

**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°21, LEGISLATURA 373ª, CELEBRADA EN MARTES 15 DE ABRIL DE 2025, DE 08:45 A 10:00 HORAS.**

**SUMA**

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió al Subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Bernardo Martorell Guerra, acompañado de la Jefa de División de Gestión de la Red Asistencial, doña Andrea Solis Aguirre.

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 Jrisi Diamantidis Biterna.

**I. ASISTENCIA**

Asistieron, de manera presencial los diputados Jaime Araya, Mauro González, Tomás Lagomarsino, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Agustín Romero, Patricio Rosas, Jaime Sáez y Jorge Saffirio.

Participó de forma presencial el Subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Bernardo Martorell Guerra, acompañado de la Jefa de División de Gestión de la Red Asistencial, doña Andrea Solis Aguirre.

**II. ACTAS**

El acta de la sesión 20ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 19ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

### III.- CUENTA<sup>1</sup>

Se han recibido los siguientes documentos para la cuenta:

1.- Se ha recibido un documento de la diputada Emilia Nuyado en el cual, justifica inasistencia a esta sesión por encontrarse en sesión paralela de la Comisión Presidencial para la Paz y el Entendimiento, martes 14 y miércoles 15 de abril, de 09:00 a las 20:00 hrs. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

### IV.- ORDEN DEL DÍA

**Se recibió al Subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Bernardo Martorell Guerra<sup>2</sup>, acompañado de la Jefa de División de Gestión de la Red Asistencial, doña Andrea Solis Aguirre.**

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

### V.- ACUERDOS

Se adoptaron los siguientes acuerdos:

1.- Prorrogar hasta por 10 minutos.

2.- Recibir en la sesión especial que se celebrará el día lunes 21 de abril de 2025, al Subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Bernardo Martorell, a fin de que pueda continuar con su presentación y dar respuesta a las interrogantes planteadas por los parlamentarios.

\*\*\*\*\*

---

<sup>1</sup> [https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=339428&prmTipo=DOCUMENTO\\_COMISION](https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=339428&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION)

<sup>2</sup> [https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=346215&prmTipo=DOCUMENTO\\_COMISION](https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=346215&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION)

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.<sup>3</sup>

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

**LEONARDO LUEIZA URETA**  
**Abogado Secretario de la Comisión**

---

<sup>3</sup> <https://www.camara.cl/prensa/Reproductor.aspx?prmCpeid=4622&prmSesId=79895>

**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 21ª, celebrada en martes 15 de abril de 2025,  
de 08:45 a 10:00 horas.

Preside el diputado señor Tomás Lagomarsino.

Asisten los diputados señores Jaime Araya, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Agustín Romero, Patricio Rosas, Jaime Sáez y Jorge Saffirio.

En calidad de citados, el subsecretario de Redes Asistenciales, señor Bernardo Martorell Guerra, acompañado por la jefa de la División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (Digera), señora Andrea Solís.

**TEXTO DEL DEBATE**

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

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

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

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Sobre la Cuenta, ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra sobre puntos varios.

Ofrezco la palabra.

En el Orden del Día, como único punto, corresponde escuchar al subsecretario de Redes Asistenciales, doctor Bernardo Martorell Guerra, a quien le damos la más cordial bienvenida y aprovechamos de felicitarlo por asumir este desafío.

Tiene la palabra el subsecretario.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Muchas gracias, Presidente. Por su intermedio, saludo a los honorables diputados presentes y agradezco esta comisión investigadora de listas de espera. También por las buenas energías al asumir el cargo. Por supuesto, esto es como una locomotora que va en movimiento y a la cual uno tiene que subirse sobre la marcha. En ese sentido, estoy muy agradecido de la gestión de mi antecesor, el doctor Salgado.

Varios de los elementos que vamos a presentar serán un esfuerzo para profundizar y continuar en las líneas que ya están en desarrollo desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Uno se incorpora como un eslabón más de la cadena para poner también ciertos énfasis, pero tampoco para reinventar la rueda en los últimos once meses que quedan de esta administración. Así es que esperamos, por supuesto, aportar desde esa perspectiva.

Creo que el problema que tenemos es complejo. Me alegra mucho la seriedad con que he observado, desde fuera inicialmente y ahora más desde dentro, el trabajo de esta comisión, que ha buscado adentrarse en el problema con una profundidad que, a mi juicio, es histórica. Eso se agradece, porque es un problema que tenemos que abordar como sociedad entera.

Estoy muy agradecido por los esfuerzos de la comisión y espero que también juntos logremos frutos en la reducción de tiempos de espera y mejorar también las condiciones de nuestros hospitales y redes de salud.

Dicho eso, los contenidos de lo que vamos a estar comentando serán: el plan, la producción de la red asistencial, la situación actual de lista de espera no GES, -vamos a poner ahí el énfasis, más que en el GES-, el estado de oficios parlamentarios y de auditorías en el marco de esta comisión y ciertas consideraciones finales.

El plan de reducción de tiempos de espera para este año surge con este objetivo estratégico de reducir los tiempos de espera para las personas que se atienden en la red asistencial en todo lo que es consulta nueva especialidad, consulta nueva odontológica e intervenciones quirúrgicas no GES y mantener por supuesto las garantías GES con el mayor nivel de cumplimiento posible. Y con tres áreas o pilares de trabajo que son estos tres subobjetivos que nos van a permitir ir avanzando para alcanzar la mayor cantidad de servicios de salud posible, las metas de los 200 días en la consulta nueva especialidad y las intervenciones quirúrgicas y odontológicas.

Los tres objetivos son: aumentar la producción de la red asistencial, lo cual es bien importante porque la lista espera es el resultado -recordemos- de un flujo que ingresa y egresa. Ese flujo de ingreso y egreso determina finalmente el *stock* y los tiempos de espera para egresar de la lista espera. Por tanto, la salida de ese flujo, que es la producción de la red asistencial, es bien relevante ponerle un foco.

Por supuesto, el ingreso al flujo es importante analizarlo, no para reducirlo. Incluso, uno podría plantear que falta acceso en la atención primaria y falta acceso para que las personas puedan ingresar. Entonces, igual hay una perspectiva de acercar más la salud a las personas.

Otro objetivo fundamental es modernizar y transparentar los sistemas de información, que ya conocen bien los problemas que

tienen por su falta de modernización. También le vamos a poner mucho esfuerzo a esa materia.

De los avances, a la fecha, el año pasado tuvimos 57 millones de atenciones de salud en nuestro nivel primario de atención; más de un millón de cirugías en la red pública y casi 10 millones de atenciones con especialistas médicos. Las consultas de especialidad y las consultas odontológicas aumentaron casi 40 por ciento y 90 por ciento, respectivamente, comparado con 2021. Es decir, hemos logrado recuperar niveles de producción, incluso superar niveles de producción prepandémicos. Los tiempos de espera, en este período de gobierno, se han reducido de la mediana de 263 días para consultas de especialidad, o sea, 90 días menos que en 2021. Para lo quirúrgico es de 367 días menos que en 2021, es decir, un año menos de espera se ha logrado durante este período de gobierno hasta la fecha.

En cuanto al GES, se logra 97,9, o sea, 98 por ciento de cumplimiento en las garantías. Ese 2 por ciento restante es un número aproximadamente de 80.000 garantías que no se cumplen en las fechas estipuladas.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Disculpe.

