



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 373ª

ACTA DE LA SESIÓN 27, ESPECIAL, CELEBRADA EN LUNES 5 DE MAYO DE 2025, DE 19:31 A 21:42 HORAS.

SUMA

Exposiciones de la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza, y de la Directora de Presupuestos, señora Javiera Martínez Fariña, acerca del mandato de la Comisión.

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

Actuó, en calidad de Abogado Secretario de la comisión, el señor John Smok Kazazian; como abogada ayudante, la señora Milenka Kegevic Romero; y como secretaria ejecutiva la señora Jrisi Diamantidis Biterna.

I. ASISTENCIA

Asistieron, de manera presencial, los diputados Tomás Lagomarsino, Hernán Palma, Agustín Romero, Patricio Rosas y Jaime Sáez.

En reemplazo del diputado Enrique Lee y de la diputada Emilia Nuyado, asistieron los diputados Roberto Arroyo y Nelson Venegas, respectivamente.

II. ACTAS

El acta de la sesión 25ª se dio por aprobada, por no haber sido sometida a observaciones.

El acta de la sesión 26ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.



Firmado electrónicamente

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

Código de verificación: 5F4990C59AB1B114

III. CUENTA¹

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

1. Certificado médico recibido en el día de hoy lunes 5 mayo, enviado por el diputado Andrés Celis, mediante el cual indica que hoy debe permanecer en reposo por indicación médica. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

2.- Oficio N°228, de 5 de mayo del presente, del Director del Centro Oncológico del Norte, sr. Ricardo Baeza Letelier, mediante el cual informa que la lista de espera para radioterapia es de 321 pacientes, de los cuales 216 se encuentran en condiciones de ser citados y 105 aún en etapa previa. Añade que los pacientes de la región de Arica y Parinacota son 46, y además plantea mecanismos de solución. Respuesta Oficio N°: 66/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

3.- Comunicación del jefe del comité mixto Social Cristiano, Nacional Libertarios e Independientes, por la que informa que el diputado Enrique Lee Flores será reemplazado por el diputado Roberto Arroyo Muñoz en esta sesión. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

4.- Nota del jefe del Comité Socialista por el que comunica que la diputada Emilia Nuyado será reemplazada en esta sesión por el diputado Nelson Venegas. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

5.- Oficio N°06, respuesta Ministerio de Salud N°4541/2025 el cual, informa sobre listado de profesionales de la salud y médicos que formen parte del Sistema Público de Salud, y que en los últimos dos años tengan periodos de licencias médicas. Respuesta Oficio N°: 6/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

6.- Oficio N° 07, respuesta de la Ministerio de Salud N°6929 mediante el cual, informa sobre servicios de cirugías, tratamientos y atenciones compradas por el Fondo Nacional de Salud y hospitales autogestionados a prestadores privados. Respuesta Oficio N°: 7/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

7.- Oficio N°08, respuesta del Ministerio de Salud, N° 4545/2025 sobre la existencia de una política pública de recontractación de médicos jubilados y que se encuentren con disponibilidad de trabajo. Respuesta Oficio N°: 8/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

8.- Oficio N° 09, respuesta Ministerio de Salud, N°4538/2025, el cual, informa sobre la reducción presupuestaria dispuesta por el Decreto N°19 del Ministerio de Hacienda del 10 de enero de 2025. Respuesta Oficio N°: 9/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

9.- Oficio N°11, respuesta Ministerio de Salud, N°4544/2025, el cual informa sobre número de médicos especialistas que renunciaron a su período

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=349824&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

asistencial obligatorio en los últimos tres años. Respuesta Oficio N°: 11/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

10.- Oficio N°12, respuesta del Ministerio de Salud, N°4537/2025, el cual, informa sobre las glosas correspondientes a listas de espera del periodo que indica. Respuesta Oficio N°: 12/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

11.- Oficio N° 14, respuesta Ministerio de Salud, N° 6875/2025 el cual, informa sobre el convenio celebrado entre el Servicio de Salud Del Reloncaví y el Centro de Especialidades Oncológicas de Bariloche, Argentina. Respuesta Oficio N°: 14/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

12.- Oficio N° 15, respuesta del Ministerio de Salud, N° 8515/2025, el cual, informa sobre la magnitud de la diferencia que existe entre la información con que cuenta el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) y los sistemas de información locales de cada uno de los Servicios de Salud del país. Respuesta Oficio N°: 15/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

13.- Oficio N°16, respuesta Ministerio de Salud, N°4543/2025, el cual, informa sobre antecedentes respecto de los resultados de los procesos de calificación de los directivos de Cada Servicio de Salud del país y de los directores de los hospitales dependientes de aquellos. Respuesta Oficio N°: 16/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

14.- Oficio N°18, respuesta Ministerio de Salud, Servicio de Salud del Reloncaví, N°662/2025, Información sobre D. María Elba Aro Vera (Adulta Mayor) que falleció mientras se encontraba esperando atención médica en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Puerto Montt. Se adjunta anexo. Respuesta Oficio N°: 18/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

15.- Oficio N°19, Ministerio de Salud, N° 4542/2025, el cual informa sobre la forma en que la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI, ha gestionado la operación del Hospital Regional de Antofagasta. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

16.- Oficio N°17, Ministerio de Salud, N°8512, por medio del cual informa sobre interrogantes, planteadas por las Diputada y los Diputados integrantes de la Comisión CEI 63 y 64, durante la sesión celebrada el día 21 de enero de 2025. Se adjunta anexo. Respuesta Oficio N°: 17/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

17.- Oficio N°21, respuesta del Ministerio de Salud, N° 8496, Informe sobre todas las cirugías y horas médicas suspendidas a nivel nacional, en los distintos Servicios de Salud del país, en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2024. Respuesta Oficio N°: 21/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

18.- Oficio N°23, respuesta del Ministerio de Salud, N°8502/2025, mediante el cual, informa sobre las medidas que el Ministerio de Salud ha adoptado frente a la gran cantidad de cirugías retrasadas en el Hospital Regional de Antofagasta, por problemas u obstáculos vinculados a las labores de la

concesionaria de dicho recinto de salud. Respuesta Oficio N°: 23/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

19.- Oficio N°30, respuesta del Ministerio de Salud, N° 8501/2025, el cual emite un pronunciamiento respecto a la propuesta que se plantea en el proyecto de resolución N°1461 que solicita una nueva estrategia para la formación de especialistas médicos para zonas extremas. Respuesta Oficio N°: 30/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

20.- Oficio N°22, respuesta del Ministerio de Salud, N° 8494/2025, (adjunto 2 anexos), mediante el cual, informa sobre los establecimientos de salud del país que aún no cuentan con acceso a internet. Respuesta Oficio N°: 22/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

21.- Oficio N° 37, respuesta Ministerio de Salud, N°8548, con adjunto Ministerio de Salud Arica y Parinacota Ord. N°1548, el cual el director subrogante del Servicio de Salud Arica y Parinacota, dando respuesta a la consulta formulada por el H. Diputado Dr. Tomás Lagomarsino Guzmán, a través del Oficio N°37/S15/2025 de 09 de abril de 2025, informar lo siguiente: Que, debido a la naturaleza sensible de la información, no es posible entregar un informe mas detallado de los pacientes trasladados. Respuesta Oficio N°: 37/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

22.- Oficio N°38, respuesta del Ministerio de Salud, N° 8498 el cual, informar sobre la antigüedad, utilidad y vida útil del material quirúrgico en el Hospital Regional de Antofagasta en general, y en particular en el departamento de cirugía cardiovascular. Respuesta Oficio N°: 38/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

23.- Oficio N°39, respuesta Ministerio de Salud, N°8557, con adjunto Servicio de Salud de Arica y Parinacota Ord.N°1506 el cual, dispuso la Instrucción de un procedimiento disciplinario por medio de la Resolución Exenta N°906 de 2024, a raíz de la Habilitación de la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría UHCIP) Infante Adolescente. Respuesta Oficio N°: 39/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

24.- Oficio N°40, respuesta del Ministerio de Salud N°8493, Solicita, el cual describe las modalidades en que se pone en conocimiento de cada paciente el lugar específico en que se encuentra dentro de la lista de espera, y su movilidad al interior de cada lista. Respuesta Oficio N°: 40/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

25.- Oficio N° 42, Ministerio de Salud N° 8499, adjunta anexo Exp. 31898, en el cual se informa que, en la red pública de salud, el número de camas hospitalarias por cada 1.000 beneficiarios asciende a 1,59. Considerando en esta cifra las camas básicas, medias, de cuidados intensivos (UCI), UTI, psiquiátricas, obstétricas, de pensionado y sociosanitarias. Respuesta Oficio N°: 42/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

26.- Oficio N°51, Ministerio de Salud N°8505, con adjunto Servicio de Salud Araucanía Sur Ord. N°1201, el cual informa que actualmente el Hospital

Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, cuenta con catorce (14) ascensores y dos (2) montaplatos, los cuales son utilizados en el traslado de camas, camillas, catres, carros y pacientes de pre y post operatorio, minusválidos, usuarios con movilidad reducida, visitas, funcionarios, traslado alimentación e incluso para el uso de abastecimiento general del Hospital. Respuesta Oficio N°: 51/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

27.- Oficio N° 59, repuesta del Ministerio de Salud, N°8510, el cual da respuesta a los cargos directivos en hospitales de la Región de Los Lagos. Respuesta Oficio N°: 59/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

28.- Oficio N°38.S15.2025, respuesta Ministra de Salud, Ord N°8507, Directora del Servicio de Salud Arica y Parinacota, Ord. 1700, mediante el cual el Servicio no cuenta con ningún programa de salud convenido vigente con el Gobierno Regional. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

29.- Oficio N°20, respuesta del Ministerio de Salud, N°4539, el cual se encuentra en informe de la Glosa N°6 de la Ley de presupuesto 2024 al presente en forma íntegra. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

30.- Oficio N°20 B, respuesta del Ministerio de Salud, N°8492 y N°6928 con anexo, el cual se adjunta una tabla que detalla de la cantidad de personal de la red de salud destinado a labores informáticas, asociado al subtítulo 21, "Gastos en Personal", desglosada por región y Servicio de Salud, con fecha de corte al 31 de diciembre de 2024. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

IV. ORDEN DEL DÍA

El diputado Lagomarsino, Presidente, expresó que esta sesión especial ha sido citada con el objeto de tratar materias relacionadas con el mandato a que diera origen esta instancia, para dar respuesta a las observaciones, preguntas y solicitudes planteadas por los integrantes de la comisión.

Para estos efectos la Comisión ha recibido a:

1. La Directora de Presupuestos, señora Javiera Martínez Fariña, quien se refirió al gasto público en salud en Chile², y al Pago automatizado de facturas a proveedores³.

2. La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza, quien se refirió al Informe Final sobre la gestión de las listas de espera en el sistema público de salud⁴, y dio respuesta a las interrogantes planteadas por los parlamentarios.

² https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=348973&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

³ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=349004&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

⁴ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=349577&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. Sesionar los días lunes 12 y martes 13 de mayo con el objeto de presentar y votar las propuestas y conclusiones.
2. Prorrogar hasta las 21.20 hrs.
3. Prorrogar hasta las 21.30 hrs.
4. Prorrogar hasta que la Ministra de Salud termine de dar respuesta a las preguntas planteadas por los parlamentarios presentes.
5. Incorporar las respuestas a oficios entregados por la Ministra de Salud a la cuenta de esta sesión.

El detalle de lo obrado en esta sesión queda registrado en un [archivo de audio y video digital](#), conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del Reglamento.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 21:42 horas.


JOHN SMOK KAZAZIAN
Abogado Secretario (a) de la Comisión

**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 27^a, celebrada en la ciudad de Valparaíso,
en lunes 05 de mayo de 2025, de 19:31 a 21:42 horas.

Preside el diputado señor Tomás Lagomarsino.

Asisten los diputados señores Daniel Lilayu, Hernán Palma,
Agustín Romero, Patricio Rosas y Jaime Sáez.

El diputado Enrique Lee fue reemplazado por el diputado
Roberto Arroyo, y la diputada Emilia Nuyado fue reemplazada
por el diputado Nelson Venegas.

Concurren, en calidad de invitadas, la ministra de Salud,
señora Ximena Aguilera Sanhueza, y la directora de
Presupuestos, señora Javiera Martínez Fariña.

TEXTO DEL DEBATE

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

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

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

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- En primer lugar, damos la bienvenida a la ministra de Salud, señora Ximena Aguilera, y a la directora de Presupuestos, señora Javiera Martínez.

Antes de pasar a puntos varios, quiero proponer, dado que esta es la última sesión de audiencias, no sesionar mañana para que todos tengan tiempo de elaborar propuestas de conclusiones, recomendaciones, etcétera. De esta forma, se citaría a sesión el próximo lunes, a la misma hora, y el martes en la mañana, a fin de realizar la votación de las conclusiones.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra sobre puntos varios.

