



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)

LEGISLATURA 373^a

ACTA DE LA SESIÓN 23^a, ESPECIAL, CELEBRADA EN LUNES 21 DE ABRIL DE 2025, DE 19:32 A 21:16 HORAS.

SUMA

Se trataron materias propias de su competencia.

Para estos efectos se recibió al Subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Bernardo Martorell Guerra, acompañado de la Jefa de División de Gestión de la Red Asistencial, Dra. Andrea Solís Aguirre.

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

Actuó, en calidad de 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, Hernán Palma, Agustín Romero y Patricio Rosas.

II. ACTAS

El acta de la sesión 21^a se dio por aprobada, por no haber sido sometida a observaciones.

El acta de la sesión 22^a se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.



III. CUENTA¹

Se recibieron los siguientes documentos en la Secretaría de la Comisión:

1. OFICIO N°A2025-58, del Presidente de la República, sr. Gabriel Boric, (of 46/131/2025) el cual, ha tomado conocimiento de lo informado y la presentación será dada a conocer a las instancias pertinentes. Respuesta Oficio N°: 46/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

2. Se ha recibido documento de la Diputada Emilia Nuyado el cual, justifica su inasistencia por encontrarse en sesión de la Comisión Presidencia para la Paz y Entendimiento, hoy lunes 21 abril a partir de las 17:00 hrs. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

3. Un documento del jefe de gabinete de la Directora de Presupuesta, Sra. Javiera Martínez Fariña, el cual excusa su asistencia por compromisos legales en el marco de sus responsabilidades, manifestando su disposición para asistir en una próxima instancia a esta comisión. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

4. Documento de la jefa de gabinete del Ministro de Hacienda, sr. Mario Marcel Cullell, el cual, manifiesta no poder asistir a la comisión de mañana martes 22 abril por encontrarse fuera del país. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

5. Documentos recibidos del Sr. Francisco Javier Vargas Frick, Presidente Ejecutivo Desarrollo y Operaciones Ópticas de Chile, según detalle:

- Oficio Seremi Metropolitana, Requisitos técnicos y administrativos para autorización de "Sala de Procedimientos de Vicios de Refracción".

- Circular Ministerio de Salud, de la Subsecretaría de Salud Públicas sobre las correcta interpretación del artículo 126 del código sanitario referente a las salas de venta de lentes ópticos.

- Otro documento de la Biblioteca del Congreso Nacional, Ley, Decreto 4 "Aprueba Reglamento de Establecimientos de Óptica

SE PUSO A DISPOSICIÓN.

IV. ORDEN DEL DÍA

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

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=347152&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION



Las exposiciones de los invitados y las intervenciones de los diputados constan en detalle en la versión confeccionada por la Redacción de Sesiones de la Cámara de Diputados, que se adjunta al final de esta acta.

V.- ACUERDOS

Se adoptaron los siguientes acuerdos:

1.- Oficiar a la Directora del Servicio de Salud Arica y Parinacota (SSAP), sra. Patricia Sanhueza, al Director del Servicio de Salud de Antofagasta, Dr. Patricio Grisolia y al Subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Bernardo Martorell, en atención a que la instancia tomó conocimiento de la situación que afecta al paciente de cáncer de piel don Francisco Terrazas Soto, rut. ~~X.XXX.XXX-X~~, quien se encontraba en tratamiento de radioterapia en la Región de Antofagasta, sin embargo, fue informado de que no podrá continuar su tratamiento contra el cáncer, ya que no hay disponibilidad para aquello, por lo que acordó solicitar tengan a bien adoptar las medidas necesarias, dentro de la esfera de sus competencias, para dar solución a la problemática que afecta al paciente, remitiendo a la instancia información al respecto.

Asimismo, informen sobre los mecanismos que se adoptan en aquellos casos en que hay un incumplimiento de las Garantías de Oportunidad GES para asegurar que las atenciones de salud se realicen dentro del plazo máximo establecido.

2.- Oficiar al Director del Centro Oncológico del Norte, Dr. Ricardo Baeza Letelier con el objeto de solicitar tenga a bien informar sobre la cantidad de casos de pacientes derivados desde la Región de Arica y Parinacota, que requieren radioterapia se encuentran en espera.

Asimismo, se refiera a los mecanismos que se adoptan en aquellos casos en que hay un incumplimiento de las Garantías de Oportunidad GES para asegurar que las atenciones de salud se realicen dentro del plazo máximo establecido.

3.- Oficiar al Subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Bernardo Martorell, al Director del Hospital Regional de Antofagasta, y al Director del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Prof. Dr. Eduardo Tobar Almonacid con el objeto de solicitar, tenga a bien informar sobre el estado de avance del procesos de suscripción del convenio entre el Hospital Regional de Antofagasta y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile para ejecutar el tratamiento de quimioembolización.

4.- Oficiar al Subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Bernardo Martorell con el objeto de solicitar tenga a bien remitir un informe de las listas de espera oncológicas en general a nivel nacional, que contenga un catastro de los pacientes que se encuentran en lista de espera de cirugía oncológica, radioterapia



y quimioterapia, tanto respecto a aquellos casos que pertenecen a las Garantías Explícitas en Salud (GES) como aquellos que no.

Asimismo, informe sobre el estado en que se encuentran todos los convenios de programación que tiene el Ministerio de Salud con todos los gobiernos regionales de Chile.

5.- Prorrogar hasta por 10 minutos.

6.- Suspender la sesión ordinaria del día martes 22 de abril, en atención a las excusas presentadas por los invitados.

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.²

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 21:16 horas.

LEONARDO LUEIZA URETA
Abogado Secretario de la Comisión

² <https://www.camara.cl/prensa/Reproductor.aspx?prmCpeid=4622&prmSesId=79910>



**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 23^a, celebrada en lunes 21 de abril de 2025,
de 19:30 a 21:00 horas.

Preside el diputado Tomás Lagomarsino.

Asisten los diputados Mauro González, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero y Patricio Rosas.

Asisten, en calidad de citados, el subsecretario de Redes Asistenciales, señor Bernardo Martorell Guerra, acompañado de la jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud (Digera), doña Andrea Solís Aguirre.

TEXTO DEL DEBATE

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

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

La señora Secretaria dará lectura a la Cuenta.

*-La señora **KEGEVIC**, doña Milenka (abogada ayudante) da lectura a la Cuenta.*

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Respecto de la Cuenta, lamentablemente tenemos la excusa del ministro de Hacienda, quien está fuera del país, y de la directora de Presupuestos,



quien se ha excusado de asistir, por lo cual no se hace viable la sesión de mañana.

Pero antes de acordar la suspensión de la misma, quisiera pedir el acuerdo para remitir estos antecedentes, obviamente, a la Contraloría General de la República por la inasistencia.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Perfecto, buscaremos un espacio para volver a citarlos.

¿Habría acuerdo de suspender la sesión de mañana?

Acordado.

Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Esta sesión está convocada para terminar de escuchar al subsecretario de Redes Asistenciales, quien no pudo terminar su presentación por la cantidad abrumadora de preguntas que hubo en la última sesión.

Subsecretario, tiene la palabra para que pueda terminar su exposición.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, muchas gracias y, por su intermedio, saludo a los honorables presentes.

Mientras se carga la PPT para dar continuidad a la presentación, podría responder las preguntas que se habían levantado al final de esa sesión.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Solo para los diputados que se vienen incorporando, acabamos de suspender la sesión de mañana y acordamos remitir a la Contraloría los antecedentes respecto de las excusas del ministro de Hacienda y de la directora de Presupuestos, que estaban citados para mañana.

Solo quería puntualizar eso.

Subsecretario, puede hacer uso de la palabra.



El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, hubo varias preguntas. La primera sobre cómo se habían realizados los operativos y cuántos fueron. Se indicó que habían sido 36 operativos, con 6.500 prestaciones brindadas. Y eso generó la inquietud de que son marginales en el contexto de las listas de espera, en cuanto a la participación del sector privado en esta materia.

Solamente hacer la distinción de esos operativos, que son de instituciones de caridad que están realizando operativos en este contexto, muchas veces son organizados por los equipos de sociedades médicas u otras instituciones, como Desafío Levantemos Chile y otras. La participación del sector privado no termina ahí, sino que también incluye la participación del sector privado, a través de la licitación de Fonasa, que se levantó el año pasado con 120.000 casos por atender y que se ha estado ejecutando, como también la participación de los mismos equipos contratados por los servicios de salud u hospitales en distintas modalidades, para complementar la capacidad productiva de nuestro sistema.

Entonces, solo para hacer esa distinción en que esos operativos efectivamente son pocos en términos relativos, pero que tienen que ver con las actividades caritativas de ciertas organizaciones.

Hubo una consulta o un comentario sobre la participación de los privados, de los mismos equipos médicos de los hospitales que participan en las actividades, en las tardes o en una modalidad diferente al horario contratado como funcionario público y, en esa materia, vale la pena recordar que durante este año, por primera vez, y algunas cosas por segunda vez, se han implementado medidas para darle un cierto marco regulatorio a esa actividad.

La primera, y que ustedes fueron partícipes de eso, es la glosa de la ley de presupuestos que establece un convenio, una preferencia a los convenios que tiene Fonasa para las prestaciones que están incorporados en esos convenios y en una resolución de Fonasa que inhibe, entonces, la contratación por



parte de esas prestaciones a los establecimientos o a los servicios de salud.

Así también, una banda de precios para regular el monto del valor hora que se remunera por las actividades asistenciales, cuando son equipos clínicos contratados dentro de los mismos. O sea, funcionarios del establecimiento en su jornada diurna y que son contratados en una modalidad de compra de servicio en las tardes, habitualmente en las tardes, también hay casos en que puede ser durante el día, pero con una limitación de los precios que se establece para ello.

Sobre cómo se calcula las metas de producción, la presentación contiene lo siguiente: objetivos generales, avances a la fecha, hospitales entregados y en una lámina mostramos cómo se calculan estas metas de producción. Y estas son sobre la base de la cantidad de personal que está contratado por cada uno de los establecimientos. Su capacidad productiva relacionada con esa capacidad de dotación contratada, multiplicado por algunos coeficientes técnicos definidos para cada especialidad: tantas consultas por hora, tantos rendimientos de pabellones por hora y por disponibilidad de infraestructura. Entonces, con eso se llega a una meta de producción para este año.

En las láminas que nos faltaron por mostrar vamos a ver cómo estas metas de producción se están tratando de alcanzar durante este año. Luego, voy a mostrar los datos hasta febrero de este año.