Tiene la palabra el diputado Jaime Araya.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, como la presentación parece que es muy extensa, podría fijar no más de cinco láminas de exposición y luego hacer bloques de preguntas, para no tener que devolvernos y que esto tenga algún sentido.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Ya. Avancemos dos más.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Puedo ir haciendo bloques de acuerdo con la misma estructura.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Perfecto.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Dentro de los avances importantes para destacar es la entrega de 12 hospitales a la fecha. Son los 12 hospitales que durante

este período de gobierno se han entregado, que están operativos. En el caso de Quellón, que es el último de la lista, su atención ambulatoria ya está en operaciones.

Durante el período se espera entregar otros 12 hospitales en alguna fase final, ya sea totalmente operativo o iniciando marcha blanca, para un total de 24 hospitales entregados durante este período de gobierno.

El *link* que está consignado en la presentación va a quedar en manos de ustedes. Es un muy buen recurso para observar la cartera de inversiones del ministerio en todas las regiones del país. Entonces, pueden hacer *zoom* en un mapa y ver cuáles son los proyectos que están en alguna fase de desarrollo y llevar una estadística, o como les parezca más útil, para conocer el estado de avance de las inversiones, no solo los hospitales, sino también la atención primaria, los Centros Comunitarios de Salud Mental (Cosam), etcétera.

Quizá podemos hacer una pausa antes de empezar con las estrategias.

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

El señor **LEE**.- Señor Presidente, cuando comenzó la presentación, vi que en los objetivos nos íbamos a concentrar en los no GES. Entonces, lo primero que se me viene a la cabeza es que el GES está con un alto grado de cumplimiento, lo que, desde mi punto de vista, no es tan así. Tenemos listas de espera y también muchas denuncias de incumplimiento del GES. Pero luego, al avanzar la presentación, vi que teníamos un cumplimiento GES del 98 por ciento aproximadamente; por lo menos eso aparece en una diapositiva.

¿Ese 98 por ciento se refiere al *output* final, o sea, que se operó, por ejemplo, una cirugía de una patología GES, o al cumplimiento de oportunidad? Si estamos hablando de listas de

espera, indudablemente lo que nos interesa, más allá de si una paciente va a terminar en pabellón o no, es si va a terminar en pabellón en los tiempos que se comprometieron y se garantizaron en que iba a ser intervenida.

En relación a la última diapositiva, espero, por supuesto, que a esta larga lista de hospitales también se agregue el proyecto nuestro, del hospital para Arica, que va a ser parte, indudablemente, del trabajo que tiene que hacer la comisión interministerial comprometida por el Presidente Boric.

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

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, en los objetivos estratégicos, el punto 1 habla de aumentar la producción de la red asistencial. Tengo la impresión de que al hablar de capacidad instalada está excluido el tema de las licencias médicas de funcionarios, ¿o está incorporado?

En eso me gustaría que pudiera profundizar un poco, porque creo que uno de los factores que tiene incidencia es el ausentismo laboral de los funcionarios.

Por otro lado, en la lámina 5 dice: "Reducción de tiempos de espera, disminución de la mediana a 263 días para consultas de especialidad (90 días menos que en 2021) y 294 días para intervenciones quirúrgicas (367 días menos que en 2021).".

Tiendo a interpretar que esto es como un gran éxito en términos objetivos, pero cuando uno escucha los números gruesos de lista de espera, ¿cuál es el problema? Porque con esta velocidad y con este nivel de intervención, ¿los 367 días son para un volumen muy importante de gente, que sale de la lista de espera, o esto es que aquellos que se operaron lo hicieron 367 días antes? Porque esta cifra, que tiendo a interpretar muy exitosa, no me cuadra con todo lo que hemos escuchado en materia de lista de espera.

Entonces, ¿esto apunta a un número determinado de personas o es el impacto global que está teniendo el manejo de las listas de espera?

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

El señor **SÁEZ**.- Señor Presidente, buenos días.

Por su intermedio, quiero consultar al subsecretario si puede explayarse un poco respecto del hospital de Ancud. No aparece mencionado dentro de los hospitales, pero es una infraestructura que fue renovada durante el gobierno anterior, que ha tenido una serie de inconvenientes vinculados al desarrollo de la obra con el Ministerio de Obras Públicas y con el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, y, en definitiva, no ha podido ser inaugurado, estando finalizado en más de un 90 por ciento. Me gustaría alguna precisión al respecto.

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

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, sobre los cumplimientos GES, el 98 por ciento es del ciento por ciento de garantías.

Hay garantías de toda clase. En este caso, son las garantías de oportunidad, es decir, paciente con diagnóstico confirmado tiene 60 días para iniciar el tratamiento o para la consulta con especialista, esto es una garantía; paciente que consulta al especialista tiene 90 días para la cirugía, esto es otra garantía.

Así se suman todas las garantías y da un universo de millones de garantías. El 98 por ciento de esas están cumplidas dentro de los tiempos estipulados en el decreto GES. El 2 por ciento representa más o menos 80.000 casos o garantías, algún paso de todo el proceso diagnóstico-terapéutico que no está dentro de

los tiempos esperados, están atrasadas. No quiere decir que no se cumplan, sino que se cumplen con cierto atraso.

Sobre el ausentismo, es una materia de preocupación de la producción de servicios. Tenemos un plan y está dentro de nuestras prioridades también abordar el tema del ausentismo. No entro en demasiados detalles en eso en esta presentación, pero podemos tocar el tema brevemente.

Tiene que ver con tomar medidas a través de todos los directivos de salud para reducir y lograr ciertas metas de ausentismo, que también están comprometidas en distintos instrumentos para este año, junto con los otros esfuerzos que estamos haciendo en materia de ley y en materia de gestión con las [...], además de la implementación del proyecto de ley de grandes emisores, que fue promulgado recientemente.

En relación con la segunda pregunta, estos números gruesos que aparecen en la presentación es la mediana, es decir, la mayor cantidad de personas. Habitualmente la mediana es un poquito diferente al promedio. Es un número que refleja lo que vive la mayoría. Hemos alcanzado 263 días para la primera consulta de especialidad. ¿Hay algunas personas que esperan más? Sí. ¿Hay algunas personas que esperan menos? Sí. Pero la mediana es 263 días.

El promedio debe ser un poco más alto, porque los promedios se mueven con los extremos. Entonces, como algunas personas llevan esperando muchos años, va a desplazar un poco el promedio, pero la mediana refleja mejor la vivencia de la mayoría.

Eso es 90 días menos que en 2021 y en lo quirúrgico es 367 días menos que en 2021. Sin embargo, en 2021 estábamos en plena pandemia y la producción asistencial estaba bastante deprimida, por lo tanto estas cifras reflejan una recuperación o alcanzar lo que teníamos más o menos en época prepandémica. No es un

avance significativamente más allá de eso; un poco mejor que lo prepandémico. Más adelante muestro unas gráficas que comparan también con el pasado.

Sobre el hospital de Ancud, ha habido un traspié en su consolidación y está dentro de la lista de los otros 12 hospitales que aparecen abajo y que en alguna etapa se van a entregar. Probablemente, el hospital de Ancud estará en marcha blanca a finales de este período, sin poder ser inaugurado completamente a la fecha.

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

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero consultar lo siguiente al subsecretario.

Durante 2024 se lograron récords históricos de atención de salud en todos los niveles. La APS alcanzó 57 millones de acciones y más de un millón de cirugías en la red pública.

