

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°6, LEGISLATURA 372ª, CELEBRADA EN MARTES 4 DE MARZO DE 2025, DE 08:37 A 09:58 HORAS.

SUMA

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió a la académica del Departamento de Oncología de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica, Directora Ejecutiva del Centro para la prevención y control del cáncer del Centro de Políticas Públicas UC, doctora Carolina Goic Boroovic, acompañada del Director del Laboratorio de Innovación Pública LIP del Centro de Políticas Públicas UC, señor Cristóbal Tello; y a la Directora Ejecutiva del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud, CENS Chile, Dra. May Chomali, acompañada del Subdirector Ejecutivo, don Félix Liberona.

Presidió de forma accidental la diputada **Emilia Nuyado Ancapichún**.

A continuación, 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 Carolina González Holmes.

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 telemática la académica del Departamento de Oncología de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica, Directora Ejecutiva del Centro para la prevención y control del cáncer del Centro de Políticas Públicas UC, doctora Carolina Goic Borojevic, acompañada del Director del Laboratorio de Innovación Pública LIP del Centro de Políticas Públicas UC, señor Cristóbal Tello; y, de forma presencial, la Directora Ejecutiva de CENS Chile, Dra. May Chomali, acompañada del Subdirector Ejecutivo, don Félix Liberona.

II. ACTAS

El acta de la sesión 5ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 4ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

III.- CUENTA¹

No se recibieron documentos para la cuenta.

IV.- ORDEN DEL DÍA

Se recibió a la académica del Departamento de Oncología de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica, Directora Ejecutiva del Centro para la prevención y control del cáncer del Centro de Políticas Públicas UC, doctora Carolina Goic Borojevic², acompañada del Director del Laboratorio de Innovación Pública LIP del Centro de Políticas Públicas UC, señor Cristóbal Tello; y a la Directora Ejecutiva del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud, CENS Chile, Dra. May Chomali³, acompañada del Subdirector Ejecutivo, don Félix Liberona.

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.

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=340678&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

² https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=340687&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

³ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=340700&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

V.- ACUERDOS

Se adoptaron los siguientes acuerdos:

1.- Oficiar a la Ministra de Salud, doña Ximena Aguilar con el objeto de que tenga a bien informar sobre la cantidad de personal destinado a labores informáticas, asociados al subtítulo 21, "Gastos en Personal", del presupuesto del Ministerio de Salud, desglosando dicha información por cada organismo de la red de salud, y por región.

2.- Oficiar a la Ministra de Salud, doña Ximena Aguilar, con el objeto de que tenga a bien remitir el registro de todas las cirugías y horas médicas suspendidas a nivel nacional, en los distintos servicios de salud del país, en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2024.

3.- Oficiar a la Ministra de Salud, doña Ximena Aguilar con el objeto de que tenga a bien remitir un listado con todos aquellos establecimientos de salud del país que aún no cuentan con acceso a internet.

4.- Oficiar a la Ministra de Salud, doña Ximena Aguilar con el objeto de que tenga a bien informar sobre las medidas que el Ministerio de Salud ha adoptado frente a la gran cantidad de cirugías retrasadas en el Hospital Regional de Antofagasta, por problemas u obstáculos vinculados a las labores de la concesionaria de dicho recinto de salud.

5.- Solicitar a la Ministra de Salud desarrollar, junto a los integrantes de la comisión, una reunión de trabajo, con el objeto de abordar una propuesta para la asignación de formación de especialistas en regiones, y de ese modo iniciar su implementación a la brevedad posible.

6.- Prorrogar la sesión hasta por 10 minutos.

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.⁴

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 09:58 horas.

LEONARDO LUEIZA URETA
Abogado Secretario de la Comisión

⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=3glxm5lGhU>

**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 6ª, celebrada en martes 4 de marzo de 2025,
de 08:37 a 09:58 horas.

Presiden el diputado Tomás Lagomarsino y, en forma accidental, la diputada Emilia Nuyado.

Asisten 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 invitada, la académica del Departamento de Oncología de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile y directora ejecutiva del Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (Cecan), del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica de Chile, señora Carolina Goic Borojevic, acompañada del director del Laboratorio de Innovación Pública (LIP), del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica de Chile, señor Cristóbal Tello Escobar.

Asimismo, la directora ejecutiva del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS-Chile), señora May Chomalí Garib, acompañada del subdirector ejecutivo de la misma institución, señor Félix Liberona Durán.

TEXTO DEL DEBATE

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

La señorita **NUYADO**, doña Emilia (Presidenta accidental).- 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).- No hay documentos para la Cuenta, Presidenta.

La señorita **NUYADO**, doña Emilia (Presidenta accidental).- Gracias.

La presente sesión tiene por objeto recibir a la doctora May Chomalí Garib, directora ejecutiva del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS-Chile), acompañada del subdirector ejecutivo, señor Félix Liberona; a la señora Carolina Goic Boroevic, académica del Departamento de Oncología de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile y directora ejecutiva del Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (Cecan), del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica de Chile, y del director del Laboratorio de Innovación Pública (LIP), del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica de Chile, señor Cristóbal Tello, para dar respuesta a las observaciones, preguntas y solicitudes planteadas por los integrantes de la comisión en la sesión previa.

Dada su disposición de tiempo, en primer lugar, tiene la palabra la señora Carolina Goic.

La señora **GOIC**, doña Carolina (académica del Departamento de Oncología de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile) [vía telemática].- Señorita Presidenta, por su intermedio saludo a los señores diputados y diputadas, a la

señora May Chomalí, con quien es un gusto compartir esta sesión, y a los demás invitados.

Hace un par de años le presentamos al diputado Lagomarsino, actual Presidente de esta comisión investigadora, una propuesta respecto de la gestión en materia de listas de espera. Se contactó con nosotros y nos pidió presentarla a la comisión, pues, como ustedes tienen una labor fiscalizadora, nos pareció que el trabajo que vamos a presentar, que venimos desarrollando desde el año 2019, intermediado por el Laboratorio de Innovación Pública del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica de Chile, les va a permitir ilustrar, más allá de los números y el seguimiento que se hace en la evolución de las listas de espera, qué es lo que hay detrás del problema.

Me parece que esto puede ser interesante, sobre todo en la línea de generar propuestas y de entender mejor el problema. Quien ha llevado adelante este trabajo es justamente el señor Cristóbal Tello, por lo que lo voy a dejar a él con la presentación, para que después puedan hacer consultas.

Desde ya, el equipo y yo queremos dejar a su disposición casos del Cecan, del Centro de Políticas Públicas de la Universidad de Católica.

El mandato de la comisión es realizar una tarea fiscalizadora, pero también propositiva. Por eso, estaré encantada de acompañarlos en ese trabajo.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- A usted.

Tiene la palabra el director del Laboratorio de Innovación Pública del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica, señor Cristóbal Tello.

El señor **TELLO** (director del Laboratorio de Innovación Pública del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica) [vía telemática].- Muy buenos días, miembros de la comisión.

Como comentó Carolina Goic, voy a exponer un trabajo que venimos haciendo desde el año 2019 en la Universidad Católica, el cual apunta a abordar, a través de la mejora en la gestión, el problema de las listas de espera. Ese trabajo se ha hecho en conjunto con el Banco Interamericano de Desarrollo, en alianza, hasta ahora, con cuatro servicios de Salud de la Región Metropolitana, con el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, y también con el apoyo de la Fundación Desafío Levantemos Chile y la Fundación Alegría.

Como dije, partimos trabajando el año 2019, investigando primero cómo era la experiencia de espera de las personas que se atienden en el sector público de salud. A partir de eso, en conjunto con equipos de salud, se elaboró una propuesta, que fue pilotada entre 2020 y 2022, y desde 2023 hemos empezado un proceso de escalamiento.

Brevemente, hay que señalar que lo que encontramos en la investigación previa es que la experiencia de las personas que están en listas de espera no solo refleja tiempos muy largos para acceder a la prestación de salud que requieren, sino también mucha desinformación, tanto respecto del proceso de atención como del diagnóstico y tratamiento que requieren. La atención es muy discontinua. Hay períodos en que son atendidos, en que se los llama, y períodos largos en que no saben nada de parte de los establecimientos y de los equipos de salud, y también es una experiencia muy despersonalizada, ya que los llaman distintas personas, cambian continuamente de profesionales con los cuales deben interactuar y tienen una

sensación de que hay poca preocupación respecto de lo que les está pasando.