Ofrezco la palabra.

La presente sesión tiene por objeto recibir a la ministra de Salud, doctora Ximena Aguilera, y a la directora de Presupuestos, doña Javiera Martínez.

Iniciaremos la sesión con la exposición de la directora de Presupuestos, puesto que ya había sido citada en una sesión anterior.

Tiene la palabra la señora Javiera Martínez.

La señora **MARTÍNEZ**, doña Javiera (directora de Presupuestos).- Señor Presidente, en primer lugar, saludo a los integrantes de la comisión.

Efectivamente, la semana pasada fui citada, pero no pude asistir, razón por la cual envié un oficio para agradecer la invitación formulada, pero también expliqué que tenía compromisos legales, en el marco de mis responsabilidades, que me impedían asistir.

Antes de la publicación de las cifras fiscales del informe de finanzas públicas, la Dirección de Presupuestos, de manera

normativa, tiene que presentar las cifras al Consejo Fiscal Autónomo, y esa reunión, que tiene que ser previa a la publicación de las cifras fiscales, era el mismo día en que se realizó esta comisión.

En aquella oportunidad recalqué que, si la comisión lo estimaba conveniente, estaba completamente disponible para asistir en otro momento si la comisión lo ameritaba. Hago esa salvedad porque entiendo que el tema se llevó a Contraloría; sin embargo, considero que mi oficio era bastante claro en cuanto a las razones por las cuales no pude asistir, y, por supuesto, para mí era importante estar en este momento.

(La invitada apoya su exposición con un PPT)

La presentación que traigo tiene tres focos fundamentales: el primero es la mirada general de la partida del Ministerio de Salud en lo que nos compete como Dirección de Presupuestos.

Una segunda mirada corresponde a lo que se ha hecho para afrontar un desafío que, en lo que compete a la Dirección de Presupuestos, es de carácter fiscal, que nos debería preocupar y ocupar a todos.

Y un tercer punto corresponde a un foco especial en las listas de espera.

En la presentación verán que no hay mayores detalles sobre la productividad, las mejoras en los tiempos de espera y el mayor número de egresos de cirugías mayores ambulatorias que puede tener el sistema, pero, no porque no consideremos importante aquello, por parte de la Dirección de Presupuestos, puesto que es un trabajo conjunto que miramos prácticamente semana a semana con el Ministerio de Salud, sino porque nos interesa poner el foco en lo netamente presupuestario.

Como antecedente, el gasto público, y quizás esta no sea ninguna novedad, ha sido prioritario en los presupuestos nacionales. En cada una de las administraciones ocupa, más o menos, el 6 por ciento del PIB y el 20 por ciento del presupuesto. Esto puede variar año a año, pero esas son las magnitudes.

Posterior a la pandemia del covid-19, obviamente este nivel de gasto se ha hecho más desafiante para la política fiscal. Además, hay que entender y revisar el gasto en salud de los costos que se han visto al alza. En realidad, uno los ve en los sistemas de salud pública en el mundo: aumento del costo de las prestaciones por la alta inflación, cambio de perfil epidemiológico y demográfico de la población, envejecimiento; en otras palabras, existe una mayor demanda debido a las prestaciones suspendidas durante los años 2020 y 2021.

La OCDE hace proyecciones de cuánto, más o menos, va a alcanzar, en promedio, el gasto de salud pública en los países OCDE, y a 2040 será de alrededor del 12 por ciento del PIB. Esto también se combina con las principales fuentes de presión de gasto para los países. En el resto de los países tenemos, como tendencias globales en salud, el envejecimiento, elemento que se encuentra ligado también a la materia de cuidado, seguridad social, cambio climático y la deuda pública con sus tasas de interés.

¿Por qué es desafiante para la política fiscal? Porque el gasto público en salud aumentó, en promedio, 13 por ciento en los países OCDE. Esto significa que entre 2019 y 2021 aumentó 13,5 por ciento, en promedio. Luego, ha decrecido solamente entre 2021 y 2022. Después de 2022, se ha mantenido estable o al alza en 1,5 por ciento.

Sabemos que es un presupuesto grande, que creció y tuvo una expansión a raíz de la crisis sanitaria, y no se observa que, salvo en casos muy específicos, después haya bajado ese gasto, sino que, en los países, en general y por diferentes motivos, ha quedado más alto que la proyección que se tenía en los países en 2019, previo a la pandemia. Esto se combina con el desafío general que tiene el mundo de ir controlando la deuda bruta del gobierno central.

En el segundo gráfico se observa, en el caso de Chile, la curva de deuda bruta. Luego están los países emergentes, los países de Latinoamérica y después los desarrollados.

Si bien Chile tiene comparativamente un nivel de deuda bruta como porcentaje del PIB menor que los otros casos, sí preocupa la velocidad que ha adquirido esta deuda bruta. Por consiguiente, en términos de gastos, los países tienen una presión fiscal importante en materia de salud y, al mismo tiempo, están trabajando en una convergencia fiscal en el mediano plazo que permita estabilizar sus niveles de deuda.

En cuanto al rol clave de la tecnología, tal como comenté, al revisar el gasto público en salud y por qué ha ido aumentando, independientemente de la productividad del sistema, vemos que hay un alza generalizada de costos en las prestaciones, no solo en Chile, sino también en el resto de los países. La tecnología puede jugar un rol clave tanto al alza como a la baja. O sea, nos puede ayudar a aliviar costos con mayor tecnología, pero también puede hacer que algunas patologías se resuelvan con tecnologías más caras.

A su vez, hay que considerar los cambios de perfil epidemiológico y demográfico de la población y la capacidad del sistema para los próximos shocks.

Como comenté, el promedio OCDE esperado al 2040 será de alrededor del 12 por ciento del PIB de gasto público.

La lámina muestra cómo eso se ve reflejado en lo que estamos viviendo en Chile, cómo ha cambiado el número de beneficiarios del Fonasa, el porcentaje de personas mayores dentro de los beneficiarios y también la curva del IPC de los últimos años.

Es importante señalar que el gasto público de salud ronda el 20 por ciento, en tanto que el 2024 fue de 23 por ciento. Son magnitudes similares a las del Ministerio de Educación y el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, pero, además, y es lo que nos ocupa hoy, en el Ministerio de Salud, prácticamente, el 56 por ciento del gasto es para los servicios de salud.

Entonces, dentro de un presupuesto que es bastante grande y que tiene varias cosas, más allá de los servicios de salud, aun así, los servicios de salud son una parte relevante del presupuesto total.

El gasto público en salud ha sido prioritario, al menos el año 2022, y en general, si uno verifica otras administraciones, ha sido una prioridad para el gobierno. Si uno revisa todo el aumento de gasto público que hubo en el año 2023 en los distintos ministerios y el Tesoro Público, 30 por ciento, o sea, un tercio del aumento del gasto en el año, correspondió al Ministerio de Salud.

En 2024, cerca de 42 por ciento del aumento de la totalidad del presupuesto fue para el Ministerio de Salud y, en 2025, un 30 por ciento. Además, año a año, el esfuerzo fiscal más importante que se realiza durante el año de reasignación, de buscar espacios fiscales para poder financiar los gastos, también son en salud, como muestra el segundo gráfico. O sea, el año 2023, del total de presupuesto reasignado durante el año, el 56 por ciento fue para el Ministerio de Salud. Es decir, cuando uno ve holguras presupuestarias, lo primero que se hace es dar prioridad a los gastos en salud y, dentro de salud, particularmente, a los servicios de salud.

En una perspectiva más histórica, la lámina muestra la evolución de presupuesto y la ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud desde el año 1990, todo llevado a pesos de 2025 para ser comparable el gráfico, la ley inicial y la ejecución final de la ley de Presupuestos.

Si bien desde 2006 hasta 2013 observamos que efectivamente había un porcentaje mayor del presupuesto que se ejecutaba -o sea, se sobre ejecutaba-, ya en 2015 eso se va viendo con mayor fuerza. Incluso, antes de la pandemia, en el año 2019, esto también crece de manera más importante, se ha ido profundizando, pero claramente con la pandemia se profundizó más la diferencia entre el presupuesto inicial y un presupuesto final de salud. Es importante entenderlo, y también sus causas, porque gran parte de la conversación que tenemos con el ministerio no queda acotada a la Ley de Presupuestos, sino que hay mucha gestión durante el año. Obviamente, el año 2020 este salto fue mayor. El 2021 también fue bastante alto y los esfuerzos de la administración han estado enfocados en cerrar

esta brecha, en el sentido de que el presupuesto inicial se parezca lo más posible al presupuesto final.

Si uno revisa cuál es la diferencia entre la ley inicial y la ejecución en el año 2021, 2022 y 2023, se observa que se va acortando la brecha y que el año 2024, en términos de ley inicial, hicimos un reconocimiento importante a mayor presupuesto, de manera de igualar el año 2023 -el presupuesto se formula en agosto, aproximadamente-, y el año 2024 la brecha se acortó bastante en función de lo que se venía viendo en los años anteriores. Ahora, todo eso, por el tamaño y los desafíos de gestión que implica tanto para la política fiscal como sanitaria, no se puede cerrar de un día para otro, pero es un trabajo que hemos estado haciendo con el Ministerio de Salud.

Por otro lado, más allá de los gatillos legales que pueda tener el ministerio, ¿dónde está ese aumento, que prácticamente es del 79 por ciento del tamaño del Ministerio, en los últimos 10 años? Y es importante observar, como aparece reflejado en la lámina, que las mayores presiones que vemos en el sistema, que están relacionadas con el objeto de la comisión: las listas de espera tienen que ver con el subtítulo 22 de la Ley de Presupuesto que se refiere a bienes y servicios de consumo.

Como muestra el gráfico, buscamos reflejar desde 2014 hasta 2023, o sea, prácticamente toda la década anterior, donde han aumentado más los costos del sistema. Observamos que, por ejemplo, en alimentos y bebidas o en servicios básicos, en general, ha estado algo más estable, pero la barra más grande son materiales de uso o consumo que, en el caso de salud, son los medicamentos y los insumos que tienen para funcionar los hospitales. Esto no es el ministerio entero, si no que suma los servicios de salud.

Entonces, los costos de operación de los servicios de salud desde el año 2019 han aumentado un 35 por ciento y más del 50 por ciento de ese aumento, efectivamente, está en el ítem Materiales de Uso y Consumo, los cuales han aumentado 90 por ciento en los últimos 10 años. Ahora bien, haciendo zoom en cada servicio de salud, uno puede encontrar explicaciones

distintas, hay algunas que son de prestaciones, hay algunos hospitales que han abierto nuevos servicios o han ampliado la capacidad de cada uno de los hospitales. Por tanto, un mensaje importante es decir que todos los servicios funcionan o tienen explicaciones diferentes para sus problemas. No hay que tratar de generalizar, porque efectivamente hay que revisar qué está pasando en cada uno de los servicios.

Otro ítem que ha subido de manera importante es el de Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo, que ha crecido 36 por ciento en promedio, pero vemos bastante variabilidad. O sea, el servicio que ha crecido menos, proporcionalmente, fue 4 por ciento y el que ha crecido más lo hizo en 101 por ciento, y ese ítem es como un gasto de otros, que también tiene, de nuevo, distintas explicaciones según servicio.

Para afrontar la situación actual y futura, entendiendo la complejidad, repito, sanitaria y fiscal, con el Ministerio de Salud hemos trabajado en que cada peso invertido sea en bienestar social y, por eso, hemos trabajado en agregar hospitales al sistema GRD y otras medidas de productividad. También hemos trabajado en un eje de prevención y de eficiencia en compras de insumos y servicios y para afrontar ausentismo y licencias médicas.

Tanto en atención primaria como secundaria, el presupuesto de salud ha sido prioritario para la gestión del actual gobierno.

En la lámina podemos observar cómo ha aumentado el peso del sistema GRD dentro de la totalidad del presupuesto y cómo se han ido aumentando los establecimientos nuevos por año en esta metodología, que permite operar con un precio base único y reconocer la complejidad derivada en la red asistencial.

Además, creo que fue muy importante lo que hicimos de cara a la Ley de Presupuestos 2023, porque cuando se hizo el cambio al sistema GRD no se hizo considerando mayores recursos, y además llegó la pandemia. Por tanto, se hizo un cambio al sistema GRD, con la que se cambió la fórmula para asignar los

recursos, pero no se logró poner en marcha el sistema GRD porque había una pandemia, por tanto, hubo otra emergencia de la cual hacerse cargo.

El 2023 reconocimos cerca de 220.000 millones de pesos adicionales, que equivale al 17 por ciento de aumento en el presupuesto. Uno tiene que considerar que los presupuestos crecen en el orden del 3 por ciento o 4 por ciento, por tanto, que algo aumente en 17 por ciento, es un cambio sustantivo dentro del presupuesto nacional.