También se habla de la reducción de los tiempos de espera, disminución de la mediana a 263 días, 90 días menos que 2021, y 294 días para intervenciones quirúrgicas, 367 días menos que en 2021. Abajo cierra: Alto nivel de cumplimiento GES, 97,9 por ciento. Es una cifra maravillosa, si uno lo ve así.

Entonces, ¿cómo se explica que las listas de espera sigan creciendo y que de repente la Contraloría entregue otros antecedentes en su informe?

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Efectivamente, estos son los avances a la fecha. No estamos diciendo que no hay todavía una lista de espera grande.

Es importante recordar que la lista de espera puede ser más grande, pero si lo que esperan las personas es poco tiempo, a uno lo que le preocupa es lo que esperan las personas, más que el tamaño de la lista. Es decir, la lista puede ser muy grande, pero si el flujo es rápido, lo que estamos ofreciéndole a la

ciudadanía son garantías de tiempo para atenderla. Entonces, que haya una lista más grande no significa necesariamente que el tiempo de espera sea mayor. A veces, incluso, podría ser menor.

La lista espera es más grande también porque hay más gravedad y complejidad en la salud de la población, lo cual tiene directa relación con el fenómeno del envejecimiento. Nuestra población de adultos mayores ha aumentado más de un 20 por ciento en los últimos diez años; es decir, la población que más se enferma, que son nuestros adultos mayores, ha crecido significativamente en tan solo diez años. Si observamos los estilos de vida de la población, estos también han llevado a que tengamos una población con más enfermedades crónicas. Hay personas que viven con muchas enfermedades a la vez. Trabajé en la Encuesta Nacional de Salud de 2017, la última que se hizo y esta arrojó que un 17,6 por ciento de la población adulta tiene cinco o más enfermedades crónicas al mismo tiempo. Siete años antes, en la encuesta de 2010 era un 10 por ciento; es decir, en tan solo siete años, aumentamos en siete puntos el porcentaje de población con cinco o más enfermedades crónicas.

Es consecuencia, ya estamos viviendo lo que se anunció hace muchos años en materia de envejecimiento y la carga de enfermedades crónicas. Sabíamos que íbamos a tener este resultado. Por supuesto, eso sobrecarga el sistema sanitario, porque hay una gran cantidad de personas que tienen necesidades permanentes de salud, por tanto necesitan acudir a un Cesfam para sus controles crónicos y tener un cuidado continuo, probablemente, mensual o cada dos meses, para tratar las distintas enfermedades que padecen.

Ese ha sido el desafío de los últimos años, agravado por la pandemia. Así, en algún momento hubo personas que no controlaban sus enfermedades crónicas. Por cierto, también hubo

un efecto de rebote pospandémico, que aumentó y agravó las necesidades de salud de la población por la falta de controles y por las descompensaciones.

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

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, la preocupación iba en el sentido de los números. Uno puede entender lo que usted explica, porque es algo absolutamente razonable, pero las cifras que entrega la Contraloría no cuadran con las que está dando usted, me refiero a los días de espera.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Me sumo a lo que dice el diputado Saffirio.

Efectivamente, en las cinco sesiones que hemos tenido en terreno, las cifras que se han entregado respecto de algunos servicios de salud no cuadran plenamente con lo que se informa en la glosa de listas de espera. No son diferencias estratosféricas, pero las hay; de hecho, así dan cuenta los informes de la Contraloría. Creo que a eso se refiere el diputado Saffirio.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- No he visto estadísticas nacionales de la Contraloría. No sé si dentro del rol de la Contraloría está calcular las estadísticas nacionales. Siempre he visto que la Contraloría se enfoca en casos particulares, donde encuentra errores de clasificación o de registro; esas son las observaciones que habitualmente levanta.

Parte de esta presentación también se va a enfocar en los sistemas de registro, que es una problemática de la cual estamos muy conscientes. Sabemos que tenemos que dar un salto en la modernización.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Continúe, señor subsecretario.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Gracias, Presidente. Ojalá que también se profundice en las cifras del resto de la presentación.

Vamos con las estrategias, el plan o qué queremos hacer para ir reduciendo las listas de espera.

En la lámina tenemos siete puntos, que son estratégicos para nosotros.

1. Priorización de acciones en los diez servicios de salud con mayor criticidad, que son justamente los que tienen mayores tiempos de espera GES y no GES, ponderados.

2. Metas de resolución de casos, que es avanzar en resolver en todos los servicios de salud el 25 por ciento de los casos que llevan más tiempos de espera.

Luego vamos a ir al detalle de cada uno de estos puntos.

3. Metas de producción. Se trata de ponerles a todos los servicios de salud metas de producción, para alcanzar una mayor productividad hospitalaria, basadas en la programación que realiza cada uno de los servicios clínicos de nuestros hospitales.

4. Implementar Equipos Móviles de Salud (EMS), para ser operativos e ir generando resolución de listas de espera.

5. Abordar el ausentismo, que es lo que mencionaba el diputado Jaime Araya, como una estrategia relevante, que también nos va a permitir aumentar la producción.

6. Monitorear la provisión de cargos. Muchas veces existen los cargos, pero cuesta llenarlos en algunos territorios del país. Entonces, la propuesta es generar estrategias para ir logrando que los equipos tengan la dotación completa para hacer sus actividades.

7. Finalmente, implementar la estrategia de Centros Regionales de Resolución (CRR).

Todo eso está en el primer objetivo estratégico, que era el fortalecimiento de la producción de los servicios.

En cuanto a las metas de reducción de casos del percentil 75, es decir, del 25 por ciento que tiene más tiempo, tenemos estas cifras por servicio de salud, para la nueva consulta de especialidad.

La penúltima columna es la cantidad de casos que habría que resolver en cada servicio de salud, que es el 25 por ciento que lleva más tiempo esperando para la primera consulta de especialidad, que son más de 500.000 casos.

Lo mismo en materia de intervenciones quirúrgicas. Son poco más de 97.000 casos en total. Lo pueden ver por servicio de salud. Lo propio es para consulta nueva especialidad odontológica, que son cerca de 128.000 casos. Entonces, son aproximadamente 500.000 casos en consulta nueva especialidad médica, 97.000 casos en intervenciones quirúrgicas y 128.000 casos en consulta nueva especialidad odontológica. Esas son las metas de este año para el 25 por ciento que más espera; pero, además, pusimos metas de producción global.

Lo anterior va a ser un subconjunto de las metas de producción más global que observamos en la lámina. Estas fueron diseñadas a partir de un instrumento que es muy importante para la gestión de nuestros establecimientos, que es la programación. La programación es la que usa un jefe de servicio clínico para decir, por ejemplo: tal especialista va a realizar tantas atenciones, tal cantidad de ellas tienen que hacerse a pacientes nuevos y otras tantas a pacientes antiguos, y lo hace para cada médico, para cada miembro del equipo.

Lo mismo para lo quirúrgico y para los egresos. Así, al hacer una optimización de la programación a nivel nacional, podemos llegar a estas cifras de metas de producción que, principalmente, se basan en la cantidad de personas que hay y

lo que se esperaría que ellas produzcan con los rendimientos, es decir, con los coeficientes técnicos que el Ministerio de Salud ha fijado para cada ámbito y especialidad.

*(Un señor diputado formula una consulta fuera de micrófono)*

¿Incentivos monetarios? No, no hay de ningún tipo.

Esta es una problemática que analizamos en el proyecto de ley que ingresamos recientemente al Senado, en mi rol anterior. Es bien interesante la discusión, porque hay un porcentaje muy menor del salario médico asociado a ciertas metas. Estas metas son bien diversas y, en buenas cuentas, no generan un incentivo, finalmente.