Estas son las categorías en las cuales estamos midiendo la producción programada que se les pide a los establecimientos de nuestra red asistencial.

Cabe señalar que es la primera vez que se hace un ejercicio de programación de esta forma, por ende, es bien relevante el seguimiento que podamos hacer a la producción este año, con esta modalidad.

Dijimos que teníamos diez servicios de salud priorizados por su ponderación de listas de espera, y nos preguntaron qué



hacíamos con los otros 19 servicios de salud que no tienen seguimiento individualizado; por supuesto, se les aplican todos los demás instrumentos que ustedes están observando, como las metas de producción y los distintos sistemas de medición de la producción, que también les voy a mostrar al final de la presentación.

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

El señor **ROSAS**.- Señor Presidente, por su intermedio, tengo una duda técnica: ¿Esa es una meta programada o una meta ejecutada?

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

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, por su intermedio, es la meta programada para 2025. Eso está en la segunda columna y, en la primera, está la producción de 2024. En la lámina se muestra cuánto podría aumentar si se lograra la meta de producción.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Subsecretario, continúe con su presentación.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Voy a repasar rápidamente.

Teníamos un primer objetivo general, que era aumentar la producción. Por lo tanto, voy a mostrar cómo esas metas de producción se han ido logrando. Cabe señalar que teníamos estrategias aceleradoras para mejorar esa capacidad productiva dentro de los establecimientos, tanto en lo quirúrgico, lo odontológico, como en la consulta de especialidad.

En segundo lugar, teníamos el gran objetivo de acercar la solución a las personas, y para eso trabajamos en un cambio de normas. Así, la norma 150, regula qué pueden realizar los hospitales de distinto nivel asistencial, con el foco puesto sobre todo en darles a los hospitales comunitarios o de baja complejidad mayor capacidad resolutive, incluso, procurando



que algunos pudieran tener, por ejemplo, escáneres o procedimientos endoscópicos. Eso no significa que todos vayan a tener escáneres, endoscopías u otros procedimientos, sino que se quitará la limitación normativa que les prohibía a dichos establecimientos contar con esos dispositivos, junto con otras medidas en atención primaria de salud.

En tercer lugar, está el eje estratégico de modernización y transparencia de los sistemas de información. Hablábamos, primero, de la estrategia de renovación del sistema de información de tiempos de espera (Sigte), desde la versión 1.0 a la 2.0. Esta última versión está prácticamente completa en su implementación; junto con el proyecto de interoperabilidad como prioridad durante este año, para su implementación a lo largo de la red asistencial.

Asimismo, tenemos disponibilidad de paneles de monitoreo en la página web del ministerio para el público general. Es un panel recientemente lanzado. De hecho, está en línea desde la semana antepasada. Para los efectos, colaboró el Banco Interamericano de Desarrollo.

Ese es plan de mejora de los registros.

En consecuencia, ese es el plan de trabajo para el año.

Ahora, quiero enseñarles algunos datos de producción, que demuestran los avances alcanzados hasta la fecha.

En primer lugar, está la actividad quirúrgica desde 2019, a nivel nacional. En la lámina se observa cómo, durante la pandemia, hubo una disminución de la cantidad de procedimientos. Esto es cirugía electiva más urgencias, no incluye cirugías menores.

Hubo más de 700 mil intervenciones electivas mayores durante 2024, lo que representa un aumento del 11 por ciento respecto del período prepandémico, del 2019, y un aumento del 42 por ciento en este período de gobierno, que es un aumento sustancial en la producción quirúrgica de cirugías mayores, ambulatorias y no ambulatorias, urgencias y electivas.



En la actividad quirúrgica se puede observar que la cirugía mayor ambulatoria ha tenido un impulso especialmente relevante durante este período de administración, llegando a aumentar por sobre el 42 por ciento comparado con el período prepandémico.

En cuanto a las cirugías menores, estas también muestran un aumento en comparación con el período prepandémico. La variación entre 2019 y 2024 fue de un 42 por ciento de cirugías menores.

En relación con la actividad de consulta, en el período correspondiente a la administración de este gobierno, se observa un aumento del 21 por ciento en consultas de especialidad médica y, prácticamente, de un 30 por ciento en consultas nuevas de especialidad. Esperamos superar este año la actividad prepandémica en materia de consultas de especialidad médica y de nueva especialidad.

La segunda es un subconjunto de la primera.

En la especialidad dental también hay aumentos, del 82 por ciento en consultas de especialidad dental y del 64 por ciento en consultas nuevas de especialidad dental durante este período de administración.

En cuanto a los egresos hospitalarios, hay dos datos. La cantidad de egresos, durante el año pasado, fue prácticamente de un millón, por distintas causas, quirúrgicas y no quirúrgicas, y el peso medio de esos egresos, fue medido con el indicador del GRD. Esto es bien relevante mostrarlo, porque si bien la producción de egresos todavía no supera niveles prepandémicos, ha recuperado la actividad desde la pandemia en adelante. Así, el peso medio de esos egresos ha aumentado significativamente, lo cual refleja lo comentado en la presentación anterior y en otras presentaciones, que la complejidad de los pacientes está en aumento, y eso se puede demostrar muy claramente con el 15 por ciento de aumento en la complejidad comparado con épocas prepandémicas.



Ahora bien, la complejidad durante la pandemia, por supuesto, fue mucho más alta, en relación con los pacientes con necesidad de ventilación mecánica y de cuidados intensivos.

En los primeros dos meses de este año, enero y febrero, tenemos la producción medida en los términos que habíamos mencionado en la lámina que destaqué al inicio. Las metas de producción que mencioné se muestran divididas en doceavos, y para los primeros dos meses del año se logró el 90 por ciento de la meta de producción para el conjunto del país.

En la lámina pueden observar las diferencias por servicio de salud. Hay algunos con niveles de cumplimiento más alto. Así, cuatro de ellos logran superar el 95 por ciento de la producción de consultas de especialidad médica, pero ninguno llega al 100 por ciento.

Cabe considerar que, en términos relativos, febrero es un mes más lento en comparación con los otros meses del año y acá estamos dividiendo por parejo los 12 meses del año.

Por lo tanto, más que destacar el nivel de producción, quizás lo más valioso es el instrumento de medición, porque es primera vez que se mide de esta forma -desagregado por servicio de salud- el nivel de producción en relación con una meta que está regulada por ciertos coeficientes técnicos en la programación de la actividad de los hospitales.

El caso de Tarapacá, la situación se debió a que no cargaron los datos de producción al sistema de Resumen Estadístico Mensual (REM) durante febrero, pero eso ya está regularizado. Entonces, la cifra de 50,2 por ciento de cumplimiento a febrero no está corregida, pero lo estará en las siguientes versiones de producción del REM, porque ya nos contactamos con el servicio de salud para que regularizara su informe de producción.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Hay alguna sanción por no haber cargado correctamente los datos, como un sumario?



El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Por ahora, solo medidas administrativas, más que sanciones administrativas.

En la siguiente lámina podemos ver lo mismo, pero respecto de la producción de cirugías mayores, con un 84 por ciento de cumplimiento. Algunos servicios de salud superan el ciento por ciento de la meta durante los primeros dos meses del año, mientras que otros siete logran más del 90 por ciento de la meta de producción quirúrgica mayor en los primeros dos meses del año.

En cuanto a las metas de producción de cirugías menores, que también se distinguen de las cirugías mayores, aplica una forma de medición nueva, que se implementó ahora y que no se había implementado de esa manera, distinguiendo la cirugía mayor de la cirugía menor. En este caso, se observa un 83 por ciento de avance o de logro en los dos primeros meses del año.

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

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero hacer una consulta a nuestro invitado. ¿Por qué el Servicio de Salud Antofagasta tiene un resultado tan bajo, al igual que el de Tarapacá?

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud).- Señor Presidente, ya informamos acerca del caso de Tarapacá. Hubo un retraso en el REM de febrero, pero en el de marzo vendrá corregido.

Respecto del Servicio de Salud Atacama, como dijo el señor subsecretario, es la primera vez que desagregamos las cirugías menores de las mayores. Pero, en algunos servicios la disponibilidad de pabellones de cirugía menor u odontológica, que es una de las cirugías menores más frecuentes, está más retrasada. Entonces, en Atacama estamos analizando una mejora del proceso, el cual veíamos en conjunto, pero recién ahora estamos separándolo y analizándolo con mayor detalle.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Entonces, ¿es primera vez que en este gobierno se subdivide en cirugía mayor y menor?



La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud).- Sí.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Me parece que en informes de ciclos anteriores sí se había hecho.

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud).- Pero las metas se colocaban de manera global. Primero informábamos los tiempos de espera globales, o sea, de cirugías mayores con menores. Fue en este período en el que se empieza a separar ambos datos y a mostrar con mayor detalle.

En cuanto a las metas de producción, es primera vez que ponemos metas de producción de cirugía menor.

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

¿Cuántas láminas le quedan para terminar esta parte de las tablas?

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Si prefiere, terminamos la exposición luego de las tablas.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Terminemos con esta tabla, y abrimos la ronda de consultas.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- La siguiente tabla se refiere a lo mismo, pero en cuanto a la producción de consultas de especialidad odontológicas, con 88 por ciento de cumplimiento durante los primeros dos meses del año, en términos promedios, con las diferencias que se pueden observar en algunas regiones del país.

La siguiente lámina corresponde a los egresos hospitalarios, que es otra categoría en que se fijan metas para la actividad de los hospitales. En este caso, se logra un ponderado de 86 por ciento de cumplimiento, con 14 servicios de salud por sobre un 90 por ciento al mes de febrero.

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

El señor **LEE**.- Señor Presidente, me gustaría mucho que lo que hemos visto en cifras se manifestase en la realidad. En



verdad, veo cifras muy potentes, muy buenas en relación con el Servicio de Salud Arica, pero que no se condicen con la realidad. La Región de Arica y Parinacota no es grande, por lo tanto es muy fácil percibir el estado real de cualquier situación.

Entonces, ya que estamos hablando de metas, una primera pregunta que me gustaría dejar absolutamente zanjada es respecto de qué va relacionado al cumplimiento de una meta. ¿Está relacionado con un bono o con un incentivo? Porque en épocas anteriores también hemos conocido cumplimientos de metas, pero que han sido falseados y más bien administrativos o entregados por secretaría. La motivación para hacer estos maquillajes administrativos es, justamente, ir detrás de un bono.

