médico u odontólogo contralor. Otros casos de contactos que no corresponden, y donde no constaba registro de que efectivamente hubiera existido un intento de ser al menos contactadas.

Hospital de Antofagasta: 12.537 casos que estaban en el sistema local, pero no estaban en el Sigte. Estaban a nivel local, pero no en el sistema nacional. Diecinueve egresos por la atención realizada; es decir, se había egresado, porque en teoría se había realizado la atención, pero no constaba en

ninguna parte que la atención había sido realizada. Puedo seguir eternamente.

Hospital San Borja: 320 casos que no se registraban las causales por las cuales habían sido suspendidos sus pabellones.

Hospital Padre Hurtado, similar situación, y así sucesivamente.

Es decir, me sorprende, porque el Ministerio de Salud es una de las secretarías de Estado con más presupuesto de la nación. En esta legislatura habíamos aprobado 12 billones de pesos, y cada año aprobamos, yo diría, decenas de billones de pesos. Es uno de los sectores que más presupuesto ha incrementado, sin embargo, todavía el sistema de registro es así de precario y así de prehistórico. Depende de un funcionario cargar una planilla en la plataforma, depende de un funcionario registrar manualmente las interconsultas de un repositorio, incluso, de APS, hacia el otro repositorio, por eso es aquí en donde se pierden las personas, porque una cosa es que tengamos grandes volúmenes de listas de espera sin resolver, y que lo vamos a tratar en esta comisión, pero otra es que las personas creen que están en las listas de espera, pero no están.

Entonces, si hay algo grave que tiene que revisar esta comisión especial investigadora, y lo que más me impactó de los informes de Contraloría, es toda la gente, miles y miles de personas, que piensan que están esperando, pero realmente no están esperando. No están en el Sigte y están en el sistema local, el Sidra; no están en el sistema local y están en el nacional; los egresaron por fallecimiento y no estaban fallecidos; los egresaron por atención realizada y la atención no consta en ninguna parte que fue realizada. Son brutales los

números en 24 hospitales, que es una muestra, yo diría, ni de la mitad de los hospitales de Chile.

Desde esa perspectiva, ¿cómo la División de Gestión de la Red Asistencial, conociendo estas debilidades -porque no es una cuestión de la que se hayan enterado de manera reciente, y de hecho usted misma planteó que en 2023 se vieron fallas en el sistema y también que cuando recién se creó el Sigte, a los dos o tres años, se vieron tremendas debilidades- dejó pasar tantos años, siendo consciente de que el sistema informático, fundamental para las personas que están esperando, no estaba funcionando adecuadamente, pero no hizo nada?

Ahora bien, más allá del Sigte 2.0, quiero saber si todas estas personas, que han sido egresadas de las listas de espera, sin una causal adecuada, personas que constan en un lado y no en el otro, han sido reintegradas a los sistemas de listas de espera, si existe una revisión periódica. Nosotros nos enteramos, finalmente, por los informes de Contraloría, ¿pero si no existieran los informes de la Contraloría, que no los hacen todos los años, qué pasaría? Esto es un período de un año auditado, la Contraloría en la mayoría de los informes auditó un año y encontró gran cantidad de personas que no estaban en las listas de espera, creyendo que sí estaban. La Contraloría no realiza informes de auditoría de este tipo todos los años y en todos los hospitales; por consiguiente, ¿cuántos miles de personas no están en las listas de espera, creyendo que si lo están?

¿Cuál es el método de revisión del sistema para advertir estos problemas y corregirlos? Existen personas que han sido sacadas de las listas de espera, sin una causal que corresponda, y adicionalmente constan en un repositorio nuevo o en otro. ¿Cómo se ha corregido eso? ¿Cuál es el sistema de

revisión, de manera que en todos los años en que no ha intervenido la Contraloría, o los hospitales a los cuales no ha llegado a auditar, esto sea corregido? Porque quizás estamos hablando de cientos de miles de personas que creen que están esperando, pero ya no están esperando.

Tiene la palabra el diputado Jorge Saffirio.

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, informándome antes de esta reunión, leí por ahí, en alguna parte, y quiero que usted me lo confirme, que en 2024 murieron 34.000 personas que estaban en listas de espera, sin ser atendidas. ¿Hay algún dato sobre eso? ¿Es real o no?

Gracias, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Jaime Sáez.

El señor **SÁEZ**.- Señor Presidente, ¿qué porcentaje se le asigna a la primera consulta, dentro de todo el universo de las listas de espera?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Henry Leal.

El señor **LEAL**.- Señor Presidente, mi pregunta es respecto de la suspensión de cirugías.