Por otro lado, dentro del ejercicio presupuestario que tenemos, el Ministerio de Salud ha puesto hincapié en reforzar la atención primaria, que entre el 2022 y el 2025 ha crecido un 25 por ciento. ¿Por qué es importante? Porque, desde el punto de vista presupuestario, sabemos que invertir en prevención disminuye la carga sobre los hospitales.

Este ha sido un trabajo en conjunto con el Banco Mundial y en línea con las recomendaciones de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. Para el presupuesto del año pasado, dicha comisión hizo una publicación especial explicando qué medidas se han considerado, de las que ellos levantaron, y cuáles todavía están en implementación. Tenemos ese balance.

Según cifras de la dicha comisión, por cada peso invertido en APS, se ahorran entre 5 a 10 pesos en el gasto de salud, a nivel de hospitales, dado el tratamiento temprano de enfermedades crónicas y la reducción de hospitalizaciones.

Con esta lámina quisimos mostrarles el trabajo que estamos haciendo con el Banco Mundial, que finalmente compromete un desembolso de recursos en la medida que se cumplan diversos indicadores de gestión.

Por otro lado, y quizás esto lo conocen más porque también estuvo presente en la discusión de las últimas leyes de presupuestos, son las medidas que levantó la comisión en torno a la eficiencia del uso de pabellones y de las compras públicas, como la de insumos, donde también hemos hecho un seguimiento

de lo que incorporamos y cómo lo vamos incorporando en las leyes de presupuestos de cada año.

Finalmente, cabe preguntarse cómo lo que estamos haciendo actualmente, si los recursos que se ponen en el sistema se pueden gastar mejor. Y, en ese sentido, creemos que hoy día afrontar el ausentismo y las licencias médicas es importante para el sistema, porque ahí hay una cantidad relevante de recursos que finalmente no llegan a los destinatarios o no mejoran necesariamente la salud de los usuarios del sistema. Por eso, estamos haciendo un trabajo en conjunto con el Ministerio de Salud.

A modo de motivar la conversación, puedo decirles que el gasto en suplencias y reemplazos en los servicios de salud, a diciembre de cada año, ha aumentado en el tiempo. En 2024 llegó a un *peak* de prácticamente 300 millones de dólares, y cuando uno mira el sector público, efectivamente, el mayor gasto también se da en este sector.

Subsidio de Incapacidad Laboral. Es algo que tenemos comprometido desde la discusión del presupuesto del año pasado y es parte de las acciones correctivas que se presentaron semanas anteriores; tiene que ver con las reformas que uno podría pensar en materia del subsidio de incapacidad laboral.

El gráfico en pantalla refleja cuánto se gastó el año 2022 en licencias, tanto desde salud pública como respecto de los recursos que van a las cajas. Lo comparamos, por ejemplo, con la totalidad del Ministerio de Desarrollo Social o del Poder Judicial y el Ministerio Público. Eso, porque a veces, como los números son tan grandes, uno pierde los órdenes de magnitud, pero hoy, efectivamente, lo que se gasta por este concepto en el gasto público sobrepasa con creces los tamaños, por ejemplo, de un Ministerio de Desarrollo Social entero o de la administración de justicia, que implica el Poder Judicial y el Ministerio Público.

Por último, para hacer un *zoom* más específico respecto de los recursos especiales para listas de espera, es importante

decir que los recursos para los tiempos de espera se pueden definir de distintas maneras, porque poner más recursos en GRD o aumentar el número de dotaciones en hospitales, etcétera, por supuesto que ayuda a la reducción de tiempos de espera; sin embargo, con el cuadro en pantalla quisimos resaltar algunas medidas específicas, tanto en los esfuerzos puntuales de apoyo como en las estrategias asociadas al Fondo de Emergencia Transitorio, tema sobre el cual se legisló especialmente con motivo de la pandemia y que acababa en junio del año 2022, lo que obviamente permitió un impulso importante; eso, además del Plan de Productividad Quirúrgica que se ha trabajado en el ministerio, y cómo se han ido aportando, ley a ley, mayores recursos en el año 2025. Asimismo, gracias a la aprobación del proyecto de ley de Atención Priorizada, también se llega a un *peak* respecto de los años 2023 y 2024, de recursos focalizados para la acción de listas de espera.

Eso es cuanto puedo decir.

Quedo atenta a sus preguntas.

Es harta información, pero quisimos dar esa mirada más general, para luego pasar a lo más particular.

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

Tiene la palabra el diputado Jaime Sáez.

El señor **SÁEZ**.- Señor Presidente, agradezco la presentación de la directora de Presupuestos.

Nosotros asistimos durante el mes de enero de este año a un ajuste importante, del orden de los 700 millones de dólares más o menos, que fue lo que se acordó en la tramitación de la última ley de presupuestos.

Hace dos semanas se entregó el informe de finanzas públicas, y los últimos días nos hemos enterado de cómo la Operación Renta de este año ha presentado cifras significativamente mayores que el año anterior.

Por lo tanto, uno entiende que las finanzas públicas están un poco más aliviadas en relación con el escenario que

particularmente nos tocó revisar a fines del año pasado, cuando discutíamos la ley de presupuestos vigente.

En ese sentido, y entendiendo que se ha hecho una serie de ajustes y que se está abordando el tema de las licencias médicas, esto va a producir ahorros. Y la pregunta que cabe, directora, por su intermedio, Presidente, es si esos ahorros, en el caso particular de salud, van a concurrir a fortalecer el Tesoro Público o hay alguna posibilidad importante de reasignaciones, no tanto para las inversiones, que en términos generales están adecuadamente cubiertas, sino más bien para cubrir el gasto corriente, el subtítulo 22.

Usted, en la presentación, enunció más o menos las medidas que se han tomado para evitar la sobrejecución presupuestaria a la cual hemos asistido de manera casi clásica, porque es casi una tendencia en la última década. Sin embargo, el año pasado fue particularmente crítico. De hecho, de cierta forma, dio origen a esta comisión especial investigadora, porque fue justo en el contexto de la discusión presupuestaria cuando empezamos a tener noticias de hospitales que, entre comillas, se habían quedado sin recursos para subsistir los últimos dos meses del año; finalmente, esa situación fue subsanada, pero evidentemente la amenaza de que una situación similar vuelva a ocurrir este año sigue presente.

Me interesa saber qué se va a hacer en concreto para evitar esa sobrejecución o cómo se puede ir aplanando un poco esa misma ejecución durante el año para que, en definitiva, el presupuesto se acerque lo más posible a lo que está dictaminado por ley.

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

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a la ministra de Salud y a la directora de Presupuestos.

En primer lugar, me sumo a lo que planteaba el diputado Sáez, en cuanto a las licencias médicas, que según entendimos, en algún minuto, cuando se discutió este tema, significaban una

pérdida de 85.000 millones de pesos para el Estado por el abuso en su extensión, asunto sobre el cual legislamos hace algún tiempo.

En segundo lugar, quiero saber sobre las multas respecto de los hospitales concesionados, por los incumplimientos de las concesiones. Nosotros hemos visitado varios hospitales concesionados y me imagino que las multas son bastante cuantiosas. Pregunté en algún minuto en el MOP, pero no sé si eso está considerado como un posible ingreso a caja fiscal.

En tercer lugar, algo bien concreto. En las audiencias de esta comisión, que han sido muchas, recibimos también a los proveedores, y entre sus quejas estaba la falta de pagos inmediatos desde la Dipres, que, de alguna manera, entorpecen la gestión, puesto que los proveedores se quedan sin espaldas financieras, porque además se trata de cifras bastante cuantiosas. Por ejemplo, solamente respecto del Hospital Sótero del Río, que está en el distrito que represento, donde recientemente sesionó esta comisión, se habla de una deuda de 20.000 millones de pesos a la fecha.

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

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a la ministra de Salud y a la directora de Presupuestos.

Más allá de los números, que son cuantiosos, porque hay cifras que ni siquiera sé pronunciarlas por la cantidad de ceros que tienen, quiero hacer preguntas mucho más simples. Por ejemplo, con todos estos recursos cuantiosos, que representan mucho más que el Poder Judicial o que un ministerio, ¿por qué falta plata en los hospitales entonces? ¿Por qué hay tanta gente en listas de espera? ¿Qué pasa? ¿Pasa por entregar más plata en el presupuesto o por la gestión? ¿Cuál es el problema?

Estoy en el seguimiento del presupuesto y hemos estado juntos en la subcomisión, ¿y qué es lo que se ejecuta superordenadito?

Sueldos. Ese es el problema. Los sueldos de los funcionarios públicos se pagan al día y no falta ni un peso, pero falta anestesia en el Van Buren para que las mujeres tengan las guaguas. Eso es violencia obstétrica, entre paréntesis.

Entonces, le quiero preguntar a la directora de Presupuestos, por favor, superfácil, a prueba de diputados como dirían algunos, ¿por qué falta plata para los hospitales? ¿Por qué reclaman, como decía el diputado Palma, los proveedores, que no les pagan? ¿Por qué faltan insumos en los hospitales? ¿Cuál es la razón? Habiendo toda esta cantidad de plata increíble, ¿por qué falta en el sistema de salud para sacar las listas de espera adelante, pagarles a los proveedores y que haya insumos en los hospitales?

Eso, Presidente, supersimple.

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

El señor **VENEGAS**.- Señor Presidente, escuché la última alocución del diputado Romero. Y entiendo que la respuesta se dejó entrever en la exposición. La propia directora señaló que esto era producto de la inflación propiamente tal de todos los gastos, del envejecimiento de la población y de los procesos suspendidos durante la pandemia. Esos son tres fenómenos que, más allá de la perspectiva y de la parcialidad política que se quiera tener y entendiendo que las listas de espera son un problema grave y muy sensible, que todos vemos a diario. Parece que se olvida que tuvimos una pandemia donde efectivamente se suspendieron muchos procedimientos.

Disculpen que haga alusión a esto, pero me tocó ser alcalde durante la época de la pandemia. Teníamos que estar enviando a gente y todas las operaciones se paralizaron. Y eso significa, por lo tanto, que esas operaciones en algún momento se debían realizar.

Entonces, intentar tratar de sacar provecho político muchas veces de situaciones tan dramáticas y graves, me parece un poco deshonesto.

Es cierto que existió una situación muy grave, pero también que el sistema de salud trata de ponerse al día de una situación dramática que se vivió en nuestro país.

Parece que nos olvidamos que tuvimos una pandemia que paralizó a nuestro país, donde lamentablemente gente tuvo que suspender muchas intervenciones médicas, que se tenían que realizar en algún momento. Por supuesto, todas estas listas de espera no son más que producto de eso en muchos sentidos.

Efectivamente, como los números no mienten y como se acaba de dar una exposición respecto del gasto público creciente que se ha realizado de los gastos iniciales, en términos presupuestarios, y de cómo incluso se superaron esos gastos iniciales al fin del ejercicio presupuestario, ahí están los números.

Respecto de la otra situación, evidentemente hay un problema. Todos somos conscientes de que existe un problema. Nadie podría tener el desdén de no sentir esa situación que se vive dramáticamente. Tenemos que tratar de mejorar aquello que se pueda mejorar, pero negar que no hubo un problema, producto de una cuestión que vivió dramáticamente no solo Chile, sino el mundo, creo que es tratar un poquito de sacar aprovechamiento político -insisto- respecto de una situación tan dramática que viven a diario miles de chilenos y chilenas.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tengo seis preguntas.

La primera, aunque se me adelantó el diputado Palma, efectivamente, en marzo de 2023, el pago automático se terminó. Antes de que se terminara, eso permitía que no sean los hospitales los que les paguen a los proveedores, sino directamente la Dipres, con un promedio en torno a los 27 días, entiendo.

En marzo de 2023, hubo dobles pagos en algunos servicios. No sé si habrá existido alguno en salud. Hasta lo que entiendo no había implicados servicios de salud, pero usted nos lo puede aclarar.

Se terminó quedando solamente en cuatro unidades: Servicio de Salud Metropolitana Norte, el Hospital San José está al día con sus proveedores, el Servicio de Salud Magallanes, que no

digamos que es uno de los con mayor volumen, Ñuble, y el Instituto de Salud Pública. Esas son las únicas cuatro unidades dentro del Ministerio de Salud que todavía tienen pago automático.

Entonces, ¿podremos ver a corto plazo un reinicio del pago automático? Aunque sea en el sector de salud. O sea, partir nuevamente con algunos de los 29 servicios salud o 30, si es que tenemos el hospital digital prontamente.

La segunda pregunta tiene que ver principalmente con los flujos de caja. Obviamente, el Ministerio de Hacienda va llevando el presupuesto de la nación. En cada servicio de salud, tiene el presupuesto del respectivo hospital.