Ustedes van a conocer el proyecto de ley y ojalá lo respalden, porque abre un espacio para generar incentivos a la productividad, que creemos que también es un paso que hay que dar, pero eso hay que hacerlo por ley. Podríamos rediseñar algunos de los incentivos que tenemos, pero eso va a demorar cierto tiempo.

Para lograr las metas anteriores, hay ciertas estrategias que nos van a ayudar a acelerar la reducción de tiempos de espera, y las tenemos clasificadas por los mismos tres ámbitos.

Consultas médicas de especialidad. En este punto hay varias estrategias. No voy a entrar en detalle para no demorar la presentación y así dar más espacio para el debate, pero podríamos decir que son estrategias innovadoras en la gestión dentro de los establecimientos, que permiten, por distintas fórmulas como en la consulta en acto único, que se diseñe la consulta para que el paciente entre una solo vez para que se le resuelvan todas sus necesidades, para que se le hagan los exámenes en la misma visita y se vaya con todos sus problemas resueltos.

En ese tipo de estrategias, o navegadores en red, hay una persona que acompaña al usuario, que lo llama por teléfono y

le avisa si su consulta cambió de fecha por algún problema de agendamiento o le dice que debe presentarse tal día, que verifica si el paciente llegó a su consulta o bien le recuerda su cita. Esas son otras estrategias que nos sirven para asegurarnos de que se vayan cumpliendo las metas.

Lo mismo sucede en el ámbito quirúrgico, pues hay una amplia gama de herramientas de gestión que se están implementando, sobre todo de manera señera en la estrategia de los centros regionales de resolución (CRR), que suman 27 hospitales.

Varias de esas buenas prácticas, como que los pabellones partan a la hora, o que se realicen dos turnos de pabellón, o que la tabla quirúrgica se diseñe con cierta metodología o que el proceso prequirúrgico y de preparación del paciente esté bien estandarizado, incluyendo unidades de proceso prequirúrgico, están siendo monitoreadas con distintos indicadores, especialmente en los CRR, que actualmente son 27 a nivel nacional. Este año se incorporan cuatro nuevos centros, pero esto también está generando un efecto más allá de los CRR, porque se trata, en su mayoría, de buenas prácticas de gestión.

En el ámbito odontológico, se han desarrollado diversas estrategias. Es la primera vez, desde el año pasado y ahora de forma más consolidada, que se implementan las prácticas habituales de gestión en la consulta odontológica de especialidad -no en la atención primaria-, como la programación. Nunca antes se había implementado de manera sistemática; existía, pero no era una herramienta de uso regular. Eso también nos permitirá, junto con otras medidas de optimización de los procesos de referencia y contrarreferencia, mejorar los tiempos de gestión odontológica.

Todo lo anterior responde al primer objetivo estratégico, que es mejorar la productividad.

El segundo objetivo estratégico es acercar las soluciones mediante estrategias resolutivas asequibles.

Lo primero que quiero mencionar en este marco es que estamos cambiando una normativa muy relevante de los hospitales comunitarios. Me refiero a los antiguos hospitales de baja complejidad, también conocidos como hospitales tipo 4. Hay alrededor de 100 hospitales de este tipo en el país. Dichos establecimientos, que atienden principalmente a zonas más aisladas y rurales de nuestro territorio, se basan en un fuerte componente de médicos generales de zona o médicos en etapa de destinación y formación (EDF). Algunos de esos centros hospitalarios han experimentado un desarrollo urbano más significativo en su entorno, lo que ha generado una población mayor en su área de influencia, mientras que otros continúan ubicados en zonas de baja densidad poblacional. De manera que hay una mezcla bastante heterogénea respecto de cómo esos hospitales se han ido instalando.

Lo que estamos haciendo es abrir la norma para que esos hospitales puedan tener una mayor capacidad resolutiva. Según las condiciones de la población, la densidad y la cercanía a otras soluciones de salud, estos hospitales podrían contar eventualmente con escáneres, endoscopías, otras tecnologías, cirugías y una mayor cartera global de prestaciones a través del cambio de esta normativa.

En resumen, se abren más posibilidades para que estos hospitales adquieran una mayor capacidad resolutiva, lo que es especialmente relevante para el diseño y la planificación futura de nuestras redes asistenciales.

Aprovecho de mencionar la importancia de tener una visión clara sobre qué tipo de hospitales queremos crear en el futuro. Un aprendizaje que podemos extraer de nuestra historia es que

los hospitales muy grandes empiezan a adquirir ciertas ineficiencias propias de su tamaño.

Por lo tanto, es razonable pensar en un tamaño óptimo, quizás más ajustado o más parecido al de los hospitales comunitarios o de mediana complejidad, los cuales probablemente logran mayor eficiencia por el simple hecho de lo que implica para un directivo administrar un hospital de esa envergadura.

También estamos impulsando estrategias en atención primaria, que son muy relevantes para nosotros y que irán impactando gradualmente los tiempos de espera. Por ejemplo, en materia de conectividad satelital en postas rurales, este año vamos a conectar 300 postas a internet mediante tecnología satelital, lo que cambiará completamente la capacidad resolutive de esas postas.

Hoy existen 1.117 postas en el país y durante este año conectaremos a 300. El año pasado, si no me equivoco, conectamos 200. De hecho, algunas ya están conectadas, por lo que nos queda una brecha cada vez menor de postas sin conexión a internet satelital.

Asimismo, vamos a enfocar los programas de resolutiveidad en atención primaria en los pacientes con mayor antigüedad, para ayudar a reducir las listas de espera. Para ello, realizaremos tamizajes de distintos tipos, como los oncológicos o aquellos vinculados a problemas oculares derivados de la diabetes. Además, mejoraremos la gestión de fármacos, que muchas veces está a cargo de especialistas en los hospitales, ya que los profesionales médicos de atención primaria no pueden prescribir ciertos medicamentos. Vamos a hacer una excepción para que puedan recetar ciertos grupos de medicamentos disponibles en los arsenales del hospital, directamente desde la atención primaria, con el fin de mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria de salud (APS).

El tercer eje estratégico es el de transparencia y modernización de los sistemas de información. Esta es una historia larga, que muchos de ustedes quizás conocen mejor que yo.

En el pasado, no teníamos nada. Luego, recuerdo que en 2011 creamos el Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE).

Posteriormente, en 2017, eso evolucionó hacia lo que se conoció como el Sistema de Información de Gestión de Tiempos de Espera (Sigte).

Ese mismo año se creó el Sigte 1.0, y con el paso del tiempo, y ante la falta de mantenimiento del sistema, este comenzó a mostrar incapacidad para absorber y gestionar ciertos niveles de información. Por eso, ahora estamos implementando el Sigte 2.0, que es una mejora del sistema anterior.

Ahora bien, ¿por qué sigue llamándose Sigte? ¿Y por qué antes se llamaba Repositorio Nacional de Listas de Espera?

Para explicarlo gráficamente, los equipos hospitalarios elaboran sus listas de espera, las extraen desde la ficha clínica, las traspasan a un archivo Excel, ajustan las columnas y cargan ese archivo al Sigte.

Entonces, el Sigte es la recolección nacional de miles de planillas Excel, las cuales deben cumplir con un estándar mínimo; de lo contrario, el sistema no las acepta. Reitero, el sistema exige ciertos criterios y recopila esa información para que el ministerio pueda analizarla.

