

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 ESPECIAL N°13, LEGISLATURA 373ª, CELEBRADA EN LUNES 24 DE MARZO DE 2025, DE 19:34 A 21:03 HORAS.

SUMA

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió a Jorge Acosta, médico asesor IPSUSS, Universidad San Sebastián, Fernando López, investigador Instituto Res Publica y a Carolina Velasco, Directora Estudios IPUSS.

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

Actuó, en calidad de abogada ayudante, la señora Milenka Kegevic Romero; y como secretaria ejecutiva la señora Carolina González Goic.

I. ASISTENCIA

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

Participó de forma presencial Jorge Acosta, médico asesor IPSUSS- Universidad San Sebastián, Fernando López, investigador Instituto Res Pública y a Carolina Velasco, Directora Estudios IPUSS.

II. ACTAS

El acta de la sesión 12ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 11ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

III.- CUENTA¹

Se han recibido los siguientes documentos para la cuenta:

1.- Información relevante recibida respecto a Listas de Espera del Hospital Sótero Del Río. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

2.- Oficio N° 4542, del MINSAL, en respuesta a Oficio enviado por esta Comisión, el 19 de enero 2025 por medio del cual informa sobre la forma en que la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI, ha gestionado la operación del Hospital Regional de Antofagasta. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

3.- Oficio N°4545 del 12 de marzo, en respuesta a Oficio N° 8 del 17 de enero 2025, por medio del cual se informa sobre la existencia de una política pública de recontractación de médicos jubilados y que se encuentren con disponibilidad de trabajo. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

4.- Oficio ° 4543 de fecha 167 de enero de 2025, en respuesta a Oficio N°16 por medio del cual se informa sobre antecedentes respecto de los resultados de los procesos calificación de los directivos de Cada Servicio de Salud del país y de los directores de los hospitales dependientes de aquellos. Se adjuntas 4 documentos en excel correspondientes a las glosas. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

5.- Oficio N° 4539 de fecha 24 de enero de 2025, en respuesta a oficio N° 20 mediante el cual se informa sobre gestión de listas de espera correspondiente al último trimestre del año 2024. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

6.- Oficio N°4538 de fecha 17 de enero en respuesta a oficio N°9, mediante el cual se Informa sobre la reducción presupuestaria dispuesta por el Decreto N°19 del Ministerio de Hacienda del 10 de enero de 2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

7.- Oficio N°2169 de fecha 31 de enero 2025, en respuesta a oficio N°20, sobre la Ley de presupuesto 2024, N°21.640. Se envía informe relativo a Glosa N°06 letras a), b), c), d), i) y j) de la Ley de presupuesto 2024, correspondiente al cuarto trimestre. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

8.- Oficio N°4537, de fecha 12 de marzo, en respuesta a oficio N°12, del enero 2025 por medio del cual se informa sobre las glosas listas de espera. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

IV.- ORDEN DEL DÍA

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=343889&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

Se recibió a Jorge Acosta², médico asesor IPSUSS, Universidad San Sebastián, Fernando López, investigador Instituto Res Publica y a Carolina Velasco, Directora Estudios IPUSS.

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 adoptó el siguiente acuerdo:

1.- Oficiar al Secretario General de la Junta de Aeronáutica Civil, don Martín Mackenna, con el objeto de que tenga a bien informar sobre las gestiones que la Junta de Aeronáutica Civil ha realizado con el objeto de reestablecer los vuelos interregionales entre Arica y Parinacota y Antofagasta, considerando que los pacientes deben realizar un vuelo escala en la Región Metropolitana de Santiago, poniendo muchas veces en riesgo su salud por los tiempos de viaje.

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 21:03 horas.

LEONARDO LUEIZA URETA
Abogado Secretario de la Comisión

² POWER POINT

³ <https://www.camara.cl/prensa/Reproductor.aspx?prmCpeid=4622&prmSesId=79766>

**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 13ª, celebrada en lunes 24 de marzo de 2025, de 19:34 a
21:03 horas.

Preside el diputado Tomás Lagomarsino.

Asisten la diputada Emilia Nuyado, y los diputados Mauro González,
Hernán Palma, Agustín Romero y Jorge Saffirio.

Concurren, en calidad de invitados, el médico asesor de Ipsuss
Universidad San Sebastián, señor Jorge Acosta; el investigador del
Instituto Res Pública, señor Fernando López, y la directora de
Estudios Ipsuss, señora Carolina Velasco.

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.

La señorita Secretaria dará lectura a la Cuenta.

*-La señorita **KEGEVIC**, doña Milenka (Secretaria accidental) da
lectura a la Cuenta.*

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

Ofrezco la palabra.

Como todos saben, el jueves antepasado sesionamos en Antofagasta, el jueves pasado en Coyhaique, y para este jueves está citada la sesión en Arica, a solicitud del diputado Lee. Para la siguiente sesión, que es en semana distrital, ya tenemos la autorización de los Comités para sesionar el jueves en el hospital de Temuco. Con eso iríamos al día con nuestro itinerario.

En segundo lugar, debo comentarles que, a propósito de las múltiples falencias que detectamos en el hospital de Antofagasta, ligadas a su concesionaria, el director del establecimiento nos planteó que había en torno a 1.800 cirugías suspendidas.

Luego, dado uno solo de los incidentes que ha tenido dicho hospital desde que fue inaugurado, habíamos acordado citar a la ministra de Obras Públicas, al director general de Concesiones y al inspector fiscal. Inicialmente los habíamos citado para mañana, pero nos contactaron desde el gabinete de la ministra de Obras Públicas para plantearnos que tenía dificultades para acudir mañana, por lo cual reagendamos esa citación para el 7 de abril, que es a continuación de la semana distrital.

Mañana tendremos al presidente de la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud, a propósito del no pago de proveedores por parte de los hospitales autogestionados, cuestión que está impactando significativamente en la resolución de listas de espera quirúrgica. Hicimos esa pequeña modificación con el fin de no perder la sesión de este martes en la mañana.

Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, primero, agradezco a la comisión que vaya a sesionar este jueves en Arica. Hay gran expectativa en la comunidad. Ustedes saben que estamos muy afectados con los períodos excesivos de listas de espera.

Además, a propósito de la sesión en la ciudad de Antofagasta, quedó claro que el funcionamiento de la salud pública de Antofagasta es muy relevante para nosotros en Arica, porque dependemos de varias prestaciones que se realizan allá, sobre todo en el ámbito oncológico, cardiovascular y de niños quemados.

Por ello, solicito oficiar, por su intermedio, a la Junta de Aeronáutica Civil a fin de que nos informe cuáles son las gestiones que se han realizado para restablecer los vuelos interregionales, básicamente desde Arica a Antofagasta y desde Antofagasta a Arica, considerando que hoy los pacientes que van desde Arica a Antofagasta tienen que dirigirse primero a Santiago, esperar y, luego, a la ciudad de Antofagasta, sumando casi 3.000 kilómetros solamente en el trayecto de ida, pues son 6.000 kilómetros en total, para acceder a una prestación de salud.

Por su parte, los que viajan por tierra deben atravesar 800 kilómetros de distancia. Nuestras carreteras no están en buen estado. Hubo un derrumbe importante en la ruta 5 Norte y, además, hay controles de madrugada que también afectan a pacientes, por ejemplo, que están siendo sometidos a radioterapia.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para acceder a la solicitud del diputado Lee?

Acordado.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

Entrando en materia, la presente sesión tiene por objeto recibir al señor Jorge Acosta, médico asesor del Ipsuss Universidad San Sebastián, acompañado por Claudia Varela González y Romina Salinas; al señor Fernando López, investigador del Instituto Res Pública; a la señora Margarita Vial, del Programa Fiscal del Centro de Políticas Públicas de la Universidad San Sebastián, quien asiste de manera

telemática; y a la señora Carolina Velasco, directora de Estudios de Ipsuss, también sobre listas de espera.

Todas estas invitaciones corresponden a una solicitud del diputado Agustín Romero.

Tiene la palabra el doctor Jorge Acosta.

El señor **ACOSTA** (médico asesor Ipsuss Universidad San Sebastián).- Señor Presidente, vamos a hacer una sola presentación, porque el trabajo es conjunto.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Perfecto, mejor todavía.

El señor **ACOSTA** (médico asesor Ipsuss Universidad San Sebastián).- En primer lugar, agradezco la invitación que nos han extendido, especialmente al diputado Romero.

Lo que vamos a hacer hoy es entregarles el estudio del segundo *ranking* de servicios de salud que hemos elaborado en el Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián, en conjunto con el Programa de Salud y Bioética del Instituto Res Pública y, además, del Programa Fiscal del Centro de Políticas Públicas de la Facultad de Economía y Gobierno de la Universidad San Sebastián.

Este es un estudio conjunto que hemos hecho para evaluar cómo están avanzando en la gestión de listas de espera, tanto de las patologías que están incluidas en el GES, como de las que no lo están, tanto de consultas de nueva especialidad como intervenciones quirúrgicas, para que la ciudadanía, los parlamentarios, los directores de servicios de hospital y, por supuesto, también el Ejecutivo, puedan hacer un seguimiento mucho más directo de la situación de listas de espera, con una mayor profundidad que la que se puede obtener luego de la entrega periódica de datos que se otorgan en las glosas N° 6 trimestralmente.

Como ustedes saben, cada tres meses se informa el estado de situación de las listas de espera. Habitualmente en los medios de

comunicación lo primero que se sabe es la cantidad de casos o personas en listas de espera. Según la última, con corte en diciembre, son 3,1 millones de casos.

Lo otro que se sabe más o menos, y que siempre llama la atención, son los 2,6 millones de casos en consulta de especialidad, los 390.000 casos en espera por intervenciones quirúrgicas, las 33.000 personas fallecidas en los casos no GES, pero pocas veces se hace un doble clic en la condición particular de los servicios de salud, de los servicios que comparte la misma región y de en cuál de todas esas áreas ocurren los mayores errores o los mayores aciertos de los servicios.