De lo que hemos visto, ya que nos han respondido hartos hospitales autogestionados, pero no la totalidad del país, finalmente a los hospitales les llega a cuentagotas los recursos, por decirlo coloquialmente. Por dar un ejemplo, a marzo de 2025, al hospital Carlos van Buren le había llegado un tercio del tercio del subtítulo 22.

Entonces, ¿qué sucede básicamente? Si es que no se va a volver al pago automático, que sería una alternativa, para que efectivamente los hospitales tengan el suficiente flujo de caja para responder a las compras que tienen que realizar, sea de insumos, de servicios, porque finalmente eso es lo que mantiene activo al hospital, tener la anestesia, los medicamentos, las suturas, las prótesis, las placas de osteosíntesis, etcétera, la cantidad enorme de insumos y artículos médicos que se necesitan para mantener andando en un hospital, cómo se le puede dar el flujo de caja a los hospitales si no somos capaces a corto plazo tener pago automático?

La tercera pregunta tiene que ver con la deuda hospitalaria. Cuando estaba el pago automático, también la deuda hospitalaria se había disminuido bastante, si es que no prácticamente se había subsanado.

Obviamente, al terminar con el pago automático, nuevamente empezó a crecer la deuda hospitalaria. Hay hospitales que han partido el año con deudas de 20.000, 15.000 y otros más

pequeñitos que hemos visitado con 5.000 o 10.000 millones de pesos.

Al fin y al cabo, cuando les llega el presupuesto, terminan ocupando el presupuesto de 2025 para pagar la deuda que quedó de arrastre del año anterior. Por tanto, ¿qué podemos esperar desde el Ministerio de Hacienda y la Dirección de Presupuestos para enfrentar esta deuda hospitalaria que tenemos y que se había logrado controlar bastante bien con el pago automático?

En la misma línea, al menos desde la materia presupuestaria -usted lo dejó bastante claro-, se busca que el presupuesto inicial se parezca cada vez más, dentro de lo posible, al presupuesto final.

Pero los hospitales de nuestro país están acostumbrados -no sé si decirlo-, que año a año se ha ido repitiendo, a una expansión presupuestaria en el tercer trimestre y una expansión presupuestaria en el cuarto trimestre.

Lo que nos dicen, desde muchos hospitales que hemos visitado y que nos han contactado directamente o indirectamente es que se esperaba una expansión presupuestaria en el cuarto trimestre un poco más holgada. Esa expansión presupuestaria no llegó en los términos que se esperaban y eso llevó a deuda hospitalaria del año 2024 y a que en el 2025 se partiera con números rojos. ¿Cuál es la proyección de las expansiones presupuestarias?

Si vamos a las expansiones presupuestarias, si la red se va a tener que acostumbrar a que no existan en el tercer y cuarto trimestres, ¿cuál es el camino que está trazando la Dirección de Presupuestos finalmente en esta materia? Porque hay muchos hospitales autogestionados que dependen de esta expansión del cuarto trimestre y que parten el año pensando -nos guste o no- que van a tener esa expansión presupuestaria.

La quinta pregunta es sobre el subtítulo 22. Como usted bien lo ha graficado, dicho subtítulo se ha ido reajustando y ha crecido significativamente. Asimismo, sabemos que los reajustes de todo lo que se compra en salud son generalmente mayores que el IPC. De hecho, en un momento se habló del IPC de la salud, porque todo lo que se compra en salud va creciendo

más que la inflación, en cuanto a reactivos médicos, artículos médicos, etcétera.

¿Cómo se podría visualizar que tengamos un subtítulo 22 que vaya creciendo proporcionalmente como efectivamente se va encareciendo lo que el hospital adquiere año tras año? De lo contrario, año tras año va perdiendo poder adquisitivo por más que el presupuesto del subtítulo 22 de los hospitales o de los servicios de salud vaya creciendo.

La sexta y última pregunta es que, como bien dijo el diputado Sáez, tenemos una situación fiscal compleja. Hubo que hacer un recorte, pero se está hablando de otros recortes que vienen en camino. ¿Qué pueden esperar para la salud quienes integramos la Comisión de Salud o aquellos que, sin ser integrantes de dicha comisión, reciben permanentemente todo lo que llega relativo a la salud desde los hospitales de sus comunas? ¿Qué podemos esperar en materia de eventuales recortes para la partida presupuestaria de salud y principalmente para la red hospitalaria?

Tiene la palabra la directora Javiera Martínez.

La señora **MARTÍNEZ**, doña Javiera (directora de Presupuestos).- Señor Presidente, me referiré a dos temas más generales para después ir a lo particular.

Hay algo que mencionaba el señor Presidente con respecto a la cultura que se ha formado en cuanto a que en el último trimestre o a mediados de semestre existe un suplemento presupuestario. En ese sentido, los jefes de servicio, más allá de las situaciones particulares que uno puede ver, tienen un marco presupuestario que fue votado durante la tramitación de la ley de Presupuestos. Ese es su marco presupuestario, por lo tanto se debe planificar el año en función de él.

Entonces, no ha habido ninguna instrucción o método acordado de funcionamiento por el cual uno diga que se suplementa durante el año. Efectivamente, es un problema cuando existen jefes de servicio que, en el primer o segundo trimestres, tienen una ejecución. En junio del año pasado, teníamos una ejecución del orden del 70 u 80 por ciento del presupuesto. Además, con ello ponen una presión compleja, porque hay

servicios que tienen una mejor planificación presupuestaria, se las ingenian o tienen capacidad para planificarse en eso y, al final, el orden de criticidad del otro servicio de salud, que se está quedando sin presupuesto, puede mandar sobre la buena planificación presupuestaria.

Por consiguiente, hay que empezar la conversación diciendo que cada jefe de servicio tiene un marco de presupuesto que está aprobado por el Congreso Nacional y que debe hacer una planificación de acuerdo con ello.

Ahora bien, tampoco se puede tapar el sol con un dedo y decir que eso es así, sin revisar qué está pasando detrás de los servicios de salud. Como segunda idea fuerza, creo que todos los servicios de salud son distintos. Como bien dijo un señor diputado, hoy tenemos un proceso de normalización poscovid, la cual ha sido económica y fiscal.

En materia fiscal, la parte más importante es, quizá, la que atañe al Ministerio de Salud. Tiene su contraparte sanitaria, pero también tiene una parte fiscal importante, como, por ejemplo, que quedaron pendientes alrededor de 180 millones de dólares durante la pandemia. Se entiende que todas esas normalizaciones se deben hacer durante este tiempo.

Uno puede señalar a rajatabla el marco presupuestario, pero efectivamente hay un nivel de presión pospandemia en el sistema, por ende uno tiene que ser capaz de entender y revisarlo. Por eso, soy muy insistente en decir que todos los servicios de salud son distintos. Es poco verosímil, no solamente porque lo vemos en Chile, sino también porque lo vemos prácticamente en el resto de los países de la OCDE, que rebajar el presupuesto de salud después de la pandemia tenga sus complejidades, porque los desafíos sanitarios son distintos. Sin ser una experta sanitaria, se sabe que el envejecimiento de la población produce distintos tipos de presiones fiscales. No estamos pensando en que exista una rebaja de presupuesto, pero sí hay que hacerse permanentemente la pregunta de cómo puedo gastar mejor estos mismos recursos. No entré en detalle en esto, pero en los servicios de salud se

hacen esa pregunta constantemente y también se la exigimos desde Hacienda.

Una tercera idea que es necesario tener en consideración tiene que ver con que el subtítulo 22 debiese crecer tanto como aumenta la inflación real y no necesariamente según el inflador de la ley de Presupuestos, o bien, debiese reconocer la totalidad de la mayor complejidad del sistema o de la producción. Sin embargo, hoy tenemos un desafío que también tiene que ver con la normalización pospandemia de las finanzas públicas y de convergencia fiscal. Entonces, no se puede pretender dar todo el subtítulo 22 para llevarlo a cierto estándar y que eso no tenga consecuencias por los órdenes de magnitud que se manejan en la deuda pública o en la convergencia fiscal planeados.

En los gráficos del inicio se mostraba que el 20 por ciento del presupuesto corresponde al Ministerio de Salud o a los servicios de salud. Entonces, ¿cómo podemos gastar mejor en lo que ya hacemos? ¿Cómo podemos medir y asignar recursos según productividad y no necesariamente porque se gastó todo el presupuesto muy rápido y hay una situación crítica que exige comprometer más presupuesto? Todas estas cuestiones las hemos trabajado con el ministerio.

Además, un cambio importante, junto con la incorporación del GRD en el sistema, tiene que ver con que los presupuestos quedaron enmarcados en el Sigfe, es decir, a partir de 2019 los servicios no podían seguir comprometiendo recursos si no tenían un marco presupuestario. Eso hizo un cambio de lógica importante en la gestión de los recursos. Por eso, lo que antes se conocía como deuda hospitalaria invisible ya no tiene lugar, porque uno tiene que devengar según el marco presupuestario. Entonces, no diría que antes no existía, pero antes era efectivamente más invisible, porque podía ocurrir a pesar de no tener marco presupuestario.

En relación con el tema de la plataforma de pago automatizado, me gustaría compartir una presentación del año pasado que exhibimos en la Comisión de Economía del Senado, a partir de un proyecto de ley sobre el pago en 30 días. La

presentación muestra en qué estamos con el pago automatizado y por qué no se puede avanzar más con respecto a ello.

Primero, para que todos entiendan, esta plataforma permite transferir directamente desde la Tesorería General de la República a los proveedores de los ministerios y servicios. Después tenemos un flujo para ver qué significa eso. Ello se hace a través de la integración que tengan los ministerios con el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado, el Sigfe. El sistema verifica que la entidad pública haya recibido conforme la factura y que se tenga presupuesto, según lo dispuesto en la ley de presupuestos, estableciendo la obligación de pago.

Por distintas razones, esta plataforma tiene desafíos de gestión tecnológicos y normativos. Algunos de esos desafíos aplican a los servicios de salud y otros no, porque algunos servicios, por ejemplo, el MOP, no pueden pertenecer a la plataforma, ya que tienen desafíos tecnológicos, pero hay otros, como el caso de los servicios de salud, cuyos desafíos tienen que ver con la normativa y la gestión. Efectivamente, esta plataforma ha tenido distintos flujos y distintos *modus operandi* desde el año 2019, cuando fue implementada en modalidad piloto, hasta la actualidad. En ese período, incluso, se registró una suspensión del servicio.

En 2019, durante su modalidad piloto, los servicios de salud estaban integrados en la plataforma. Posteriormente, se realizaron mejoras para avanzar hacia la modalidad vector –voy a entrar en algunos que son más importantes–, y a partir de 2022 y 2023 hemos estado trabajando con modalidades más optimizadas que las anteriores. ¿Por qué? Porque la Contraloría realizó dos auditorías a esta plataforma.

La primera cubrió el período entre enero de 2019 y diciembre de 2020, y en ella se identificaron observaciones de alta criticidad respecto de lo implementado hasta ese momento. La segunda auditoría, que abarcó desde enero de 2021 hasta junio de 2022, mostró una reducción significativa de dichas observaciones, aunque estas no desaparecieron por completo.

En esta lámina hacemos un recuento general, sin entrar en el detalle de cada observación. Podemos poner a disposición esta presentación –que ya fue expuesta en el Senado– para su revisión. Estos son los desafíos que denomino normativos y de gestión tecnológica que la plataforma ha debido enfrentar.

Hemos trabajado en la implementación de diversas mejoras. Sin entrar en demasiados detalles, cabe destacar que la plataforma permite automatizar el sistema de pago a proveedores. No obstante, para que funcione correctamente y no se generen pagos duplicados –como ocurrió durante el período piloto, en el que la mayoría de los pagos duplicados involucraron a los servicios de salud, al igual que aquellos que aún no han sido reintegrados–, se requiere una integración efectiva con el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (Sigfe).

Lo anterior implica verificar que no se hayan producido anticipos; que exista verificación de documentos entre el Sigfe y el Servicio de Impuestos Internos; revisar las notas de crédito; establecer un doble control para prevenir la duplicidad de pagos; asegurar el control de la cesión de derechos en coordinación con el Servicio de Impuestos Internos, y mantener un monitoreo de flujos que emita alertas en caso de pagos duplicados.

Lamentablemente, estas garantías, tanto normativas como de gestión tecnológica, no necesariamente se dan de manera uniforme en todos los servicios de salud.

En esta diapositiva se presentan las medidas normativas. Actualmente, para que los servicios puedan incorporarse a la plataforma de pago automatizado, deben firmar un convenio con la Dirección de Presupuestos y participar previamente en una capacitación para el uso del sistema. Además, es fundamental que gestionen adecuadamente los pagos duplicados. Algunos servicios de salud ya los han reintegrado, lo que les ha permitido reingresar a la plataforma, mientras que otros, en cambio, aún no lo han hecho.