No obstante, es evidente que el Sigte sigue siendo muy subóptimo para los tiempos actuales. Cualquiera que ha trabajado con Excel sabe que es muy fácil equivocarse en un dato, como escribir mal un apellido o dejar mal configurado algún parámetro. Además, existe una latencia importante entre que se genera la interconsulta y esta se carga al sistema vía Excel, debido a que todo el procesamiento se realiza

manualmente por los equipos, lo cual a veces puede demorar semanas.

En consecuencia, la evolución hacia el futuro –de hecho, ya lo estamos implementando en algunos servicios de salud– es la interoperabilidad, que significa que, directamente desde la ficha clínica electrónica, sea cual sea ese registro, se extrae un conjunto de datos que se carga automáticamente a la nube desde la atención primaria. Esta información se envía directamente a un repositorio, donde se registra una copia de los datos, sin necesidad de traspasarlos manualmente mediante archivos Excel cargados en el Sigte.

Ese es nuestro cronograma. De hecho, esta semana logramos implementar el Sigte 2.0, que incluye varias mejoras, como un mayor volumen de registros por archivo, conexión con otros sistemas y mejores mecanismos de revisión de datos. Eso nos permite contar con información de mayor calidad, que ya ha sido actualizada hasta febrero de este año.

Además, este avance nos permite tener sistemas como el que vemos en la presentación, que es un visor ciudadano actualizado, en una iniciativa desarrollada conjuntamente con el Banco Interamericano de Desarrollo. Dicho visor fue cargado la semana pasada, y es una plataforma nueva, y se encuentra disponible en la página web del ministerio. Cuenta con una vista para ciudadanos, de acceso público, y otra para los gestores de la red asistencial, que contiene muchos más detalles y permite filtrar por las realidades asistenciales de cada territorio, dándoles una herramienta concreta para hacer una mejor gestión.

En definitiva, el visor ciudadano de tiempos de espera extrae la información del Sigte y la dispone en plataformas modernas de visualización de datos, ya que está montado en Tableau y Power BI.

Señor Presidente, ¿no sé si hacemos una pausa en esta parte?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Sí, justamente.

Ofrezco el uso de la palabra a un diputado que quiera formular alguna pregunta.

Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

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

En una sesión anterior, concordamos en la importancia de que el usuario pueda acceder directamente a un visor que le permita determinar en qué posición se encuentra en la lista de espera. Nos dijeron que efectivamente eso estaba, pero intentamos acceder y no lo conseguimos.

Entonces, quiero saber exactamente en qué situación está ese visor. ¿En marcha blanca? ¿Todo el mundo puede acceder? ¿Cuáles son los requisitos de acceso? ¿Qué muestra, finalmente, este visor ciudadano?

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

El señor **SÁEZ**.- Subsecretario, por su intermedio, señor Presidente, ¿cuál es la estrategia en los servicios de salud que no están priorizados inicialmente? ¿Es la misma, pero con una intensidad menor, de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria? ¿Cómo lo están abordando?

Además, usted puso mucho énfasis en el mejoramiento y equipamiento de los hospitales comunitarios o de baja complejidad. Más o menos, ¿cuáles son las metas porcentuales que esperan, como disminución de la presión de consultas sobre los hospitales de mediana y alta complejidad, en la medida en que se van fortaleciendo estos otros hospitales?

En el caso de mi región, por ejemplo, si bien los hospitales de Calbuco y de Llanquihue son muy antiguos, estos han recibido mejoras mediante convenios con el gobierno regional, y

esperamos que la gente se quede ahí y no tenga que ir a Puerto Montt.

Entonces, más o menos, ¿cómo impacta, porcentualmente y en términos generales, que en los hospitales grandes se vayan implementando con mayor fuerza medidas como estas?

Gracias, Presidente.

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

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Gracias, Presidente.

En relación con las estrategias transversales, no sé si existe -no está incluida en la presentación o es distinta-, pero no veo ningún abordaje respecto de la participación del sector privado en esto, porque, si uno pusiera a trabajar a la red de salud completa con la mayor intensidad, igualmente no habría capacidad.

La integración y la firma de convenios con privados no están abordados o si es parte de una conversación distinta, sobre todo en los servicios de salud priorizados. Antofagasta está en la segunda prioridad, pero no sé si el Hospital Regional de Antofagasta tendrá la característica de Centro Regional de Resolución (CRR), porque, además, es un hospital pensado para toda la macrozona norte, es decir, un hospital de referencia.

Asimismo, lo que está pasando en el Hospital de Calama, que tiene un nivel de presión muy importante, tiene directa relación con el aumento de las agresiones a funcionarios.

Entonces, se está produciendo una cosa muy rara, que tal vez no está siendo abordada.

En otro tema, relacionado con las estrategias transversales, no se toca un problema objetivo que tiene el Hospital Regional de Antofagasta, que es el mal funcionamiento de la infraestructura hospitalaria, producto de que es una concesión. Eso lo hemos conversado en otras oportunidades, subsecretario,

y es importante. La ministra de Obras Públicas (MOP) expresó acá que la subsecretaría tomó una decisión respecto de la eventual modificación del contrato.

De hecho, curiosamente, hoy El Mercurio de Antofagasta publica que el panel de concesiones nuevamente le da la razón a la concesionaria y hay que pagarle casi 600 millones de pesos por servicios durante la pandemia. Entonces, nuevamente se instala la sensación de que todo lo que hace el Estado es a favor de la concesionaria, y que las exigencias de la concesionaria son reducidas.

Pero, en lo fundamental, en la lámina de estrategias transversales no se aborda qué pasa con los incumplimientos de la concesionaria. Hay catorce servicios concesionados y, en promedio, entiendo que se hacen cuatro o cinco por hospital. Ese es un tema que me parece crítico.

Respecto de las metas de consultas de nueva especialidad, quiero saber si estamos hablando de una atención o de resolver el problema del paciente. Contaré un caso del Hospital Regional de Antofagasta, donde un adulto mayor debe ir a sacar hora una vez cada sesenta días, tiempo en que se abre la agenda para los seis meses siguientes. Si la persona tiene una atención, pero no llega con los exámenes, se pierde la cita. Entonces, en los números gruesos, esa cosa más pequeña, particular, no se ve reflejada. Sin embargo, creo que son aquellos factores los que hacen que esta cosa crezca de manera orgánica, y la solución se vea inorgánica, poco sistémica.

Me quedo con la lámina de las estrategias aceleradoras, que habla de la contactabilidad y de la consulta en acto único. En relación con eso, me gustaría que profundizara un poco más respecto de los niveles de criticidad que tienen algunos servicios.

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

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

En la lámina de estrategias transversales, el punto N° 4 habla de equipos móviles de salud (EMS) -operativos médicos y odontológicos- para la atención de usuarios en lista de espera. En ese sentido, me gustaría que el señor subsecretario profundizara un poco respecto de los operativos médicos y de cómo se van a realizar.

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

El señor **ROSAS**.- Muchas gracias, Presidente, y gracias por la presentación del nuevo subsecretario. ¡Bienvenido!

Solo quiero hacer mención de un tema que planteé en la sesión del martes pasado respecto de cuál es el diagnóstico que tiene el ministerio -de acuerdo con el sistema de registro de los hospitales- de la pérdida de horas mensuales de especialidad, porque, según los antecedentes que se manejan habitualmente, entre el 15 y el 25 por ciento de las horas se pierden. A nivel nacional, eso representa más de dos millones de consultas anuales.