También, como es obvio, uno debe entender qué es lo que se mide en las listas de espera, y ese es un punto importante y digno de considerar en el trabajo que ustedes están haciendo. Si uno compara las patologías GES y las no GES, en las GES hay hitos de seguimiento de un proceso de atención o de la trayectoria de cuidado de un paciente, que tienen que ver con el minuto en que se hace la sospecha de alguna patología, el diagnóstico, donde se confirma o no si existe esa patología, el tratamiento y el seguimiento, tanto si esto requiere un trabajo de especialistas en el nivel secundario como en el terciario.

Sin embargo, es muy distinta la realidad en las listas de espera no GES. En la de consultas de nueva especialidad solo se mide el tiempo entre la sospecha, o sea, entre que un médico en APS solicita una intervención de un especialista por una sospecha de una posible patología hasta que ocurre la primera consulta; pero, en la primera consulta, más del 70 por ciento de los pacientes todavía no tiene un diagnóstico y requiere más exámenes y más consultas, todas cosas que no son medidas por las listas de espera.

Dicho en simple, es relativamente fácil egresar de la lista de espera de consulta de especialidad. Solo se requiere una consulta. A pesar de eso, tenemos una mediana de 263 días y 2.165.000 personas están en lista de espera. Algo parecido ocurre en la lista de espera de cirugía, en que se mide entre el diagnóstico y la cirugía. Al menos, respecto de esto último, ya hay un tratamiento, pero se deja sin medir la etapa de seguimiento. Aquí, como ustedes saben, la mediana es de 994

días, según el reporte de diciembre del Minsal, y hay 343.000 personas esperando.

Entonces, en general, ha habido mayor preocupación por la lista de espera quirúrgica, pero donde está la mayor cantidad de la población es en la lista de espera de consultas de especialidad.

Como comenté, nosotros no solo hicimos una propuesta, sino que empezamos a pilotarla, y partimos trabajando con dos hospitales en la Región Metropolitana -el Hospital Padre Hurtado y el Hospital San Juan de Dios- en tres especialidades distintas, y lo que hicimos fue tratar de reforzar las capacidades de gestión de los equipos de especialidad. Este es un tema del que se habla poco, pero, en realidad, los equipos de salud están tan demandados por atender las urgencias diarias, que tienen poco tiempo y a veces menos capacidad para hacer una buena gestión de los pacientes a los que deben tratar y de los recursos de que disponen. Por eso, hemos intentado reforzar esa capacidad de gestión y lo que hicimos fue rediseñar el proceso y aportar con capacidades nuevas, no de atención clínica, sino de gestión.

En estos tres pilotos partimos con un esquema bien sencillo, que tenía que ver con hacer el seguimiento del proceso de atención del paciente, en tomar contacto, ya que muchos de estos casos estaban en listas de espera muy antiguas; se trataba de pacientes que habían pasado varios años en espera, y había que volver a contactarlos para saber si todavía seguían esperando por una atención y para preparar su primera atención. Muchos de los pacientes, después de esperar varios años, llegan a la primera consulta y en ese minuto el médico especialista se da cuenta de que no tienen los exámenes que se requieren

para hacer el diagnóstico o que se han hecho esos exámenes, pero ya no están vigentes.

Por tanto, preparamos a esos pacientes para que llegaran con todos los exámenes básicos que se requieren y estuvieran al día, de manera que la primera consulta sea lo más resolutive posible en tratar de lograr que el diagnóstico tome el menor tiempo posible, una o dos consultas a lo más, en vez de dos, tres o cuatro consultas, que es lo que ocurre en muchos de los casos con los que hemos trabajado, y después seguir, aguas arriba, el proceso: los exámenes complementarios del diagnóstico hasta que exista un diagnóstico. Hasta ahí hemos puesto el primer objetivo: que el paciente sepa, efectivamente, qué tiene o no, parecido al hito GES de confirmación diagnóstica.

En los pilotos tuvimos muy buenos resultados, el mejor de ellos es el de la especialidad de traumatología del Hospital Padre Hurtado. Hemos estado trabajando desde abril de 2021 y hasta mediados de 2023, o sea, dos años después, la lista de espera se había reducido en más de un 90 por ciento. Hoy, la lista de espera de esta especialidad, que cuando partimos era de más de 6.000 pacientes, tiene aproximadamente 150 o 200 pacientes. Por lo tanto, ha habido una reducción de más de un 95 por ciento, y esto se ha hecho con los mismos traumatólogos y con el mismo equipamiento, solo mejorando el proceso de gestión del equipo completo y de atención de los pacientes.

A partir de esa experiencia, hemos empezado a escalar esto en otros ámbitos y, entonces, en el año 2023 partimos trabajando con el Hospital El Carmen, de Maipú, llevando este tipo de metodología a un ámbito un poco distinto, que es el que tiene que ver con cáncer. En este caso, como ustedes

comprenderán, el proceso de confirmación diagnóstica es muy relevante.

Como los tiempos en el cáncer son tremendamente relevantes, nos propusimos abordar la primera parte y acelerar el proceso de confirmación diagnóstica de pacientes, es decir, que supieran lo antes posible si tenían cáncer. Comenzamos trabajando con un tipo de cáncer, el de próstata, que es uno de los más relevantes en el caso de los hombres en el país, y a través de estas mismas metodologías fuimos abordando el proceso de atención. Nos encontramos con que, en este caso, es interesante que tres de cuatro pacientes, cuando en APS se les indica que hay una sospecha de cáncer de próstata, fueron fuera del sistema público a hacer el proceso de confirmación diagnóstica; o sea, solo un cuarto fue directamente al Hospital El Carmen, de Maipú, a hacer el proceso de diagnóstico. A pesar de que tres de cuatro lo hacen con recursos propios en el sistema privado de salud, ese 25 por ciento que lo hace en el sistema público, en el Hospital El Carmen, se demoraba -hicimos una línea base- cerca de cuatro meses en saber si tenía cáncer.

Entonces, fuimos a trabajar con el equipo de urología para tratar de identificar cuáles eran los cuellos de botella de su gestión, tratar de resolverlos con los recursos existentes; había muchos temas que tenían que ver con coordinación entre equipos, con mejorar ciertos procesos, ocupando los mismos recursos, la misma tecnología que había y estuvimos trabajando un semestre con ellos y logramos bajar ese tiempo de cuatro a dos meses y medio, lo cual fue una nueva señal de que, a través de mejorar la gestión, es posible abordar en gran parte los problemas que hay detrás de las listas de espera.

Un tercer ejemplo, dado el tiempo acotado que tenemos, es el trabajo que estamos haciendo ahora en el Hospital de Quilpué.

En este caso, hemos estado trabajando con cuatro especialidades del hospital: cardiología, traumatología, ginecología, odontología, y hemos tratado de avanzar hasta lograr también la etapa de diagnóstico del paciente, o sea, no solo egresarlo de la lista de espera de consulta de especialidad, sino avanzar hasta que el paciente tenga un diagnóstico lo antes posible.

Estamos trabajando desde octubre, así que los resultados todavía son incipientes, pero hay ciertos brotes verdes que confirman que a través de mejoramientos de gestión uno ve resultados relevantes en el abordaje de las listas de espera. Por ejemplo, el en caso de cirugía, hay una notoria disminución de los tiempos de espera. Cuando partimos, a mediados del año pasado, había una gran cantidad de pacientes de 2022 y 2023 esperando; esos pacientes ya han sido atendidos, y lo que hemos tratado de instalar también en los equipos es poder ordenar la gestión de acuerdo con la prioridad clínica de los pacientes, algo que de repente no está bien resuelto.

Se trata de una cosa de bastante sentido común, en el sentido de que los pacientes de más alta prioridad sean atendidos antes, los de mediana prioridad después y los de baja prioridad posteriormente, pero todos deben ir avanzando en su proceso de atención. En el caso de cirugía, uno puede ver que esto ha ido ocurriendo; lo mismo sucede en el caso de traumatología, se ha ido disminuyendo la cantidad de pacientes de la lista espera y, más importante, se ha ido atendiendo a quienes llevaban más tiempo esperando.

Además, en el caso de traumatología, hemos logrado que casi un 90 por ciento de los pacientes tengan un diagnóstico en la primera consulta; esto tiene que ver con poder hacer las radiografías antes, preparar al paciente, de manera que el traumatólogo en la primera consulta pueda ya llegar a un

diagnóstico, lo que implica un mejoramiento enorme en la productividad.