Hoy, por ejemplo, los nuevos servicios locales de educación ingresan directamente a la plataforma, ya que su mandato inicial contempla la realización de capacitaciones. Por lo tanto, se conforman equipos diseñados específicamente para cumplir con esos objetivos.

Si bien los servicios públicos que hoy no están en la plataforma pueden tener razones tecnológicas, en el caso de los servicios de salud las razones se relacionan con factores normativos y de gestión que impiden su incorporación. Independientemente de que haya algunos servicios que podrían ser reevaluados y a los cuales se les podría aplicar el proceso de capacitación correspondiente para su reincorporación a la plataforma, esto requiere un procedimiento más complejo, que no depende tanto de la voluntad, sino más bien de asegurar que —especialmente en un contexto de restricciones fiscales— los recursos se utilicen de la mejor manera posible.

Lamentablemente, considerando que hay proveedores involucrados, es posible que estén pagando justos por pecadores, ya que probablemente solo algunos hayan recibido estos pagos duplicados, cuyos casos fueron informados tanto al Consejo de Defensa del Estado como a la Contraloría, y deben ser regularizados. Sin embargo, es probable que existan proveedores que no hayan incurrido en estos problemas, pero que se vean afectados por los otros. En cualquier caso, nuestro deber es garantizar que este tipo de situaciones no vuelva a repetirse.

Con respecto a las demás preguntas, los ingresos que recibe el sistema, así como la holgura o el espacio fiscal disponible, se destinan prioritariamente al sector salud. De hecho, en una lámina anterior se mostró que los esfuerzos realizados a lo largo del año se han concentrado en ese ámbito. Actualmente, estamos trabajando en conjunto con el Ministerio de Salud para entregar certeza a cada servicio de salud respecto de las proyecciones presupuestarias para lo que resta del año.

Nuestra meta es comunicar, durante esta semana o la próxima, a cada servicio de salud cuál será su presupuesto disponible

hasta fin de año, considerando ciertos estándares de gestión y ejecución presupuestaria. Este presupuesto será superior al que actualmente tienen asignado, aunque posiblemente no cumpla con todas sus expectativas.

En consecuencia, los servicios ya no requerirán un suplemento adicional en el cuarto trimestre, ya que contarán con la certeza necesaria en materia presupuestaria. Sin embargo, hay algunos servicios de salud que requieren explicaciones adicionales sobre su nivel de ejecución actual y sobre las razones por las cuales presentan desviaciones respecto del marco presupuestario, considerando todas las observaciones que ustedes han puesto en relieve, en particular, aspectos fundamentales como la productividad y la complejidad. Teniendo en cuenta estos factores, debemos tener una conversación más específica con ellos.

Ese es un trabajo que realizamos semanalmente con el Ministerio de Salud, pero la idea es que la conversación que tomó fuerza en septiembre del año pasado pueda cerrarse durante mayo de este año, entregando las certezas necesarias.

Reconocemos que los servicios de salud son diversos y que no todos se encuentran en la misma situación, pero hay algunos que deben rendir cuentas con mayor profundidad, especialmente si esperan una ampliación presupuestaria.

Concluyo mi presentación, señor Presidente.

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

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, quiero aclarar lo siguiente: aquí no se trata de hacer aprovechamiento político ni tampoco hice una alocución hace un momento. Lo que planteé fueron preguntas. La alocución la hice en el Senado el año pasado, cuando discutimos el presupuesto de salud y le pregunté al ministro de Hacienda -y usted, directora, estaba presente- cuánto faltaba para solucionar la crisis de salud en Chile.

El problema es que esta es una comisión investigadora que debe entregar un informe sobre la problemática de las listas de espera. Por lo tanto, más allá de escuchar la intervención de la directora y ver que se han invertido millones y millones, quiero señalar que, aunque tal vez mis preguntas no se entendieron, estas se traducen en algo muy simple: la solución a la crisis de las listas de espera, ¿pasa por un tema de presupuesto? Si es así, quiero preguntarle qué medidas son necesarias o cuánta plata se necesita para resolver la crisis de la salud pública en Chile. Esa es la pregunta.

Escucho a la directora decir que necesita explicaciones de algunos servicios o que a estos se les ha pedido explicaciones respecto de su ejecución presupuestaria. Sin embargo, quiero saber si este es un problema de plata o de gestión. Si son 151.000 millones, ¿con 300.000 millones se solucionaría el problema? ¿Han medido si es un tema de plata o si hay otros factores involucrados?

Necesitamos saber si esto es un tema de presupuesto o si va por otro lado.

Muchas gracias, señor Presidente.

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

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, por su intermedio agradezco las respuestas de la señora directora.

Tengo una pregunta específica relacionada con la lista de espera para abdominoplastía, ya que hay más de 5.000 personas -la mayoría mujeres- en espera de esta cirugía por abdomen flácido o "guatita de delantal". Sin embargo, según las cifras que manejo, hay un dato que no me calza.

Tengo información del Minsal que abarca desde 2019 hasta 2024 y muestra un diferencial de más de 8.000 millones de pesos, cuyo destino desconozco, solo por concepto de esta partida presupuestaria, a pesar de que esta es una lista de espera altamente abultada y con reclamos permanentes.

En la presentación de la directora de la Dipres, vimos un ítem presupuestario de 3.136 millones de pesos y fracción anuales a partir de 2022. No obstante, según mis cálculos, la operación me arroja alrededor de 2.500 millones de pesos.

Ahí hay un diferencial, pero lo concreto es que, al hacer los cruces entre las personas operadas y los saldos no ocupados, desde 2019 -es decir, desde la administración anterior- hasta la fecha, la cifra supera los 8.000 millones de pesos.

Esas son diferencias presupuestarias que no sabemos si fueron asignadas a otras partidas, algo que quizás la ley permite y sobre lo cual quería consultar.

Muchas gracias.

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

Solo quiero indicar un par de cosas. Uno puede tener un marco presupuestario, pero creo que salud debe ser uno de los sectores que más contingencias tiene; es decir, tienes la UCI de un hospital llena, un paciente llegó con meningitis y debes trasladarlo a la UCI, y el director o el jefe de urgencia -si es en la madrugada- debe firmar una carta de respaldo a la clínica correspondiente para que ese paciente viva.

No lo digo con el ánimo de contradecir lo que usted dice, directora, todo lo contrario, también es para entender que, si bien uno puede tener un marco muy rígido, a veces, salud no es tan rígido como nos gustaría que fuera. De hecho, todo en salud sería mucho más sencillo si, en muchas ocasiones, fuera todo menos incierto.

En segundo lugar, y esta es una afirmación también, creo que esto nos quedó muy claro cuando fuimos a la Región de la Araucanía y vimos el Servicio de Salud Araucanía Norte, que es de baja complejidad y en el que, prácticamente, los casos más complejos de toda su lista de espera se van al Servicio de Salud Araucanía Sur, que cuenta con el hospital de Temuco.

Probablemente, usted dice: Hay servicios de salud que tienen todo muy ordenadito y claro. Quizás estoy equivocado, pero imagino que, justamente, esos servicios de salud son los de menor complejidad.

Me arriesgo al hacer esta afirmación, puede que esté equivocado, pero creo que, al menos, merece la duda, porque entre más complejo es un servicio de salud, más se deben comprar artículos médicos de mayor diversidad, como más medicamentos de distinta índole, etcétera. Digo esto para tenerlo también en consideración.

Por último, me queda la duda de si están esperando que los proveedores a quienes se les hizo un doble pago devuelvan el dinero, ya sea por la vía judicial u otra, para volver a integrar a los servicios de salud al pago automático, porque eso puede ocurrir mucho tiempo después.

Todos los servicios de salud a los que hemos ido durante estos 75 días añoran volver al pago automático, porque era algo que les permitía adaptarse y trabajar mucho mejor su marco presupuestario. Al menos, es lo que nos han planteado en casi todas las sesiones en las que hemos estado en terreno y le hemos preguntado esto a los directores.

En esa línea, si aquello no sucede, ¿cómo podemos garantizar el flujo de caja?

Tiene la palabra el diputado Jaime Sáez.

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

El diputado Romero estimula la argumentación, porque planteó el tema de un modo muy binario: Se necesitan 300 mil millones, ¿se soluciona, sí o no?

Al menos, a mí me parece que, evidentemente, es un tema de plata. A nivel de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se invierte alrededor del 9,2 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) en salud, y nosotros estamos en el 6 por ciento. En ese sentido, en la presentación

se mostraba que, en la mayoría de los países de la OCDE, la tendencia es llegar hasta el 12 por ciento hacia 2040.

No obstante, el problema que tenemos en Chile es fiscal. Entonces, al menos desde mi perspectiva, el asunto está en que, si vamos a estar discutiendo los asuntos estructurales de la salud año a año en la ley de Presupuestos, el problema es complejo de resolver.

Aventurándonos un poco hacia lo que conversaremos la próxima semana, cuando debamos elaborar conclusiones, me parece que este tipo de materias necesariamente se tienen que discutir en un espacio temporal más largo que un año presupuestario determinado, porque podemos tener un año muy bueno e invertir y aumentar mucho el presupuesto del Ministerio de Salud, pero si después tenemos un año complejo económicamente, vamos a tener que recortar.

Finalmente, creo que ese subibaja del gráfico es nocivo, porque, por ejemplo, no logra estabilizar planes de inversión a más largo plazo. Tampoco logra hacerse cargo de situaciones como las que usted mismo señalaba, Presidente, porque cuando se trata de salvarle la vida a una persona a las 03:00 horas no puedo estar considerando el marco presupuestario sobre el cual estoy. O lo salvo o muere, no hay muchas más opciones.

Entonces, necesariamente creo que los marcos presupuestarios de los servicios de salud debiesen contar con una mirada de más largo plazo y no únicamente tener el tratamiento que históricamente les damos en Chile, que es año a año, como cualquier otra partida presupuestaria. En definitiva, porque esta no es cualquier partida presupuestaria, tiene muchas más particularidades que todos los demás ministerios y servicios, y, por lo tanto, requeriría -creo yo- un tratamiento también distinto.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Directora, ¿quiere comentar algo?

La señora **MARTÍNEZ**, doña Javiera (directora de Presupuestos).- Sí, quiero comentar algunas cosas.

Con respecto al flujo de caja, los servicios de salud estuvieron en la plataforma de pago entre 2020 y 2022, pero es un momento en particular difícil de evaluar, porque salud tenía recursos extraordinarios por la pandemia y se había legislado fondos especiales para salud, entonces, la restricción fiscal era prácticamente cero en aquella época, y creo que los gráficos de la ley inicial con la final, entre 2020 y 2021, lo demuestran así.

En consecuencia, es complejo hacer la comparación, sin embargo, atendiendo la preocupación que se ha levantado, en el oficio N° 7-07, de 20 de marzo -que podemos también poner a disposición de la comisión-, hicimos un acuerdo de gestión con respecto al tratamiento de las cajas.

¿Por qué? Porque una de las razones que generó la creación de la plataforma de pago centralizado, según entiendo, fue porque se vivía en una situación constante de apozamiento de recursos de parte de los servicios y, en particular, de los servicios de salud.

Lo que también observamos, y que es parte de lo que sale en ese oficio, es que se asigna la caja en función de los recursos que tengan para evitar que los servicios apozen recursos durante el año. Entonces, de nuevo uno puede observar a distintos servicios en ese tipo de situaciones.

En cuanto a los tiempos de espera para abdominoplastías, quizás la ministra puede abordar el tema más en detalle, ya que ese nivel de especificación se formula a nivel de servicio hospitalario y no necesariamente a un nivel de prestaciones tan detallado.

Considerando lo anterior, aprovecho de hacer referencia a lo que usted comentaba en relación con que el Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD) ha ayudado y facilitado la asignación de recursos, de acuerdo a producción en varios de los hospitales más complejos.

Hay un desafío pendiente, que también hemos trabajado con el Ministerio de Salud, y que consiste en cómo se asignan recursos

en los hospitales de menor complejidad que no tienen la fórmula GRD, y cómo podemos tener algún símil que permita hacer esa asignación de recursos.

Por eso, el trabajo que estamos haciendo durante este año también cubre aquello, porque como Dirección de Presupuestos (Dipres) observamos a nivel de servicios de salud, sin embargo, lo que ocurre después a nivel de distribución entre los distintos hospitales de un servicio de salud es una mirada que perdemos en términos generales.

Dentro de toda la presentación que estamos haciendo, hoy existen restricciones fiscales que tienen que ver con un proceso de normalización de las finanzas públicas, que convive y debe convivir con un proceso de normalización del sistema de salud.

Es difícil hacer un tema binario de aquellas dos cosas, porque, efectivamente, ambos problemas son presupuestarios y también de gestión, así que creo que la complejidad del problema requiere mirarlo de esa manera.