A septiembre de 2024 se han suspendido 23.000 cirugías y solo 3.000 se atribuyen a causas relacionadas con los pacientes. Las otras 20.000 se atribuyen a razones ajenas como, entre otras, fallas administrativas. Entonces, ¿qué ocurre con esos 23.000 casos? ¿Cómo se reagendan y bajo qué criterios? ¿Esos pacientes quedan al final o al inicio de la lista? Porque cuando se reagenda, alguien es perjudicado, y lo que me llama

la atención es que la mitad de las suspensiones se debe a fallas administrativas.

Así que, por su intermedio, señor Presidente, le pido que explique a qué se refiere con fallas administrativas. ¿Faltó un papel? ¿Alguien no llamó? ¿Se programó mal? ¿A qué se refiere cuando habla de fallas administrativas? Ahonde un poco respecto de esos nueve meses del año pasado.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra, doctora Solís.

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, primero, respecto de la información a los ciudadanos, en esta administración se establece un visor ciudadano, que transparenta y muestra los tiempos de espera, y ustedes lo pueden encontrar en la página web.

En términos de información, desde 2023 -de esta administración-, los datos se publican. Independientemente de que desde antes existían las glosas, que se envían al Congreso y que también se publican en la página web, el visor permite tener una información fácil de comprender, con los números y las distribuciones, tanto en consultas, consultas nuevas, como en términos de información. En esta administración, se transparenta y se pone a disposición esa información para toda la ciudadanía.

Segundo, también se implementa el Portal Paciente, al cual uno ingresa con el RUT. Al ingresar, a usted se le solicita actualizar los datos, porque hay un tema muy serio de

contactabilidad, que nos hace complejo entregar las horas. En el Portal Paciente usted ingresa y ahí se indica si está o no en lista de espera. Por lo tanto, también ahí las personas tienen información.

Por otra parte, en cada uno de los establecimientos, tanto en el nivel primario como en el secundario, existen las oficinas de informaciones, donde los pacientes también pueden ir a buscar o a entregar información respecto de si están citados, de si están en lista de espera o para preguntar en qué proceso pueden estar.

Desde este año, en 22 hospitales estamos sumando una estrategia denominada Navegadores en Red, cuyo objetivo es acompañar en su transitar a un grupo de pacientes de mayor riesgo, en términos de morbilidad, que han sido derivados desde la atención primaria, para acompañarlos en ese proceso, porque una de las cosas que se ha visualizado, a partir de estos tiempos que se prolongan, es la falta de información de las personas sobre en qué proceso están. Por tanto, hay varios espacios donde hemos ido diseñando estrategias que permitan entregar información a las personas.

Respecto de los sistemas, el Sigte nunca ha estado desconcentrado. Lo que se desconcentró fueron los Sidra, los sistemas de información de la red asistencial, en términos de qué diseñaban, como sus sistemas de información.

Como mencioné, el Sigte, desde que se crea en 2018, nunca funcionó de forma adecuada. Si bien se intentaron hacer algunas mantenciones, entiendo yo, el lenguaje y la forma en que se generó eso, desde el principio tuvo fallas técnicas. No tengo los nombres, pero son distintas administraciones las que han estado a cargo del ministerio.

A fines de 2022, se toma la decisión de terminar con ese Sigte, o sea, de mantenerlo, porque, efectivamente, tenía fallas de caídas de información, de capturar la información, y, como digo, se decide hacer un nuevo sistema, esto es una plataforma, que es el Sigte 2.0, que cuenta con la tecnología actualizada y que nos va a permitir interoperar.

Además -intenté explicarlo en las láminas-, nuestro mayor problema es la integración o el viaje de la información entre un nivel y otro, que es bastante laborioso y se hace mediante planillas o sistemas locales que permiten hacer la trazabilidad. Entonces, la definición de la interoperabilidad comienza a fines de 2022, y es lo que estamos implementando.

Ahora bien, la presentación que me pidieron tenía que ver con los registros en los tiempos de espera y, por eso, no traje el Plan Nacional de Tiempos de Espera. Pero, tal como mencioné en una de las láminas, esos tiempos de espera son un desbalance entre la oferta y la demanda.

Hubo una pregunta respecto de la pertinencia en la atención primaria, y la verdad es que un 8 por ciento de derivación es muy bueno, es muy buena resolutiveidad en atención primaria. ¿Cómo se ha fortalecido eso? Con programas de reforzamiento de especialistas, con asignación de especialistas en atención primaria, con capacitación para los médicos generales, con apoyo de telemedicina, con consultorías asincrónicas. O sea, por ejemplo, un médico puede consultar en dermatología y se le devuelve en interconsulta. Por lo tanto, en términos globales, la pertinencia en el país es muy buena.