Entonces, una medida para los futuros meses de este año, y que no tiene tanto costo, pudiera ser prestar atención a eso y establecer alguna meta a las direcciones de servicio de disminuir la pérdida de horas de especialidad.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- También quiero hacer presente algo que vimos en algunos servicios de salud respecto de aquellas listas de espera que no están imputadas directamente al servicio de salud de las cuales son originarias. Por ejemplo, si uno compara Araucanía Sur o Araucanía Norte, usted puso a Araucanía Sur entre los diez

servicios con mayor lista de espera, pero nosotros hemos ido detectando que gran parte de la lista de espera de Araucanía Norte está imputada a Araucanía Sur, a pesar de ser pacientes del otro territorio. Lo mismo pasa en Arica y Antofagasta, Reloncaví y Osorno, entre otros.

Entonces, en la lógica de los servicios de salud, al final se sigue justificando servicios que no son capaces de resolver la lista de espera por sí mismos y terminan traspasando una parte de la responsabilidad al servicio de salud vecino.

¿Cómo ve usted, en el futuro, la organización? ¿Hacia dónde apunta usted en cuanto a la organización de nuestro sistema de salud, actualmente fragmentado en 29 servicios de salud y, prontamente, con un 30° digital?

Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Partiré con esa última pregunta. Después le voy a pasar la palabra a Andrea -si le parece- para que pueda responder otras consultas, y luego cerrar.

¿Hacia dónde apuntamos como diseño? Un diagnóstico que tengo hace tiempo sobre la gobernabilidad de nuestro sistema es que la relación entre una subsecretaría para 29 servicios de salud, es una asimetría que dificulta la buena gestión. Esa relación de 1 a 29 es compleja y, probablemente, hay que innovar en la rendición de cuentas y donde se genera la rendición de cuentas de los servicios de salud, porque es difícil que los 29 le rindan cuenta, de manera eficiente, a una sola subsecretaría.

Planteado ese diagnóstico, que surge un poco de la consulta, uno puede buscar distintas soluciones, como cierto grado de descentralización en la rendición de cuentas, que podría generar una ventaja para los directivos de los servicios de salud. También algún rol mayor de los gobiernos regionales en ese sentido, que podría ser interesante, sobre todo ahora que

cada vez más los gobiernos regionales están participando en el financiamiento de algunos aspectos de nuestro quehacer. Entonces, eventualmente, uno podría pensar en una suerte de consejos regionales, que supervisen el quehacer de los servicios de salud. Eso como proyección hacia el futuro.

Además, sin perjuicio de pensar en elementos de esa naturaleza, es importante entender que esta es una organización muy grande. Estamos hablando de 300.000 funcionarios en la organización-empresa -como quieran llamarla- más grande del país por lejos y de administrar aquello que genera desafíos no menores, como determinar cuánto se descentraliza, cuánto se controla y cómo modernizar la gestión en ese aspecto.

Una cosa muy cierta es que existen muchas ventajas en considerar subdividir las redes, ya que los servicios son unidades bien grandes para una dinámica local fructífera. Hemos visto ejemplos en algunas regiones que han particionado su territorio. El Servicio de Salud ha sido dividido en cuatro o cinco partes, al igual que un cesfam, que sectoriza su población, su territorio, y en cada unidad que exista un conjunto de establecimientos de atención primaria, además de uno o dos hospitales de referencia que pueden funcionar como una cadena de derivación.

Todo esto es bien importante, además de que los sistemas de información deben atribuir los costos y los casos a los servicios de salud de origen, que es algo que no tenemos aún, que es justamente lo que usted pregunta. Si un servicio de salud está resolviendo los problemas a otro, debemos atribuir los costos a la lista de espera del servicio de origen. Considero que es algo que podemos ir perfeccionando, pero los sistemas de costeo y presupuestarios también deben acompañar eso.

Es un diseño que hay que generar, no lo vamos a lograr en once meses, pero es bueno tenerlo como perspectiva de hacia qué queremos apuntar.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Gracias.

Tiene la palabra la jefa de la División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, señora Andrea Solís.

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de la División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud).- Señor Presidente, respecto de las otras estrategias, creo que ahí tuvimos un *lapsus*, ya que habitualmente tenemos la compra de prestaciones en asociación público-privada, hecha a través de la licitación de Fonasa, vigente por tres años, tanto para problemas de salud GES como no GES. Por lo tanto, esto forma parte de las estrategias.

Desde que comenzó la licitación el año pasado, se han derivado alrededor de 130.000 casos a prestadores privados. Lamentablemente, no hemos terminado todo ese proceso, pero hemos tenido un alto porcentaje de pacientes que no aceptan ser derivados a prestadores privados, y muchos problemas de contactabilidad, que es uno de los temas recurrentes que probablemente ustedes han visto en la comisión. Así que está dentro de lo considerado.

En cuanto a los operativos, hace mucho tiempo que existe la colaboración de algunas asociaciones como Mater y Desafío Levantemos Chile, que, mediante operativos de especialistas para distintos requerimientos, consultas o procedimientos, se organizan con los servicios de salud para dar las atenciones, generalmente los fines de semana, utilizando la capacidad de los hospitales.

Para este año, se han planificado 36 operativos, con alrededor de nueve instituciones que nos acompañan, y se espera realizar más o menos 6.500 prestaciones, entre consultas y

procedimientos. En general, se debe seleccionar muy bien qué tipo de actividad se puede hacer con operativos, para que sean resolutivas en el acto y no generen una segunda o tercera atención.

*(Un señor diputado interviene fuera de micrófono.)*

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de la División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud).- Se han ido sumando médicos y odontólogos, pero principalmente médicos, y son consultas o prestaciones, procedimientos, cirugías menores y, a veces, cirugías mayores.

Hay una organización global con los establecimientos y con los distintos servicios de salud. A raíz de estos operativos, han ocurrido dos cosas bien virtuosas: algunos servicios de salud, como, por ejemplo, el de Reloncaví, han organizado y generado rondas de especialistas desde el hospital de Puerto Montt hacia los otros hospitales para atención a través de operativos. Lo están llamando rondas de especialistas. Dicho operativo se desarrolla durante varios días, generalmente un par de días, en los que resuelven.

Asimismo, existe un convenio entre Fonasa y Capredena, mediante el cual especialistas de esa institución también realizarán actividades en los distintos servicios. La organización se hace con cada uno de los servicios de salud.

En relación con la consulta sobre el Portal Paciente, quiero aclarar que el visor ciudadano es el que permite ver los tiempos de espera por servicio de salud, así como la cantidad de personas en espera. Este visor muestra los tiempos y cantidad. Y en la misma página web, se encuentra el Portal Paciente, al que se accede con el RUT y la clave única, y que permite, en primer lugar, actualizar los datos de contacto, lo cual estamos fomentando para mejorar la contactabilidad. Además, permite saber si el usuario está o no en lista de espera. No tiene un

número asignado, ya que eso varía. Sin embargo, es posible saber si el paciente está o no ingresado en la lista de espera. Esta información se puede ver en el visor del Portal Paciente.

Sobre el tema de las consultas y controles, las metas establecidas son para la producción de actividad global para consultas de especialidad, tanto para consultas nuevas, que nos permiten hacernos cargo de las listas de espera, como los controles, que corresponden a las atenciones secuenciales mencionadas.