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

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Disculpe, Presidente, pero dentro las conclusiones pondremos la visita de la honorable directora de Presupuestos, y creo que algo debemos decir respecto de la situación presupuestaria.

Entonces la pregunta es si sería falta presupuesto. Para que lo sepa el próximo gobierno, tal vez, ¿o no es un problema de presupuesto?

Eso es lo que estoy diciendo, no es que trate de poner las cosas en blanco y negro, sino que acá debemos sacar conclusiones. Por lo tanto, una de las conclusiones va a ser tirarle la pelota a la Dipres y decir que es su culpa, porque no les da plata y tiene apretadito el puño, o no es ese el problema, sino que se han detectado otras cosas.

Eso me interesa saber, solo para las conclusiones.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Es que ya no le contestó. No sé si quiere ahondar en la respuesta, porque...

(La señora Javiera Martínez interviene sin micrófono)

[...]

Entiendo lo que plantea el diputado Romero, pero desconozco si usted, directora, va a acercarse más a la respuesta que él espera.

El señor **ROMERO** (don Agustín).- No pues, si es necesario una respuesta, nada más. Si no hay respuesta, queda sin respuesta.

La señora **MARTÍNEZ**, doña Javiera (directora de Presupuestos).- Creo que hay que diferenciar.

Primero, algo que he aprendido en el Ministerio de Salud es que los tiempos de espera siempre van a existir, entonces, uno tiene que hacerse esa pregunta en función de qué tiempos de espera son razonables y tolerables, lo cual también va a depender de las distintas prestaciones.

Entonces, uno debe responder en función de una meta. Nosotros, por ejemplo, realizamos un cálculo hace un par de años, el cual indicaba que, para llegar a la mediana de la OCDE, se necesitaban aproximadamente entre 250 y 300 millones de dólares al año. Por lo demás, este cálculo va aumentando en el tiempo, porque es un modelo dinámico.

Creo que para solucionar los tiempos de espera por completo, evidentemente, el sistema necesitará más recursos. Y para establecer una meta ambiciosa, no solo en términos de la realidad de Chile, sino también respecto de lo que vemos en el resto del mundo, se necesitará más espacio fiscal. Así debiésemos responder la pregunta, pero eso no quita que se estén haciendo un montón de esfuerzos en esa línea.

Cabe señalar que el espacio fiscal se genera con mayores ingresos, con rebajas de gasto en otras partes o con dividendos de eficiencia que el mismo sistema logre, es decir, con los mismos recursos se pueden hacer mejor las cosas, y el mejor

ejemplo es lo que uno gasta hoy en suplencia y reemplazo, o en el subsidio por incapacidad laboral.

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

Agradecemos su explicación.

Tiene la palabra la ministra de Salud, señora Ximena Aguilera.

La señora **AGUILERA**, doña Ximena (ministra de Salud).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero hacer entrega de las respuestas a todos los oficios que nos han enviado hasta ahora. Aunque hoy recibimos dos oficios más solicitando información.

El ministerio preparó un informe con los distintos temas que se fueron revisando durante el desarrollo de la comisión, la cual considero que ha sido muy fructífera, porque han podido ir recorriendo, y nosotros hemos acompañado a través de los técnicos, las distintas áreas relacionadas con este tema tan relevante, y que puede servir para tener buenas conclusiones.

Para contestar sobre las listas de espera del Programa "Guatita de Delantal", la verdad es que cuesta tener una demanda asociada a los recursos; eso es lo que ha costado a través del tiempo. Hay servicios que son más eficientes, y cuando no se ocupan los recursos, estos se redireccionan al mismo servicio de salud. Entonces, no es que se queden en alguna parte, sino que se han estado utilizando.

Comparecemos para abordar un tema que, para nosotros, es una prioridad sanitaria nacional, la cual trasciende gobiernos y coyunturas. Como ustedes han visto, es algo estructural, es un desafío concreto en materia de acceso oportuno y es un componente del derecho a la salud.

Nuestra presentación está organizada en ocho puntos, de forma más general, no en detalle, como las de la subsecretaría o de la misma jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial, quien me acompaña.

Iremos revisando los puntos uno a uno. Empezaremos con la introducción y el contexto.

Desde la década de los 90, y me ha tocado trabajar en todas estas áreas, Chile ha trabajado en el desafío de la oportunidad de la atención. Primero, en el proyecto del Banco Mundial, con la redefinición de los niveles de complejidad del sistema y la creación de los CRS y los CDT, un aporte del proyecto de reforma de salud del Banco Mundial. Se trataba de superar el cuello de botella que implicaba la atención de especialistas que había en esa época. Si uno revisa el informe de esos años y la situación actual, verá que se reproduce una situación de alta demanda de servicios de especialidad, que se constituye en este cuello de botella. En ese entonces no se medían las listas de espera, y ese era justamente uno de los objetivos de esta iniciativa.

Los CRS originalmente fueron diseñados para aumentar la resolutivez del nivel primario, aunque lamentablemente no fue así en la realidad. Los CDT, en cambio, se diseñaron para destruir la idea de que la complejidad está ligada a la cama, sino que está relacionada con la diversidad de prestaciones y con el recurso humano que las entrega. Así se redefinieron los niveles de complejidad para que se reconociera que, a nivel ambulatorio, podía haber tanta complejidad o más que a nivel hospitalario.

Luego, en 1999, se avanzó nuevamente con la ley de urgencia, que implica una garantía para las atenciones, permitiendo que la gente recibiera atención de urgencia independientemente del costo, lo que también tiene que ver con la oportunidad de la atención. Recordemos que antes se les pedía un cheque a las personas; en el fondo, ese también fue un avance en la oportunidad de la atención.

Posteriormente, se avanzó con el plan GES, en 2005, cuando por primera vez en nuestro país se establecieron garantías legales de oportunidad en la atención para los problemas de salud prioritarios, algo totalmente vanguardista, porque ningún otro país había tenido la desfachatez de establecer garantías de oportunidad varias para cada problema de salud y para problemas que representan nada menos que el 80 por ciento

de la carga de enfermedad, lo cual implica una gran proporción de egresos hospitalarios, lo que conlleva un desafío de gestión enorme, que se ha traducido en muchos beneficios desde el punto de vista sanitario.

De alguna forma, esta secuencia muestra que ha sido un desafío persistente, que ha requerido enfoques sucesivos y complementarios hasta llegar a los actuales esfuerzos por el GES.

Cabe señalar que la existencia de listas de espera no es exclusiva de Chile. Hay países con sistemas de salud reconocidos, como Canadá, Reino Unido, Suecia, Noruega y Nueva Zelanda, que enfrentan desafíos similares, situación que refleja las tensiones que hay entre la demanda, impulsada por factores demográficos, tecnológicos, epidemiológicos -que también revisó la directora de Presupuestos- y la capacidad de respuesta oportuna de los sistemas, incluso en contextos con muchos más recursos.

Nuestro sistema sanitario, con componentes públicos y privados, ha logrado reconocimiento a nivel internacional y se ha desarrollado a través de acuerdos transversales que han perdurado, con indicadores sanitarios especialmente llamativos para el nivel de inversión que tenemos en salud.

Actualmente, brindamos una cobertura de acceso a servicios de salud a más del 84 por ciento de la población en el sistema público, a través del Fonasa. Dicha cobertura incluye al 94 por ciento de los adultos mayores de 65 años, que son aquellos que tienen mayor necesidad de atención de salud. Esto dimensiona la responsabilidad de la gestión del sistema y el impacto en la vida de los ciudadanos.

Asimismo, por mandato presidencial hemos implementado una política de transparencia en la entrega de información sobre listas de espera.

Cabe considerar que este es el primer gobierno que establece que la lista de espera No Ges sea la prioridad N° 1 de la gestión. En otras oportunidades se establecieron prioridades

de listas de espera, pero nunca como la única prioridad; había garantías de oportunidad solo en el GES.

Para nosotros, la transparencia es necesaria para un abordaje efectivo del problema, por eso agradecemos esta oportunidad para presentar las medidas y los resultados que hemos obtenido.

Para contextualizar esta intervención es importante distinguir, y sé que lo han estado revisando, las distintas definiciones sobre el tema.

En primer lugar, las listas de espera corresponden a una herramienta de gestión sanitaria que ordena la demanda según prioridad clínica y antigüedad. Es un componente estructural de todos los sistemas de atención de salud administrada con un modelo de puerta de entrada, como el caso nuestro, que tiene la atención primaria de la salud. Estas listas no son estáticas, sino que tienen un flujo constante de ingresos y egresos de pacientes. Por ejemplo, durante estos tres años de gobierno han ingresado más de nueve millones de personas a las listas de espera; diariamente nuevas personas son derivadas e ingresadas a las listas, mientras otras acceden a la atención requerida y salen.

El período de espera en nuestro caso se contabiliza a partir del día cero y corresponde al momento en que el paciente es ingresado en el registro del sistema.

Dentro de esta lista está la No GES, que es el registro de las personas que aguardan una atención de salud programada. Eso también es importante, dado que después se aborda el tema de las muertes relacionadas con las listas de espera. Son atenciones programadas, procedimientos, diagnósticos e intervenciones quirúrgicas que no están sujetas a las garantías de oportunidad. Es decir, las listas de espera No GES no incluyen el grueso de la carga de enfermedad que tiene garantías de oportunidad en el GES. Se trata fundamentalmente de atenciones electivas, es decir, no urgentes, que no representan un riesgo vital inmediato para el paciente y que constituyen el foco principal de análisis de esta comisión.

Además, están las garantías GES incumplidas, que muchas veces se confunden con la lista de espera GES. En rigor, el GES no tiene lista de espera, sino una garantía incumplida. ¿A qué se refiere eso? A las circunstancias en las cuales no se cumple el plazo establecido por la ley para otorgar la prestación garantizada dentro del régimen de garantías explícitas que se define en cada decreto, cada tres años. Este es un problema distinto, pero comparte algunos factores estructurales con las listas de espera No GES.

Cabe recordar que en el GES tenemos un nivel de cumplimiento de las garantías que supera el 98 por ciento, a pesar del aumento en más de un millón de garantías ofrecidas en estos años de gobierno, debido a la mayor demanda.

¿Cuál es el diagnóstico inicial? En primer lugar, el sistema de salud, como se había estado comentando, se encuentra en un escenario impactado por la crisis del covid-19. Los distintos países de la OCDE han establecido que los años de recuperación del impacto de la pandemia van desde 3 a 5 años, como también ha mencionado la directora. No es posible normalizar el sistema de salud de un año para otro.

Esto no es por establecer responsabilidades, porque claramente la magnitud de la pandemia obligó al gobierno anterior a concentrarse en salvar vidas y no a dar atenciones que no son urgentes, que son electivas y que son las que constituyen el grueso de las atenciones no GES, como muy bien recordaba el diputado.

El diagnóstico inicial mostraba, y esto lo vimos también en la interpelación, un personal sanitario desgastado, con una infraestructura y equipamiento redireccionado hacia la atención de Covid.

Eso lo vivimos cuando enfrentamos el brote de virus respiratorio sincicial (VRS) el 2023, en que nos faltaban respiradores para niños y no estaba el sistema de derivación organizado para la parte pediátrica.

La acumulación de deudas operacionales. Recordemos el gasto que hemos tenido. En el subtítulo 22 también está el pago de las deudas a las clínicas privadas, que no se pagaban desde la pandemia. O sea, toda esa normalización de adquisiciones extraordinarias y no programadas.

Sistemas de información clínica y administrativa fragmentados.

Disrupciones en los procesos asistenciales regulares e incremento del gasto de bolsillo de las familias.

Recordemos que en los años de la pandemia hubo una explosión del uso de la modalidad de libre elección, lo que significa mayor gasto para el Estado y también para las familias.

Este fenómeno se manifestó a nivel global, en que todos los países experimentaron patrones similares: postergación de atenciones no urgentes, aumento de la mortalidad por causas no Covid, prolongación de tiempos de espera y disminución de coberturas preventivas como inmunizaciones y tamizajes oncológicos.

A pesar de estas dificultades, la gestión del ministerio ha logrado resultados sanitarios que merecen ser mencionados. Hemos recuperado los indicadores de esperanza de vida, los dos años perdidos durante la pandemia. Llegamos a 81,4 años, la segunda esperanza de vida más alta del continente, solo después de Canadá.

En la imagen ustedes pueden ver nuestros característicos competidores e indicadores: Costa Rica, Panamá, Estados Unidos, Uruguay, todos con menos expectativa de vida que nosotros.

Una reducción del 17 por ciento en el riesgo de mortalidad ajustada por edad, revirtiendo la tendencia observada durante la crisis sanitaria. Tenemos mucho menos incluso en número absoluto de muertes.