La otra parte, que debe ser la oferta, tiene que ver con la actividad a nivel de los hospitales. Al respecto, hay un plan de trabajo para mejorar la productividad en hospitales para

evitar las suspensiones, preparar adecuadamente a los pacientes, contar con todos los elementos alrededor del proceso quirúrgico. Cuando se habla de temas, que no están relacionados con la atención del paciente, o sea, con que el paciente está enfermo, por ejemplo, sino de todo lo que no está relacionado con el sistema, como si estaban las cajas necesarias para el instrumental o si partió a la hora la cirugía, se está trabajando a través de definiciones del proceso quirúrgico, monitoreo y con el foco en mejorar la productividad de los pabellones.

En términos de las consultas de especialidad, se está trabajando en mejorar la programación de las horas médicas destinadas a para ello y, en particular, aumentar las consultas nuevas *versus* los controles, porque muchas veces hay atenciones que se repiten y no son tan necesarias de mantener. Entonces, estamos aumentando el porcentaje de consultas nuevas, o sea, que permitan la entrada, aumentando también las altas, lo cual permite el retorno de los pacientes a la atención primaria. Así que, mediante las estrategias para mejorar la productividad, también estamos tratando de cerrar las brechas.

Ahora, si bien nos gustaría que hubiera menores tiempos de espera, porque más que los números, como esto es un flujo, lo que importa son los tiempos. Primero, debo decir que, desde fines de 2021 hasta ahora, los tiempos y las medianas, que son lo que nosotros medimos, han disminuido ostensiblemente, y, si bien el volumen de personas es alto, los movimientos que están alrededor de esas personas, han disminuido en intervenciones quirúrgicas, estando hoy en 290 días, y en consultas médicas, en 257 días. Por lo tanto, sí ha habido un esfuerzo por irlos mejorando.

También cabe recordar que entre los años 2020 y 2021 tuvimos una pandemia, lo que provocó en todos los países una disminución de la actividad y un aumento de la carga de enfermedades, que fue quedando postergada. Además, hay que recordar que nosotros como país tenemos definidas prioridades sanitarias que tienen garantías de tiempo. Entonces, en el volumen de pacientes que se atienden, las garantías se hacen cargo de alrededor del 60 por ciento de la carga de enfermedad y tienen un cumplimiento muy alto, mayor al 97 o 98 por ciento de los tiempos.

Por lo tanto, las prioridades en términos sanitarios y de gravedad, principalmente los cánceres, que en su mayoría están garantizados, están siendo evaluados y considerados en la resolución de ellos de forma prioritaria. Obviamente, después vienen los pacientes con prioridad biomédica, que no tienen garantías, y los otros pacientes.

Si ustedes ven las listas de espera, en particular lo quirúrgico, los mayores volúmenes corresponden a cirugías que no son de mucha gravedad, sino más bien van quedando postergadas porque se van priorizando otras. Por ejemplo, hay muchos casos de safenectomía, de circuncisión y hay algunos casos de traumatología, que también son importantes, porque son cambios de prótesis de rodilla, que son cirugías un poco más complejas y de más larga duración.

Por otro lado, respecto de las cirugías que se han suspendido, efectivamente tienen prioridad para hacerse; por lo tanto, no parten de nuevo en la espera y deben ser agendadas a la brevedad en el pabellón. No vuelve a partir de cero el tiempo.

Respecto de las situaciones que se han encontrado a nivel de los servicios de salud, cuando corresponden a irregularidades o a situaciones que no se ajustan a la normativa establecida, se han instruido sumarios, y esos procesos están revisando qué ocurrió y por qué no se dio cumplimiento a la normativa. Ahora, la mayoría de los problemas detectados en las auditorías tiene que ver con lo que yo les mostré respecto del ingreso de los datos entre los sistemas locales y el Sigte, donde no ingresan todos los datos, y por eso se ve que hay más datos en el nivel local que en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (Sigte) o, al revés, hay en el Sigte, pero no a nivel local, porque el Sigte, a veces, no egresó casos que estaban cerrados en los sistemas locales.

Por supuesto, todos queremos y trabajamos, diariamente en resolver estos problemas. La estrategia es resolver los problemas de las personas y mejorar los tiempos de espera; en eso estamos. Hemos obtenido buenos resultados, pero, obviamente, queremos más, queremos seguir bajando la mediana de los tiempos de espera.

En términos de registro, hoy están las estrategias para obtener una mejor información. Si bien el Sigte nos permitirá transitar mientras esto avanza, el fondo es la interoperabilidad.