Por eso es que decidimos hacer un *ranking* de servicios de salud, que ha tenido bastante impacto, publicado en El Mercurio, en Televisión Nacional, y que incluso han sido portada en varios diarios regionales que se hacen cargo de aquellos servicios que han tenido los mejores y los peores resultados.

Entonces, tomamos los datos públicos. Por una parte, los datos que entrega la Subsecretaría de Redes Asistenciales a través de la glosa N°6, pero también le agregamos los datos que entrega Fonasa, por ejemplo, a propósito de la cantidad de beneficiarios que hay en cada uno de los servicios, y también los datos públicos de la Dipres, que mensualmente informa la ejecución de los gastos de cada uno de los servicios de salud.

Con esas tres consideraciones, cruzamos los datos de las patologías GES y no GES de la siguiente manera. Como son unidades distintas, una cosa es la unidad de tiempo, el promedio de días de espera, y otra unidad es la cantidad de personas en espera. Nosotros normalizamos esos valores para generar un índice de cada uno de ellos y los ponderamos de la siguiente manera, según lo que se puede ver en esta diapositiva.

Se dividen básicamente en dos mitades: el índice que se obtiene del GES, y el que se obtiene de las patologías no GES. Dentro del

GES, el número de casos con retraso y el promedio de casos con retraso se ponderan también en 50 por ciento. De las condiciones no GES se incluyen las consultas nuevas de especialidad y las intervenciones quirúrgicas. Dentro de cada una de ellas, también el promedio de días de espera y el número de casos en espera, en igual cantidad de 50 por ciento.

Como sabemos, en el caso de las patologías no GES no podemos hablar de retrasos, porque no existe un estándar de garantía de oportunidad como en GES, donde sabemos que tiene que cumplirse un cierto período. Solamente se puede registrar cuánto tiempo llevan en espera, por eso es que no se habla de retraso.

Si vemos los resultados en la siguiente diapositiva, podemos hacer un orden de todos y cada uno de los servicios de salud, desde el 1 al 29, y vemos resultados bastante interesantes. Lo primero que llama la atención es que el Servicio de Salud Arica, por ejemplo, consistentemente, midiendo los cortes a septiembre de 2022, 2023 y 2024, presenta los mejores resultados en el índice. Acabo de escuchar que ustedes van a estar en Arica, por lo que será interesante preguntarse por qué Arica es uno de los servicios que tienen mejores resultados, al menos en el índice construido para las patologías GES y no GES.

Asimismo, hay algunos servicios que han mejorado mucho, como el Servicio de Salud Aconcagua, que en los últimos tres años ha aumentado 21 puestos en el *ranking*, ha mejorado sistemáticamente; pero también hay casos que lo han hecho muy mal, por ejemplo, el Servicio de Salud Metropolitano Norte, que ha disminuido 11 puestos en el mismo período.

En la presentación pueden ver el detalle de cada uno de los servicios de salud. Los que lo hacen mejor están en verde, los que están en la medianía de la tabla, en amarillo, naranja; los que lo hacen peor, en rojo. Eso es en la tabla de la izquierda, y en la tabla de la derecha se puede ver cómo varían año a año.

Por ejemplo, el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, que está a corte 2024 en el lugar 24, se había mantenido del 22 al 23, del 23 al 24, mejoró tres puestos; por lo tanto, en tres años mejoró tres puestos.

Uno podría hacer un análisis más en profundidad de estos datos y preguntarse por qué sucede esto ¿Por qué el Servicio de Salud Aconcagua mejoró 21 puestos? Ello es, porque, ajustado por el total de beneficiarios, fue capaz de bajar en más de 1.350 casos por beneficiario la cantidad de personas atendidas en el GES. No solo eso, sino que también redujo en más de un mes, en 33 días, el promedio de espera de consultas nuevas de especialidad.

Si tomamos algunos servicios que no lo han hecho tan bien, ustedes comentaban el caso del Servicio de Salud Antofagasta, que bajó nueve puestos en el *ranking*, principalmente porque aumentó en 950 casos adicionales en promedio, ajustado por beneficiarios, la cantidad de personas que están esperando por atención del GES, con 23 días, casi 24 días en promedio, adicionales. También, empeoró su situación en las consultas de nueva de especialidad. Fueron más de 30.000 casos ajustados por beneficiarios que aumentó en consultas de nueva especialidad, aumentando también el promedio de días de espera en casi tres meses, 85 días; por lo tanto, eso explica también los malos resultados de Antofagasta.

Así, uno puede ir comparando la situación de cada uno de los servicios de salud. Por ejemplo, el Servicio de Salud Iquique en el *ranking* 2024 está ubicado en el puesto número 17, bajó 11 puestos si uno compara el período 2022-2024. En el caso de Iquique, los peores resultados se obtuvieron también en el GES, porque aumentó más de 1.900 casos, casi 2.000 casos, ajustados por beneficiarios.

Además, si bien mejoró en los tiempos de espera de intervenciones quirúrgicas, reduciéndolo a 38 días, aunque todos los servicios mejoraron, Iquique fue de los que menos mejoró.

Eso es lo que uno puede ver con estos datos. Si uno se detiene en Iquique -en la siguiente lámina se muestra el análisis por cada uno de los índices en orden geográfico, de modo que Iquique aparece segundo-, uno podría decir que Iquique está en la medianía de la tabla en los índices GES, también en la medianía de la tabla, mejorando un poquito, en las consultas nuevas de especialidad, y lo que mejor hace Iquique es el total de casos de intervenciones quirúrgicas.

¿Qué significa eso? Que Iquique, ajustando sus casos por número de beneficiarios, tiene menos personas esperando por intervenciones quirúrgicas, pero el promedio de espera es bastante regular. Está en la medianía de la tabla, porque está en un índice de 0,47. Dijimos que 1 era el mejor, 0 era el peor; por lo tanto, 0,47 está de la medianía hacia abajo, por eso es que le da un índice de 0,54.

El Servicio de Salud Osorno lo está haciendo muy bien en los casos GES; de hecho, es de los servicios, junto con el Servicio de Salud Arica, que tiene la menor cantidad de casos GES, y eso hace que también tenga un buen resultado en el promedio de días de espera, pero Osorno lo hace muy mal en intervenciones quirúrgicas, porque tiene una gran cantidad de personas en espera por intervenciones quirúrgicas, en promedio ajustado por beneficiarios, y también lo hace bastante regular en el tiempo de espera.

En el caso de las consultas nuevas de especialidad, Osorno lo hace bien en los tiempos de espera, es decir, demora poco la atención de un especialista, pero en cantidad de personas en espera también está en la medianía de la tabla. Eso hace que Osorno termine también con un índice relativamente positivo; de hecho -después lo vamos a comparar con las regiones-, Osorno está dentro de los mejores en la Región de Los Lagos.

(Un señor disputado realiza una consulta fuera de micrófono)

[...]

No, solo por cantidad de beneficiarios; no están ajustados por edad.

(Un señor disputado realiza una consulta fuera de micrófono)

[...]

Sí, un punto muy importante que me hace ver Margarita Vial, del Centro de Políticas Públicas de la Universidad San Sebastián, es que todos estos datos son relativos. ¿Qué significa eso? Para explicarlo en fácil, si tengo un curso mateo y todos son mateos, voy a ordenarlo dentro de los mateos; si tengo un curso que es más remolón, también voy a tener los mejores y los peores dentro del curso que es remolón. No tengo el estudiante ideal, no tengo el servicio ideal, no estoy comparando aquí con un servicio óptimo, que lo esté haciendo bien, sino dentro de ellos; es decir, como sabemos que hay algunas bases de ineficiencia en todos los servicios, por ejemplo, en la utilización de pabellones, donde en otros estudios del Ipsuss hemos demostrado que cerca del 55 por ciento del tiempo los pabellones se usan efectivamente, o sea, hay un 45 por ciento, casi un 50 por ciento del tiempo que los pabellones no se usan, lo que equivale, más o menos, a entre 400.000 y 450.000 cirugías adicionales; uno podría decir que si el pabellón se usara todo el tiempo, se podrían llevar a cabo 450.000 cirugías adicionales, y sabemos que hay 390.000 cirugías que están en espera. Además, si se usara todo el tiempo, uno podría decir que en noviembre se debería resolver el tema de las listas de espera.

Entonces, si Arica aparece bien evaluado, no significa que Arica sea necesariamente un servicio modelo, sino que, comparado con el resto, es el que mejor lo hace. Obviamente, uno de los desafíos que tenemos en los estudios que estamos haciendo en el Ipsuss y en el Instituto Res Publica es avanzar hacia ese servicio modelo. Ya les voy a contar más adelante qué otros elementos estamos utilizando para construir ese servicio modelo.

Lo que pueden ver en la siguiente lámina es la distribución geográfica de los servicios de salud. Hemos encontrado cosas bastante interesantes que no nos esperábamos. Por ejemplo, desde Aconcagua hacia el norte, en general, los servicios de salud tienen buenos resultados, están en verde. El único que ha ido empeorando un poquito era Iquique -por el cual me preguntaba el diputado- y también un poquito Antofagasta, pero, en general, desde Aconcagua hacia el norte lo hacen bien.

En la Región de Valparaíso, los resultados, sobre todo en la costa, son más bien malos; peor el caso de Valparaíso-San Antonio de manera consistente. En la Región Metropolitana, vemos que habitualmente los resultados también son sorprendentemente buenos. Uno pensaría que podrían ser no tan buenos, excepto la situación del Servicio de Salud Metropolitano Norte; de hecho, en la primera versión del *ranking*, el peor lugar lo obtuvo el Servicio de Salud Metropolitano Norte. Hoy día está en el segundo peor lugar.

También llama la atención que, en el último año, comparando 2023 con 2024, llama la atención el caso del Servicio de Salud Metropolitano Central, porque también bajó significativamente. En el centro y centro sur, en realidad, están en la medianía de la tabla, destacando sí la situación de Maule, Ñuble y Talcahuano, que han mejorado significativamente. En el Sur, en realidad, también la mayoría son malos resultados o medianía de la tabla, exceptuando Araucanía Norte y Osorno.