Reducción de la mortalidad infantil, registrando por primera vez el 2024 menos de mil fallecimientos en menores de un año.

Hay que recordar que la mortalidad infantil durante la pandemia tuvo una baja, porque no hubo muertes respiratorias prácticamente y el Covid no afectó a los niños y hubo un reemplazo del nicho de los virus por el caso de Covid. Así que tuvieron como una ventaja que después se tendió a normalizar y ahora hemos vuelto a tomar la tendencia al descenso.

Hemos restablecido las coberturas preventivas de inmunizaciones, controles prenatales y tamizaje oncológico, que han sido reconocidos internacionalmente como las cartas de felicitación que hemos recibido de la OMS por inmunizaciones.

Se ha reconstituido progresivamente la capacidad operativa del sistema público para las atenciones no Covid y esto refleja el esfuerzo para recomponer el sistema de salud y constituye el marco en el cual se tienen que evaluar las listas de espera.

¿Cuáles son las causas estructurales de la lista de espera, que en definitiva es lo que nos lleva a las estrategias de solución?

¿Cuáles son ellas? Primero, mencionar el incremento de la demanda asistencial, que ya la directora mencionó.

La transición demográfica con un envejecimiento poblacional progresivo y aumento de la multimorbilidad.

Hoy, existen muchas más personas que concentran más de una enfermedad crónica y eso implica una mayor necesidad de interconsulta, si es que no está organizado el sistema para que se atienda en nivel primario.

Expansión de la cobertura del seguro público. Hemos incorporado a 1,5 millones de nuevos beneficiarios a Fonasa. Por lo tanto, tenemos que ser capaces de entregar atenciones a un número mayor de personas.

Hay mayor conocimiento ciudadano de sus derechos. Hay avances científicos que permiten tratar condiciones que antes se consideraban intratables, como las enfermedades poco frecuentes, por ejemplo. Eso también implica una presión para

ir a especialistas y que se le indiquen medicamentos que, además, son caros.

También el aumento de la cobertura de la atención primaria a través de la incorporación de más centros de salud, con el consecuente aumento de la derivación de pacientes.

Recordemos que es la puerta de entrada. Si nosotros no tuviéramos puertas de entrada, no habría derivaciones y con eso bajaríamos la lista de espera. En la medida que abrimos más puertas, más gente se atiende y más gente deriva al segundo nivel. Por eso es que hemos visto un aumento de las personas en espera.

Nuestro desafío es reducir el tiempo que están en esa espera, pero no atender menos personas, porque tenemos incluso más beneficiarios.

La segunda razón estructural son las restricciones en la capacidad de oferta. Hay brechas de especialistas médicos en el sector público, particularmente en especialidades críticas y en regiones distintas de la Metropolitana.

Desarrollo insuficiente de infraestructura hospitalaria de alta resolución con concentración en áreas urbanas. Está demasiado concentrada la infraestructura hospitalaria y la tecnología en los grandes hospitales y no está distribuida realmente como una red asistencial.

Tiene un sistema más bien de pulpo, con una gran cabeza y unos tentáculos que hacen poco, lo que lleva a tener mayor demanda asistencial en estos hospitales grandes.

La obsolescencia en el equipamiento diagnóstico terapéutico, que es toda la inversión en equipamiento, que ha sido difícil retomarla y la distribución desigual de la capacidad resolutive.

También dentro de las causas estructurales, que es la que más mella me hace, está la insuficiente capacidad resolutive en el primer nivel de atención, que es donde nosotros más

ahorraríamos. Mientras más gastáramos ahí más ahorraríamos en los hospitales.

Hay una capacidad diagnóstica terapéutica limitada en la atención primaria. Eso no solo porque no tengan los recursos, sino que también por normativa y por cultura del ministerio que hemos tratado de romper en estos años, de que se les conceda más capacidad diagnóstica y terapéutica por restricciones en la cartera de servicios. Por ejemplo, en la cartera de medicamentos, que pueden recetar los médicos generales. En el fondo, no se reconoce las competencias que tiene un médico general cuando se recibe y se le restringe. Por ejemplo, no puede pedir un escáner.

Un médico general que examina a una persona que tiene, por ejemplo, un lumbago, en realidad debería estudiar la columna para ver si lo manda al neurocirujano o no. Hacemos que le pida la orden al neurocirujano. Entra a una lista de espera para que el neurocirujano lo primero que haga sea pedir el escáner o la resonancia. Esas son prácticas nuestras en realidad, que se pueden resolver, pero cuesta.

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

¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por 20 minutos?

Acordado.

Puede continuar, señora ministra.

La señora **AGUILERA**, doña Ximena (ministra de Salud).- El déficit de profesionales con competencias avanzadas en el primer nivel.

Esto de tanto no dejarlos hacer cosas atrofia a los médicos y no les permite desarrollarse, así como el resto de los profesionales de la salud. Tenemos equipos multiprofesionales, un lujo, pero no se saca provecho en realidad de las capacidades instaladas que tenemos.

Hay escaso desarrollo de la telemedicina, a pesar de que hemos hecho muchos esfuerzos estos últimos años, herramientas de apoyo remoto y alta derivación de condiciones potencialmente

resolubles en la APS hacia niveles de mayor complejidad. Especialmente todo lo que son procedimientos, solicitudes para distintos medicamentos que podrían perfectamente hacerse en la atención primaria.

Está también el impacto de la crisis sanitaria por el Covid-19, que eso ya lo hemos visto, y las deficiencias en los modelos de gestión y coordinación asistencial que tiene que ver con lo que hablábamos antes. Hay fragmentaciones en los procesos de referencia y contrarreferencia.

Sistemas de información clínica que no son interoperables. Todo aspecto que estamos trabajando, pero es parte del diagnóstico inicial.

Procedimientos administrativos complejos que generan ineficiencias en la gestión de agendas y el uso deficiente de las horas.

Modelos de programación de la actividad asistencial que no optimizan la capacidad instalada, tanto en horas como en infraestructura.

Débil coordinación en las redes para la redistribución de la demanda dentro de un mismo servicio de salud dentro del territorio.

Insuficiente prioridad de la lista de espera no GES. Eso es algo en que hemos puesto por primera vez una gran prioridad.

Esa insuficiente prioridad está de la mano con que todos estos procesos administrativos y sistemas de información han estado, de alguna forma, en una calidad muy deficiente que ustedes vieron, porque entiendo que tuvieron una presentación de la doctora Chomalí.

Es un sistema que tiene muchos años y con escasa supervisión de los procesos relacionados a los distintos niveles y que también tiene que ver con los resultados de la auditoría. En el fondo, una escasa rendición de cuentas sobre el tema no GES. Hay mucho en el GES y muy desbalanceado hacia el no GES.

Dentro de esto, establecimos un plan de reducción de listas de espera que ustedes han visto con mucho detalle, así como el país estableció las garantías para los problemas prioritarios y se trabaja en el abordaje de las atenciones electivas no GES, reconociendo su impacto en la calidad de vida de millones de personas.

Este plan, que ustedes han visto ya en detalle, significa aumentar la producción de servicios y la productividad de los recursos para acelerar el egreso, o sea, la salida de la espera, incluyendo la compra de servicios a privados. Nosotros necesitamos los recursos públicos y privados para dar cuenta de las necesidades de salud de la población.

Después, mejorar la resolutiveidad del primer nivel para reducir los ingresos innecesarios a las listas de espera, y tres, mejorar la transparencia, la rendición de cuentas y la eficiencia de los sistemas de información.

Los indicadores muestran que hemos tenido resultados con este plan. El 20 por ciento aumentó la tasa anual de resolución respecto de 2021.

Hemos hecho más de un millón de intervenciones quirúrgicas anuales, que es un aumento del 33 por ciento comparado con el 2021. Aumentamos en un 34 por ciento las consultas de especialidad médica, superando los 15,5 millones de atenciones anuales. Redujimos los tiempos medios de espera en un 27 por ciento para consultas nuevas y un 56,7 por ciento para intervenciones quirúrgicas.

En términos concretos, eso representa 90 días menos para acceder a la especialidad médica y 367 días menos para una cirugía programada.

A la fecha y un año antes de la meta que nos impusimos como gobierno, un servicio de salud cumplió la meta de 200 días de mediana espera en intervenciones quirúrgicas electivas, que no son de baja complejidad -me parece que es el Servicio de Salud de Talcahuano-, y seis lo han hecho en consultas de nueva especialidad.

Esos avances responden a una estrategia estructurada en seis componentes.

Primero, el financiamiento estable. Quisiéramos que fuera más, pero, por lo menos, es estable. Por primera vez se ha establecido un financiamiento permanente y específico para abordar las listas de espera, superando el modelo de intervenciones episódicas, que incluye la asignación presupuestaria en la ley de Presupuestos; mecanismos de financiamiento basados en resultados, como el GRD; el fortalecimiento de capacidades propias del sistema público, y la compra complementaria de servicios al sector privado.

En cuanto a la licitación del Fonasa, por ejemplo, por listas de espera, se han derivado 67.000 pacientes para cirugía electiva, que hemos hecho desde el año pasado a este año. Asimismo, la nueva modalidad de cobertura complementaria del Fonasa va a optimizar la complementariedad público-privada, recurriendo también a los prestadores privados, pero con más protección del gasto del bolsillo, que en este momento está en licitación.

Asimismo, el sistema de monitoreo del uso de recursos y el sistema de acceso priorizado, que corresponde a la legislación que pasamos, que también está orientada a reducir e, incluso, a evitar que se produzcan listas de espera.

Una segunda estrategia importante es la transformación digital. Como ustedes saben, tenemos metas relacionadas con eso. Hemos superado las limitaciones del Sigte con un Sigte 2.0, pero sabemos que eso sigue siendo un parche y que la única respuesta de fondo es la interoperabilidad.

Por ello, se ha desarrollado una plataforma nacional unificada, gracias a la cual ha habido un avance en la interoperabilidad; doscientos procesos de auditoría informática durante esta administración; implementación de sistemas de trazabilidad de pacientes; plataformas de gestión centralizada de la demanda; herramientas digitales para la comunicación con pacientes, reduciendo las tasas de

inasistencia; optimización de los procesos electrónicos de referencia y contrarreferencia, y tableros de control para la toma de decisiones.

También se ha trabajado en el desarrollo del capital humano especializado -entiendo que ya intervino la jefa de la División de Gestión de Desarrollo de las Personas-, lo cual ha implicado una expansión de los cupos de formación de especialistas; el aumento de becas de especialidad con compromiso de retorno; programas de retención con incentivos diferenciados; nuevos incentivos para especialistas de la atención primaria, que aparecieron en la negociación presupuestaria del año pasado y que parten el segundo semestre; el desarrollo de programas de telemedicina para recursos humanos; planes de capacitación para médicos generales y ampliar su capacidad resolutive; la formación de equipos multidisciplinarios para patologías específicas; el refuerzo en la destinación de profesionales médicos en zonas extremas, y el fortalecimiento de competencias clínicas en profesionales no médicos para procedimientos delegables.

Al respecto, hoy firmé un oficio circular para solicitar que, durante la campaña de invierno, y considerando la gran presión de demanda asistencial que hay en las urgencias, la atención primaria, los médicos, se dediquen a atender y reorientar todo el trabajo hacia la morbilidad y que cuando los controles sean asumidos por profesionales no médicos, excepto aquellos que son indispensables que hagan los médicos, las recetas puedan ser repetidas por profesionales no médicos, mientras dure la alerta sanitaria.

En cuanto al marco regulatorio, también hemos tenido avances, por cuanto se ha promovido modificaciones normativas y legales para la reducción de listas de espera, como la ley SAP y la normativa de extensión de capacidad resolutive hospitalaria, que son regulaciones que amplían las atribuciones clínicas de los hospitales de baja y mediana complejidad; el ordenamiento del proceso de referencia; la modificación de la norma técnica N° 150, que entiendo que se encuentra en las últimas firmas,

que aumenta la capacidad resolutive de los llamados hospitales comunitarios de primer nivel, que van a reducir las derivaciones. Con eso un hospital comunitario va a tener siempre un pabellón quirúrgico, salas de parto integral, salas para endoscopia, imagenología, a lo menos un escáner, de manera de dar cuenta de la mayor cantidad de demanda en el nivel primario de atención que es más económico y más accesible para las personas.

También está considerado el proyecto de ley que moderniza el Sistema Nacional de Servicios de Salud, actualmente en discusión en el Senado, que crea el servicio nacional de salud digital; fortalece los mecanismos de adquisición y la regulación de dispositivos médicos, entre otros.