Además del número, se está trabajando con estrategias para aumentar las consultas médicas nuevas y regular, de mejor manera, los controles. Esto se debe a que, muchas veces, los pacientes quedan en control sin que haya un valor agregado al estar en el nivel secundario. Por eso, hay estrategias para coordinar y gestionar estos casos con la atención primaria o con hospitales de menor complejidad, refiriendo a esos pacientes que deben mantener algún control o que solo necesitan mantener algún fármaco entregado en el nivel secundario, que sean gestionados y entregados desde otro nivel de la red.

De este modo, en varias de las redes se está revisando la distribución de las cargas asistenciales, con el fin de hacerlo más óptimo y eficiente. De esta manera, se asegura que la atención del especialista sea particularmente la que corresponde, y el resto trabajarlo en conjunto con el equipo.

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

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, respecto de la pregunta del diputado Araya sobre el mal funcionamiento de la infraestructura en hospitales concesionados, estamos trabajando en aquello. Tenemos bien a la vista los problemas que enfrenta el hospital de Antofagasta con su concesión, así como las propuestas de aumento de costos

de la concesión para cubrir servicios adicionales que se levantaron a partir de un requerimiento. El ministerio tiene pendiente responder y lo haremos a la brevedad, tomando en cuenta la limitación del presupuesto y trabajando en conjunto con las concesiones del MOP, para exigir a la concesionaria el cumplimiento de su parte del acuerdo, de manera que se mantenga en funcionamiento la infraestructura de acuerdo con el modelo concesiones, sin que esto signifique un aumento de costos para el sector público.

Somos conscientes de que estamos al debe, pero priorizando la resolución de este problema a la mayor brevedad. Me gustaría visitar el hospital para conocer de primera mano la situación que se está viviendo allá.

Respecto de su pregunta sobre las metas de consulta de especialidad, es cierto que la meta de consultas de nueva especialidad se refiere al ingreso a la especialidad, no es la resolución del problema completo. Muchas veces, después del ingreso a la especialidad, los pacientes siguen en control, y la tendencia es que los equipos clínicos sobreagenden controles y subagenden consultas nuevas. El esfuerzo que se está realizando actualmente es aumentar la cantidad de consultas nuevas, lo que no quitará que también se realicen los controles para pacientes que deben continuar con su seguimiento en cada especialidad.

No obstante, debemos elegir los indicadores a los que les daremos prioridad para intencionar ciertos elementos. Hoy estamos intencionado el ingreso a consultas de nueva especialidad, pero también tenemos mediciones sobre los egresos de los controles de especialidad. Todo depende de en qué uno pone los énfasis en la gestión.

Considero que respondimos la mayoría de las preguntas.

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

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, quiero insistir en el tema de la participación de privados, porque recién nos dijeron que, producto de este convenio, se realizarán 6.500 prestaciones. Sin embargo, cuando uno mira, por ejemplo, que se realizó solo un millón de cirugías y 57 millones de acciones, es realmente marginal el impacto que tienen los convenios, que es uno de los temas en los que hay que profundizar, porque -creo no decir algo incorrecto- mucho de la lista de espera también tiene que ver con una lucha de intereses económicos entre quienes son prestadores adentro y afuera.

Una forma de abordar y romper con decisión eso tiene que ver con meter otro tipo de actores. En ese sentido, creo que este sistema está tan diabólicamente diseñado que naturalmente lo hemos visto en las distintas aristas: se controla cuántos médicos se forman, cuál es el número de especialistas, dónde se destinan. Es un sistema diseñado para que haya una oferta artificial que está absolutamente controlada.

Entonces, es necesario tener convenios que efectivamente salgan a quebrar las lógicas, porque todos sabemos cómo funciona el GES, hay rendimientos que tienen los pabellones públicos que no tienen los mismos médicos en los pabellones privados. No puede ser que sigamos mirando de la misma forma y sin atreverse con estrategias que sean un poco más disruptivas, dada la necesidad que genera esto en el país.

Creo que hay mucho de eso y entiendo que es difícil y complejo. Muchas veces se amenazan con renunciadas masivas de ciertos gremios si es que uno afecta intereses particulares. Además, hay que decirlo, muchos de los médicos que están en lo

público son dueños de clínicas o centros médicos privados que son los mismos prestadores.

Por tanto, quiero insistir en que derechamente haya más de audacia para enfrentar esto y hablarlo con toda la transparencia con que hay que hablarlo. Es importante que la gente, la ciudadanía, los pacientes, sepan que esto pasa. Los ciudadanos tienen derecho a saber que se controla el número de médicos que se forman, que no es que el gobierno no tenga voluntad, sino que muchas veces quieren que haya una carencia obligada. Por ejemplo, que no haya tantos médicos oncólogos y eso es una decisión que alguien toma y que esta comisión investigadora la ha tratado extensamente.

Uno de los temas que vamos a poner arriba de la mesa es cómo modificar esto, porque nadie tiene derecho a lucrar con la salud de las personas. Entendemos que el servicio público es una cosa y la actividad privada, otra -legítima, por cierto-, pero las prácticas que se han instalado por años, que están tremendamente consolidadas y que muchas veces no se hablan, dan cuenta de la necesidad. Ojalá le pueda hacer llegar este recado a la ministra, en el sentido de poner esto sobre la mesa y que la ciudadanía lo sepa, porque muchas veces se responsabiliza a lo público de ineficiente, que no se contratan los médicos o que es falta de voluntad, pero lo que ocurre en la raíz de esto es que hay gente que decidió que hubiera pocos oncólogos, que hubiera pocos traumatólogos, porque así controlan el negocio.

En verdad, este es uno de los temas que me ha quedado más que claro en esta comisión investigadora, que está dentro de los temas difíciles. Da pena saber que eso es así, una decisión de oferta limitada, pudiendo formar muchos médicos y pudiendo tener mucha gente con más capacidad.

Naturalmente razones habrá, pero no dejo de ver en esto razones económicas y, por lo tanto, quiero insistir en que me llama profundamente la atención que sean solo 6.500 prestaciones, que es absolutamente marginal respecto de las capacidades que pudiese haber en otra materia.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tengo varias solicitudes para usar de la palabra.

¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por diez minutos?

**Acordado.**

Tiene la palabra el diputado Daniel Lilayu.

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, en primer lugar, saludo a nuestro nuevo subsecretario. Dura tarea tiene, pero tengo antecedentes, porque estuve trabajando en el sur, de que es una persona capaz. Eso es muy importante.

Cuando digo que va a tener dura tarea es porque mencionó recién en las listas de espera que está el subsecretario, 29 servicios, etcétera, y creo que mucho de las listas de espera y de lo que hemos visto es porque hay un problema administrativo. He echado de menos, por ejemplo -y no es culpa o responsabilidad de este gobierno-, la falta de mayor autogestión de los directores de servicios.

Pero hay un problema, y es que las personas ganan un cargo por Alta Dirección Pública, se sientan, hacen lo que quieren, pero el Estado, el Minsal, les dice que tienen que cumplir una meta y a los seis meses, si no cumplen la meta, tienen que irse. En los cargos administrativos, sobre todo en salud, se apenan. También fui directivo y muchas veces uno ve que da lo mismo si un director del hospital o subdirector cumple o no la meta.

No saca nada, señor subsecretario, por su intermedio, señor Presidente, con hacer un *ranking* y ver si este es mejor o este es peor. Recién mencionó a la directora del Servicio de Salud

de Reloncaví, que no es de las mejores, pero veamos metas y no se apernen. Es decir, ahí hay un asunto importante de la parte administrativa.

Cuando hablo de director, hablo también de los jefes de cirugía que tienen que cumplir con la meta y si no se va para afuera; el jefe de pabellón, si no cumple con la meta de ocupar los pabellones... hay que hacer algo.