En esto me quiero detener un segundo, porque lo vamos a ver más adelante también, pero hay que hacer un doble clic en La Araucanía, porque, si uno mira los resultados del Servicio de Salud Araucanía Norte, consistentemente está con buenos resultados, con un índice de 0,68, y el Servicio de Salud Araucanía Sur con la mitad, un 0,36, en circunstancias de que es la misma región. Después vamos a ver que la diferencia de presupuesto no es más del 15 por ciento, entre Araucanía Norte y Araucanía Sur, pero los resultados son bastante distintos. Como lo comentábamos antes y nos preguntaba la diputada

Emilia Nuyado, efectivamente el caso de Osorno es un caso positivo, al menos, en este corte a septiembre.

Hasta acá nosotros habíamos hecho el análisis de la glosa 6, de los resultados de listas de espera del Ministerio de Salud, pero, dentro de los análisis internos que hicimos en el Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián y en Res Publica, llegamos a la conclusión de que podíamos agregar más información, porque no es solo cómo lo hace un servicio para atender a sus pacientes que están en lista de espera, sino que también hay que cruzarlo con los gastos, hay que cruzarlo con los recursos que utiliza para aquello. Por eso decidimos incluir los datos que entregaba la Dipres en los tres subtítulos más importantes: subtítulo 21, que, como saben, corresponde al gasto en personal; subtítulo 22, que corresponde al gasto por los servicios, los bienes de consumo, los medicamentos, los sueros y todo lo que se compra para que un hospital opere.

Además, agregamos el subtítulo 24, que corresponde principalmente a las transferencias destinadas a la atención primaria, que para algunos servicios son muy relevantes, como en el caso de Aysén, porque, efectivamente, toda la atención primaria se hace a través del servicio, no de las municipalidades. Esto nos proporcionó más información para evaluar cómo estaban funcionando los servicios, no solo desde el punto de vista de los índices de atención a pacientes, sino también respecto de cuánto estaban gastando.

Para entenderlo mejor, lo organizamos de la siguiente manera: primero, elaboramos el cuadro que vemos en la presentación, en el cual, por ejemplo, a septiembre de 2024, podemos observar dos cruces.

En el eje X, que va en dirección horizontal, tenemos el *ranking*; a la izquierda están los servicios mejor evaluados y a la derecha los peor evaluados, donde el puesto 29 es el último.

En el eje Y, que va en dirección vertical, tenemos el gasto. Hacia arriba se observa el alto gasto y hacia abajo el menor. Reitero,

todo esto es relativo. Estamos comparando los servicios de salud, pero eso no significa que haya uno óptimo.

Ahora, en el cuadrante inferior izquierdo están aquellos servicios que gastan relativamente menos y tienen mejores resultados, y en el cuadrante superior derecho, por el contrario, están los servicios de salud que gastan más y que tienen peores resultados.

Esto es bastante interesante porque, como se puede observar, hay servicios de salud, como el Metropolitano Sur, que siempre se encuentra entre los diez primeros en cuanto a evaluación y dentro de los que menos gastan. En contraste, hay otros servicios, que están en zonas aisladas, como Magallanes o Aysén, que figuran entre los que más gastan y los que tienen peores resultados.

Alguien podría decir que sería interesante compararlo con Arica, ya que, al igual que otros servicios pequeños y ubicados en zonas extremas, se encuentra entre los que menos gastan y tiene mejores resultados. Habrá explicaciones relacionadas con el hecho de que algunos pacientes se trasladen al sur del Perú para ser atendidos allí, pero también se podría argumentar que, de la misma manera, algunos pacientes del sur se trasladan a Argentina.

El señor **PALMA**.- O a la Antártica.

El señor **ACOSTA** (médico asesor Ipsuss Universidad San Sebastián).- A la Antártica debe ser un poco más difícil. No sé cómo estará la cartera de atención allá, imagino que un poco compleja.

Con todo, son preguntas que uno podría plantearse al analizar los datos que, insisto, están disponibles, llegan trimestralmente a la Comisión de Salud y están publicados en la página web. No obstante, en los centros universitarios y de pensamiento hemos querido cruzarlos para formular interrogantes, hacer preguntas a los directores de servicios, a los directores de hospitales y, por supuesto, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Del mismo modo, queremos entregarles herramientas a los parlamentarios para que puedan exigir mejores resultados a cada uno de los servicios de salud

que atienden a los pacientes en las regiones que cada uno de ustedes representa.

En la siguiente lámina realizamos otro ejercicio, utilizando los mismos datos anteriores. Es interesante analizarlo, porque, por ejemplo, este cuadro nos permite establecer bandas de gasto. En el gráfico de la izquierda definimos las bandas de gasto baja, media y alta de manera relativa. Estas bandas están representadas en color rosado. La banda que se encuentra en la parte inferior corresponde al gasto bajo, donde, por ejemplo, tenemos al Servicio Metropolitano Sur, el cual gasta aproximadamente lo mismo que el Servicio O'Higgins o el Metropolitano Norte, pero se encuentra diez puestos más adelante en cuanto a eficiencia de atención de pacientes en lista de espera.

Entonces, si bien todos los servicios tienen sus particularidades, y ustedes, mejor que nadie, conocen las características de sus regiones, cabe preguntarse por qué un servicio que, podríamos decir, no es tan distinto en su funcionamiento al Servicio de Salud Metropolitano Norte, o incluso, 100 kilómetros más al sur, al de O'Higgins, tiene resultados radicalmente diferentes. ¿Por qué el Servicio Metropolitano Sur lo está haciendo tan bien y el Metropolitano Norte tan mal? Y eso que estamos hablando de la diferencia entre el norte y el sur de la Región Metropolitana de Santiago, considerando que ambos servicios gastan aproximadamente lo mismo.

En una banda más alta, o más bien intermedia, podemos comparar Aconcagua, Ñuble y Valparaíso-San Antonio. Estos servicios gastan aproximadamente lo mismo, pero Aconcagua, a pesar de estar en la misma región de Valparaíso, obtiene resultados mucho mejores, con una diferencia radical en los resultados.

Por otra parte, dentro de los servicios que están en la banda alta de gasto, tenemos, por ejemplo, el caso de Osorno, que presenta buenos resultados. En cambio, Reloncaví, que gasta más o menos lo mismo y se encuentra en la misma región, específicamente en Puerto Montt, ocupa el último lugar en el corte realizado hasta septiembre.

Del mismo modo, podríamos decir que Concepción tiene un resultado peor que el de Osorno, pero mejor que el del Servicio de Salud Araucanía Sur.

En el segundo gráfico, si realizamos un corte vertical, podemos comparar los mismos resultados en la atención de pacientes. Así, vemos más o menos el mismo índice de atención de pacientes en lista de espera, pero con gastos muy distintos.

Por ejemplo, se podría decir que el Servicio Metropolitano Sur tiene más o menos el mismo resultado que Talcahuano; sin embargo, gasta 300.000 pesos por beneficiario menos que este último. Insisto, estos resultados son hasta septiembre de 2024, es decir, Talcahuano gasta prácticamente un 75 por ciento más y obtiene el mismo resultado.

El Servicio de Salud de Talcahuano podría celebrar felizmente que es uno de los mejores servicios del Biobío, pero está gastando considerablemente más que otro servicio con resultados similares; por ejemplo, gasta más que el Metropolitano Sur, que también está en una región grande, densamente poblada y con muchos servicios. Lo mismo ocurre al comparar otras situaciones. Por ejemplo, el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota tiene más o menos los mismos resultados que los servicios Metropolitano Central, Iquique, Arauco y Magallanes, pero gasta mucho menos, prácticamente la mitad de lo que gasta Magallanes.

Luego, dentro de los resultados más bajos, también encontramos disimilitudes en el gasto. O'Higgins, por ejemplo, lo hace tan mal como Araucanía Sur, pero gasta prácticamente la mitad que este último.

En otro orden de cosas, podemos analizar cómo se mueven los servicios. Así, un ejemplo claro de lo que no se debe hacer es Iquique, ya que, al comparar los resultados de septiembre de 2023 con los de septiembre de 2024, no solo empeoró en el *ranking*, sino que también aumentó su gasto. Es decir, se movió en una dirección

completamente contraria a lo que se debería hacer. En cambio, Aconcagua, que gastó más o menos lo mismo, mejoró significativamente.

Talcahuano, aunque habíamos dicho que había mejorado, lo hizo a costa de un mayor gasto, y lo mismo ocurrió con Valdivia, que también mejoró, pero con un gasto mucho mayor. En cambio, el Servicio Metropolitano Central se mantuvo con el mismo gasto, pero experimentó un descenso significativo en el *ranking*, cayendo prácticamente diez puntos.

Por último, en este último gráfico, desde el punto de vista de la evaluación del estudio, nos preguntamos si esto podría estar relacionado con el tamaño de los servicios. ¿No será que, por cómo construimos el índice, los servicios más grandes logran mayor eficiencia, mientras que los más chicos presentan mayor ineficiencia, lo que genera una especie de profecía autocumplida, en la que a los servicios más grandes les va mejor y a los más pequeños peor?

A ese respecto, no encontramos prácticamente ninguna correlación, solo un 0,1 por ciento, lo que demuestra que el tamaño de los servicios no explica su posición en el *ranking*, es decir, hay servicios pequeños que lo hacen bien y otros que lo hacen mal, y lo mismo ocurre con los servicios grandes. Por lo tanto, existen razones distintas al tamaño que explican su ubicación en el *ranking*.

A continuación, presentamos una recapitulación por regiones, que es interesante analizar, ya que en Chile hay algunas regiones que cuentan con más de un servicio de salud.

Por ejemplo, en el caso de Valparaíso, el Servicio de Salud Aconcagua lo hace bastante bien y se encuentra en la parte media de la tabla en cuanto al gasto. El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota tiene un desempeño más bajo, pero está dentro de los que menos gastan. En cambio, Valparaíso-San Antonio es el que tiene peor desempeño en la región y es el que más gasta de todos los servicios de la zona.