En el caso de ginecología, uno puede ver el mismo comportamiento.

Termino diciendo que lo que demuestran estas intervenciones, a través de este tipo de metodología, es que detrás del problema de listas de espera no solo hay un problema de recursos, como se ha instalado muchas veces en la agenda pública, sino que hay un problema grande de gestión que es necesario abordar y que a veces la conversación relativa solo a los recursos elude que parte del problema también tiene que ver con gestión.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Gracias, don Cristóbal.

Tiene la palabra la señora Carolina Goic.

La señora **GOIC**, doña Carolina (académica del Departamento de Oncología de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile) [vía telemática].- Señor Presidente, me gustaría enfatizar en lo que concluyó Cristóbal Tello, en el sentido de que uno siempre ve la solución en más recursos, lo que ha sido parte de la discusión que se ha dado porque es un espacio en la discusión de la ley de presupuestos. Sin embargo, el riesgo que uno corre es como poner agua en una cesta que se filtra; uno puede momentáneamente disminuir, pero si no se va a la raíz, que tiene que ver justamente con estos temas de gestión, probablemente nunca van a ser suficientes y, al poco andar, vamos a seguir con el mismo problema de las listas de espera.

La invitación y la disposición de todo el equipo acá es ayudar a mirar toda esa cadena, y hay experiencias que son viables, que no implican recursos demasiado onerosos, lo que

creo es muy importante, pero sí generar capacidades en los equipos que hoy están instalados para mejorar la gestión.

Algo que nos duele y en lo que podemos agudizar en otro momento son las listas de espera en cáncer, porque uno dice que respecto del total de garantías puede no ser tanto, pero cada uno de esos casos es una persona que, en la medida en que se demora uno, dos, tres o más meses, pierde la oportunidad de un tratamiento curativo, y lo que pasa muchas veces es que entran a la misma lista de espera, como decía Cristóbal, sin tomar en cuenta la urgencia en casos de cáncer, que deberían tratarse corriendo. Por lo tanto, se puede estar meses esperando una endoscopia, una colonoscopia o que se tenga reflujo, o sea, que haya síntomas evidentes de un cáncer de colon o gástrico.

Esa es la invitación. Quedamos a disposición de las consultas de las diputadas y de los diputados integrantes de la comisión.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Vamos a hacer una muy breve ronda de preguntas, porque la exsenadora y don Cristóbal Tello deben retirarse, pues tengo entendido que tienen que asistir a un curso de manera presencial.

Agradecemos la exposición, y nos tienen harta información que entregar. Me fue muy recomendado que los invitáramos.

Ofrezco la palabra a las diputadas y a los diputados para que hagan preguntas.

Tiene la palabra la diputada Emilia Nuyado.

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, sobre lo que dijo don Cristóbal Tello, respecto de que se ha demostrado, con los seguimientos que han hecho, que es posible mejorar la gestión con los mismos recursos. Esto tiene que ver

con la situación que ocurre en los distintos hospitales públicos, donde las listas de espera, en vez de disminuir, han ido aumentando; donde tenemos a muchas familias a la espera de ser atendidas.

Y en la exposición refleja claramente que para aquellas personas que están en GES hay un seguimiento. Por lo tanto, se sabe el diagnóstico, y posteriormente los distintos procesos que se deben completar. Sin embargo, respecto de las personas que no están en GES, son pacientes cuyo diagnóstico no se conoce, y en el trabajo que desarrollaron ustedes se puede ver que esa gestión se mejoró con los mismos recursos.

Entonces, me gustaría saber cuál sería la propuesta para el Ministerio de Salud y para los directores de los servicios de salud sobre cómo podemos, con los mismos recursos existentes y con el compromiso que estos puedan tener, mejorar la gestión, como demostraron, al menos, en los hospitales en que pudieron participar.

Gracias.

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

Por mi parte, tengo tres preguntas.

En primer lugar, ¿cómo fue la recepción del Ministerio de Salud a esta propuesta? Tengo entendido que, a inicios de 2022, si la memoria no me falla, fueron a presentar estos resultados al Ministerio de Salud, poniéndose a disposición, y entendiendo que ha habido altos y bajos en esa relación; pero, insisto, quiero saber cómo ha sido la recepción del Ejecutivo a una propuesta que en sus pilotos ha tenido bastante buenos resultados.

En segundo lugar, veo que ustedes ocupan distintos tipos de indicadores en la presentación, tanto de volumen como de medianas, en la cual entregan los resultados, y se ha abierto una discusión en torno a cuál es la mejor forma de medir las listas de espera o medir el trabajo que se hace sobre estas. Entonces, quiero saber su opinión respecto de cuál es la mejor forma de medir las listas de espera, si tenemos que observar solo un indicador o debemos observar varios indicadores.

En tercer lugar, ustedes nos dieron resultados respecto del hospital de Quilpué y de varios hospitales de la Región Metropolitana, por lo que me gustaría saber cómo proyectan esto a futuro. ¿Es un modelo que puede tomar el Estado de Chile y aplicarlo en cualquier lugar del país o requiere un acompañamiento? ¿Cuáles son las perspectivas de futuro, más allá de los distintos pilotos que ustedes han realizado? Si ustedes dejan de estar acompañando al centro asistencial, ¿este modelo puede seguir aplicándose?

Esas son mis tres preguntas.

Tiene la palabra el señor Cristóbal Tello.

El señor **TELLO**, don Cristóbal (director del Laboratorio de Innovación Pública del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica de Chile) [vía telemática].- Señor Presidente, por su intermedio, en primer lugar, respondiendo a la diputada, ante un problema complejo se requiere una estrategia diversa que aborde los distintos ámbitos.

Como comentábamos con Carolina Goic, en general, en la agenda pública ha estado demasiado presente solo el tema de aumentar recursos contratando prestaciones del sector privado, que efectivamente pueden disminuir temporalmente las listas de espera, pero no resuelven sus causas y después las listas de

espera vuelven a aumentar; o contratando más profesionales, lo cual también es una variable relevante, especialmente en ciertas regiones, en ciertos establecimientos de salud, donde sabemos que efectivamente hay déficit de personal.

No obstante, cuando uno mira los desempeños de los distintos establecimientos, esa no es la variable que realmente determina los resultados. Hay establecimientos con una mayor cantidad de profesionales, pero con bajo desempeño. Entonces, no es la única variable que hay que mirar.

Asimismo, hay un eje en la tecnología y May Chomalí lo va a comentar en detalle. Se está haciendo un trabajo superinteresante, y si bien hay mucho que avanzar en el uso de herramientas y en el mejoramiento de la información de los equipos, también se requiere reforzar las capacidades de gestión de los mismos, que es el tercer eje en el cual hemos trabajado.

Cabe señalar que trabajo en una universidad; por lo tanto, lo digo conociendo cómo es la formación. Si bien es una materia que se trabaja poco en los equipos de salud, la organización de los recursos es una variable muy importante, porque no va en función de los tiempos o las necesidades de los equipos de salud, sino de los pacientes. Eso es lo que hemos tratado de hacer, rediseñar el proceso desde el punto de vista del paciente, para que la atención sea lo más integral y oportuna posible.

En consecuencia, respecto de ese eje, lo que debería ocurrir es que cada establecimiento de salud cuente con un equipo de gestión que observe dónde están las oportunidades de mejora. Algunas de estas mejoras son transversales, como la preparación de los pacientes antes de la primera consulta, cuyo objetivo es que lleguen con todos los exámenes necesarios, para que sea

lo más resolutive posible, aunque las brechas son diferentes en cada establecimiento, porque a cada uno de ellos les "aprieta el zapato" de forma distinta, por lo que no sirve mucho elaborar un manual. Por eso, desarrollamos una metodología que se adecua a la realidad de cada establecimiento, pues cada uno de estos tiene distintas tecnologías, recursos y formas de organizarse, por lo que se debe adaptar a cada caso.

Presidente, en relación con lo que preguntó, hemos estado trabajando con el Ministerio de Salud (Minsal) desde el inicio. A estas alturas, hemos trabajado con distintos ministerios y gobiernos. Hemos mantenido informado al ministerio acerca de nuestro avance, los logros y las dificultades que hemos tenido. Parte de estos aprendizajes han sido recogidos en el programa de gestores en red, que inició el año pasado el Ministerio de Salud. Se ha tomado como base lo que hemos hecho desde la universidad; sin embargo, no hemos podido avanzar mucho en lo que respecta a contar con el apoyo del ministerio para escalar esto.