Repito, la primera pregunta que quisiera despejar es respecto de qué va relacionado al cumplimiento de una meta y cómo nos resguardamos de que administrativamente cada servicio de salud no nos esté mostrando algún resultado ajeno a la realidad.

Mi segunda pregunta también dice relación con mi región.

Señor Presidente, desde hace mucho tiempo que el Ministerio de Salud ha mantenido un sesgo en toda la medición, pues deja fuera a una cantidad no menor de la población, que va a satisfacer sus necesidades médicas y de especialidad a Tacna. Entonces, nos acostumbramos a que un 20 por ciento, o quizá más, quede fuera de la brújula.

En definitiva, ¿el ministerio se va a encargar de medir ese dato, esa información, en algún momento? ¿Qué cantidad de la población de Arica, finalmente, va a resolver sus problemas de salud a la vecina ciudad de Tacna, para empezar a hacer política pública a partir de la información completa?

Muchas gracias.

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

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, no logré entender la explicación de por qué la cifra de la Región de Antofagasta es tan baja. A mi juicio, es la más baja.



El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Sí, junto con el servicio de Salud Tarapacá, en cuanto a cirugía menor.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Objetivamente, es la más baja del país. Entonces, no logro entender cuál fue la metodología o qué cambio hizo que bajara tanto. Claramente, tiene un correlato con la forma en que está funcionando el sistema hospitalario de Antofagasta.

Agradeceré que nuestros invitados lo pudieran explicar en detalle, porque no logré entender la explicación.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- La cifra de cirugía menor estaba muy baja y la de cirugía mayor estaba aceptable, como en 99 por ciento.

Por otra parte, tengo algunas preguntas.

Primero, cuando hablamos de producción, ¿se refiere realmente a egreso por atención realizada o a egresos de cualquier tipo, sean egresos por atención extrasistema, egresos por no comunicación, etcétera? Es decir, ¿estamos hablando realmente de producción?

Segundo, sigo sosteniendo que vemos muy parcialmente el problema. Quizá, en materia quirúrgica lo vemos de forma más integral, porque sabemos que hay un primer paso que es la consulta de especialidad y un segundo paso que es la intervención quirúrgica. Sin embargo, si se deriva a un paciente con sospecha de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, una enfermedad inflamatoria intestinal, al gastroenterólogo, este lo examina, pero no se termina ahí la película, porque ese especialista le va a pedir una colonoscopia, pero no tenemos listas de espera de colonoscopia.

Por eso, para la ley de Presupuestos de 2024 se cambió la forma en la cual requeríamos los informes de lista de espera y se agregó en la letra b), de la glosa 06: Informe desglosado por Servicios de Salud del número de personas que se encuentran en lista de espera de las patologías no GES para nueva consulta de especialidad (interconsulta), control de especialidad, exámenes de laboratorio o imagenología y quirúrgica. Hemos tenido esta glosa presupuestaria en 2024 y



2025, que, obviamente por ley, está exigiendo que se informe la lista de espera de exámenes de laboratorio o imagenológicos, que es fundamental sobre todo para aquello que no es quirúrgico, porque estamos viendo muy parcialmente el problema.

Quizás no vamos a tener la totalidad de los exámenes de laboratorio, ni la totalidad de los exámenes complementarios en lista de espera; pero, por supuesto, hay un número no menor de algunos exámenes que son relevantes. Por ejemplo, del paciente que alcanza la primera consulta especial con un neurocirujano, y este le pide una resonancia nuclear magnética de encéfalo, pero no tenemos idea de cuántas personas están esperando este mismo examen, y creemos que ya estamos listos con la primera consulta de especialidad.

Así como este, podríamos dar una infinidad de ejemplos de exámenes, sobre todo de medicina interna, porque en lo quirúrgico, finalmente, tenemos el segundo paso de la intervención quirúrgica que podemos visualizar en nuestro sistema. Pero esto no se ha cumplido, y es ley, fue aprobado en la ley de Presupuestos de los años 2024 y 2025, y vamos a seguir insistiendo en su reacción para el año 2026, porque queremos tener una película más completa.

Por consiguiente, ¿qué pasos está dando el ministerio para cumplir hoy con la ley de Presupuestos de 2025, que es informar exámenes de laboratorio o imagenológicos? Quizás no van a ser todos, pero, por lo menos, en lo que respecta a la lista de espera de colonoscopia, endoscopia, de escáner, de algunas imágenes complejas, o el paciente que es derivado por una sospecha de enfermedad arterial oclusiva en sus extremidades inferiores y está esperando meses la angiografía de sus extremidades inferiores y, quizás, está justamente en ese paso intermedio, porque todavía no tiene solicitud quirúrgica de pabellón; por lo tanto, no está en lista de espera quirúrgica, y ya lo vio por primera vez el especialista, y está esperando la angiografía de extremidades inferiores.



Entonces, se encuentra en el limbo. No es prioridad, porque no está en la lista de espera quirúrgica, y ya salió de la prioridad de lista de espera de consulta de especialidad, porque ya lo vio el especialista.

¿Qué estamos haciendo para ver más integralmente este problema? Y eso también va conectado con la tercera pregunta, en cuanto a qué significa realmente el Sigte 2.0 (sistema de gestión de tiempos de espera).

Han dicho que el Sigte viene con bombos y platillos; pero, en definitiva, ¿qué significa eso realmente? ¿El sistema va a estar interoperando en todos lados y no se van a tener que cargar las planillas Excel, o los digitadores de los servicios de salud van a tener que subir manualmente el nombre de las personas que están en las listas de espera y, por ende, no se van a perder? ¿O va a estar interconectado con el Registro Civil y vamos a tener algunos niveles de alerta respecto de personas que fallezcan? ¿Qué significa, finalmente, el Sigte? ¿Cuál es la gran mejora que nos ofrece este sistema respecto de lo que hemos tenido hasta hoy?

Tiene la palabra el señor Martorell.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, agradezco las preguntas.

Para ir en orden, voy a responder lo que más pueda, y luego ofrecer, por su intermedio, la palabra a la doctora Solís para que complemente la información.

El diputado Lee consultaba por las cifras que no se condicen con la realidad, que esto no sea un maquillaje administrativo, y, luego, con qué está vinculado esto y qué consecuencias se generan por el cumplimiento o no cumplimiento de las metas.

En este minuto no hay indicadores que estén vinculados con los salarios del personal. Esos son incentivos que se podrían generar. Hemos analizado los sueldos, por ejemplo del personal médico, y hay espacio para dos incentivos variables que podrían aumentar, pero estos incentivos variables no superan el 8 por ciento del salario del médico durante dos meses al año; es



decir, el grueso del sueldo médico es un sueldo fijo, y las variables, además, que están consideradas hoy para la modificación de esos montos, son variables que, por una parte, pueden ser vinculadas con la calificación, en los médicos que están en jornadas de 28 horas, y esas calificaciones, siendo todas de muy alto nivel, se termina sorteando una buena cantidad de la distribución de ese bono.

Entonces, hemos hecho el diagnóstico de que hay una bonificación asociada a esa ley que es inefectiva, en la práctica, y hay una propuesta de ley justamente para modificar eso, que fue ingresada al Senado hace poco más de un mes.

En la otra ley médica, es decir, en las personas que tienen jornadas de 11, 22, 33 y 44 horas, los indicadores que están relacionados con ese incentivo variable son muchos, y el efecto de cada uno de esos indicadores termina diluyéndose; por lo tanto, tampoco tienen un efecto tan práctico sobre generar una diferencia remuneracional para los colegas en esa modalidad. Por consiguiente, ese proyecto de ley también hace un perfeccionamiento, concentrando esos incentivos existentes en producción, que es lo que quisiéramos algún día vincular con esta herramienta.

En cuanto al estatuto administrativo, es decir, el personal no médico -no ley médica-, o sea, todos los profesionales que no son médicos, odontólogos o químico-farmacéuticos, sucede algo similar, por cuanto hay algunas metas sanitarias, pero tienen un conjunto de indicadores, cuyo impacto final en el nivel remuneracional ya es bajo, y diluido por todos los indicadores que se miden, también genera una situación de poca claridad sobre cuál es la razón por la cual hay una diferencia mes a mes o el pago de algún bono.

Sobre esta materia hay que tener un debate importante sobre cómo podemos ir perfeccionando los reconocimientos remuneracionales del personal clínico en relación con el cumplimiento de metas, que son prioritarias para el sistema.



En segundo lugar, hay herramientas que afectan a los directivos, como son las metas de Alta Dirección Pública, que afectan a directores de servicios, directores de establecimientos, subdirectores de ambos, que están vinculados en sus convenios de desempeño. Y ahí sí se incorporan algunas metas y métricas de cumplimiento de distintos tipos de producción o cumplimiento que probablemente en los directivos tenga un poco más de impacto, porque es un instrumento con más fuerza, en términos de lo que implica su evaluación continua.

Al respecto, no sé si la jefa de la División de Gestión quiere agregar algún comentario o métrica que se me pueda estar quedando en el tintero.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Sobre el punto, tiene la palabra el diputado Lee.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, entonces, entendemos todos que el incentivo o los bonos que reciben los directivos de los servicios de salud, al presentar buenos resultados, es importante, relacionado, por ejemplo, con los médicos en la parte clínica.

Entonces, subsecretario, en verdad creo que eso tiene que ser revisado con urgencia. Primero, porque hay antecedentes sobre maquillaje de cifras, muy probablemente por ir por esos bonos, y eso se podría seguir repitiendo debido a la autonomía que tienen los servicios de salud.

Eso es lo que quiero resaltar, en este caso, Presidente.

Me consta que hay falseamiento de cifras. Entonces, yo no puedo aceptar, sentado en esta comisión, ver que mi región tiene cifras tan positivas en el papel, cuando la realidad es totalmente opuesta a eso.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Diputado, creo que pueden existir dos elementos en lo que usted plantea: una subconsulta por las personas que van a Tacna, que, en el fondo, es una demanda invisibilizada. Por eso plantea usted el tema de la posibilidad de estudiar ese fenómeno. Y otra cosa es que, efectivamente, como la carga depende del mismo director de



servicio de salud, que se cargue el Excel, que se cargue la información, es fácilmente manipulable. Y no solo a nivel de servicio de salud, también hay muchos directores de APS o directores de consultorios que falsean la información.