En la Región Metropolitana, el peor resultado es el del Servicio de Salud Metropolitano Norte, seguido por el Metropolitano Central.

Destaca el caso del Metropolitano Oriente, que es muy relevante porque, aunque podríamos decir que es uno de los servicios que mejor lo hace, también es el que más gasta.

Hipotéticamente, si quisiéramos distribuir recursos dentro del presupuesto de salud, porque en el futuro vamos a tener dificultades para mantener un período expansivo de los recursos debido a la situación económica, tendríamos que preguntarnos de qué manera traspasamos recursos en una misma región, de un servicio que tiene buenos resultados, pero que es ineficiente en el gasto, ya que gasta un 50 por ciento más que el Metropolitano Norte, a otro servicio que, aunque podría tener resultados similares, gasta significativamente menos.

En ese contexto, tenemos el caso del Servicio de Salud Metropolitano Norte que, hasta septiembre de 2023, gastaba aproximadamente 411.000 pesos por beneficiario, mientras que el Servicio Metropolitano Sur gastaba un 50 por ciento más. Como vemos, a pesar de que el Metropolitano Sur tiene buenos resultados, su ineficiencia en el gasto es bastante significativa.

Por otra parte, en la Región del Biobío, vemos que Talcahuano tiene muy buenos resultados, pero gasta 707.000 pesos por beneficiario, con corte a septiembre.

Frente a eso, el Servicio de Salud Biobío podría defenderse y decir "Mira, tengo malos resultados, pero si tuviera las mismas lucas proporcionales de Talcahuano, podría tener un resultado superior".

Por último, en la mediana de la tabla están Arauco y Concepción.

Como dije, el caso de La Araucanía es bastante dramático. Si bien el gasto es más o menos parecido, ya que el de Araucanía Norte es solamente un 15 por ciento más, tiene el doble del resultado positivo de Araucanía Sur. Por lo tanto, hay que hacer un doble clic en lo que está pasando en Araucanía Sur y en Temuco.

En el caso de Los Lagos, tenemos un muy buen resultado en Osorno, pero, ¡ojo!, el gasto por beneficiario ahí está muy por sobre el promedio. Chiloé tiene un gasto muy alto, pero el peor resultado es el de Reloncaví, que, de hecho, es el servicio 29.

En la presentación se muestran más o menos las mismas conclusiones que hemos conversado, detalladas en cada una de las diapositivas. Solo me detendré en un par de cosas más para luego abrir un espacio a las preguntas.

En cuanto a las propuestas, son muchas las cosas que se pueden hacer para que esto mejore. Sin duda, el *ranking* es una situación inicial, pero podemos agregar más información. Sería ideal que el ministerio entregara información adicional para tener un consolidado más completo, como, por ejemplo, el número de especialistas que tiene, el número de camas o los pabellones habilitados respecto de uno de los trimestres que informa y no solo en datos finales de cada año. Asimismo, necesitamos obtener mayores detalles de la lista de espera y no solo de la especialidad, sino también sobre el diagnóstico y las cirugías que están en espera, todo ello separado por servicio de salud. También se requiere la entrega estandarizada de los datos. Después vamos a ver que eso está pedido incluso por la ley de Presupuestos, pero hasta hoy no se cumple.

Además, es importante que se cumpla la ley GES. Este año vamos a cumplir 20 años de dicha ley; de hecho, fue promulgada en 2005 y estamos en 2025.

En el artículo 3° de la ley N° 19.966, ley GES, se establece el compromiso de que no solo las patologías GES tendrán un tiempo designado y estandarizado para la atención de los pacientes, sino que también el Ministerio de Salud tiene la obligación de establecer los tiempos máximos de atención para las patologías que no están en el GES.

Lamentablemente, a pesar de todos los gobiernos de distintos signos que han pasado, no se ha avanzado en establecer tiempos máximos de espera para las atenciones no GES.

En el caso de la ley de Presupuestos, es lamentable que, a pesar de que está en el artículo 33 de la ley de Presupuestos de cada año, particularmente en la de 2024 para 2025, también se señala que la información debe entregarse de forma telemática, y no como se hace actualmente, mediante una fotocopia de un documento de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, lo que obstaculiza mucho el análisis de los datos. De hecho, la mayor parte del tiempo que hemos invertido en el estudio es traspasar los datos de la fotocopia a una planilla Excel, como debiera estar por ley, o sea, vía *software*.

Algunas de las propuestas que hacemos para avanzar significativamente son las siguientes: separar el rol político que pueda tener la Subsecretaría de Redes Asistenciales, avanzar hacia una dirección nacional de servicios de salud o reducir los servicios de salud, ya que no se justifica que en un país como Chile, con alrededor de 20 millones de habitantes, tengamos 29 servicios de salud. Eso no tiene ningún sentido. Hay que pensar en servicios de salud en macrozonas, que ojalá tengan una administración de estilo empresa pública, que sea independiente del político de turno, que tenga evaluación de desempeño de Alta Dirección Pública y que, si un servicio lo hace mal, no sea responsabilidad del ministro de Salud, sino del órgano técnico adecuado para aquello.

También se puede avanzar hacia la modificación del Fonasa. Ustedes saben mejor que yo que estamos frente a la presentación del Ejecutivo de un proyecto de ley para fortalecer el Fonasa. En ese sentido, hay acuerdo transversal de los distintos sectores políticos en relación con que el fondo pase a tener un rol como seguro público y no solo como caja pagadora, a fin de que pueda administrar sus carteras, derivar a los pacientes con tiempos de espera vencidos, más allá de los límites que se puedan establecer desde el punto de vista

ministerial, y les dé atribuciones para resolver el problema de los pacientes.

Al final, todos estamos de acuerdo con que los recursos son de los pacientes, por lo cual deben llegar a los enfermos, y no quedar en una etapa burocrática que termina impidiendo que, como dije, utilicemos los pabellones que ya están disponibles; es decir, sin la necesidad de construir un solo pabellón u hospital más, podríamos resolver, por completo y en menos de un año, las listas de espera de los pacientes que, en promedio, aguardan por una cirugía durante un año y medio.

Por último, también hay que pensar en cosas que nos pueden ayudar a salir fuera de la caja. Por ejemplo, a propósito de la pandemia, cuando se puso lo mejor del sistema estatal y lo mejor del sistema privado para resolver algo que no habíamos enfrentado en más de 100 años, la pandemia mundial de covid-19, cada uno de los hospitales públicos y los servicios privados de salud sacó lo mejor de sí para que a ningún chileno que lo necesitara le faltara un ventilador mecánico. Entonces, por qué no avanzar en lo mismo y robustecer una colaboración público-privada para incluso hacer cosas novedosas.

Por ejemplo, en Alemania, donde los hospitales son estatales, existe una administración que puede ser en concesión completa a una universidad, a un grupo de médicos o enfermeros, o a una corporación, pero que permita administrarlos con un modelo distinto que tenga incentivos, para que puedan resolverse los problemas de las personas. También se podría incluir a instituciones sin fines de lucro o distintas alternativas, pero lo fundamental es que siempre se ponga el foco en los pacientes, para que los hospitales, con los recursos que ya tienen, puedan resolver el problema.

Muchas personas se sorprenden, pero ustedes saben mejor que nadie que, en los 100 años que tiene el Ministerio de Salud, nunca antes en la historia habíamos contado con un presupuesto tan grande como el de este año, con más de 16 billones de pesos, es decir, 16 millones

de millones de pesos. Nunca antes habíamos tenido tantas personas en el Fonasa, 16 millones de beneficiarios.

Por lo tanto, tenemos cerca de 1 millón de pesos al año por cada persona que está en el Fonasa, de manera que es una cantidad muy importante de recursos, porque uno de cada seis pesos que gasta el Estado es para la salud. Por lo mismo, los chilenos, especialmente los más enfermos, no merecen estar en listas de espera durante tanto tiempo.

De alguna manera, estudios como el *ranking*, que permiten visibilizar a aquellos que lo están haciendo bien y a los que lo están haciendo peor, pero, de manera relativa, nos permite avanzar en hacer un doble clic y establecer cómo copiamos lo que se está haciendo bien y cómo mejoramos lo que se está haciendo mal.

Sin embargo, también tomamos propuestas que están ahí, que se han hecho en múltiples instancias y que, sin duda, servirán para resolver el mayor drama que hoy todos los sectores reconocen: el drama de las listas de espera.

Finalmente, agradezco muchísimo el tiempo que me han dado, la paciencia de ustedes para analizar todos los gráficos que he mostrado y el interés de parte de ustedes. Estamos abiertos a responder todas las preguntas que nos quieran formular, para lo cual nos dividiremos según el ámbito al que se refiera.

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

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, saludo por su intermedio a los invitados y a los integrantes de la comisión.

Por su intermedio, quiero consultar al doctor Acosta por qué no tienen este informe a diciembre del año pasado o más actualizado. ¿Cuál es la razón de aquello? ¿Por qué desde septiembre falta información?

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

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, agradezco la exposición; sin duda, es una mirada muy interesante.

Me gustaría preguntarle a nuestro invitado sobre las unidades de medición de esta gráfica, porque prácticamente no hay relación entre las dos variables. Advierto que no está indicada la unidad de medición.

Gracias.

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

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, quiero valorar el informe que se nos ha entregado, porque los *rankings* también sirven para que la comisión pueda disponerlos en los análisis que nos corresponde, así que valoro este inmenso trabajo que realizaron nuestros invitados.