Ante su pregunta de si es posible escalar, es perfectamente posible hacerlo; sin perjuicio de que lo hemos hecho con recursos aportados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), algunas fundaciones y empresas privadas, evidentemente si hubiese mayor disponibilidad de recursos, el escalamiento podría ser más ambicioso, porque, como señalé, se adaptaría a la realidad de cada establecimiento de salud, los cuales tienen cosas parecidas y cosas distintas.

En relación con su última pregunta acerca de los indicadores, este es un tema muy importante. De acuerdo con nuestra experiencia y como se planteó en la presentación que hicimos, estamos midiendo mal el problema de las listas de

espera, y sobre todo en lo que respecta a consultas de especialidad, es una medida muy poco exigente; de hecho, estamos egresando a las personas solo con la primera consulta, ni siquiera con un diagnóstico. Nos parece que, al menos, debiésemos avanzar en utilizar los mismos hitos del programa Garantía Explícitas en Salud (GES), evidentemente, no las garantías de tiempo, pero sí los mismos hitos; o sea, deberíamos saber cuántas personas están en la etapa de sospecha, cuántas ya tienen confirmación diagnóstica y cuántas han iniciado su tratamiento.

También deberíamos contar con un mayor detalle determinado por prioridad clínica, porque no es lo mismo el tiempo de espera para una persona con una prioridad alta de atención que para una con una prioridad baja.

Ahora, en relación con la mediana y el promedio, cualquier persona con conocimientos estadísticos diría que ambas medidas son útiles, porque las dos entregan información complementaria; sin embargo, en el último informe que les entregó en diciembre el Ministerio de Salud no venía, por ejemplo, el dato del promedio. Lo lógico sería que fuéramos sistemáticos en mantener ambos parámetros y en tener la cadena histórica completa de cómo vamos, porque ambas medidas nos dan información necesaria para tener una foto completa.

Esto de apostar por la mediana y, después, en otro período de gobierno, tener los promedios, no nos permite comparar las trayectorias largas, para saber cómo vamos.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Carolina Goic.

La señora **GOIC**, doña Carolina (académica del Departamento de Oncología de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile) [vía telemática].- Señor Presidente, sobre su segunda

pregunta, me gustaría complementar lo expuesto en relación con la manera en que se escala y dónde están los recursos.

Inicialmente, los recursos están enfocados en apoyar al equipo en el diagnóstico de oportunidades de mejora y en la generación de capacidades o, a veces, en la determinación del equipamiento que se requiere para que, efectivamente, pueda mejorar la gestión; o sea, se requieren recursos, pero son para que el equipo quede en condiciones de determinar los espacios de mejora de gestión. Eso es lo que permite que esto sea sostenible en el tiempo, lo que es muy importante.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- En nombre de la comisión, agradezco su presentación, el tiempo destinado y el trabajo realizado. Esperamos que esta iniciativa, que lleva varios años desarrollándose en nuestro país, pueda seguir avanzando y creciendo.

Sean libres de retirarse, si así lo desean.

Doy la bienvenida a nuestra segunda invitada, la doctora May Chomalí Garib, directora ejecutiva del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS), quien concurre acompañada por don Félix Liberona, subdirector ejecutivo del centro, a quienes escucharemos atentamente.

Tiene la palabra la doctora May Chomalí.

La señora **CHOMALÍ**, doña May (directora ejecutiva del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud).- Señor Presidente, en primer lugar, agradezco la invitación y la oportunidad que nos han ofrecido, como CENS, para venir a presentar el trabajo que hemos estado realizando con el Ministerio de Salud.

En el contexto de la carta de solicitud hecha por la comisión investigadora, aludiré a lo que tiene relación con la calidad de los datos. El director del Laboratorio de Innovación Pública (LIP), señor Cristóbal Tello, ya se

refirió un poco al tema y expresó que la calidad de los datos que estamos observando para gestionar las listas de espera adolece de problemas en materias de calidad y de continuidad, además de ser información parcializada, entre otras cosas que vamos a ver.

En esa línea, hemos estado trabajando, en conjunto con el Ministerio de Salud, para poder entregar un sistema de información que acompañe al paciente durante su espera, que sea robusto, sostenible en el tiempo y que no dependa de personas, como lo veremos más adelante.

Con el objeto de prevenir futuros abusos, es necesario elaborar una propuesta que encauce la gestión de las listas de espera.

Como muy bien dijo Cristóbal Tello, se trata de un problema multifactorial. Al revisar el viaje del paciente y el sistema de información que lo acompaña en las listas de espera, uno se da cuenta de que el sistema que tenemos actualmente, el Sistema para la Gestión del Tiempo de Espera (Sigte), es tremendamente deficiente para determinar dónde está la Atención Primaria de Salud (APS), los tiempos y el porcentaje de pacientes que se devuelven a la APS; no sabemos cuántos se priorizaron, cuántos realmente se agendaron y en cuánto tiempo, y cuántos de los pacientes que iniciaron la interconsulta asistieron finalmente. No tenemos esa información, no podemos trazar a un paciente y, como muy bien dijo Cristóbal, lo único que sabemos es que se solicitó una interconsulta y, a veces, ni siquiera eso -ya les diré por qué-. Tampoco sabemos si en esa interconsulta se atendió al paciente, porque no necesariamente se resolvió la patología, como muy bien dijo don Cristóbal Tello.

Eso es así, porque el sistema de información que acompaña el proceso de espera, al ser un repositorio, está obsoleto. Es

como tener una base de datos grande, no estandarizada, que no interoperara con sistemas locales, en que se deben subir, o sea, ingresar los casos que entran a la lista de espera y, después, se deben bajar, es decir, egresar los casos después de que se atendieron. Los prestadores los suben y bajan de acuerdo con criterios locales, los que incluso pueden cambiar en el tiempo. Así, nos hemos encontrado con casos de atención primaria en que el hospital pide que no se suban las interconsultas hasta que se abra la agenda, por lo que quedan acumuladas las interconsultas en atención primaria, y así sucesivamente. Por lo tanto, lo que estamos viendo en las listas de espera no es realmente lo que está ocurriendo, pues no tiene sistemas de control de datos, hay casos repetidos, datos faltantes, casos no atingentes, etcétera.

Asimismo, no está asociado con estadísticas vitales, no sabemos las personas que han fallecido ni está asociado con ellas, como muy bien mostraba Cristóbal Tello; de hecho, las personas se atienden en el área privada porque no quieren esperar, entre otras razones. Tampoco responde a las necesidades de información con otros usuarios del Fonasa, de la División de Atención Primaria (Divap), del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), etcétera.

Entonces, se supone que contiene el *stock* de casos "en espera" y no se actualiza con datos de personas fallecidas ni atendidas en la modalidad de libre elección. Ello ocurre porque este es un sistema en el que las tecnologías han avanzado demasiado en el último tiempo. Es un problema que se viene observando en el Ministerio de Salud desde hace un tiempo y que por algunos motivos no se había abordado con la debida profundidad y seriedad -sin prisa, pero sin pausa-, en términos de dotar al sistema de salud chileno de un sistema de información que permitiera realmente trazar a los pacientes.

De esta forma, a propósito de un grupo de personas, empezamos a estudiar la situación y nos dimos cuenta de que todo lo que podemos hacer en gestión de listas de espera es imposible que sea sostenible si no tenemos un sistema de información a la altura de las necesidades de esa gestión. De hecho, en las presentaciones que ha realizado Cristóbal Tello, se ha dado cuenta que un porcentaje no menor de las listas de espera se resuelve con el solo llamado a los pacientes para darse cuenta de que ya resolvieron su problema, o sea, con la limpieza de la lista de espera. Él demostró en el Hospital Padre Hurtado y en otros centros hospitalarios que el solo llamado a los pacientes limpia la lista de espera, algo que el ministerio hace permanentemente. Por lo tanto, nuestro país necesitaba realmente un sistema que permitiera trazar a ese paciente.

Es así como fuimos con una propuesta a la ministra de Salud para apoyarla en una solución que pudiera contar con información en línea sobre la situación de cada paciente; dimensionar realmente los flujos de ingreso y salida; proporcionar a los pacientes acceso a su información, algo fundamental; interactuar con sistemas que permitan la depuración de datos vitales, etcétera. A su vez, el Ministerio de Salud nos pidió que lo acompañáramos en esta ruta, la cual es difícil, porque hay que hacer "conversar" sistemas de información para no depender de terceros.