Ha habido hartos escándalos en Chile, porque cuando se hacen los censos, en muchas partes de nuestro país, las municipalidades aún no contratan el *plus* que permite, apretando un botón, sacar las metas del Índice de Actividad de la Atención Primaria (Iaaps); por el contrario, todavía se sigue haciendo con talonarios, y para peor se sigue perdiendo gran cantidad de horas/hombre en recuentos en los consultorios, por ejemplo, en revisión de pie diabético: revisan las cartolas una por una, y si han cumplido un 60 por ciento, les agregan 5 por ciento más. Hubo casos así en Viña del Mar, quizá no en la historia reciente, pero sí ha habido directores de Cesfam que falsearon datos respecto de metas del Iaaps. Quizá no son indicadores que comprometen la vida de los pacientes, pero sí implican el pago de metas. Así que, no es un tema solo a nivel secundario.

Tiene la palabra, señor Martorell.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, respecto del Sigte 2.0 y qué valor agrega, el *gold standard*, es decir, el patrón de oro para la medición de la actividad, las metas y los indicadores, es, como usted dijo, para que se extraiga directo de la fuente: la ficha clínica electrónica, y para eso el Sigte 2.0 no es el que da la respuesta, sino que el proyecto complementario: el proyecto de tiempos de espera interoperable y la interoperabilidad en términos más generalizados.

La interoperabilidad consiste en que el sistema de registro clínico electrónico que sea contribuye datos en un formato estandarizado que se determina en algún nivel normativo a un sistema de repositorio centralizado, y hacia allá estamos avanzando. Ahora, avanzar hacia allá, por supuesto, requiere un proceso y una gestión, y es uno de los temas que estamos priorizando durante este año. El Sigte 2.0 es un paso intermedio de mejoramiento del Sigte 1.0, que existía desde el



año 2017, al que le faltaban actualizaciones de capacidad y funcionamiento, las que están reflejadas en la lámina de la presentación y que no voy a mencionar en detalle, pero que permite procesar una mayor cantidad de datos en un tiempo más veloz y con mayores validaciones de los datos que se le cargan, pero esos datos se siguen cargando en Excel: se descargan los datos de la ficha clínica electrónica, se procesan y se suben a la nube, al Sigte 2.0. Eso es lo que hoy día sigue funcionando en la medida que transitamos hacia la interoperabilidad que tiene exigencias técnicas y de preparación mayor a los que tiene el Sigte 2.0. Es decir, no era viable avanzar del Sigte 1.0 al Sigte 2.0 sin este mejoramiento para tener los datos que estamos exponiendo.

En un segundo tiempo, durante este año, también estamos avanzando en la implementación de los tiempos de espera interoperable que explicamos en la reunión anterior.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Y hay alguna meta de algún servicio de salud? Porque nos quedan 11 meses de este periodo presidencial y me imagino que usted, en su gestión, no llega a poner el punto final, sino a hacer gestión.

En ese sentido, ¿usted podría comprometer algún servicio, de los 29 que están interoperando, uno más antes de que terminen estos 11 meses?

Tiene la palabra, subsecretario.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, no estoy preparado para ofrecer un compromiso formal, pero nuestro cronograma estipula que el sistema esté implementado en todos los servicios de salud antes de que termine este gobierno, que no es lo mismo que comprometerme a eso. Pero es muy importante la distinción, solo para el caso de uso consulta nueva especialidad.

Esto significa, respecto de la ficha clínica electrónica de atención primaria, que cuando el médico ingresa a una interconsulta en el sistema, este tiene que enviar, automáticamente, un mensaje, en una estructura predeterminada,



a un servidor central que tiene contratado el Ministerio de Salud y que va a recibir esa información de todos los sistemas de información de ficha clínica electrónica del país, lo que nos va a dar una trazabilidad mucho más cercana y en tiempo real de lo que está sucediendo en todos los establecimientos. Esto nos va a permitir tener la misma información que tiene hoy día el Sigte, que se carga manualmente, pero extraída esa información directamente desde el origen de este servidor central y luego se devuelve la ficha al sistema de registro del hospital, donde el paciente continúa su proceso de atención, y desde la ficha clínica del hospital se devuelve una contrarreferencia. Ese es el proceso de primera consulta de especialidad que está regulado en este primer ejercicio de interoperabilidad.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Esa información, ¿llega al Minsal primero?

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Primero llega a un servidor en la nube.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Llega al servidor de la nube y después baja al hospital.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Claro.

Señor presidente, solicito que autorice a Andrea Solís, para que pueda explicar.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Andrea Solís.

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud).- Señor Presidente, lo que explicó el subsecretario es el proceso, lo que define el conjunto mínimo básico de datos con el lenguaje que debe tener a nivel primario y a nivel secundario.

Efectivamente, la información va hacia lo que llamamos un bus de integración. De hecho, me parece que habrá alrededor de seis buses de integración que van a capturar la información de



los servicios de salud desde el nivel primario al nivel secundario, lo que nos permitirá conocer qué tipo de pacientes se derivan y también disparar un visor. O sea, ya no vamos a necesitar un Sigte, ya que, dado que en el bus de integración va a estar el conjunto mínimo básico de datos, desde allí se va a mostrar en los visores qué pacientes están siendo derivados, cuántos pacientes son y, al revés, cuando el hospital lo atienda, cuando en el nivel secundario haga la atención y den *check* en la atención realizada, va a alimentar al sistema para sacar al paciente de la lista de espera automáticamente, sin que nadie entre a subir o bajar planillas. Eso es lo que está diseñado.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿En consulta de nueva especialidad?

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud).- Como primera etapa, señor Presidente. Estamos trabajando con todos los servicios de salud. De hecho, hay distintos avances, todo depende de la velocidad en cuanto a los sistemas de información y de registro clínico electrónico que tienen los hospitales. La variabilidad es muy grande, hay sistemas comerciales, hay sistemas de desarrollo local y hay sistemas que todavía están en papel, en algunos procesos. La atención primaria, por supuesto, lleva años luz mucho mejor que los niveles secundarios.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Entre los sistemas Rayen y AVIS Latam.

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud).- Hay un par de sistemas, efectivamente. Son un poco concentrados, pero están muchísimo más informatizados que el nivel hospitalario.

En el nivel hospitalario, el Sistema de Información de Redes Asistenciales (Sidra) avanzó en la intercomunicación de las derivaciones de las interconsultas y, por eso, se decidió avanzar primero en eso en todos los servicios de salud. Ahora,



en la medida que vayan avanzando, se irán uniendo todos sus Cesfam y hospitales, para ir alimentando este bus de integración.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Y respecto de informar alguna lista de espera de exámenes un poco más complejos, para tener una mirada más integral?

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud).- El Sigte 1.0, fue diseñado para que se capturaran las consultas, cirugías y exámenes, porque, efectivamente, la normativa tenía exámenes. Pero entre el diseño y la implementación ocurrieron cosas, pues la forma de implementar y capturar la información de los exámenes de laboratorio, exámenes de imagenología y procedimientos fue de muy mala calidad y el soporte que tenía el Sigte 1.0 no hacía viable que pudiera movilizarse toda esa información. Además de volver a los sistemas de información locales para poder capturar la información de un examen asociado a un diagnóstico, hay que tener sistemas de información en el origen que permitan hacer eso. Por lo tanto, desde la realidad local, más la capacidad que tenía el Sigte, es muy difícil avanzar en eso.

En el Sigte 2.0, como explicó el señor subsecretario, efectivamente la gran ganancia es seguridad de la información, porque hace cruces que el otro sistema no tenía; mayor capacidad de procesamiento de datos y mayor velocidad. Pero no es el fondo del asunto, porque el fondo del asunto es la interoperabilidad en capturar desde el origen los datos, para que no haya movimientos de planilla.

Lo que hemos diseñado, y lo diseñamos para este año, es seguir en la línea de lo que usted comentó, que es darle prioridad a la trazabilidad de colonoscopia, endoscopia, que sabemos que podemos trazarlo, a pesar de los déficits de los sistemas de información, porque son más puntuales y podemos avanzar en eso.



Entonces, hay un equipo de trabajo mirando y definiendo los estándares, los rendimientos y la forma de ir a capturar esa información. Esperamos en el segundo semestre tener trazabilidad de colonoscopia, endoscopia y algunos procedimientos de radiología intervencional. Pero exámenes de laboratorio clínico es muy, muy difícil, son miles de tipos de exámenes, y exámenes de imagenología es mucho el volumen.

Por tanto, creemos que el foco, que además se relaciona con los ingresos a pabellón, tratamientos oncológicos o tratamientos de mayor complejidad, podemos capturar procedimientos endoscópicos y radiología intervencional.

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

El señor **LEE**.- Señor Presidente, ¿sabe lo que me pasa?, que esta es una comisión investigadora por los excesivos tiempos de las listas de espera. Aquí estamos ocupando un tiempo no menor en un tema de información, que por supuesto es muy importante, pues es la base para tomar decisiones.

Resulta que no tenemos información de tiempos de espera de exámenes, como usted muy bien ha pedido información. En ese sentido, todavía no me explico de dónde sale entonces el cumplimiento de casi el 90 por ciento de AUGÉ, si en realidad no tenemos la información de la gente que está esperando, cómo está esperando; lo fidedigno de esa información, cómo se obtiene esa información. La verdad es que me sorprende, pero además, para la gente que a lo mejor en algún momento puede escuchar esta comisión, estamos pegados todavía discutiendo sobre el mejoramiento de la información que dispone el Ministerio de Salud.

En definitiva, cuando se incorpore el Sigte 2.0 y lo que viene más adelante, no va a significar necesariamente que disminuyan las listas de espera, sino que vamos a tener mejor información, nada más que eso.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- O sea, no puedo estar más de acuerdo con lo que usted plantea, diputado Lee.



Ahora bien, recordemos que esta comisión especial investigadora nace por los informes de Contraloría, las irregularidades, desprolijidades que se presentaron, y por el volumen de las listas de espera, que son dos aristas de esta instancia.

El grueso de la materia de los informes de Contraloría corresponde a personas que habían sido egresadas por fallecimiento y que no estaban fallecidas, o personas que no habían sido egresadas por fallecimiento y hace rato estaban fallecidas; personas que estaban en el repositorio nacional y no estaban en el local, personas que estaban en el local y no estaban en el nacional, personas que habían ingresado su solicitud de cirugía hace meses y que se había perdido, y que finalmente, como pasó en Victoria, en el Servicio de Salud de Araucanía Norte, tres años después apareció y fue incorporada o se fue al extrasistema.