Tengo una inquietud sobre las listas de espera. Si bien la mayoría de las exposiciones que hemos escuchado se han basado en ese tema, desconozco la depuración respecto de las personas que necesitan consultas de especialidad y que todavía están esperando. ¿Cómo se separa lo que es más rápido y que hoy causa tanto dolor a muchas personas? Me refiero a la cantidad de cirugías de traumatología que deberían llevarse a cabo, porque esas personas están esperando con mucho dolor y aún no tienen una respuesta; específicamente, que nos indiquen, por ejemplo, "tantas personas con cáncer están esperando en el hospital de Osorno y tantas son mujeres", o bien la cantidad de personas que esperan operaciones de cadera o de lo que fuere, y uno pueda colocar en ese *ranking* cuáles deberían ser las prioridades, porque generalmente se observa que en estas listas de espera no hay una depuración, en la que se nos indique lo urgente, de manera que pueda medirlo en el corto plazo, más corto de lo que se establece aquí.

Por otro lado, tengo las especialidades, que las personas necesitan esa atención y no la reciben. Por consiguiente, esto también debería tener un orden.

Entonces, lo que veo y es lo que le planteaba al director de Osorno, es por qué no existe un *ranking* de prioridades. No me refiero a las listas de espera, en que se establece que una persona fue atendida en tal fecha y esa información queda registrada en los antecedentes clínicos de cada hospital, sino que la persona pueda ser atendida y, producto de esa atención, definir las urgencias de Osorno, y debe ser atendida, porque si no lo hacemos, corremos el riesgo de que esa persona fallezca o siga sufriendo dolor, y esta es la situación.

Estas otras listas, que corresponden a especialidades, deberían ser consideradas también como prioritarias, porque tienen fechas asignadas y, dentro de ellas, determinar cuáles deben ser abordadas con urgencia. La idea es que no quede ingresada como una fecha que me recomendó el especialista. En el caso de las personas con patologías graves, alguien debería clasificarlas según la gravedad, asignándoles grado 1, grado 2, u otra categorización, e indicando el especialista correspondiente.

Termino con una gran incertidumbre. Por eso, quiero que en la comisión despejemos aquello, para hacer algunas recomendaciones al ministerio: resolver a la brevedad los casos de cada uno de estos hospitales. Estos son los especialistas que se requieren. Para los casos urgentes, se requiere que este pabellón, que actualmente está siendo utilizado en un 45 por ciento, pueda llegar a un 60 por ciento. No pidamos tanto, pero al menos ese porcentaje va a significar bajar las listas con el presupuesto existente.

En relación con el otro porcentaje, del cual no se tiene la solución, podría derivarse al convenio público-privado, como usted señala en la última parte de la exposición. Podría tratarse de situaciones más complejas y operaciones más difíciles, que son de

urgencia y que, en ese determinado servicio privado, podrían resolverse.

Por lo tanto, esas son mis propuestas y no logro entender tanta demora. Quiero saber si esas propuestas son factibles, son recomendables; si se puede obtener la información de lo que planteé.

Esas son mis consultas.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- También tengo algunas preguntas que formular.

La primera de ellas es que si ustedes ocupan el promedio dentro del indicador. En el último tiempo hemos visto que se busca ocupar la mediana en lugar del promedio.

Evidentemente, es importante señalar que la mediana es un dato que se está informando hace no tanto tiempo, desde septiembre de 2022. Ustedes ocupan el promedio, porque consideran que es un mejor indicador que la mediana, o simplemente porque está disponible desde hace más tiempo. Me gustaría saber su opinión técnica sobre los indicadores que utilizamos en esta materia.

La segunda pregunta tiene que ver con el seguimiento a las materias de salud y para eso están los Compromisos de Gestión (Comges), y que trimestralmente, se evalúan en los servicios de salud y se hace un *ranking*. Ahora, evidentemente, quienes hemos estudiado los Compromisos de Gestión sabemos que el manejo de las listas de espera está incorporado, pero existen otros indicadores.

¿Cuál es su opinión respecto de los Compromisos de Gestión, o cómo estos van evaluando los servicios de salud versus este *ranking*? Lo pregunto porque generalmente los Compromisos de Gestión se utilizan como una forma de evaluar cada uno de los servicios de salud, aunque a veces tienen indicadores que son bien *light*, por decirlo de alguna forma.

Más que una pregunta, quiero hacer una reflexión, sobre todo desde la perspectiva del gasto y después de haber estado en la Región de Aysén, en el hospital de Coyhaique, el jueves de la semana pasada. Es fácil comparar el gasto, por ejemplo, respecto del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y Viña del Mar, y hasta respecto de los servicios de salud de la Región Metropolitana.

Sin embargo, en el Servicio de Salud Aysén, que es del tamaño de Inglaterra en cuanto a kilómetros cuadrados, pero con una población ínfima, distribuida inmensamente, con una densidad demográfica muy pequeña y con un alto gasto en aerotraslados, es difícil comparar el gasto en algunas regiones versus otras.

Considero que hay regiones, como las de O'Higgins, Maule, incluso la del Biobío, en que la comparación es muy fácil, pero desde Biobío al sur y desde Atacama hacia el norte, producto de que en esas regiones hay que gastar mucho más para obtener lo mismo, ya sea por densidad demográfica, por kilómetros cuadrados o por pequeños pueblitos que a veces tienen pocos habitantes, es difícil llegar o lograr cosas.

Tenía la misma pregunta que planteó el diputado Romero, y la había anotado, para que no crea que se la copié: ¿Por qué en el tercer trimestre? Considero que el corte del cuarto trimestre es el más representativo del año, aunque hay algunos años en los cuales el cuarto trimestre baja un poquito, o incluso, sube.

Entonces, ¿por qué se hace esta evaluación con el tercer y no con el cuarto trimestre?

Ahora, pasando el dato, en la glosa 6 del cuarto trimestre de 2024 no se nos informó sobre el promedio de días de retraso de las garantías de oportunidad por servicios de salud. Entonces, aquellos que llevamos las tablitas famosas también tenemos ese espacio vacío, lo que genera un problema, porque nos saltamos un dato que es igualmente relevante.

En otra pregunta, ustedes realizan su extrapolación por beneficiarios Fonasa y no por la población de la región. Tengo una aprensión respecto de los beneficiarios Fonasa por región, producto de que muchas personas, salvo aquellas que tienen la APS (atención primaria de salud) universal, pasan por un proceso de validación de Fonasa que a veces no arroja la cantidad real de beneficiarios que existe en una región o en un servicio de salud, y a veces la cantidad de beneficiarios Fonasa está bien subestimada respecto de la real, porque existe una validación que disminuye la cantidad de beneficiarios, y ese ruido, quizás metodológicamente, me lleva a ocupar la población total de la región, independiente de que no están limpios como beneficiarios, pero existe una subestimación importante de beneficiarios Fonasa en cada uno de los servicios de salud de región. Esta es una pregunta más bien metodológica.

En cuanto a una de sus propuestas, que consiste en tener una dirección de servicio de salud por región, materia que se ha conversado para buscarle mayor gobernabilidad en nuestro sistema de salud, quiero que se puedan explayar un poco más sobre cómo mejorar la gobernabilidad de nuestro sistema de salud, no solo desde la perspectiva de los 29 servicios de salud, sino también de los cerca de trescientos y tantos municipios, Desam (departamentos de salud municipal) o corporaciones municipales que administran la APS (atención primaria de salud), y sobre cómo podemos avanzar al respecto.

Una última pregunta. Desde su punto de vista, ¿cómo podemos mejorar uno de los aspectos fundamentales para avanzar en el manejo de las listas de espera, que es la retención de los especialistas?

Esas serían mis preguntas.

Ofrezco la palabra a cualquiera que pueda responder a las preguntas realizadas.

Tiene la palabra el señor Jorge Acosta.

El señor **ACOSTA** (médico asesor Ipsuss Universidad San Sebastián).- Muchas gracias, Presidente, y también, por su intermedio, por las interesantes preguntas de los parlamentarios.

Iremos revisando cada una de ellas.

La primera pregunta que nos hizo el diputado Agustín Romero, a la cual se sumó usted, Presidente, es fundamental.

De alguna manera, usted dio en el clavo con la respuesta, porque nos habría encantado traer hasta acá los resultados recientemente publicados -con el corte a diciembre, que es el más actualizado- de la glosa 6, que tendría que haberse informado en el último día del mes de enero, que finalmente se informó hacia fines de febrero y primeros días de marzo, pero que, además, traía dos o tres novedades.

Una de ellas la dijo muy bien usted. Veremos después la diferencia entre el promedio y mediana, pero ni el promedio ni la mediana fueron informados por el servicio de salud, por ejemplo, para las patologías del GES, y se hizo algo novedoso, porque se tomó por patología, en vez de por servicio de salud, y se informó la cantidad de personas atendidas por segmento de tiempo estándar, por ejemplo, menos de 30 días, de 30 a 60 días, de 60 a 90 días, de 90 a 180 días, más de 180 días.

¿Cuántas personas hay ahí por patología? Por ejemplo, pacientes diabéticos que están pendientes de atención, tanto en cada uno de esos tiempos que les comenté, pero yo no sé cuántos de esos pacientes diabéticos corresponden a cada servicio.

Esa situación es muy distinta de todas las otras glosas informadas, no solamente el año pasado, sino en todos los años anteriores, porque había sido una novedad la inclusión de la mediana, pero nunca habíamos visto que no tuviéramos el promedio.

Entonces, incluso tuvimos debate y dijimos que íbamos a traer los resultados preliminares, pero era tan fundamental el dato que faltaba, que prácticamente la mitad de los datos los habríamos tenido

sin información, o con una información basada en supuestos que no eran reales.

Por lo tanto, nos encantaría solicitar al Ejecutivo la entrega de esos datos, que habitualmente se entregaban. Ese es uno de los datos.

El segundo dato que tampoco se informó es la cantidad de pacientes que fueron egresados de la lista de espera GES por la causal 9, que corresponde a fallecimiento.

Se informó en el caso de los pacientes no GES, tanto para intervenciones quirúrgicas como para consultas de no especialidad, y son cerca de 45.000 casos, son cerca de 33.000 personas que egresaron por fallecimiento.

Eso no significa que hayan muerto por no recibir la atención que estaban esperando, pero sí significa que murieron esperando por una atención, y eso es particularmente grave.