Esto es lo que estamos implementando. Y digo "estamos" porque desde el Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS) estamos apoyando muy directamente al ministerio y trabajando en el equipo directivo de este proyecto, donde estamos rescatando la solicitud de la interconsulta desde el origen. Aquí no hay personas que tienen que subir o bajar el caso.

Además, se han incorporado a este sistema de información varios hitos, a saber, la solicitud de la interconsulta, cuya contrarreferencia veremos un poco más adelante. Cuando el gestor de atención primaria valida esa interconsulta, es decir, dice si es pertinente o no que vaya, es un médico más sénior quien dice que esto se puede resolver en la atención primaria, dónde se prioriza esta interconsulta, cuándo se agenda la interconsulta y cuándo esta se atiende. Es cierto lo que dice Cristóbal Tello, en el sentido de que este es un tiempo de espera para consulta nueva de especialidad; es decir, no sabemos si es resolutoria o no resolutoria, pero es lo que estamos midiendo. En este sistema es absolutamente factible incorporar las otras fases del proceso de atención. Toda esta información va cayendo en una plataforma de interoperabilidad, que es nuestra especialidad, a través de un estándar HL7-FHIR que definió el Ministerio de Salud.

¿Qué permite esto? ¿Qué está en licitación en este minuto? Permite que los pacientes puedan acceder, a través de una App, a un resumen clínico, a usar secundariamente esos datos, a que el paciente sepa en qué etapa está su interconsulta, si efectivamente se validó, si se priorizó, si está agendada, etcétera, y que también puedan tener un visor ciudadano, lo que más exigió la ministra en términos de que en esto hubiera absoluta transparencia, para que el paciente pudiera ver gastroenterología en tal hospital, si tiene este promedio de espera o esta mediana de espera de acuerdo con la prioridad. Por ejemplo, puede ser que en mi caso tiene prioridad 1; por lo tanto, mi mediana de espera va a ser "x". Esta es la diferencia que hay entre lo que tenemos actualmente y lo que está aportando el sistema que se encuentra en proceso de implementación en este momento.

En la parte superior de la siguiente lámina se observa lo que aporta el sistema que estamos implementando, en el cual cada vez que un médico de atención primaria solicita una interconsulta, esos datos caen a esta plataforma de interoperabilidad que ya es visible en el hospital. Luego, el médico contralor revisa esa interconsulta, información que cae a esta plataforma de interoperabilidad. Posteriormente, el médico priorizador, en el nivel secundario, prioriza y esto cae a la plataforma. Lo mismo ocurre cuando se agenda y cuando se atiende, momento en el cual ocurre el egreso del caso de la lista de espera.

En cuanto al servicio de Sistemas de Información Geográfica y Teledetección (Sigte) que existe actualmente, es decir, el 2.0, porque hubo un *upgrade* de plataformas, ya que estaba con problemas, ocurre que hay una persona que acumula las interconsultas y, cada 15 días como máximo, sube a una planilla Excel todas esas interconsultas. Como les indiqué, puede que se haya equivocado al digitarlas o que haya dejado algunas guardadas en el cajón porque le dijeron que había que esperar, lo puede hacer antes de agendar, antes de priorizar de cualquier forma. Luego, otra persona egresa los casos después de que alguien le entrega la lista de los casos que ya fueron atendidos. Puede ser que hayan entregado listas incompletas o todas estas cosas que sabemos que ocurren. Esta es la diferencia entre lo que estamos implementando en este momento versus lo que el sistema tiene actualmente.

En la siguiente imagen se observa la situación actual de este proyecto piloto, que ya no es un proyecto, sino una estrategia, porque implementamos un piloto que partió en marzo de 2023, con el Servicio de Salud del Biobío -entre paréntesis, se indica el número total de establecimientos que están

participando en este piloto-, el Servicio de Salud de Talcahuano y el Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Esto tiene una secuencia, ya que primero hay una capacitación, después se define el proceso clínico del paciente y luego se hace la implementación con el piloto, que significa un hospital base y un consultorio. Finalmente, tenemos la expansión territorial, por cuanto -valga la redundancia- se expande a todos los consultorios de la región.

Esta es la situación de cada uno de los servicios de salud, en la cual los pilotos están con todas sus capacitaciones, todos sus procesos, todas las implementaciones, salvo el Servicio de Salud de Talcahuano, que no ha podido iniciar su expansión territorial, porque se encontraron algunos errores en la transmisión de la calidad de los datos. Desde luego, no queremos hacer la expansión territorial mientras eso no se resuelva, pero ustedes pueden observar cómo ha ido avanzando. El piloto fueron estos tres servicios de salud, los que están en cero. Después, partió la fase 1, que comprende los servicios de salud de Arica, del Maule, de Viña del Mar y de la Araucanía Sur. Como ustedes pueden ver, el Servicio de Salud Araucanía Sur está completamente expandido. Esto quiere decir que cualquier persona que se atiende en cualquier consultorio de atención primaria, posta rural, etcétera, que emite una interconsulta, entra a la plataforma; por ende, esa interconsulta ya se puede trazar. Entonces, ya podemos saber en qué etapa está ese paciente. Lo mismo ocurre con el Servicio de Salud de Aysén, que está completamente expandido; el Servicio de Salud Araucanía Sur se encuentra con 80 establecimientos completamente expandidos; el Servicio de Salud de Arica presenta tres establecimientos expandidos, y así sucesivamente.

Los próximos servicios de salud que parten en marzo son los de la Región Metropolitana, a saber, Sur Oriente, Sur, Central, Oriente y Norte, porque el Occidente fue uno de los pilotos. Se hace el *kickoff* ahora en marzo y el piloto se termina en septiembre, y ahí ellos tienen que iniciar la expansión territorial. Luego, los últimos cuatro servicios que quedan parten en junio, luego se hace el *kickoff*, por lo que, a diciembre de 2025, tienen que estar con la expansión territorial absolutamente completa; o sea, en diciembre nosotros vamos a entregar un sistema de información interoperable, que va a reemplazar al actual Sigte.

Esto se ha hecho con recursos del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud peleó en el presupuesto y acaban de incorporar algunos recursos para interoperabilidad, lo que nos alegró mucho, porque esto ha significado mucho esfuerzo, en el sentido de que no ha habido recursos adicionales para implementar esta estrategia.

Para nosotros, como Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS), este es un bien público, así que estamos trabajando y acompañando en este proceso como un bien público.

En este momento, está en proceso la licitación de la App con que contará el paciente, a la que tendrá acceso con su clave única. Va a poder modificar sus datos de contactabilidad, que es uno de los grandes problemas que existe, porque es tan largo el período que hay entre que le entregan la interconsulta y lo llaman, que cambian el teléfono, las direcciones, etcétera. Pero, dado que el paciente sabe que lo van a contactar por esta vía, creemos que va a mejorar mucho.

También va a tener un visor de la interconsulta en la lista de espera y un visor de su receta electrónica y otras cosas, pero lo importante es que va a tener el visor de la interconsulta en lista de espera no GES, donde va a poder ver en qué etapa está su interconsulta y, con eso, tomar mejores decisiones, si es mucha o poca su espera, y decidir si compra un bono de consultas o lo que fuera.

Como dije, este sistema va a quedar implementado el 31 de diciembre de este año, todos los servicios de salud interoperando, todos los consultores de atención primaria. Esto ha significado un enorme esfuerzo, porque han tenido que interoperar -esa es la palabra técnica- sistemas de información en salud tremendamente diversos; sistemas de información en salud que son propios, un hospital desarrolló uno; un consultorio que tiene uno contratado con una empresa A, después otro consultorio que tiene contratado con una empresa B; hemos tenido que poner a conversar a las empresas -digamos que no ha sido fácil- que nunca habían conversado antes, porque tienen que tributar la información a este módulo de interoperabilidad.

Ahora, los primeros resultados no los estamos mostrando todavía, porque se está depurando la calidad de los datos, etcétera, pero creemos muy sinceramente que la información que va a entregar o que está entregando este sistema, va a permitir tomar mejores decisiones de dónde se tienen que enfocar las estrategias para reducir los tiempos de espera. No cabe duda de que hay temas de gestión; pero, de acuerdo con los resultados preliminares, no cabe duda de que existe un desbalance entre la oferta y la demanda. Pensar que no hay un desbalance entre la oferta y la demanda es cerrar los ojos. Si bien es cierto la tasa de resolutivez de la atención primaria es altísima, creemos que estos datos nos están diciendo que podría ser mejor

si se entregara a la atención primaria algunas atribuciones, que actualmente no tiene, para mejorar su resolutiveidad.