Entonces -reitero-, no puedo estar más en acuerdo con usted, diputado Lee, pero lamentablemente lo que nos dijo la Contraloría es que, como tenemos un mal sistema de información, las cosas de partida empiezan mal. Por tanto, no solamente estamos mirando mal el problema en su integralidad, sino que lo que estamos mirando lo estamos mirando mal porque el sistema no conversa.

Sé que no podemos resolver todo a la vez, pero sería bueno algo por lo cual partir, además de lo que hemos podido levantar en las visitas a regiones, como el tema de la concesión del hospital de Antofagasta, como nos planteó el diputado Araya, o lo que usted, diputado Lee, nos planteó cuando estuvimos en Arica, que es generar un mínimo común, en el sentido de que esto no puede esperar. Es decir, me alegra que la meta sea interoperar nueva consulta de especialidad médica de aquí a antes del 10 de marzo de 2026, lo cual estaremos observando.

Eso nos va a permitir lo mismo que usted nos plantea, que se falsea la información en Arica. Usted nos dice que el Servicio de Salud de Arica falsea la información, y la forma de evitar



caer en eso que se plantea es justamente teniendo la información interoperable.

Ahora, obviamente en el informe de la comisión investigadora no solamente vamos a estar hablando de esto.

Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, lo escucho atentamente y casi veo a un futuro subsecretario, pero le estaba comentando al actual subsecretario que de verdad creo que tenemos una tremenda oportunidad de mejorar la salud de los chilenos.

Ahora bien, vengo del mundo no solamente médico, sino también científico; valoro mucho la información y los datos, y obviamente que hay que apoyar este período de transición y mejoramiento en la obtención de datos. Pero ¿sabe lo que pasa? Hoy no tenemos una función de gobierno, tenemos una función de representación, y afuera del Congreso Nacional, y esto no es para la tele, es para nosotros, hay gente que efectivamente está en lista de espera.

Hoy recibí un correo de don Francisco Terrazas, portador de un cáncer de cabeza y cuello que está en tratamiento de radioterapia, y le informan desde Antofagasta, de la tierra de mi amigo y colega, diputado Araya, que están colapsados con la radioterapia y que no lo van a poder atender y ni siquiera le dan fecha. Es decir, está suspendido su tratamiento contra el cáncer.

Yo entiendo su explicación, me hubiera gustado que la hubiera dado el subsecretario, pero la idea es seguir caminando para identificar estos problemas y ver cómo solucionamos esto. O sea, al señor Terrazas no le podemos entregar la información de que estamos esperando que un sistema sea interoperable; el señor Terrazas necesita más radioterapeutas en Antofagasta o en Arica para continuar con el tratamiento de su enfermedad.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Ahora, ¿eso es GES?

Tiene la palabra el subsecretario de Redes Asistenciales.



El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, por su intermedio, apoyo el comentario del doctor Lee, que respondió muy bien respecto de la importancia de tener un sistema de información interoperable que ayude a responder las dudas que se levantan desde la misma Contraloría o desde otros observadores que cuestionan la calidad del dato, porque en la calidad del dato lo que no se mide no se gestiona.

Entonces, es importante que podamos estar midiendo adecuadamente nuestra información y, en la medida que el sistema se ha ido complejizando y aumentando en volumen y en cantidad, mientras más datos sean manipulados por personas, más posibilidad y probabilidad hay de que esos datos tengan errores; ni siquiera por mala fe, que no es descartable completamente, pero simplemente por la manipulación del dato que genera también una posibilidad y una probabilidad cierta de error cada vez que se manipula la información.

Para cerrar el tema de tiempo de espera interoperable como proyecto, ello requiere una masa crítica de conocimiento sobre lo que significa la interoperabilidad, que incluye estandarizar la información, estándares internacionales, como el HL7 FHIR, que es el que estamos adoptando para la definición del conjunto mínimo básico de datos. Ello requiere cierta capacidad técnica informática que deben tener los equipos del ministerio, los equipos de los servicios de salud, y por supuesto los desarrolladores de los registros clínicos electrónicos.

Para eso tenemos una colaboración muy estrecha hace ya muchos años con el Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS), que actualmente lidera la doctora May Chomalí, quienes están trabajando con nosotros para esta implementación. Estamos encargándole a nuestros directores de servicio liderar estos procesos en cada uno de los servicios de salud; es decir, los directores de servicio son los encargados de llevar a cabo la implementación del proyecto de tiempo de espera interoperable para la primera consulta de especialidad.

Dicho eso, vale la pena también hacer la distinción entre lo GES y lo no GES. En lo GES, contamos con un listado muy



detallado y protocolizado de cada una de las intervenciones. Es un poco lo que menciona el diputado Lagomarsino, que los protocolos de atención incluyen, no solo una prestación como una cirugía, sino también prestaciones intermedias como consultas, exámenes y tratamientos farmacológicos.

Ahora, a ese detalle que tiene el GES para las patologías priorizadas, se le hace un seguimiento con un sistema de información aparte, que es Sigges, que es un sistema que nació con el GES, en 2005-2006, y que implica que en las redes de salud haya digitadores cargando la información de cada caso GES que transita por nuestros establecimientos. Esa información del Sigges nos permite hacer ese seguimiento detallado de cada caso y de cada etapa de tratamiento con las garantías de oportunidad y de acceso que conocemos para cada enfermedad cubierta por el GES.

Extrapolar el mismo sistema a toda la actividad tiene una complejidad muy significativa, y es difícil imaginar eso sin un sistema interoperable. Eventualmente, en otros casos, con una interoperabilidad de uso, no solo para primera consulta de especialidad, sino también para lo quirúrgico y para distintos procesos, que son hartos en las distintas etapas clínicas de cada enfermedad. Es decir, si uno quisiera, podría empezar a imaginar un sistema con información más detallada de cada proceso de atención, por diagnóstico.

El primer paso consistiría en crear esta masa crítica y hacer un primer ejercicio de interoperabilidad, y después van a venir procesos más fáciles para implementar otros casos de uso de interoperabilidad.

Sobre la medición de la demanda no expresada, relacionada con Tacna, creo que es un problema interesante. En otros lugares del país podemos calcular esa demanda no expresada, probablemente midiendo el uso de la modalidad de libre elección (MLE) del Fonasa como una demanda que se expresa en otro sitio, que no es la red pública, sino en la MLE de nuestra red privada. Pero en el caso de Tacna existe esta variante que no nos permite



medir a través de la MLE esa demanda no expresada en consultas de especialidad u otras.

Sin perjuicio de lo anterior, la no medición de esa demanda oculta es un problema que tenemos desde la atención primaria en adelante. Es decir, cuando alguien acude a un cesfam, no consigue hora de atención y se devuelve a su casa, por norma debería quedar registrado ese rechazo, pero, como sabemos, eso no se registra.

Ahora, proyectos como el Programa de Telesalud, que hemos ampliado a más de 300 establecimientos de atención primaria, sí permiten medir esa demanda oculta, porque las personas solicitan la atención a través de una plataforma. Entonces, queda registro. Esa es la demanda oculta no resuelta en la atención primaria que podemos medir hoy día. Creo que es una interesante forma de aproximarse al problema de la demanda no resuelta.

Podemos mirar los datos de Arica, que tiene implementado el Programa de Telesalud, pero no tengo los dos datos acá para comentarlos. Tampoco sé si el programa está en todos los cesfam de la comuna. Al menos, sé que la comuna de Arica ya partió con la modalidad de telesalud, pero desconozco el nivel de implementación que tiene en este momento.

Sobre la pregunta del diputado Araya de por qué eran tan bajas las cirugías menores en Antofagasta. La explicación, probablemente, es porque se trata de cirugía menor y, por tanto, partiendo por la medición de cirugía menor, recién ahora van a empezar a mirarse los niveles de cumplimiento, y eso va a generar un efecto en la gestión de cirugía menor, que tal vez no se ha priorizado, porque antes no se medía como mencionábamos.

Eso es lo que quería mencionar.

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

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Respecto del Sigte, comparto de cierta forma lo que señala el diputado Lee. La verdad de las



cosas es que, conforme avanza la comisión, uno se va dando cuenta que son medidas que van una detrás de otra y no paralelas. Esa es la impresión que me queda.

Ahora, el nivel de urgencias es brutal. Desde que partió la comisión, cada vez hay más casos, casi emblemáticos de lo que ocurre, por ejemplo, en el hospital de Calama o en el hospital de Antofagasta particularmente, y uno se va quedando con cierta convicción de que no tienen una solución a corto plazo.

En ese contexto, no logro entender en qué minuto el ministerio toma una decisión de hacer una intervención distinta. Por eso, quiero insistir en el tema de los privados, porque de alguna forma, esto, que aparece como que se hace caridad, porque básicamente se dice que no hay recursos para la compra de servicios, debe ser una alternativa de solución. Claramente, este es un tema muy complejo, multicausal, y como ya hemos visto ciertas cosas, que son críticas, uno podría pensar que el ministerio debería tener una posición mucho más activa.

Los datos son respecto de primera consulta y, hoy, la primera consulta es una parte, quizás la más dolorosa, de la gente que está en lista de espera quirúrgica. Por lo menos, en Antofagasta, hay gente que incluso está en lista de espera para ingresar a un tratamiento oncológico.

Hoy, una persona de Antofagasta me contactó porque su madre, que tiene un cáncer de hígado, depende de un convenio que va a firmar la Universidad de Chile con el hospital de Antofagasta para hacerse un procedimiento, que tiene un nombre muy extraño, que no recuerdo. Sin embargo, ahora tiene que esperar la tramitación de ese convenio, que puede demorar de dos meses hasta años.

Esa no es la respuesta razonable que uno podría esperar, primero, porque hacer un convenio no es tan complejo. Por razones profesionales, en algún minuto, "tuve que tramitar algún convenio, por tanto, sé que no es algo tan difícil de hacer. Y, por último, si hay que esperar un convenio, ¿qué pasa



mientras este se tramita? Esa es la respuesta que no logro ver. Quiero ejemplificarlo con este caso particular, pero no logro ver esa respuesta en el conjunto intervenciones que hemos escuchado en el devenir de la comisión.

Entiendo que lo que se está dando acá es que se está generando una buena base para una gestión futura, pero estamos para marzo del 2026.

Señor Presidente, por su intermedio, al subsecretario. Eso es lo que no logro ver que se converse de una forma u otra; independientemente de las denuncias que se han conocido estos días respecto de la ministra de Salud, que han sido bien fuertes.