En cuanto a la consulta con respecto a en qué estamos, efectivamente la interoperabilidad tiene un mapa de ruta que va avanzando por servicios de salud que se están integrando, en que ya hay tres redes completas en que están tributando y validándose los datos de consulta nueva de especialidad a través de la interoperabilidad.

Respecto del Sigte, como comenté, estamos expandiendo su uso y cerrando el Sigte 1.0.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por 10 minutos?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Jaime Araya.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, nuestra invitada ha respondido, pero sin la precisión de las preguntas que se le hicieron. Por lo tanto, propongo que se envíe un oficio con las preguntas que hicimos, solamente la transcripción, para que pueda contestar de manera más precisa las consultas, porque ha hecho comentarios, más que dar respuestas precisas a lo que se planteó.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Daniel Lilayu.

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, en el mismo tenor que el diputado Araya, la verdad es que pregunté si había una alarma de *stock* en el sistema, refiriéndome a una política pública, y eso tampoco lo contestó.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.- Me suscribo a lo planteado por el diputado Araya, en cuanto a si es posible que Secretaría pueda transcribir las preguntas y hacer llegar por escrito las respuestas a cada uno de nosotros.

En este rato, desde que la doctora Solís expuso, no he podido ingresar al Visor Ciudadano. Entonces, mi duda es si está en marcha blanca, si ya está disponible, etcétera.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Henry Leal.

El señor **LEAL**.- Señor Presidente, también se preguntó por los fallecidos hasta septiembre, porque, curiosamente, lo que está publicado es a septiembre.

Solo espero que la respuesta no llegue después de terminado el trabajo de la comisión investigadora o después de la interpelación, porque no han llegado los datos que tienen que entregar al Congreso Nacional, al final del tercer trimestre.

Estamos a 21 de enero y todavía no se publica el resultado del año completo, solo tenemos las cifras oficiales al mes de septiembre.

Se preguntó por los fallecidos, que eran 36.000 a septiembre, pero ¿cuántos van a la fecha?

Lo que pedí fue que me explicara, cuando se suspendía por razones administrativas, a qué se refiere con razones administrativas.

Por último, son datos imprecisos, porque esta es información del Ministerio de Salud.

En relación con los tiempos de espera, se habló de 280 días, perdón, se habla siempre de la mediana, pero no del promedio. El promedio es de 426 días en cirugía, a septiembre, pero antes de la pandemia era de 320 días. O sea, 320 días era el promedio antes de la pandemia, pero hoy es de 426 días en cirugía. Eso es lo que muestra el gráfico entregado por el ministerio. Entonces, cuando dicen que estamos en 310 días promedio, no sé qué están mirando, porque tengo el gráfico oficial del ministerio que indica que son 426 días en promedio.

Entonces, me gustaría que respondiera con precisión lo que se le pregunta: ¿A qué se refiere con razones administrativas? Considerando que 100.000 cirugías han sido suspendidas por temas administrativos.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Agustín Romero.

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, me interesa saber cuál es la empresa, si es que hay una empresa detrás, y cuál es el soporte que tiene esto, porque no quiero que después, cuando siga existiendo este problema en la lista de espera, nos hablen del Sigte 3.0, que es el nuevo Sigte, que sí va a funcionar.

Quiero saber si esto es realmente una solución definitiva.
Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- No sé si ya elaboraron el informe de listas de espera al corte del 31 de diciembre; de ser así, ¿cuándo nos llegará?

Tiene la palabra la señora Andrea Solís.

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, disculpen si no fui todo lo precisa que deseaban, pero eran muchas preguntas, pese a que las fui anotando.

Respecto del informe, efectivamente, se emitirá durante este mes. Nosotros, como les comenté, tuvimos que hacer la migración de datos entre el Sigte 1 y el Sigte 2, por lo que hubo un retraso en términos de las cargas, que es en lo que estamos avanzando. Ya fue cerrado noviembre y estamos cerrando diciembre, por lo que esperamos entregar la glosa este mes, como corresponde. Por lo tanto, la última información oficial es la que tenemos entregada a través de los informes.

En cuanto a los fallecidos, la información se establece a partir del cruce de datos, los que corresponden a personas que, estando en lista de espera, el Servicio de Registro Civil e Identificación tiene la información de que están fallecidos. No es un cruce inmediato. En realidad, como les mostré en el proceso, el cruce de datos se hace hacia el final. Lo que se ha analizado en profundidad es que no podemos establecer una

relación causal que dé cuenta de que en el caso de todas las personas que se registraron en lista de espera y están fallecidas, su deceso fue con motivo de la espera. Muchas de esas son consultas que, en general, son de dermatología o de otorrinolaringología, especialidades que, en general, no están asociadas a patologías que sean causal de fallecimiento; otras que son intervenciones quirúrgicas, corresponden a intervenciones traumatológicas, cuyo fallecimiento tampoco se relaciona directamente con la espera.