Como sabemos, el año pasado fallecieron 120.000 personas en Chile, y, si había un poquito más de 30.000 de esas que fallecieron, que estaban en lista de espera, podríamos decir que uno de cada cuatro chilenos que fallecieron en 2024 estaba en una lista de espera, o sea, el Estado, que se comprometió a entregarle una atención formal, en un papel, en una derivación, una cirugía, una consulta de no especialidad, se murió esperando; se murió antes de que el Estado le cumpliera, uno de cada cuatro, o incluso un poco más, porque fueron más de 30.000. Fueron 33.000 de las 120.000 que fallecieron.

Insisto, este no es un problema de un gobierno, esto no es un problema de una sola administración, esto es un problema grave.

Piensen ustedes que quienes fallecieron por covid-19, según el último reporte, fueron cerca de 55.000 personas, de varios años, pero uno podría decir que casi dos tercios de todos los fallecidos por covid-19 equivalen a las personas que fallecieron en 2024 esperando por una atención.

A ustedes, como parlamentarios que constantemente están cerca de sus representados, les tiene que haber tocado más de alguna vez la historia típica de "¿Sabe qué? llamaron a mi mamá para que se atendiera y resulta que falleció hace un año", no hace una semana, sino hace un año, hace dos años, hace tres años.

"Me dijeron que estaba lista la hora con el dermatólogo, con el gastroenterólogo, con el diabetólogo, pero mi mamá murió, o que se viniera a operar, pero mi mamá murió", porque ni siquiera se hace el cruce con el Registro Civil. Entonces, ese es un problema grave.

El tercer dato que no está, y que es fundamental, no tiene que ver con redes asistenciales, sino con Fonasa, que habitualmente informa el total de beneficiarios por servicio de salud a diciembre de cada año, pero el último dato informado es a diciembre de 2023. El año pasado, porque esto lo hicimos para la primera construcción, a marzo ya estaba informado diciembre de 2023, y ahora no se ha informado diciembre de 2024, que es el dato que nos sirve para poder construir el estudio.

Entonces, no teníamos posibilidad, porque, como vieron, todos los datos son ajustados por beneficiarios, y, si no tenemos la cantidad de beneficiarios, tampoco lo podemos...

¿Podríamos haberlo hecho con 2023? Sí, pero lo más correcto era hacerlo con 2024.

En ese sentido, respondo inmediatamente su pregunta, Presidente, respecto de los beneficiarios.

Nosotros lo consideramos con todos los beneficiarios de Fonasa, que es lo que informa Fonasa, porque hace la división entre beneficiarios y beneficiarios validados.

Usamos el total de beneficiarios, que es lo más cercano al total de la población del servicio de salud, no validados, porque, si lo restringimos a validados, depende de la gestión que haga cada uno de los servicios y, en este caso, cada uno de los municipios, en validar sus pacientes. Entonces, lo mejor es el total de la población, que

para Fonasa son los beneficiarios que están inscritos en Fonasa, que están en el servicio de salud.

Además, como sabemos, hay algunos servicios de salud que corresponden a toda la región, pero hay otros circunscritos solo a algunas comunas, y otros, como el Metropolitano Central, que tiene la mitad de una comuna, la mitad de La Granja, que comparte con el Servicio de Salud Metropolitano Suroriente. Es una cuestión rarísima, pero, bueno, pasa también. Entonces, es mejor utilizar el dato que nos da Fonasa.

Ahora le pido a Fernando que responda cuáles son las unidades de medida del gráfico de la correlación.

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

El señor **LÓPEZ** (investigador Instituto Res Pública).- Señor Presidente, el eje Y es la posición en el *ranking*, y el eje X es la cantidad de beneficiarios de los servicios de salud. Se puede ver que no tienen ninguna correlación.

El señor **ACOSTA** (médico asesor Ipsuss Universidad San Sebastián).- Por eso es que en el eje X va la cantidad de beneficiarios por servicio, y en el eje Y va el orden en el *ranking*.

Por eso vemos que en servicios chiquititos, por ejemplo, que están más hacia la izquierda, hay servicios que lo hacen bien y otros que lo hacen mal; y en servicios más grandes, que están a la derecha, hay servicios que lo hacen bien y otros que lo hacen mal.

Respecto de la pregunta y reflexión que hizo la diputada Emilia Nuyado, la compartimos absolutamente. De hecho, una de las sugerencias que hacemos es que, para tener una mejor respuesta a todas esas preguntas, sería fundamental que el Ministerio de Salud agregara más datos, porque siempre, cuando uno pregunta en el mundo de la academia cuál es el mayor drama, por ejemplo -usted lo mencionaba-, traumatología, pero el doble clic en traumatología.

¿Cuál es la cirugía traumatológica que tengo que hacer? ¿Cuánto cuesta esa cirugía? O ¿cuál es el diagnóstico que está con mayor cantidad de personas pendientes? La derivación. ¿Cuál es el diagnóstico? Porque, si es eso, por ejemplo, si viéramos que es un diagnóstico sencillo, como un lumbago crónico, uno podría decir que lo que tengo que hacer, en vez de mandar un montón de pacientes que no responden al tratamiento de lumbago crónico, mandarlo al traumatólogo, y que espere un año y medio para que lo manden a tratamiento de kinesioterapia, lo que debería hacer es capacitar a los médicos generales que están en el consultorio para que sepan cuáles son las mejores estrategias para que, en vez de que deriven al paciente, lo traten ahí en el consultorio.

Cito además el caso de la fibromialgia. Tenemos una ley de fibromialgia, y todos los reumatólogos dicen que no hay nada más frustrante que llegue un paciente con fibromialgia a atenderse con el reumatólogo, porque el tratamiento que le va a dar es el mismo que le podrían dar en el consultorio.

No obstante, no tenemos una capacitación significativa para que los médicos generales puedan tratar la fibromialgia.

El señor **PALMA**.- ¿Con Duloxetina?

El señor **ACOSTA** (médico asesor Ipsuss Universidad San Sebastián).- La Duloxetina, y además el ejercicio físico, la misma kinesioterapia, la terapia ocupacional, tantas cosas que podrían hacerse a nivel del tratamiento en atención primaria.

Entonces, tener más información -en eso estoy absolutamente de acuerdo, diputada- nos permite poder hacer esa priorización, que hoy día no tenemos.

La única información que tenemos hoy en día es la especialidad. Nos faltan interconsultas de traumatología, nos faltan interconsultas de oftalmología; ya, pero ¿por qué estamos derivando al oftalmólogo? ¿Dónde está la falla? Porque la falla puede ser que no seamos capaces de resolver, y ahí me hago cargo de otra pregunta,

la de los especialistas, pero también que, a lo mejor, no estamos siendo capaces de resolver en la atención primaria, porque, si nosotros tenemos un problema con la cantidad de derivaciones que entregamos, también lo vamos a tener con el total de pacientes que están en espera, y tener información es tener poder.

Nos encantaría que el Ministerio de Salud nos entregara esos datos, que nos informara los diagnósticos que están en espera, obviamente agregados, resguardando la ley de derechos y deberes de los pacientes, resguardando la intimidad del paciente, pero que nos informe sobre los diagnósticos, sobre las cirugías que están pendientes y sobre cuántos profesionales disponen.

También me hago cargo de la pregunta de los especialistas. Efectivamente, siempre va a estar este juego entre el gato y el ratón: el Estado trata de retener a los especialistas, pero el privado que los necesita les paga un poco más y vuelven al sector privado, y así siempre. No obstante, una forma de resolverlo es evaluando si efectivamente se necesita ese especialista o si ese especialista puede generar también polos de formación a nivel regional.

Es decir, podríamos tener una innovación en la formación de especialistas con polos de formación regional, que estén apoyados por las universidades, pero orientados según las necesidades que tenga la población, pero no necesariamente orientados por el cupo que quiera abrir la universidad con algún objetivo, o sea, ¿se necesitan más pediatras, se necesitan más anestesistas? Pues, al parecer, lo que más necesitamos son, por ejemplo, médicos con formación en salud mental.

A lo mejor no vamos a lograr formar psiquiatras, pero sí médicos generales con una especialización en el tratamiento de la depresión moderada o leve, y si son refractarios a los tratamientos, entonces los derivamos al psiquiatra; o, por ejemplo, que es una propuesta que estamos levantando hace tiempo en el Instituto de Políticas

Públicas de Salud (Ipsuss), que otros profesionales de la salud puedan aportar y no solamente la medicalización.

Hoy tenemos un Código Sanitario que no otorga las facultades necesarias a las otras profesiones, y poder tener un apoyo de otros profesionales en salud que están capacitados. Por ejemplo, el control crónico. ¿Por qué no puede hacer un control crónico la enfermera? Que los pacientes que están con ciertos parámetros de diabetes, o hipertensos, o artrósicos se controlen con la enfermera, y aquellos que estén mal, que los vea el médico, o sea, hay tantas cosas adicionales que se pueden hacer.

Ustedes mencionaban el tema de la utilización de pabellón, o sea, ese es un verdadero drama. Piensen ustedes que los funcionarios estatales tienen en promedio 30 días de licencia al año, y en el caso de los funcionarios de salud, eso aumenta a 45 días en promedio, o sea, un mes y medio en promedio están fuera los funcionarios.

Si uno suma la cantidad de profesionales que se necesita en pabellón -el primer cirujano, el segundo cirujano, la arsenalera, la enfermera, los TENS, todo el equipo-, la probabilidad de que uno de ellos no esté en un pabellón es muy alta, y eso implica que habrá pacientes que dejaremos de atender, que dejaremos de operar.

¿Por qué se produce el contraste, por ejemplo, cuando operan los mismos médicos, con las mismas enfermeras y hasta las mismas secretarías con el incentivo del pago de servicio, en el entendido que, mientras más pacientes atiende, más ingresos tengo por pago de servicios? ¿Acaso no deberíamos hacer una mixtura de aquello y que haya algún incentivo para que los profesionales de salud, que están en la salud estatal, tengan el incentivo de atender más pacientes, de resolver más problemas, y que también esos incentivos los vean los profesionales, los funcionarios y también los hospitales?