Está bien. Son temas complejos y difíciles de solucionar, pero uno siente que quedan ahí.

Volviendo al caso que les comentaba, el procedimiento que debe realizarse la señora se llama quimioembolización. Ese tratamiento depende de la aprobación de un convenio.

Insisto, las cosas no avanzan en paralelo, pareciera que es este paso y después el otro. Es una fila eterna, como un tren.

Si me preguntan si sirvió para algo la comisión, tengo temor de responder, porque tenemos un diagnóstico superbueno, pero cosas concretas... Obviamente, algunas las vamos a plantear en las conclusiones, pero las respuestas que uno escucha desde el ministerio son absolutamente insuficientes.

Cómo le digo a una señora que necesita un tratamiento, que este depende de un convenio y que va a tener que esperar dos meses o años. No logro entender, subsecretario, cómo va a ser tan difícil concretar un convenio. En verdad, no lo entiendo. Y, así, hay un conjunto de otros temas que se han ido desarrollando en la comisión. Nuevamente, vuelvo al mismo punto, hay cierta indefinición o falta de decisión.

Aclaro que no quiero decir con eso que usted no esté trabajando. Valoro mucho la presentación que ha hecho. Se ve que es un plan claro, pero de largo plazo, y en el intertanto,



mientras llegamos a esas metas, hay gente que lo está pasando muy mal.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Respecto de lo mismo, si nos centramos solo del cáncer, obviamente tenemos lo que es GES y aquello que no lo es. Lo que es GES, sabemos cómo está.

Sé que mientras no salga la ley GES automático, el Fonasa está haciendo esfuerzos para activar segundos prestadores GES, a pesar de no haber incumplido los plazos o de no haberse colocado el reclamo. Sin embargo, hay muchos tipos de cáncer que no son GES como, por ejemplo, el cáncer de páncreas.

Se planteó el tema de la lista de espera de consulta oncológica. Por ejemplo, el paciente que mencionaba el diputado Lee, que está esperando una radioterapia, si es GES, estará en la lista de espera GES, pero si fuera un cáncer de páncreas y requiriera radioterapia o quimioterapia, no sabemos de esa lista de espera. Solo lo sabe el centro de referencia.

Si nos centramos solamente en el cáncer, creo que hay un elemento común entre lo que plantearon el diputado Lee y el diputado Araya. Por ejemplo, todo lo que es radioterapia de Coquimbo y de Valparaíso lo ve el Servicio de Oncología del Hospital Carlos van Buren. Este servicio ve toda la quinta región. Otras cuestiones relativas a oncología también se pueden ver en la Región de Coquimbo, más precisamente en La Serena o Coquimbo.

Entonces, debemos tener una cantidad acotada de centros de referencia para radioterapia y quimioterapia, a fin de tener una visión de los pacientes que están en espera de quimioterapia y radioterapia no GES y ver cómo podemos enfrentarlo, porque esta es una de las necesidades más brutales de hoy.

Podemos tener una mirada, quizá, de la lista de espera de endoscopia y colonoscopia -es un sueño para aquellos que tenemos un corazón internista-. Pero, considerando las urgencias que nos han planteado los diputados Lee y Araya, ¿podemos tener datos más frescos respecto de la cantidad de



personas, por ejemplo, que actualmente está esperando quimioterapia o radioterapia no GES? Para alertarnos o no alertarnos, porque obviamente tenemos un caso puntual al que tenemos que destinar toda nuestra preocupación.

Si el diputado Lee pudiera dejar los antecedentes en la Secretaría, lo oficiamos de inmediato.

Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.— Señor Presidente, solicito officiar al Servicio de Salud Arica y al Servicio de Salud Antofagasta, para que informe sobre el estado de salud de don Francisco Terrazas Soto, RUT 4.956.412-0, porque es un paciente muy emblemático. Tuvo un cáncer de piel que se pudo haber resuelto con una cirugía, pero ahora está siendo sometido a radioterapia.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).— ¿Tiene un melanoma?

El señor **LEE**.— No, de los tipos epiteloma. Progresó tanto la enfermedad que hoy está en grado avanzado y requiere radioterapia.

A propósito de este mismo caso, pido que se oficie al Centro Oncológico del Norte, para que la Dirección de dicho establecimiento de salud nos informe sobre cuántos casos de Arica, derivados al Centro Oncológico del Norte, están esperando atención con radioterapia.

En caso de incumplimiento de oportunidad, sabemos que la obligación del sistema de salud es, entonces, la compra de servicios y derivar a esos pacientes a radioterapia en el sistema privado. Por eso, me gustaría saber cuál es el mecanismo que se adopta en ese caso, porque eso no está funcionando. Si hay un paciente que está esperando radioterapia en el sistema público y no se le está cumpliendo su garantía de oportunidad, esa persona ya debería estar siendo encaminado a los centros privados de radioterapia.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).— ¿Habría acuerdo respecto de ambos oficios?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Jaime Araya.

El señor **ARAYA** (don Jaime).— Señor Presidente, lo que hizo el diputado Lee me parece notable.



También, solicito el acuerdo de la comisión para oficiar al Hospital Regional de Antofagasta y al Hospital Clínico de la Universidad de Chile para que informen sobre la firma del convenio para ejecutar la quimioembolización, que fue aprobada por el Hospital Regional de Antofagasta, porque no he tenido respuesta.

La señora Ana Amado Carvajal dice que ha estado tramitando esto durante un año y se ha enfrentado a distintas negligencias administrativas, como pérdida de documentación, demora en la gestión y falta de respuesta. Ahora le acaban de informar que no se podrá avanzar con esta modalidad, porque el convenio no está vigente entre ambos hospitales.

Reitero, quiero oficiar a ambos hospitales y a los servicios de salud respectivos. Entiendo que el Servicio de Salud Antofagasta correspondería al Hospital Regional de Antofagasta. Desconozco el servicio de salud pertinente respecto del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Sobre ese punto, entiendo que la quimioembolización no está disponible en todos los centros oncológicos. De hecho, debe tenerlo la FALP, un par de clínicas y probablemente el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Al fin y al cabo, allí no tienen que esperar el convenio, sino que pueden comprar servicios.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, precisamente ese es el tema que estamos analizando, porque ante una cosa esencial y sencilla, la compra de servicios, la respuesta del Hospital Regional de Antofagasta es no, que es preciso esperar la firma del convenio con el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Señor Presidente, ¿me puede ayudar con respecto a qué servicio de salud dirigir el oficio en el caso del Hospital Clínico de la Universidad de Chile?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Andrea Solís.

La señora **SOLÍS**, doña Andrea (jefa de División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud).- Señor Presidente, primero, me llevo el caso que ha presentado el diputado.



Sin perjuicio de lo manifestado por el señor Presidente, quiero aclarar que la quimioembolización es un procedimiento que se hace puntualmente en algunos centros privados más que públicos. Entonces, no es algo de lo más frecuente y se hace en pocos lugares.

Segundo, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile es parte de la red de salud del sector público, que tiene dos focos: uno territorial, con el Servicio de Salud Metropolitano Norte, y otro de derivación desde el resto del país para algunas prestaciones que podemos identificar y que son parte de las macrorredes.

No estaba en mis antecedentes esa situación, pero me la llevo, porque puede ser parte del convenio que ya existe y que corresponde a la Universidad de Chile como parte del sector público. No es necesario que haya un convenio aparte con el Servicio de Salud Antofagasta.

Dado que es una prestación puntual, porque la Universidad de Chile es uno de los pocos centros que tiene radiólogos intervencionales que hacen ese procedimiento, lo podemos poner dentro de la cartera de las prestaciones de macrorredes de alta complejidad.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Parece que el hospital Carlos van Buren hace quimioembolización, encabezado por el doctor Cox.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, tengo la solicitud de procedimiento desde el Hospital Regional de Antofagasta.

Finalmente, ¿cuál es mi preocupación desde el punto de vista de la señora? Que ella tiene un cáncer. Su hijo está hace un año... Estamos hablando de una persona que hace un par de meses le dijeron que ese procedimiento se hace en tal parte de la red pública de salud. Ya se le hizo dos años atrás y había funcionado bien. Sin embargo, la respuesta que hoy tiene es "sabe que, no se puede".

Ahora, si es con el Servicio de Salud Metropolitano Norte, después de escuchar los noticiarios el fin de semana... Es algo



realmente sorprendente, porque las denuncias que hay allí son casi para un capítulo aparte de esta comisión.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Me encantaría que pudiéramos sesionar allá, pero no nos da el tiempo. Vamos a tener que hacer una comisión 2.0.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Hay que crear una comisión especial investigadora solo para ese hospital.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- A propósito de lo que plantea el diputado Jaime Araya, es atinente preguntar también por el subtítulo 22.

Como ustedes escucharon al inicio de la sesión, lamentablemente, el ministro de Hacienda y la directora de Presupuestos no van a acudir mañana.

Tristemente, vimos al menos algunos elementos comunes tanto en los servicios de salud de Valparaíso y de Araucanía Sur como en el hospital Sótero del Río. Los seis que hemos visitado -no fue tan explícito en el de Arica y por eso no lo menciono- estaban muy críticos respecto del subtítulo 22, que permite la compra de servicios, entre otros, los de la quimioembolización.

Señor subsecretario, ¿cuál es su radiografía respecto de la situación financiera de la red hospitalaria? Sabemos que la cuarta remesa, el cuarto trimestre del año pasado, fue muy crítica, menos de lo esperado, y que los recursos han ido llegando a cuentagotas a los distintos hospitales.

En un hospital correspondiente al Servicio de Salud Araucanía Sur y en el hospital Sótero del Río, donde estuvimos con los jefes de cirugía, nos dijeron explícitamente que han tenido dificultades para operar por falta de compra de artículos de distinto tipo, debido a la falta de presupuesto en el subtítulo 22. De manera que es relevante poner esto sobre la mesa.

Tiene la palabra el señor subsecretario.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, quizá voy a hacer una intervención un poco más larga para mostrar las láminas finales y responder las últimas consultas de forma integral.

Como les comenté, la transparencia de la información es bien relevante. La producción de los datos y de lo que estuvimos



viendo para cada servicio de salud es una forma de generar acción de manera integral, quizá, no con toda la integralidad que uno quisiera, porque lo que se puede medir es infinito. Entonces, también hay que elegir lo que uno mide para hacer gestión.