Con este sistema, sentimos que estamos haciendo un aporte muy concreto, muy valioso, sobre todo porque es un sistema que no es persona-dependiente; no tiene que ver con que alguien suba el caso o lo baje, o sea, no tenemos a una persona encargada que, si salió con licencia, nadie más sube las interconsultas, o que, si salió con licencia, nadie eliminó los casos.

Hay otra cosa que no mencioné, pero es tremendamente importante, porque esta estrategia también tiene considerado, cuando ya esté absolutamente en régimen, entre el evento de la solicitud de la interconsulta y el evento de la agenda, poder interoperar con el Servicio de Registro Civil e Identificación sobre los pacientes que fallecieron; es decir, poder sacarlos de la lista de espera, así como también a las personas que decidieron, por ejemplo, comprar un bono de atención por la especialidad y no encontrarse, en el momento en que se los llama, con un paciente que ya resolvió su caso, y sacarlos de las listas de espera para que no se estén acumulando los casos.

Obviamente, esto va a permitir que cualquier proyecto, como el que mencionó el doctor Tello y tantos otros que están ocurriendo en muchas partes, tenga información mucho más confiable y no se pierda tiempo en limpiar las listas de espera, como se está haciendo en muchas partes -una maratón de limpieza de listas de espera-, en que el servicio telefónico Salud Responde está llamando a miles de pacientes para saber si todavía están, no están, si están vivos, si todavía quieren esperar o no quieren esperar, etcétera.

Este sistema permite incorporar esas tecnologías, como tecnología de contactabilidad, tecnología de confirmación de horas, que quienes nos hemos atendido alguna vez en alguna consulta nos llaman 24 horas antes para saber si iremos o no, etcétera. Todas esas cosas se pueden incorporar a la base de este sistema que estamos entregando al sector Salud con mucho esfuerzo, pero con mucho orgullo por los resultados que estamos obteniendo.

Muchas gracias.

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

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero agradecer la exposición de la doctora May Chomalí.

La verdad es que las dos exposiciones que hemos escuchado son bastante promisorias, porque despiertan en nosotros la fe de que es posible resolver de una vez por todas este tema.

Quiero preguntar dos cosas. En primer lugar, respecto de la focalización de especialidades, porque sabemos que, en las regiones, y lo hemos escuchado acá, por ejemplo, a través del colega Jaime Araya, no es igual la distribución de especialistas, y depende de la región en que nos encontremos.

Entonces, no sé si en estos sistemas de información se ha contemplado esta tasa de distribución de especialidades médicas.

En segundo lugar, ¿qué opinión tienen sobre el sistema Rayen? Porque Rayen es un sistema de registro, es una plataforma que se administra desde la atención primaria, licitada por los municipios, de la que tenemos quejas no solo de los profesionales médicos, sino también de los profesionales

dentistas; por ejemplo, que la plataforma se atasca, se cae, no pueden registrar, y eso implica una pérdida de tiempo significativa solamente para el registro de información.

Hay otros aspectos en los que también se entraba la gestión, justamente porque son sistemas poco operativos, en fin.

Solamente quiero hacer un comentario. Ayer, el representante que vino del Colegio Médico (Colmed), nos dijo: "Nadie muere por artrosis". La verdad es que no estamos pensando en que el indicador sea la muerte, pero la gente muere esperando que le resuelvan la artrosis, que es más terrible. De hecho, lo iba a decir y usted no me dio la palabra, señor Presidente, porque tuvo que suspender la sesión, estábamos contra el tiempo, así que no es una queja. Pero es terrible que una persona tenga que morir esperando que le pongan una prótesis de cadera.

Sabemos que hoy, con los estándares epidemiológicos, Chile tiene una población que tiende al envejecimiento, con poca tasa de recambio generacional, y efectivamente estas patologías van a ir aumentando y abultando las listas.

Esa era mi pregunta, específicamente por el sistema de registro Rayen, que es un tema de quejas recurrentes.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Patricio Rosas.

El señor **ROSAS**.- Señor Presidente, agradezco la presentación de la doctora May Chomalí.

Este es un tema que conozco desde hace muchos años. Intentamos desarrollar un sistema en la Región de Los Ríos, en la comuna de Talcahuano, que son los que están más adelantados,

por eso avanzaron rápido, porque tienen equipos de informática capacitados.

En La Araucanía desarrollamos el sistema de gestión *online* para centros médicos RAS, en el período 2010-2015, cuando era director de servicio, y en esa época se dijo exactamente lo mismo que se acaba de decir acá, porque el ministerio también tenía la opción de licitar y varios servicios no le creímos, porque habitualmente las licitaciones se acompañan de grandes cantidades de recursos, que están en un presupuesto y en el otro no; entonces desarrollamos un sistema público abierto, y que lo tienen en varias partes del país, y cuando no tenían nada, no lo pedían porque era de código abierto.

Con esa mirada, también en esa época, recuerdo que hicimos la ficha electrónica pública. Estaba la ministra Aisén Etcheverry en el equipo de innovación del Ministerio de Salud. Desde esa época ya existían las conexiones que posibilitaban poner una aplicación en un celular.

El sistema lo desarrolló Araucanía Sur; nosotros lo teníamos en Beta y ellos lo tenían en Alfa, operando, en 2017.

Entonces, me llama la atención que ahora se quiera licitar algo que incluso hoy día, en este momento preciso, un niño de 15 años, con inteligencia artificial, es capaz de programar en su casa.

No estoy en contra de la licitación, del trabajo conjunto público-privado, pero creo que hay cosas que podemos hacer nosotros, y el ministerio, para darle una política pública de larga data y profundidad. Para que no dependa de quien está a cargo de un servicio, o de un hospital, o de un ministerio, tiene que ser una política pública, y valorar los departamentos de informática que tiene el ministerio, porque ahí ha habido

gente que ha capacitado y está capacitada en HL7, en Red Hat, en distintas formas de programación, que en verdad pueden desarrollar esto y no tener que licitar.

De repente, creo que se nos escapa de las manos el tema de dejarle todo a la licitación, cuando, como bien dice el colega, hay empresas que capturan los datos como relleno, y después no los sueltan, y luego el ministerio tiene que casi obligarlos a soltar los datos e interoperar, producto de que ellos se hacen casi los dueños de los datos y te los entregan de a poco, cuando los datos son de los pacientes, y eso lo dejamos claro en una ley sobre confidencialidad de los datos, donde también se hablaba de los plazos para entrega de una respuesta y de los antecedentes de los datos de los pacientes y de las personas, a requerimiento de una institución pública o por beneficio público.

Entonces, aquí mi comentario es que esto que se está planteando es una idea que ya se hizo en algún momento; espero que esta vez tenga el apoyo del ministerio y no se externalicen tantas cosas que sí se pueden hacer dentro del ministerio.

Gracias.

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

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, en la línea que señala el diputado y doctor Rosas, uno espera que, con el avance tecnológico de los servicios públicos, en este caso el propio ministerio tenga las capacidades y no que una ONG, un centro o la universidad tengan que decirles lo que deben hacer.

Esa experiencia que él señala también está instalada en las instituciones del Estado, solo que no se coordinan y tampoco se reconoce el conocimiento existente.

Generalmente, alguien descubre esto, y esto es lo que debe ser, y eso nos ocurre en todas las instancias de nuestras vidas, y precisamente también en las instituciones del Estado.

Por tanto, uno se pregunta cómo podría ser posible que los directores, que los seremis, que los ministros, los subsecretarios tengan coordinaciones para definir una estrategia de cómo atendemos la salud y donde también las universidades, los diversos centros de investigación y estudios debieran estar disponibles para aquello.

Pero aquí todo es parcial. Cada uno lo que hace, lo hace de una mirada muy a su alcance, dependiendo de cuál sea, y no tenemos una mirada de carácter más amplio.

Lo que usted señala en la exposición es lo que se nos expuso anteriormente desde el Ministerio de Salud, que están en esta preparación o incorporación de esta plataforma, que permite hacer más interoperativos los datos de aquellos pacientes. Sin embargo, a estas alturas, uno se pregunta por qué se siguen teniendo guardados todos aquellos antecedentes de las interconsultas de los pacientes en la atención primaria y, posteriormente, con mayor razón, donde no existe nada, es en aquella atención de especialidad.