Como me comentaron un director de hospital y un director de servicio, sobre el drama de ser ellos más eficientes y gastar menos y producir más, ese delta, ese ahorro que hacen, el ministerio se

los quita y se lo entrega al hospital que lo está haciendo mal, porque no puede dejar de pagar, o al servicio que lo está haciendo mal.

Entonces, ¿qué incentivo tengo de hacer mejor las cosas? En consecuencia, es todo un problema de incentivos.

El Presidente preguntó por el tema del promedio y la mediana, que es una gran pregunta, y apasionante, porque hemos tenido interminables reuniones y discusiones a propósito de eso, incluso a través de la prensa.

La cuestión es que los dos datos son importantes y deben estar sobre la mesa, pero particularmente en el momento histórico que vivimos hoy, después de lo que significó la pandemia de covid-19, utilizar solo la mediana es un problema, y les voy a explicar por qué.

Cuando tuvimos una cantidad muy importante de pacientes que no se atendieron, porque el llamado de la autoridad fue "Si no es urgente, no vaya al consultorio; si no es urgente, no vaya a atenderse", hubo una cantidad muy grande de personas que, teniendo que atenderse y que se atendían regularmente, dejaron de atenderse en los consultorios, y lo que vimos desde 2022 en adelante fue un aumento muy significativo de las derivaciones, de las atenciones, de las indicaciones de cirugía, de las indicaciones de atención con un especialista.

Por lo tanto, la cantidad de personas nuevas que llevan esperando poquito tiempo fue muy alta, y eso significó que, en promedio, pero particularmente la mediana, iba a bajar mucho, más que el promedio, porque, si seguíamos manteniendo más o menos la misma producción, pero aumentábamos mucho la cantidad de personas nuevas; si tengo muchas personas que llevan esperando de dos a diez días, el promedio inmediatamente me baja y la mediana baja más todavía, y ¿por qué? Porque, estadísticamente -y eso lo hemos conversado más de alguna vez con Fernando López-, la mejor medida de tendencia central, el

mejor instrumento estadístico para conocer una muestra, es el promedio.

No obstante, la mediana tiene un sentido epidemiológico, que la defienden las organizaciones internacionales de salud, pero en el caso posterior a la pandemia es engañoso, y por eso vimos una caída muy significativa de las medianas en 2022 y en 2023.

Incluso, su Excelencia el Presidente de la República se comprometió en la última cuenta pública a que la mediana iba a llegar a 200 días; lo dijo en su cuenta ante el Congreso pleno, pero, solo tres meses después, el subsecretario de Redes Asistenciales, el 18 de septiembre, durante el fin de semana largo, dijo que esa medida no se iba a alcanzar; solo tres meses después. ¿Por qué? Porque, más allá de los esfuerzos que se han hecho en materia, por ejemplo, de los centros regionales de resolución (CRR), que han tenido resultados extraordinarios, la masividad que se necesita para hacer esos cambios no se ha logrado todavía, o sea, los CRR operarán 14.000 cirugías, 20.000 cirugías de las 390.000 que faltan.

Esa discusión la tuvimos, y llegamos a la conclusión de que lo mejor era utilizar el promedio en esta etapa. De hecho, nos vimos incluso obligados a utilizar el número de casos, porque uno también podría preguntarse por qué no utilizamos el número de personas. ¿Por qué utilizó el número de casos? Porque, justamente, no hay consistencia en la entrega de datos en casos y personas por servicio de salud, sino solo a nivel nacional.

Por lo tanto, en lo que sí había consistencia era en el número de casos. Nos habría encantado tener el número de personas, pero lo hicimos por el número de casos. Si el día de mañana tuviéramos el número de casos y de personas, sin duda que lo podríamos incluir.

Enseguida, el Ministerio de Salud tiene más de 200 indicadores, entre ellos, el *balanced scorecard*, los compromisos de gestión (Comges), el programa de mejoramiento de gestión (PMG), los resultados internos de evaluación de los directores de servicio, que

deben rendir cuentas por su propia evaluación ante el Servicio Civil, y así un montón de evaluaciones. Lamentablemente, nunca hemos sido capaces de tener un verdadero panel de control.

El *ranking* pretende entregar la información muy parecida a lo que mensualmente conocemos como el IPC, que sube o baja. Bueno, lo que queremos trimestralmente es conocer el *ranking*. Esa es nuestra intención, que trimestralmente sepamos los servicios que suben, que bajan, los que lo hacen mejor y los que lo hacen peor, con los datos que entrega el ministerio. Pero, sin duda, sería muy valioso tener más datos entregados de forma trimestral para resolver problemas como los que anunciaba la diputada Emilia Nuyado, y, evidentemente, seleccionando algunos de ellos, es decir, todos los datos que tiene el ministerio, los 200 parámetros, muchos de ellos del Comges o de la Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), de los hospitales de alta resolutividad, la verdad es que se pierden en el mar de datos y no permiten entender si lo estamos haciendo mejor o peor, o cuáles son las decisiones que deberíamos tomar para tener mejores resultados. Nosotros creemos que el ministerio cuenta con demasiados datos, pero su utilización se termina perdiendo.

Respecto de la Dirección Nacional de Salud, creemos que habría que reducir radicalmente la cantidad de servicios de salud, y no solamente a nivel regional, sino macrorregional, perfectamente. Como vimos, incluso, a través del *ranking*, podríamos agrupar varios servicios de salud en el norte, los metropolitanos y algunos de la zona central, y varios servicios de salud del sur y del sur extremo, y perfectamente avanzar en mejorar la gobernabilidad, específicamente en hacer cada vez más una separación, una verdadera muralla china entre la representación política, que reside en el Ejecutivo, y la ejecución técnica, es decir, que el Estado, como proveedor de salud, sea eminentemente técnico y no con carácter político, o sea, que el día de mañana, si un servicio de salud lo está haciendo mal, que no lo quiera ocultar o hacer vista gorda o no hacer el énfasis, o no decirlo a los cuatro vientos, cualquier gobierno que sea, porque sería un autogol, sino exigir las

responsabilidades técnicas de un directorio, de un director de servicio de salud y que eso no signifique una crisis política, que sea una ejecución técnica y, si no se cumple con ciertos parámetros, se tiene que cambiar; si hay alguien que lo hace bien, se puede mantener.

Hemos visto que algunos servicios autónomos han logrado ese nivel de eficiencia y lo han hecho relativamente bien, como el Servicio Electoral. Todos los gobiernos, todos los políticos, todos los parlamentarios dicen siempre "Qué notable el Servel que tenemos, que con lápiz y papel a veces tiene los resultados antes de las ocho de la noche, dependiendo de la elección".

Bueno, ese es un servicio autónomo, que lo hace bien, que es técnico, que tiene gente que ha estado en todos los gobiernos.

¿Por qué no podemos hacer algo como lo que hace Metro, por ejemplo? Todos decimos que Metro funciona, que lo hace extraordinariamente, y es técnico; una crisis de Metro no necesariamente es una crisis del Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones.

Todos sabemos lo bien que lo hace el Banco Central, que tiene una cantidad de personas elegidas por los distintos poderes para que puedan estar representados los distintos sectores.

Entonces, ¿cómo llegamos a esa situación en salud, separando la responsabilidad política de la responsabilidad técnica? Evidentemente, con una mayor coordinación con los municipios. Efectivamente, hay municipios que lo hacen bien en la administración de salud y suplementan el trabajo que puedan hacer con la subvención del subtítulo 24, pero hay otros que siempre son deficientes. Lo que uno diría es por qué no le permitimos a los municipios, o a un conjunto de municipios, que puedan hacer una corporación y licitar la administración de los consultorios; por ejemplo, todos los consultorios de la zona norte de Santiago, y que se puedan licitar a una universidad o a una corporación sin fines de lucro, para que puedan tener resultados, como los centros Áncora de la Universidad

Católica, que son centros que reciben financiamiento estatal, pero que entregan una atención privada, porque es de una universidad privada, pero que tiene vocación pública. En Puente Alto hay dos y hay uno también en La Pintana, el Juan Pablo II, donde uno puede ver la experiencia de lo que se realiza.

Hay un montón de cosas del tema de especialistas que le había hablado.

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

El señor **LEE**.- Señor Presidente, en primer lugar, me disculpo, ya que estaba en la Comisión de Zonas Extremas y Antártica Chilena.

Quiero ir directamente a un punto que me parece relevante. En este estudio de *ranking* figura el Servicio de Salud Arica en el primer lugar, la Región de Arica y Parinacota dentro de las tres primeras.

Obviamente, valorando el trabajo de los investigadores, ellos sabrán mejor que yo que hay sesgos que son importantes en cualquier investigación, y uno de ellos es el de información.

Ustedes trabajaron sobre la base de información y, lamentablemente, la información en salud en Chile está absolutamente disparada para cualquier lado. Solamente quiero hacer mención a Arica.

Hace algunos años, Arica figuraba como la primera región en tener lista de espera cero Auge, muchos directivos de salud ganaron bonos por eso y era mentira. Arica figuraba con una encuesta de satisfacción usuaria de servicio de urgencia de un 97 por ciento; ni Disneyland tiene tanta satisfacción de sus usuarios.

También, lamentablemente -y forma parte de la historia de salud pública en Chile-, el Servicio de Salud Arica escondió exámenes en que figuraban niños y adultos contaminados con plomo y arsénico.

Ante esa realidad, me resulta realmente inaceptable este estudio, no porque lo hayan hecho ustedes, sino porque lo han hecho a partir

de una información que a mí no me convence, viviendo en Arica, sabiendo que al menos un 20 por ciento de la población va a buscar satisfacción a sus necesidades de salud a otro país, a Tacna, en Perú, teniendo pacientes oncológicos con cáncer, con enfermedades cardiovasculares, que para llegar a Antofagasta, nuestro centro de referencia, tienen que ir a Santiago, a 2.000 kilómetros, y esperar en Santiago para luego viajar otros 1.000 y tantos kilómetros a Antofagasta y hacer ese trayecto ida y vuelta; o bien viajar 12 horas en bus para que a unos niños quemados se les haga un ajuste de prenda de licra.