Se hacen análisis, cruce de datos y, en general, lo que se observa es que en muy pocas situaciones uno puede estimar que la especialidad por la que está esperando podría tener alguna relación con ese fallecimiento.

Respecto de los datos, mencioné la mediana, que es la medida estadística que más utilizamos. Dados los reportes históricos, se informa la mediana y los promedios. Pero nosotros, en general, miramos la mediana, porque es un mejor indicador, debido a que por sobre ese valor está la mitad de las personas y, por debajo, la otra mitad, y es lo que usa la OCDE para comparar a los países. Entonces, los datos que informé tienen que ver con la mediana de los tiempos de espera.

En cuanto a las causales administrativas, tienen que ver con que se retrasó el pabellón, que no se informó la suspensión del tratamiento anticoagulante de un paciente, por lo que no puede pasar a pabellón; el paciente que no se presenta, paciente con alguna patología o, también, la falta de ayuno, todas causales que impiden el ingreso a pabellón.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Emilia Nuyado.

La señora **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, solicité la palabra para sugerir a usted y a la comisión, considerando que la doctora señaló que ella solo se abocó al trabajo del registro del tiempo de espera, pero no al plan del tiempo de espera, sería importante que, en una sesión siguiente, ella fuese nuevamente convocada, porque si bien es muy positiva al plantear las respuestas a las diversas preguntas, la realidad en los hospitales es otra.

Por tanto, me gustaría que nos dé a conocer el plan de tiempos de espera de las 24 auditorías realizadas en los hospitales. Con eso tendremos, por lo menos, un sistema, el 2.0, que señaló que entrará en funcionamiento. Sin embargo, también nos interesa saber cómo se va a llevar adelante la interacción con las diversas resoluciones en los hospitales.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Diputada Nuyado, efectivamente, a ella la invitamos para que informe acerca del funcionamiento de la plataforma, todos sus problemas y, sobre todo, para que se refiera a las personas que fueron eliminadas o que constan en una plataforma o en otra.

Para tratar la gestión de los tiempos de espera, en su momento, citaremos a la ministra y al subsecretario, más que a la jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial (Digerá).

Antes de terminar, quiero pedir dos acuerdos.

Primero, solicito recabar el acuerdo de la comisión para que la Secretaría pueda remitir, mediante oficio dirigido al Ministerio de Salud, las preguntas transcritas de los señores diputados y señoras diputadas, a fin de que sean respondidas debidamente mediante oficio.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Solicito recabar el acuerdo para que cuando tengamos las sesiones en los servicios de Salud, en los hospitales, estas sean transmitidas en vivo por el canal de la Cámara de Diputadas y Diputados.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra la señora Andrea Solís.

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, solo para cerrar, usted me preguntó respecto de los registros, en cuanto a que en las auditorías se había detectado que no estaban en el sistema.

Posteriormente a las auditorías, se les dio la indicación a todos los servicios de cargar los sistemas. Establecimos una especie de alerta para identificar los servicios que ingresaban números adicionales a los que estábamos acostumbrados a recibir. De hecho, durante el último trimestre del año aumentaron algunos registros a raíz de esas auditorías.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Y respecto de la pregunta del diputado Romero, de si hay una empresa detrás?

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).- Inicialmente hubo una empresa, pero también hubo desarrollo de TIC por parte del Ministerio de Salud en el Sigte 2.0. Por lo tanto, es un *mix* con el Ministerio de Salud.

El Sigte 2.0 tiene un lenguaje actual, internacional, que permite que cualquier otro proveedor pueda interactuar, pero, como dije, es la interoperabilidad la que nos va a dar mayor sustentabilidad en la captura de información.

Un señor **DIPUTADO**.- [...]

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa División de Gestión de Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).- No sé el nombre, yo soy usuaria del sistema.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Ese punto va a quedar consignado en el oficio.

Para finalizar, tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, agradecería que la señora Solís nos informara si este sistema sanitario se está usando en algún otro país.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Como nos queda solo un minuto para terminar la sesión, vamos a incluir este tema dentro de las preguntas que se remitirán al Ministerio de Salud.

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

-Se levantó la sesión a las 10:00 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA

Redactor

Jefe Taquígrafos Comisiones.