La gente va a un lado y a otro, porque está buscando cómo mejorarse. Producto de esta comisión, he escuchado a muchas mujeres con quienes me tocó interactuar posteriormente en Osorno, y una de ellas me decía: "Resulta que ese mismo doctor que me atiende a mí, aquí en el Servicio de Salud, una especialidad, ni siquiera me dijo buenos días ni me habló, y

volví y saqué la hora con el mismo especialista, pero en la clínica, y resulta que ahí sí me saludó y me derivó a una serie de otros exámenes, cosa que acá no hizo”.

Entonces, esto tiene que ver con una situación de actitudes, de compromiso, de vocación y de humanidad, porque la persona cuando va a atenderse requiere todo este tipo de consideraciones, y uno ve que en el servicio de salud como que las personas andan todo el rato molestas por algo, porque les dicen: “No me pregunten acá, no me pregunten allá; donde todos son sabios y ninguno quiere escuchar”.

Los pacientes -reitero- van de un lado a otro, y ni qué decir respecto de las atenciones de urgencia, lo que lleva a uno a preguntarse qué es lo que se debe hacer.

Usted señala que esta plataforma ayudaría, pero tiene que ver con una situación, como dice el doctor, que ya medianamente todos los hospitales debieran tener una propuesta para esto.

Seguramente ya se licitó porque nos interesa siempre que alguien venga a decirnos que esto debe ser de tal manera.

Por otro lado, usted señala que es importante la gestión que se pueda dar en cada uno. Pero también es importante avanzar en la resolutiveidad y también en la productividad, como decía anteriormente el señor Tello. Pero ¿cómo se hace esto? Me gustaría encontrar en la experiencia que tiene cada uno y cómo aportan, porque cada uno puede decir que esto va por aquí; sin embargo, hay otras miradas más generales, como la de la familia y la realidad de los diversos hospitales, que imagino conocen, y cómo debiera mejorarse para no tener estas situaciones.

Lo planteo porque el hecho de llamar, y llamar para sacar las listas de espera, no es la solución, porque finalmente tal persona nunca fue atendida.

Me interesa saber la opinión del ministerio respecto de estas personas o respecto de las que vendrán, cuál será la lógica y cómo bajarán las listas de espera, que es mi preocupación.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión hasta las 10:00 horas?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Mauro González.

El señor **GONZÁLEZ** (don Mauro).- Señor Presidente, mi consulta es una especie de apreciación, porque valoro el avance en tecnología que se quiere hacer, el esfuerzo que hace el Estado y todos los entes involucrados. Pero también la reflexión que uno hace es qué pasa con las personas, en regiones especialmente, en provincias, que viven en sectores apartados, que viven en sectores rurales, que al día de hoy no tienen internet, no tienen tecnología, donde la mayoría son personas mayores que no tienen un buen manejo de plataformas, de aplicaciones, del celular.

Más que consultar, sugiero no olvidar a esas personas, o ¿qué están pensando hacer con aquellas personas? Porque hemos tenido conocimiento de muchos que viajan hacia el hospital, porque ya le dieron una hora, y son personas que anotan su hora, su fecha, con mucho tiempo, la tienen marcada en su calendario, viajan y llegan al hospital, llegan al servicio y les dicen: "No, usted ya no tiene la hora, porque la tuvimos que correr, y le avisamos por un correo electrónico, o la estuvimos

llamando o le dejamos un mensaje de texto". Sin embargo, resulta que esa persona no tiene internet ni tiene conectividad, es decir, no tiene ningún tipo de conexión, y se pega la vuelta de cuatro o cinco horas, y tiene que volver a esperar otros cuatro, cinco, seis meses o un año.

Gracias.

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

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

Quiero solicitar información, lo más actualizada posible - imagino que no la tienen en este instante y por eso la solicito-, relacionada con la cantidad de personal que se dedica a labores de Informática, a través del subtítulo 21, en toda la red a nivel nacional.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Muy bien.

Solicito recabar el acuerdo para solicitar información respecto del personal dedicado a labores de Informática -contratado por el subtítulo 21; las TIC, en general, desglosado por nivel- del Ministerio de Salud, de la subsecretaría, de la Seremi, de los servicios de salud y los respectivos hospitales, y por región.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra, diputado Saffirio.

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

Hemos escuchado acá que los expositores nos dicen que se han detectado las carencias y debilidades del sistema. Por

mencionar algunas, se habla del bajo desempeño del personal, de que el sistema de información que acompaña a la espera está obsoleto, que hay mala trazabilidad de los pacientes y que se deben entregar mayores atribuciones a la salud primaria, por ejemplo.

De repente uno se queda con la idea de que se tiene conocimiento de cuál es el problema o de los miles de problemas existentes. Sin embargo, nunca llegamos a solucionarlos. En verdad, valoro el esfuerzo que ustedes están haciendo, pero uno ve que nuestras debilidades, a pesar de que están detectadas y de saber cuáles son, no se subsanan. Tengo en mi poder los informes de la Contraloría y cuando uno los lee, se espanta con las cosas que ocurren.

Por eso, comparto lo que dice la mayoría de los colegas acá. Uno siente cierto grado de frustración en estas comisiones, porque, si bien hacemos una especie de terapia al hablar de lo mal que están las cosas, nos damos cuenta de la incapacidad que tenemos para resolverlas.

No es que sea muy pesimista. Nos convoca la realidad cuando se dice que hay tres millones de personas en lista de espera o que, en un hospital de mi región, como el de Angol, ha pasado lo que todos sabemos respecto de la atención, donde se prioriza a los parientes y toda esa historia, y la Contraloría dice que hay que hacer algunas cosas, y todavía no se hacen.

Sé que este no es un problema suyo, pero es un tremendo problema que no hemos podido superar. Espero que esto ojalá funcione, pero hemos estado en muchas comisiones investigadoras como esta en que el tema se repite no solo respecto de salud, sino también en muchas otras cosas. Como digo, espero que se

vayan solucionando estos temas, porque afectan tremendamente a los pacientes de nuestro país.

Gracias, Presidente.

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

El señor **LEAL**.- Presidente, muy brevemente, quiero pedir a nuestros invitados que nos den información respecto de las cirugías y de las horas de especialistas que se suspenden. Quiero saber si conocen la estadística.

A diciembre de 2024, ¿cuántas cirugías se han suspendido?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para oficiar al Ministerio de Salud a fin de que informe sobre todas las cirugías suspendidas a nivel nacional, divididas por servicios de salud, y las horas de especialistas suspendidas durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024?

Acordado.

En ese mismo sentido, también quiero agregar un oficio para que se informe respecto de los establecimientos de salud -postas, centros de salud familiar u hospitales- que todavía no tienen acceso a internet.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra, la doctora May Chomalí.

La señora **CHOMALÍ**, doña May (directora ejecutiva del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud).- En relación con algunos temas que me competen, primero quiero responder al

diputado que creo que este problema se venía diagnosticando desde hace mucho tiempo, pero lo que nosotros, como CENS, estamos haciendo en conjunto con el Ministerio de Salud es entregar una solución permanente en el tiempo.

Por lo tanto, no es que nos quedemos en el problema. Efectivamente, estamos entregando una solución y hemos estado trabajando dos años en una solución robusta, con estándares de nivel internacional -no estamos arreglando una cosita-, con los recursos que tienen los servicios, con indicaciones que son normativas.

Que el hospital tenga un desarrollo propio, que tenga contratado un sistema de registro clínico electrónico en atención primaria o en atención secundaria -Rayen, InterSystems, Navis o lo que fuere-, por normativa, ellos han tenido que tributar esta información sin costo para el sistema, porque es normativo. Así fue como se hizo, y en ese sentido las empresas han tenido que responder, porque está dentro de las reglas del contrato.

En consecuencia, no nos hemos quedado en el problema, sino que estamos entregando una solución, y me pongo la camiseta del ministerio, porque es algo que hemos estado trabajando desde el día uno, a pesar de que somos una corporación generada por universidades chilenas.

Lo segundo que quiero señalar es que el tema de la conectividad, efectivamente es un problema que también está incorporado en esta estrategia, que define que todas las instituciones que emiten interconsulta tienen que estar interoperando, y si no hay conectividad están en el plan de conectividad. Por lo tanto, es completo. No es que "como no tiene, no va a ingresar al sistema". Esta es la primera fase,

porque después de esta fase de consulta nueva especialidad parte la fase de cirugías. Ahí hay un problema un poco mayor, porque no todos los hospitales tienen registro clínico electrónico en pabellones. Por lo tanto, hay que llegar al registro clínico de pabellones para poder hacer interoperar los sistemas de pabellones con el tema.