Lo digo con mucho respeto y sin ningún ánimo de politizar el problema, porque me parece que esto trasciende los gobiernos. No acepto y no creo que este *ranking* represente la realidad, porque en Arica hay mucha gente sufriendo problemas de salud.

Por lo tanto, les pido a los investigadores analizar si las fuentes de información son tan verídicas como uno esperaría que fueran.

Muchas gracias.

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

Por mi parte, quiero hacer algunos alcances.

Primero, los fallecidos en lista de espera son informados en forma desfasada. El informe de diciembre de cada año no trae los fallecidos en lista de espera de ese año, sino que tiene un desfase de aproximadamente seis meses.

El dato, el indicador de fallecidos en lista de espera GES y no GES, probablemente lo vamos a tener en el informe de junio de 2025. Por eso, todavía tenemos el dato de diciembre de 2023, porque existe un desfase, y ha sido así por todos los años, dado que hay una auditoría más profunda que se hace para conseguir ese dato.

Ahora, me considero un orgulloso médico de Atención Primaria de Salud (APS), pero no puedo dejar pasar que, efectivamente, el

tratamiento de la fibromialgia lo puede dar cualquier médico general en cualquier consultorio; sin embargo, respecto del diagnóstico, donde debe descartarse una serie de otras patologías, como diagnóstico diferencial, no tenemos en los consultorios las herramientas para hacer ese diagnóstico diferencial con una serie de otras patologías reumatológicas, que ni en mis sueños he tenido esos exámenes disponibles en APS.

Siempre defiendo que muchas derivaciones de APS a nivel secundario, si quieren ahorrar, se pueden hacer entregándoles a los médicos de APS las herramientas para hacer los adecuados diagnósticos, que son exámenes, finalmente. De lo contrario, no puedo diagnosticar fibromialgia solo con el hemograma, el factor reumatoideo, y descartando hipotiroidismo con TSH. Es insuficiente.

Entonces, la derivación al reumatólogo es para confirmación diagnóstica, porque la fibromialgia es un diagnóstico de descarte. Todos sabemos eso desde que hemos pasado por la escuela. Ese es un punto, solamente a propósito de que se mencionó, pero permítanme la licencia.

Respecto de los indicadores, creo que son muy buenos los indicadores que se construyen respecto de listas de espera. Generalmente, eso no invisibiliza un aspecto que generalmente compite con la lista de espera, que es la urgencia.

Por dar un ejemplo, el viernes pasado estaba con el jefe de traumatología del Hospital Carlos van Buren, el doctor Sánchez, quien me dijo que desde 2023 no resuelven ningún paciente en lista de espera, porque solo están resolviendo urgencias, es decir, fracturados que llegan a la urgencia del Hospital Carlos van Buren derivados desde el Hospital Claudio Vicuña de San Antonio, y hasta el viernes los 63 pacientes que estaban hospitalizados en el servicio de traumatología del Hospital Carlos van Buren habían ingresado por urgencia: fracturas, politraumatizados, que están esperando la resolución quirúrgica de una fractura por urgencia, y eso imposibilita que los traumatólogos contratados puedan resolver

listas de espera. Tenemos procedimientos ambulatorios electivos y aquellos que entran por urgencia; esa competencia permanente es, como en la APS, la competencia entre morbilidad y control crónico.

Ese es un aspecto que creo que no estamos evaluando en el conjunto, que es, obviamente, cómo los hospitales deben abocarse hoy principalmente a los pacientes hospitalizados por urgencia. De hecho, mañana tenemos invitado al presidente de la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud (APIS), porque, por ejemplo, en el Hospital Carlos van Buren hay pacientes esperando una cirugía traumatológica de urgencia por 101 días, contados hasta el viernes pasado, producto de que uno de los proveedores, *Kirschner*, que abastece de placas, tornillos y clavos de osteosíntesis tiene bloqueado al hospital por no pago.

Desde esa perspectiva, les pregunto cómo ven ustedes esta dualidad entre el funcionamiento de urgencias y lo electivo del hospital. Obviamente, entiendo que es difícil valorar si no tenemos un indicador respecto de aquello. Con eso termino.

Le ofrezco la palabra al señor Jorge Acosta.

El señor **ACOSTA** (médico asesor Ipsuss Universidad San Sebastián).- Señor Presidente, agradezco las preguntas.

Efectivamente, en la glosa 6 más actual, con el corte a diciembre, tenemos los fallecidos, tanto por casos como por personas que han sido egresados de la lista de espera por causal 9, solo para consultas de nueva especialidad e intervenciones quirúrgicas.

No obstante, el caso de los fallecidos egresados de la lista de espera GES por causal 9 no está informado. En diciembre de 2022 se informó el corte para el año anterior, pero en lo sucesivo no se ha informado, o se ha hecho parcialmente.

En todo caso, creo que es bueno que se diga que se va a informar en junio, por ejemplo, en vez de hacerlo en diciembre, porque lo importante es que tengamos esa información.

Por otro lado, no puedo más que compartir el análisis que se ha hecho en referencia a que muchos de los problemas de resolutiveidad en atención primaria podrían tener relación con los exámenes disponibles, pero, reitero, evaluaciones como esta son las que nos permiten llegar a esta conclusión y decir "Me voy a ahorrar un montón de tiempo de espera de los pacientes", lo cual, sin duda, es un beneficio mayor. Quizás me voy a ahorrar un montón de recursos si disponibilizo tales o cuales exámenes, o tales o cuales servicios que no tengo en APS, pero podría tenerlos en el hospital. Sin duda, nos sumamos a aquello.

Perdón, no me he hecho cargo de la pregunta formulada por el diputado Enrique Lee. Por su intermedio, señor Presidente, tiene toda la razón, diputado Lee. ¡Tiene toda la razón!

Como siempre decimos, no maten al mensajero. Esos datos son los oficiales, son los que publica el Ministerio de Salud. Ahora, si esos datos tienen algún error, sesgo o vicio de origen, como producto de que no fueron informados como corresponde, o si hay inconsistencia en ellos, nosotros no nos podemos hacer cargo, porque es lo que encontramos.

Esos datos tienen una explicación. Quizás no se trata de una eventual eficiencia en la atención de los pacientes, o de una eventual eficiencia en la utilización de los recursos, sino que dice relación con que una parte significativa de su población se atiende fuera del país, no solamente fuera del servicio, pero con estos datos tampoco lo podemos asegurar.

Por eso, es relevante que cada uno de los directores de servicios de salud salga a responder -tanto los que lo hacen bien como los que lo hacen mal- cuál es la causa raíz o la razón detrás de aquello. Eso lo deben responder los servicios.

Finalmente, esta es una herramienta para ustedes, para los parlamentarios, para la ciudadanía, para los periodistas, para el Ejecutivo y para los mismos directores de servicios.

En otro orden de cosas, es efectivo que en dos oportunidades Arica salió celebrando, y con razón, porque estaba dentro de los mejores en el *ranking*.

Ahora, si eso no hace justicia a la realidad que palpan y viven los ariqueños y sus representantes en el Parlamento, entonces hay que exigir que se responda, pero esos son los datos que hay, porque esto se releva, ahora, cuando hicimos el *ranking*.

Cabe señalar que, cuando estábamos haciendo los estudios iniciales, nos encontrábamos con distintas situaciones. Por ejemplo, un servicio de salud decía que al corte a diciembre tenía cero casos en GES, y por eso estaba dentro de los mejores resultados. Sin embargo, al corte de marzo tenían 90 casos, con un promedio de espera de 120 días.

Si uno lo procesa, entre diciembre y marzo hay solo 90 días, pero ellos decían que el promedio de espera era de 120 días. Esa es una de las cosas con las que uno puede encontrarse cuando cruza los datos, como lo hacemos en la universidad y en el Instituto Res Pública.

Obviamente, si uno no procesa esa información, no se da cuenta y, en ese caso, lo que tenemos que hacer es exigirle a ese servicio que nos diga cuál fue el error. Si fue en el de diciembre, cuando dijo que tenía cero casos, o en el de marzo, cuando dijo que tenía 90 casos con 120 días de espera.

A lo mejor hay una explicación sensata, porque todos sabemos que eso depende de la fecha de corte, es decir, si subo los datos el día 30 y la fecha de corte es al 29, aparezco con cero casos. Ahí está la explicación.

Por último, respecto de urgencias y de las listas de espera, efectivamente, hay que hacer la diferencia y, de hecho, un buen análisis debería tener en consideración lo que estamos haciendo nosotros, que son las intervenciones quirúrgicas electivas. Esos datos son solamente sobre intervenciones quirúrgicas electivas.

Por cierto, si uno quisiera medir la producción del servicio, tendría que incluir en el *ranking* las atenciones de urgencia y la producción. Eso es lo que nos gustaría que ocurriera en el futuro, que ojalá se informara, pero eso habría que discutirlo en el próximo proyecto de ley de presupuestos, porque, para elegir el servicio modelo, tendríamos que preguntarnos cuánto está produciendo y cuántas atenciones de urgencia tiene, porque, si dice que está gastando más en urgencias, cabe preguntarse por qué. Si tiene menos urgencias que el año pasado, ¿por qué está gastando más y está haciendo menos intervenciones quirúrgicas electivas? También se debería incluir la cantidad de pacientes que está atendiendo.

En definitiva, estamos hablando de cuando lo hacen mal, del "resultado malo", que es la cantidad de personas en espera, pero lo positivo no lo medimos, porque el ministerio no lo informa. ¿Cuántas personas atiende? ¿Qué patologías? ¿Qué recursos tiene?

Todo eso, sin duda, haría que el *ranking* fuera mucho más completo.

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

Agradezco nuevamente la concurrencia y colaboración.

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

-Se levantó la sesión a las 21:03 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.