Lo que ustedes están viendo en este momento son datos que probablemente ya conocen de la cantidad de casos y los tiempos de espera, cómo aumentaron durante pandemia y cómo hemos ido recuperando tiempos de espera tanto en lo quirúrgico, en la consulta, en los egresos propiamente tal y en los egresos por intervenciones quirúrgicas, como también en la medición de las personas que están esperando más tiempo y que están siendo priorizadas por los servicios de salud, con la implementación de esta estrategia del percentil 75. Incluso, podemos observar cómo hemos logrado reducir progresivamente la cantidad de personas que han estado esperando atención por más tiempo. Esto se refleja tanto en las consultas de nueva especialidad como en las intervenciones quirúrgicas. En estos casos, hemos pasado, por ejemplo, de 97.000 personas en lista de espera a tener ya 10.000 casos resueltos dentro del 25 por ciento de pacientes que más tiempo llevaban esperando. En el ámbito odontológico, se observa una situación similar.

Para ir cerrando, nos llevaremos los oficios que nos ha planteado la comisión, y esperamos, por supuesto, que estos lleguen formalmente para poder responderlos de la misma manera. Actualmente, estamos respondiendo los oficios y llevando a cabo los procesos de auditoría de la Contraloría, del Ministerio y de la red, los cuales ya cuentan con auditorías finalizadas cuyas observaciones se están resolviendo.

Lo mismo ocurre con los oficios parlamentarios surgidos en el marco de esta comisión especial investigadora, los cuales estamos abordando uno a uno: algunos ya han sido respondidos y enviados, mientras que otros se encuentran en distintas etapas de tramitación. Nuestro compromiso es responder a todas las consultas que nos han planteado, así como las solicitudes adicionales que se han mencionado en esta instancia.



Por supuesto, compartimos plenamente la sensación de urgencia que ustedes han mencionado, no solo a través de los casos individuales que han presentado, sino también en términos generales. Aquí estamos mostrando cifras, pero detrás de cada número hay personas que están sufriendo y que necesitan algún tipo de atención. En ningún caso queremos resumir toda la actividad de nuestras redes de salud a los números que presentamos; hay personas detrás de cada dato, y compartimos la importancia de avanzar con más velocidad y en múltiples frentes.

Esto implica no solo mejorar los sistemas de información, que son habilitantes para muchas otras acciones y que nos permiten tener acceso a información más precisa, sino también avanzar en paralelo en otras áreas. Por decirlo en términos coloquiales, tenemos que caminar y mascar chicle a la vez.

Somos plenamente conscientes de que debemos mejorar la infraestructura, la disponibilidad de especialistas en todo el país y generar mejores incentivos para que el personal que más aporta al trabajo sea reconocido. Para eso también sirven los sistemas de información. Debemos reducir el ausentismo y mejorar la colaboración público-privada, con el fin de utilizar la red privada con más eficacia y a precios justos.

Por supuesto, necesitamos más presupuesto, y en relación con la pregunta que hacía el diputado Lagomarsino, para nosotros también es prioritario asegurar que los hospitales cuenten con los recursos necesarios. Si bien existe una restricción presupuestaria -eso no es novedad-, dicha restricción no debe frenar las posibilidades de hacer un buen trabajo.

Además, debemos mejorar la gestión, ya que no todo pasa por el presupuesto. Es necesario fortalecer la red de gestores, lo que representa un desafío importante, que implica hablar del sistema de Alta Dirección Pública (ADP). Tenemos varios desafíos de modernización en el sistema. Algunas de estas líneas ya las hemos conversado, y ustedes las tienen a la vista, dado que han realizado un proceso de investigación muy interesante, y estaremos muy atentos a analizar los resultados.



Por nuestra parte, como equipo de esta gestión, nos hemos propuesto seis prioridades para mantener un equilibrio tanto en materia financiera como sanitaria. Nos hemos dado estos grandes objetivos y, evidentemente, debemos mantener ambos aspectos en la balanza. Asimismo, en cuanto a la gestión del presupuesto, estamos pidiendo a los servicios de salud una planificación presupuestaria pormenorizada, y realizaremos un seguimiento a esa planificación y a su ejecución para resguardar que los recursos sean bien utilizados.

Por último, vamos a trabajar en la gestión del ausentismo para mejorar también en ese aspecto. Por supuesto, los tiempos de espera son una prioridad, sobre la que ya hemos hablado bastante. Lo mismo ocurre con la interoperabilidad y las inversiones.

No quiero dejar de mencionar que el fortalecimiento de la atención primaria universal es un objetivo relevante. En torno a estas seis prioridades, estaremos trabajando durante este año.

Todo lo que requieran en cuanto a información o respuesta sobre estas materias, lo podemos ir revisando.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Antes de que termine esta comisión, ¿podríamos disponer de una lista de espera de pacientes que esperan radioterapia y quimioterapia, tanto GES como no GES? Sería conveniente tener una visión general al respecto, aunque sea en el macrocentro.

Asimismo, sería importante contar con un informe sobre las cirugías oncológicas y conocer el estado general de las listas de espera oncológicas.

Lo menciono porque hoy, por ejemplo, en el caso del cáncer cervicouterino, en la lista de espera GES están incluidas tanto las pacientes que no se hacen el Papanicolau como aquellas que están en espera de radioterapia o quimioterapia debido a esta enfermedad. Si bien lo primero es importante, lo segundo es más urgente.



Por lo tanto, ¿podríamos tener una radiografía de la situación del cáncer, que incluya todas las patologías GES, para saber cuántas personas están en las listas de espera para cirugía oncológica o tratamientos como radioterapia o quimioterapia? Idealmente, esa información también podría incluir las patologías no GES.

Insisto, en el caso del cáncer de páncreas, en el Hospital van Buren, de Valparaíso, todos los pacientes que padecen esta enfermedad quedan al final de la lista, ya que no es una patología GES, tanto para quimioterapia como para radioterapia. Lo mismo ocurre con otras patologías cancerígenas. Como dijo el diputado Lee, solo el melanoma maligno es GES.

Entonces, no sé si podemos contar con un informe de esas características, que nos ayudaría a tener cifras para respaldar nuestra lucha presupuestaria. Ahora, en junio comienza el levantamiento de la ley de Presupuestos 2026.

Si le parece a la comisión, solicitaremos esa información, junto con lo planteado por el diputado Jaime Araya, por las vías formales correspondientes.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, pido que incorpore a la solicitud dirigida al señor subsecretario el estado de los convenios de programación entre el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales de Chile.

Hago este alcance porque en la Región de Arica y Parinacota existe un convenio de programación firmado en 2019, por ocho años, que finaliza el próximo año. Sin embargo, a menos de un año de su vencimiento, está absolutamente incumplido por parte del Ministerio de Salud.

Dicho convenio considera aportes de fondos mixtos entre el Minsal y los gobiernos regionales. No obstante, si bien estos últimos han cumplido algunas de sus obligaciones -aunque no



sabemos exactamente hasta qué punto, y por eso es importante solicitar esta información-, el ministerio ha cumplido muy poco, al menos en lo que respecta a mi región.

Para dar números exactos: el convenio considera 73.000 millones de pesos. El 35 por ciento corresponde al Gobierno Regional de Arica y Parinacota, y el 65 por ciento al Ministerio de Salud. Sin embargo, los porcentajes de aporte no han sido suficientes.

¿Por qué lo menciono? Porque esto se puede extrapolar a todos los gobiernos regionales. Lamentablemente, quienes deben fiscalizar el cumplimiento de estos convenios -que son los consejeros regionales- no cuentan con la preparación técnica suficiente en esta área para realizar una fiscalización adecuada. Esto es especialmente relevante ahora, ya que muchos de ellos resultaron electos recientemente, pero se enfrentan a estos números, convenios y proyectos sin estar, con todo el respeto hacia ellos, debidamente preparados.

Hemos propuesto, ya desde hace algún tiempo, que los consejeros regionales cuenten con asesores técnicos o profesionales de apoyo, pero hasta ahora eso no ha ocurrido. En consecuencia, las direcciones de salud en los territorios siguen teniendo el sartén por el mango. Ahí es donde falta más gestión y transparencia para desarrollar un verdadero proyecto de salud, sentarse frente a los gobiernos regionales y decirles la verdad.

Lamentablemente, hasta ahora, eso no ha ocurrido.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Si le parece a la comisión, solicitaremos el estado de los convenios de programación.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Considerando que nos encontramos próximos al término del tiempo asignado, solicito el acuerdo para prorrogar la sesión por cinco minutos.



¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Jaime Araya.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, quiero explicar brevemente la siguiente situación y, posteriormente, si es posible, agradecería que el señor subsecretario pudiera responder ahora o, en su defecto, por oficio.

El Hospital de Antofagasta ha iniciado una política de desvinculación de personal a honorarios en distintas áreas del recinto. Eso le quita una cierta capacidad operativa al hospital.

Curiosamente, en mayo, el Hospital Regional de Antofagasta sabe que tiene que iniciar compras de servicio, porque con la provisión de gente que tiene no logra cubrir las listas de espera que hay. Además, parte con un presupuesto que debe ser de alrededor del 50 o 60 por ciento de lo que se necesita para operar, y me decían que todo el mundo sabe que esta es la práctica habitual de los hospitales, que se va suplementando el presupuesto después. Esto, me dicen, es una práctica desde que el mundo es mundo.

Entonces, ¿cuál es la lógica detrás de eso? O sea, un presupuesto que pareciera estar mal calculado, pero que nunca está mal calculado, porque siempre llega la plata a fin de año; la decisión de desvincular funcionarios propios, que podrían darle más capacidad operativa al hospital, y generar una especie de tormenta perfecta en la que es necesario salir a comprar servicios y que, mágicamente, cuando se está acabando la plata, esta aparece hasta el final del año.

No estoy haciendo ninguna acusación, solamente estoy tratando de relatar de la manera más clara posible lo que podría ser un tema que, aparentemente, se va repitiendo en distintos hospitales o en distintos servicios de salud, donde el presupuesto es menor, pero luego, mágicamente, aparecen suplementaciones desde el Ministerio de Hacienda.



Porque esa es una decisión: echemos gente, reduzcamos la capacidad operativa, después vamos a necesitar hacer compras de servicios para responder a esta demanda, salimos a comprar servicios, que es más caro, luego aparece mágicamente la plata, y las partidas que más se cuidan son las de compras de servicios.