Entonces, primero, estamos entregando una solución permanente en el tiempo, que no es persona-dependiente, y si atención primaria decide cambiar de Rayen a "Pimpín", por decirlo de alguna manera, esto va a tener que seguir interoperando. Es independiente del sistema que usen.

Ahora me voy a referir a lo que dice el doctor Rosas. Efectivamente, la estrategia del Ministerio de Salud, que se llamó Sistema de Información para la Red Asistencial (Sidra-1), fue que cada servicio de salud, a propósito de recursos que ellos inyectaron, solucionara sus problemas de sistemas de información en salud como pudieran. Algunos que tenían mejores capacidades lo hicieron mejor y otros se quedaron atrás porque no tenían las capacidades, pero fue una estrategia que en su momento se implementó. No podemos decir si fue buena o mala, pero algo buena debe haber sido porque más del 95 por ciento de la atención primaria está informatizada, el 80 por ciento de los hospitales está informatizado y solo el 60 por ciento de los pabellones quirúrgicos, pero hay un avance, y cada uno lo hizo como consideró que era mejor.

Después de haber visitado muchos hospitales y de haber revisado muchos sistemas, no podría decir si es mejor sistema propio a sistema contratado con la industria. Hay muchos casos. De hecho, ayer hablaba con un director de hospital que lleva diez años tratando de avanzar con un desarrollo propio, pero les cambian las TIC y las tecnologías, y no son capaces de

mantener actualizado el sistema. Asimismo, hay otros que no quieren su sistema contratado, porque no les responden o no les entregan los datos. En conclusión, es muy difícil decir qué es mejor, si desarrollo propio o la industria. Pero hay que tener cuidado con que el Ministerio de Salud no se transforme también en un desarrollador de *software*, porque no es su rol. Cuando dicen que no tenemos los datos, ese es un problema de la calidad de los contratos, porque efectivamente los datos le pertenecen al Ministerio de Salud. Entonces, hay que tener cuidado con decir que solo queremos desarrolladores TIC en los servicios de salud o solo contratos de tecnologías World Class.

Me encantaría que efectivamente lo que usted dice, diputada... Desgraciadamente, no puedo referirme al tema sobre la humanidad y la formación de los profesionales, sobre por qué en un ámbito sí y en un ámbito no; pero sí creo, y estoy convencida, que este sistema va a permitir tener un mejor diagnóstico de la situación que está ocurriendo en nuestro país de por qué se generan tan altos tiempos de espera. No voy a decir listas de espera, porque siempre es bueno tener listas de espera para ordenar el flujo.

Entonces, creo que en verdad vamos a poder tener un diagnóstico real, preciso, de qué está ocurriendo en cada etapa, para cada una de las especialidades, en cada servicio de salud, en cada consultorio; de qué están derivando, de qué no están derivando, de qué están derivando bien en cada posta rural. Se puede.

Es tan granular la información, que es a nivel de paciente; o sea, vamos a poder ver ese paciente que se saltó la lista de espera antes de que aparezca en los diarios. Puede ocurrir,

porque vamos a ver que el paciente cayó a la interconsulta y que se atendió en tres días. Vamos a poder ver esa información.

Me encantaría poder decir que las estrategias para resolver este problema son múltiples; no existe una. Una es la que dice el señor Tello de acompañar en la última; otra es mejorar la resolutiveidad. Sin embargo, muchas de estas no me competen.

A lo de la conectividad ya me referí, a lo de las especialidades también. Vamos a poder saber exactamente. La experiencia que tenemos con Rayen fue normativa. Usted tiene que interoperar; está interoperando. No nos corresponde tampoco hacer una evaluación de cómo está funcionando Rayen. Se está haciendo por normativa.

Eso es todo, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tengo dos palabras pedidas. Nos quedan seis minutos, porque pedimos prórroga. Primero me la había pedido el diputado Lee, después el diputado Araya. Les pido ser breves en función de los seis minutos que nos restan.

Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, saludo a la doctora Chomali y agradezco su presentación.

Usted nos dijo recién que están focalizados en la solución, con soluciones robustas de nivel internacional. Entonces, quiero que nos dé a conocer alguna proyección en el tiempo, para conocer algún impacto en el *end point* que nos interesa, que es en la disminución de los tiempos de espera.

¿Cuándo, más o menos, notaríamos ese cambio?

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

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, nuestro mandato es buscar y plantear soluciones. Ayer, lamentablemente, no alcanzamos a conversar después de la exposición del dirigente del Colegio Médico, pero quería ver la posibilidad de que acordáramos solicitar a la ministra de Salud una reunión de trabajo sobre la propuesta de implementar ahora una forma distinta de asignación de formación de especialistas en regiones.

Me hizo mucho sentido lo que él dijo, en cuanto a que se ha hecho mal históricamente. Hay una propuesta del Colegio Médico. La ministra, como se toma todo el tiempo del mundo para todas las cosas, seguramente esto lo tiene guardado en el cajón, esperando.

Entonces, me gustaría pedir una reunión de trabajo en paralelo a la comisión, de manera tal que podamos tener soluciones concretas. Si este tema lo hemos visto mil veces. Vamos a hacer un diagnóstico supermacizo, robusto, actualizado, pero necesitamos soluciones concretas que se deben implementar ahora.

Pedir que la comisión acuerde solicitar una reunión de trabajo para esa propuesta concreta del Colegio Médico, que me hizo mucho sentido. Después nos quedamos conversando con el diputado Lee y me explicó algunos detalles, porque es importante cambiar el foco respecto de cómo se ha hecho.

Si estamos todos de acuerdo con que esto no ha funcionado históricamente, al menos que la mitad, el 30 por ciento o algo cambie, porque, de lo contrario, probablemente vamos a estar

el próximo período otra vez diciendo que está mal hecho el sistema.

En segundo lugar, solicito que se oficie al Ministerio de Salud, con el fin de que nos informe respecto de lo que está haciendo con las operaciones atrasadas, producto de los incumplimientos de la concesionaria del Hospital de Antofagasta. Antofagasta es el reino del abuso, ahí el Ministerio de Obras Públicas, Concesiones, es cómplice de lo que hace esa concesionaria; no fiscaliza.

Tuve una reunión con la Contraloría -voy a aportar los antecedentes-, y el último dato que tengo es que hay cerca de 2.800 intervenciones, que son responsabilidad de la concesionaria, que se han aplazado. Entonces, ¿qué está haciendo el Ministerio de Salud concretamente en esa gestión?

O la ministra de Salud o la ministra del MOP se ponen las faldas firmes frente a la concesionaria, o los pacientes de Antofagasta seguimos abandonados y los privados hacen lo que quieren. Estamos hasta el hartazgo, cualquier cosa pasa, el otro día hubo una fuga de gas.

Hay un informe de Contraloría, un informe de la propia concesionaria, que dice que el Hospital de Antofagasta está en riesgo de colapso. Sin embargo, la autoridad de Salud sigue mirando para el techo. Le pedí a la ministra de Salud que fuera a Antofagasta. No quiso ir a dar la cara; mandó al subsecretario a pasear el 30 de diciembre.

La autoridad de Salud tiene que entender que el Hospital de Antofagasta está en riesgo de colapso, dicho por la propia concesionaria, advertida en 2018 por la Contraloría. ¿Qué están esperando? ¿Que en junio colapse el hospital?

Señor Presidente, pido que recabe el acuerdo respecto de lo que he solicitado, por favor.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para solicitar una reunión de trabajo y para oficiar al Ministerio de Salud?

Acordado.

Tiene la palabra la doctora Chomalí.

La señora **CHOMALÍ**, doña May (directora ejecutiva del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud).- Señor Presidente, lo que nos ha correspondido y en lo que hemos estado trabajando es en poner un sistema de información robusto, para que se puedan tomar mejores decisiones. Por lo tanto, no puedo decir cuándo va a haber un *end point* en que realmente vamos a disminuir los tiempos de espera o las medianas de espera. No está dentro de mi ámbito de competencia.

Lo que sí le puedo decir es que el Ministerio de Salud está entregando a la nación, en conjunto con nosotros, un sistema de información interoperable robusto, que va a decir exactamente lo que está ocurriendo con los pacientes que están esperando para una consulta no especialidad; luego, para una cirugía, y así sucesivamente.

Eso es todo, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Perfecto, doctora. Muchas gracias.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

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

-Se levantó la sesión a las 09:58 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.