Lo otro es una idea que he tenido siempre respecto de cómo ir solucionando un poco las listas de espera. El diputado Araya dijo que 6.500 es muy poco. Creo lo mismo, en cirugía menor.

No sé si han contemplado hospitales móviles. Dos o tres hospitales, no carpas, como los que están instalados en el hospital de Osorno. No carpas de militares ni mucho menos. Me refiero a hospitales con pabellones, con médicos, que tengan una estructura aparte. Un hospital móvil que tenga un director y que sea netamente quirúrgico, orientado a lo que se necesite; uno en el sur, otro en el norte, y que vayan a solucionar los problemas de la región. Porque no es lo mismo la patología que puede haber en el sur de Chile, como problemas biliares o vesículas, entre otras cosas, que en el norte, donde puede haber cáncer de piel. Estoy inventando. Es decir, hacer una diferenciación de la epidemiología.

El tema de las listas de espera y la solución de los formadores también es otro asunto importante.

Señor subsecretario, la semana pasada planteé que cuando tenemos que formar médicos debe ser de acuerdo a las patologías y las regiones. No son lo mismo las enfermedades que hay en el norte, donde está el doctor Lee, que en el sur, donde estoy yo.

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

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, dentro de las metas de producción asistencial aparecen consultas de especialidades médicas, consultas odontológicas, de cirugía mayor, menor y egreso, y aparece la producción de cada una de ellas correspondiente a 2024.

Al lado aparece la meta de producción de 2025, y en el caso de las consultas de especialidades médicas aparece una variación de un 2,8 por ciento. Después, las consultas odontológicas, 7,9 por ciento; cirugía mayor, 9,9 por ciento; cirugía menor 3,8 por ciento, y egresos, 5,6 por ciento.

La consulta es la siguiente. ¿Cómo llegaron a ese porcentaje de variabilidad? ¿En qué se basaron? ¿Cómo lo calcularon?

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

El señor **ROSAS**.- Señor Presidente, solo quiero rescatar otro tema que se mencionó durante la sesión del martes pasado -es bueno que el subsecretario lo tenga en cuenta-, respecto de los elementos que, por una parte, aumentan la cantidad de especialistas; vale decir, aumento de la velocidad de la Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (Conacem), por ejemplo, para ingresar especialistas que están certificados, pero que los tramitan dos o tres años ahí y después resulta que le dicen: "No, es que usted estuvo tres años sin ejercer la especialidad, entonces, no le podemos reconocer la especialidad". Entonces, al final, es como un compra huevos que les hacen a especialistas formados académica y adecuadamente en otros países. También hay un nudo ahí y necesitamos especialistas.

Por otro lado, está el tema de los generales de zona respecto al Período Asistencial Obligatorio (PAO). Cuando terminan el ciclo PAO quedan sin horas para continuar. Habitualmente, la mayoría quiere quedarse en los hospitales regionales, en las

comunas, pero ese servicio de salud no tiene horas asignadas al término del ciclo PAO.

Ahí hay un déficit de la carrera de formación que tenemos para los generales de zona. Si ellos supieran desde el inicio, cuando toman el generalato de zona, la mayoría optaría por quedarse. Hay una minoría, obviamente, que quiere terminar y volver a una ciudad más grande, pero, en general, es una minoría, sobre un 5 por ciento de los que postulan. Por lo tanto, tenemos que dar una mirada a una carrera que afiance a estos generales de zona formados ya como especialistas.

Estas son dos estrategias que mencionamos la semana pasada, y quería reforzarlas.

Por último, quiero agradecer la información respecto del cumplimiento AUGE, que a veces nos quedamos s, nos quedamos con el incumplimiento del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), que es el 1 o 2 por ciento de millones de atenciones.

Creo que debemos tener claro que el AUGE es una gran herramienta, muy validada por otros países, que en Chile se ha desarrollado a lo largo de más de 20 años, durante varias administraciones. Ha significado una transformación de la salud, con plazos, tiempos. Asimismo, las patologías que están en el AUGE son las que más matan personas. Por lo tanto, creo que nuestro país ha dado un ejemplo a nivel internacional.

En febrero, estuve en la sede de la OCDE mostrando parte de lo que es el AUGE. Contamos con la admiración de parte de la OCDE respecto de las metas sanitarias. Tenemos más esperanzas de vida que otros países de la propia OCDE, pero eso ha sido también gracias al AUGE, que es una política pública a la cual debemos otorgarle más herramientas, más especialistas, a fin de llenar ese gap, que es ese 1 o 2 por ciento que todavía tiene de retraso. La mayoría de las veces, cuando hemos hecho

doble clic ahí o profundizado en eso, hemos entendido que esos retrasos ocurren más en procedimientos diagnósticos que en atenciones.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Nos quedan cuatro minutos de sesión.

Tiene la palabra el diputado Agustín Romero.

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo al subsecretario de Redes Asistenciales.

Mi pregunta es si en el ministerio y en la subsecretaría han hecho el cruce, a propósito de lo que preguntaba el diputado Araya, entre las prestaciones realizadas en la red pública y las contratadas especialmente, pagadas, para ver si se repite el patrón entre el prestador que trabaja en un hospital público y aquellos que trabajan en clínicas privadas o ejercen como sociedades dentro del propio sistema público. Lo consulto para saber cuál es la diferencia entre lo que deberíamos gastar en la parte pública, aquellos profesionales que trabajan en lo público, y aquellos que se cambian el sombrero y se ponen el de la factura privada. Porque este ejercicio, normalmente, lo hace Ciper o la prensa.

Entonces, quiero saber si en Chile se está haciendo ese cruce, como Estado, porque yo me siento parte del Estado, estando en el Congreso Nacional. Si tiene esa información, sería bueno hacerla llegar a la comisión especial investigadora.

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

El señor **LEE**.- Señor Presidente, en razón del tiempo no voy a poder hacer preguntas, porque no tendría sentido ni habría tiempo para responderlas.

Por lo tanto, solo quiero valorar la presentación del subsecretario de Redes Asistenciales. Indudablemente, este es

un tema complejo. Eso explica, además, que sea el tercer subsecretario en poco más de tres años de gobierno.

Le deseo éxito y agradezco su colaboración en la comisión. Creo que lo manifestó al comienzo, que ha habido madurez, así lo siento yo, de parte del mundo político respecto de un tema tan relevante como la salud.

A modo de sugerencia, quiero alertar en relación con el traspaso que nosotros mismos hemos pedido, de que los gobiernos regionales participen en el financiamiento, pues una cosa es el financiamiento y otra que actúen un poco más allá.

Entonces, solo a modo de alerta, sugiero recordar lo que sucedió con la municipalización de la educación. No vaya a ser cosa que por ir más rápido nos estemos entorpeciendo.

Por último, cuando se entreguen datos o información, pido que sean absolutamente transparentes. Acá se entregó información de que había un 98 por ciento de cumplimiento AUGE. Luego, se aclaró que era por número de ítem de prestaciones. Indudablemente, acá nos interesa el conjunto, porque hay prestaciones que obviamente son más importantes y relevantes que otras.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para invitar nuevamente al subsecretario de Redes Asistenciales para el lunes 21 del presente, a fin de que continúe con su presentación y luego se le formulen algunas preguntas?

**Acordado.**

Finalmente, agradezco a todos los presentes por su asistencia a esta comisión investigadora.

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

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

**CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,**

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.