No es necesario que me lo respondan ahora, ojalá pueda ser por escrito, y si lo que estoy diciendo no corresponde a la realidad, estoy abierto a que me digan que eso no es así. Sin embargo, con los documentos que he ido viendo, lo que he estado revisando y con las personas que he estado conversando, pareciera que esto es una práctica que se va repitiendo. O sea, el tema de presupuestos ya me pasó y recuerdo que, en mi experiencia parlamentaria, todo el mundo decía: Se está acabando el presupuesto. Pero resulta que no se acababa nunca.

Entonces, no sé cuál es la lógica detrás de eso, porque es como que los dineros estuvieran en otra parte, en una caja mágica, y cuando empieza a colapsar aparece la plata y se pueden comprar los servicios para llegar a fin de año y cumplir las metas. Es como si fuese una cierta práctica. Estuve mirando y, durante los últimos cuatro años, uno podría decir que, más o menos, se repite ese patrón.

La desvinculación de las personas es una cuestión que me parece que no tiene lógica, porque después, cuando están desesperados, esa persona está contratada por el prestador que realizará la operación, o, derechamente, lo vuelve a recontractar al hospital. Entonces, no logro entender cuál es.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Puede contestarlo ahora, subsecretario.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Haré el intento, pero, efectivamente, es una práctica presupuestaria de larga data que genera ciertas dinámicas en los servicios de salud, cuando el presupuesto de inicio es diferente al presupuesto de cierre.



Ese es el fenómeno que usted observa, que, quiero aclarar, no necesariamente está vinculado directamente con el fenómeno de los honorarios a suma alzada que usted menciona, porque la naturaleza del contrato de honorarios es transitoria. Entonces, que estén entrando y saliendo personas en esa modalidad es esperable, porque por ley es una función transitoria.

No obstante, lo que sí sucede es este fenómeno de la diferencia que uno puede observar en la ley de Presupuestos desde hace muchos años, de una diferencia entre el inicio y el final, que genera este efecto. Yo lo comparo hartito con la atención primaria, porque uno observa que en la atención primaria no existe tal diferencia.

En la atención primaria hay un *per cápita* y ese es un modelo de financiamiento muy interesante, porque los establecimientos y los administradores conocen su presupuesto, tanto con el que parten como con el que terminan, porque está medido en este instrumento que es el *per cápita*, como el 70 por ciento del financiamiento de ese nivel de atención. No obstante, no es un *per cápita* lo que tenemos en el nivel secundario, sino que un presupuesto más bien medido y definido por criterios históricos; y, por supuesto, en cada ciclo presupuestario se toman una serie de decisiones que aumentan o disminuyen el presupuesto.

Pero se da este fenómeno de partir sabiendo que después los presupuestos se irán complementando, así como cierta incertidumbre de cuántos recursos tengo para hacer la gestión.

Creo que eso es lo que usted observa y por lo cual hace el comentario acerca de eso, que tiene que ver con cómo está estructurado y diseñado el modelo de sistemas presupuestarios en general.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Respecto de lo mismo que plantea el diputado Araya, hay casos más concretos, pero de correlativos que quedan en los servicios de salud. Por ejemplo, en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio se abrieron el Hospital Claudio Vicuña, en San Antonio, y el Hospital San José



de Casablanca, que traen aumento de dotación. Sin embargo, una parte, una colita de ese aumento de dotación entre el Ministerio de Salud y el hospital, la cortan los servicios de salud. Entonces, son correlativos que se crean para atención clínica, pero que terminan haciendo labores administrativas en alguna parte.

¿Cuánto de eso ha sucedido? ¿Hay algún estudio de relaciones laborales de la División de Gestión de Redes Asistenciales (Digera) respecto de cuántos funcionarios, que en la ley de Presupuestos aprobamos para atenciones clínicas, terminan estando sus correlativos a nivel de los servicios de salud? Sobre todo, porque uno conoce casos puntuales, pero es una cuestión respecto de la cual uno tiene la apreciación de que sucede más de lo que a uno gustaría.

Asimismo, a nivel nacional: ¿A cuántos funcionarios con atenciones clínicas, cuyo cargo está asignado al hospital, mandan en comisión de servicio los servicios de salud, dejando de hacer atenciones clínicas que pasan a ser administrativas?

Con esto prorrogo, para que pueda responder el subsecretario, y terminamos.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Respecto de los correlativos y la distribución del personal, hay que recordar que las dotaciones son por servicios de salud. La ley de Presupuestos identifica al servicio de salud como la entidad administrativa y toda la dotación le pertenece al servicio de salud, dentro del cual están los hospitales autogestionados en establecimientos...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Al respecto, cuando aprobamos el presupuesto del servicio de salud -por ejemplo, si en un año existe la apertura de un hospital-, hay una glosa en ese programa que dice: Se han creado tantos cargos, producto de que se abre el hospital tanto.

Entonces, si bien la dotación está asignada al servicio de salud, nosotros aprobamos funcionarios para los hospitales, sobre todo, en función de que hoy está delegada -desde la



subsecretaría a todos los directores del servicio de salud- la facultad de asignar esos cargos nuevos.

El señor **MARTORELL** (subsecretario de Redes Asistenciales).- Justamente, para allá iba. Solo como contexto, la dotación es del servicio de salud cuando en la ley se identifica el destino; o sea, lo que corresponde es que esos contratos se ejecuten en ese destino. Es decir, es una malversación cuando se aprueban recursos presupuestarios que no se utilizan para el fin para el que fueron creados. Esa es una regla general que tenemos como sistema presupuestario y administración pública.

Por tanto, no debería suceder el fenómeno. Si bien uno también conoce algunos casos en que eso ha sucedido, hay que tener ojo también, porque los servicios de salud hacen distribuciones internas entre los establecimientos para el mejor funcionamiento de la red en su conjunto.

Además, gestionan directamente. Por ejemplo, hay varios servicios de salud que gestionan directamente hospitalizaciones domiciliarias -por nombrar un caso- desde el servicio de salud, que también requiere de una dotación del servicio de salud para la atención directa, o el establecimiento o servicio de salud, que funciona casi como un prestador.

Entonces, esa pregunta de cuánto pesa este fenómeno, es difícil de medir, y, hasta donde sé, no tenemos mediciones precisas de aquello, lo que no quita que podamos empezar a investigarlo.

Sobre las comisiones de servicio que se hacen sin funciones clínicas, también ahí hay una brecha de información, porque tampoco contamos con un sistema nacional de comisiones de servicio o un registro nacional de comisiones de servicio. Sin embargo, quizás por eso es importante ir a la presentación: ¿Cuál es la producción esperada para una dotación existente en un establecimiento, al menos, en términos al menos nominales? Eso lo podemos medir y es lo que estamos mostrando, con el fin



de alcanzar una cierta productividad de acuerdo con lo que se espera de esa dotación.

Si bien cada uno de estos fenómenos puede ir sumando, eventualmente son fenómenos probablemente pequeños, pero podrían ir sumando un efecto. Este aspecto también se puede abordar mediante estas mediciones más gruesas de la productividad esperada en los distintos establecimientos del país.

Muchas gracias.

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

Solo para dar un ejemplo, quiero mencionar un tema igualmente fundamental y al que nunca se le ha destinado mucho tiempo.

Sé que es un poco majadero, pero en el caso del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, en 2023 tenía una dotación máxima de personal conforme a la ley N° 15.076, que corresponde al estamento médico, con 28 horas, es decir, turnos de 273 personas, lo que equivale a 7.644 horas. En 2024, la dotación fue de 315, equivalentes a 8.820 horas. Para 2025, la cifra llegó a 322, lo que equivale a 9.016 horas de turnos bajo la ley médica. Sin embargo, vemos que el personal sube poquito: 273, al año siguiente 315 y al posterior a 322.

En cuanto a la dotación máxima de personal según la ley N° 19.664, que corresponde al personal diurno, 25.718 horas semanales en 2023 y sube a 29.557 horas semanales en 2024; es decir, lo que implica un incremento cercano a las 4.000 horas. Para 2025, la cifra se elevó a 31.636 horas, lo que sugiere la creación de un montón de cargos.

No obstante, este aumento no se refleja en la red asistencial. Considero que aún nos falta hartos paños que cortar.

Subsecretario, agradezco su presencia en esta comisión. Sabemos que tiene mucha pega y estaremos atentos a su gestión, especialmente el diputado Araya, quien se ha involucrado hartos en el tema. Los diputados Lee, Romero, Palma y yo hemos estado



comprometidos, pero el diputado Araya se ha sumado al tema de la salud.

A modo de información, la sesión de mañana está suspendida.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, ¿cuántas sesiones quedan?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tenemos una sesión el jueves a las 9:30 horas en el hospital de Maipú. Los diputados Romero y Palma ya están confirmados. Diputado Lee, si quiere asistir será bienvenido.

Posteriormente, durante la semana distrital, el 29 de abril tenemos una sesión en el Hospital Carlos Van Buren. Y luego, el 5 de mayo, tendremos la sesión en la que está invitada la ministra de Salud.

Finalmente, volveremos a citar al ministro de Hacienda a una sesión especial.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, por su intermedio, subsecretario, ¿sería posible que instruya a sus directores de servicios de salud para que respondan nuestros oficios? Me refiero a los oficios enviados por los colegas de la Cámara de Diputados, dentro de un plazo de 30 días. Existe un proyecto de ley en marcha para que así sea, bajo sanción. Sin embargo, ¿por qué esperar a que se promulgue esa ley, si desde el nivel central se puede instruir que esas respuestas se entreguen dentro de los 30 días?

Gracias, subsecretario.

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

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, propuesta para cerrar la comisión, sugiero ver la posibilidad de realizar la sesión el lunes 5 en el Hospital San José, con la ministra.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Si llevamos a la ministra al Hospital San José, las respuestas de la ministra



probablemente serán solo sobre ese hospital, y la gracia no es tener...

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Podemos hablar de muchas cosas. En todos los hospitales hemos hablado de todo.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Busquemos sesionar en el Hospital San José con el director del servicio y el director del hospital?

El señor **ARAYA** (don Jaime).- El lunes 5 en la mañana, y luego, por la noche, con la ministra.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tenía pensado realizar una sesión intermedia con el ministro de Hacienda antes de la Sala, ya que es muy importante, como usted ha dicho.

El ministro de Hacienda se encontraba en el extranjero, de gira con el Presidente, pero la directora de Presupuestos podría haber asistido mañana.

Gracias, nuevamente.

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

-Se levantó la sesión a las 21:00 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.