Otro eje importante -a mi juicio, el más relevante- es la transformación del modelo de atención primaria hacia un enfoque de mayor capacidad resolutive; la expansión de la cartera de servicios, y la implementación de programas de resolutiveidad en especialidades básicas prioritarias. Normalmente, cuando la directora muestra los recursos para las listas de espera, cuyo monto asciende más o menos a 46.000 millones de pesos, no aparece el aporte de resolutiveidad de APS, que también es para las listas de espera. Asimismo, la incorporación de tecnologías diagnósticas; el fortalecimiento de la capacidad resolutive odontológica en el nivel primario; los programas de formación clínica de equipo en salud en el nivel primario; los protocolos integrados de atención; las unidades de resolución ambulatoria de especialidades en los cesfam; el fortalecimiento de la coordinación entre niveles asistenciales, y la renovación del programa de imágenes diagnósticas en APS.

Finalmente, se hizo una redistribución de la resolución hospitalaria, que consiste en el reordenamiento de la oferta para programas de cirugía mayor ambulatoria en los centros de referencia regionales, denominados CRR, que han permitido implementar las recomendaciones de la Comisión Nacional de Productividad y ustedes han visto que han sido muy exitosos; las redes de especialistas itinerantes; la implementación de

unidades quirúrgicas ambulatorias en hospitales comunitarios, que es lo que estamos poniendo en la norma; la disposición de centros diagnósticos en hospitales comunitarios, y los programas de extensión horaria para los pabellones quirúrgicos y unidades diagnósticas.

Como se necesita tener no solo una redistribución de la cartera de servicio entre establecimientos de la red, de manera que se complementen adecuadamente, también quisiéramos que eso se hiciera con los insumos para tener un mejor control. De hecho, solo estamos trabajando con la interoperabilidad de la Central Nacional de Abastecimiento y el desarrollo de unidad de procedimiento mínimamente invasivo.

Uno de los aspectos más sensibles de las listas de espera son las personas que fallecen mientras están en una lista de espera. Esto genera una mayor preocupación pública en la situación de las personas que se encontraban en algún registro de listas de espera, lo cual requiere un análisis con transparencia y rigor técnico. Debemos reconocer que algunas personas fallecen mientras se encuentran en algún registro de espera para una atención sanitaria. Esta situación, presente en todos los sistemas de salud del mundo, requiere un análisis que permita abordarlo efectivamente. La evidencia técnica disponible, basada en el análisis de los casos reportados, permite establecer que hay diferencias entre causalidad y correlación. La relación temporal entre la espera y el fallecimiento no implica necesariamente una relación causal. Mucha gente está esperando una atención con el otorrino o el oftalmólogo o para una cirugía de rodilla, de hombro, que no implica un riesgo vital. Los estudios demuestran que en la mayoría de los casos analizados la causa de muerte no está directamente relacionada con la condición para la cual el paciente esperaba atención.

Durante la espera las personas reciben atención, porque si bien están dentro de una espera, por ejemplo, para consulta con el otorrino, están recibiendo atención para otras patologías.

Aproximadamente, el 45 por ciento de las personas que fallecieron mientras estaban en una lista de espera se encontraban dentro de un hospital, o sea, fallecieron dentro del recinto, mientras estaban siendo atendidas por la patología que las llevó a la muerte. Es decir, estaban en una lista de espera, porque los habían enviado al traumatólogo, al otorrino, al oftalmólogo, a cualquiera de esas otras especialidades. Ellas salieron de la lista de espera por fallecimiento, pero no fallecieron a consecuencia de esa consulta que no se entregó en un momento oportuno.

El perfil de las prestaciones en espera muestra que, aproximadamente, el 80 por ciento de las acciones sanitarias en espera, derechamente solo por el nombre, se puede descartar que impliquen un riesgo vital inmediato. El 20 por ciento restante hay que analizarlo más en detalle.

Por otra parte, el sistema que tenemos contempla mecanismos de priorización basados en criterios clínicos. Los pacientes en listas de espera están bajo seguimiento por los equipos de salud y ante un cambio en su condición clínica pueden modificar la prioridad asignada.

Además, hemos establecido un protocolo mediante el cual cada fallecimiento de un paciente en lista de espera es objeto de una investigación técnica que determina la posible relación entre la espera y el desenlace. Por ejemplo, de cada uno de los fallecimientos por causa oncológica -se han investigado todos, a veces son muestras de pacientes-, se entrega un reporte de esas investigaciones. Sin embargo, para nosotros cada fallecimiento es una pérdida importante. Nuestra misión como ministerio es preservar la vida, por lo que esos desenlaces representan un motivo para continuar mejorando los procesos. En la medida en que los tiempos se acortan, existe menos probabilidad de que la persona fallezca en ese período. En el fondo, es como un cajón de probabilidades, y eso también contribuye a que se reduzcan las muertes de las personas en las listas de espera. Además, los servicios de salud tienen comités de análisis de personas que fallecieron mientras se

encontraban en listas de espera y están integrados por equipos multidisciplinarios.

Respecto de la política de probidad, fiscalización y control de registros, hay que reconocer que una de las principales motivaciones, además del tema hospitalario que mencionó el diputado Sáez, fueron los hallazgos de la auditoría de la Contraloría General de la República, relacionados con problemas en los registros de listas de espera, que fueron examinados en detalle en la exposición y la documentación entregada por la señora contralora en esta comisión, así como por el Departamento de Auditoría del Ministerio de Salud. Cada uno de los hechos denunciados han sido investigados y están en curso los procedimientos disciplinarios indicados por la Contraloría, así como los que han resultado de las auditorías internas del ministerio.

En este punto es importante hacer una clara distinción entre los problemas generados por las limitaciones estructurales, o sea, deficiencias en el registro, ya que había que pasar los registros manualmente de un lado a otro y, por lo tanto, en un momento estaban acá y no allá, que eran parte de los hallazgos que tuvo la Contraloría, que son la brecha entre la demanda y la capacidad de oferta y los desafíos técnicos de la plataforma, que eran muchos y que ustedes vieron en detalle. En ese sentido, hay que distinguirlos de las situaciones irregulares que involucran falta a la probidad, en casos donde existen anomalías administrativas, incumplimiento de protocolos, manipulación indebida de registros o cualquier otra acción u omisión que constituya una transgresión y que pareciera favorecer a ciertos pacientes por tener alguna relación familiar, de amistad o ser funcionarios de la salud, y que esas son transgresiones a los principios de transparencia, equidad y correcta administración.

Esto es importante para el abordaje del problema. Mientras la primera requiere políticas estructurales, la segunda demanda una respuesta desde una perspectiva de control, fiscalización y sanción administrativa o penal, cuando corresponda.

Sin perjuicio de ello, es fundamental expresar el reconocimiento de que la mayoría de los funcionarios del sistema público que desarrollan su labor lo hacen con integridad, compromiso y dedicación a los pacientes, muchas veces en condiciones complejas y bajo mucha presión asistencial. Las eventuales irregularidades que son investigadas y sancionadas representan excepciones en un sistema donde miles de profesionales y técnicos demuestran diariamente su compromiso con el servicio público.

En respuesta a esta situación, nosotros estamos constituyendo un sistema integrado de control y fiscalización, porque la gestión ética y transparente es requisito ineludible para garantizar la confianza, y en eso es importante tener en consideración cada una de las materias que tienen relación con el tema de control y fiscalización.

Al respecto, hay tres dimensiones fundamentales: la calidad y confiabilidad de los registros; la supervisión y auditoría permanente, y la investigación y sanción de las irregularidades.

Para el tema de transparencia y rendición de cuentas, contamos con la publicación periódica de resultados, hay informes trimestrales al Congreso Nacional del tema de los fallecimientos y el acceso público a indicadores de calidad de registro por los pacientes.

En cuanto al futuro inmediato de la gestión sanitaria, el ministerio ha establecido compromisos específicos para continuar transformando la situación de las listas de espera, muchos de los cuales discutimos en la ley de presupuestos. Ahí se comprometieron recursos adicionales en el programa de contingencia, pero sujetos a distintas condiciones, como la entrada en vigor del proyecto de ley licencias médicas con foco en los grandes emisores y los ahorros que derivan de esa ley, y también del tema de los programas de contingencia.

También establecimos que se podrían recibir recursos de los gobiernos regionales, que ha sido un poco controversial en

estos últimos días, pero fue un acuerdo que a que se llegó en el presupuesto y que, de hecho, se le ha ido comunicando a los servicios de salud para que hagan gestiones con los gobiernos regionales para financiar gastos transitorios. En el entendido de que la mayor ejecución presupuestaria de 2022, podemos explicarla, siempre hay problemas de gestión, pero en su mayor medida por el aumento de la producción, y si queremos reducir las listas de espera debemos tener mayor producción.

Es un desafío que nos mandata. Antes los gobiernos regionales solo podían comprometer recursos para las listas de espera a través de convenios. Y aquí lo que se facilitó fue que apoyen en el gasto regular de los servicios, de manera que puedan contribuir también a través de una mayor eficiencia productiva a reducir los tiempos de espera.

Asimismo, está la mejora del sistema informático, que ustedes saben que el Sigte 2.0 comenzó en enero de 2025, se va a avanzar en 2025 en la interoperabilidad; el subsecretario comprometió los 29 servicios y está el plan de productividad quirúrgica. Cada hospital tiene que presentar un informe con análisis de producción y productividad al año 2024, por mes calendario; estos son los que establecimos en la ley de presupuestos, no son compromisos nuevos. Se difundirá un informe de productividad quirúrgica al año 2024, deberán enviar el plan de productividad 2025 e informar en diciembre de 2025 los resultados alcanzados y metas para 2026.

Está el tema del programa de formación de especialistas, el Consejo de Seguimiento de tiempos de espera, que ya está en funcionamiento y ha tenido varias sesiones en las que se va evaluando el plan y se van viendo distintas iniciativas que también ellos proponen, y también se fijarán mecanismos normativos para que los hospitales registren las horas de inicio de los pabellones y cumplimiento de horarios. Todos son parte de los compromisos que estamos desarrollando dentro de los protocolos y acuerdos del presupuesto.

Finalmente, quiero decir, como conclusión, que el abordaje de las listas de espera constituye un desafío sanitario

complejo que refleja tensión entre una demanda creciente y una capacidad de oferta que, pese a los esfuerzos, aún tiene brechas. La magnitud de este desafío requiere un enfoque de Estado que trascienda los ciclos políticos; los avances reflejan el compromiso del gobierno con la reducción de las listas de espera, aunque son insuficientes. La disminución de los tiempos de espera, el aumento de la actividad quirúrgica y de consultas, así como la implementación de las transformaciones estructurales demuestran que se avanza en la dirección correcta.

La fiscalización y el control del registro de listas de espera constituyen elementos fundamentales en esta estrategia. Un registro confiable, actualizado y transparente es indispensable para la adecuada gestión y para la respuesta oportuna a las necesidades de la población. El ministerio ha asumido este desafío como prioritario, implementando mecanismos robustos de auditoría y control que permitan identificar, investigar y corregir situaciones irregulares.

Son lentos, sí; nosotros reconocemos que los procesos administrativos son lentos; la misma contralora explicó que eran lentos. Sin embargo, se están persiguiendo, se ha definido un fiscal centralizado, por ejemplo, para aquellas situaciones en donde hay dudas respecto de la probidad, y se está avanzando en cada uno de esos procesos.

Es preciso reconocer que estos avances, aunque significativos, son insuficientes frente a la magnitud del desafío y cada día de espera para los ciudadanos es una incertidumbre que produce dolor y afectación de su calidad de vida. Por eso, las estrategias, como la de control y fiscalización, deben continuar fortaleciéndose.

Todo el sistema sanitario nacional está alineado con este objetivo, desde los funcionarios que trabajan en los servicios de salud, los equipos directivos, hasta el nivel central, incluso la autoridad sanitaria, tratando de priorizar lo que es la autorización sanitaria de todo lo que pueda ayudar a mejorar la resolución de los establecimientos.

Esto incluye el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública, la Cenabast, la superintendencia. Y pensamos que nosotros que tenemos un compromiso con la transparencia, la rendición de cuentas y la apertura al escrutinio parlamentario y ciudadano, es muy positivo que se haya realizado esta comisión investigadora.

Invitamos a todos los miembros de la comisión a contribuir desde su rol fiscalizador, pero también desde su capacidad propositiva a fortalecer estas políticas.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el diputado Agustín Romero.

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, no se trata de plata. Lo que pasa es que no sé por qué hicimos esta comisión investigadora si veo que está todo medio resuelto.

Con todo respeto, ministra, por su intermedio, señor Presidente, no sé qué preguntarle porque en realidad veo que hay diagnóstico de todo, incluso se hacía acá un comentario respecto de por qué ciertos médicos de la atención primaria de salud no pueden encargarse de estos exámenes, y no sé a quién le corresponde hacer eso. Me encantaría saberlo.

Eso es lo que me gustaría saber, porque, al final, lo que me complica de todo esto es que escucho comentarios, como que estas noticias les pasan a otros, no acá. Nosotros tenemos que emitir un informe con recomendaciones de esta comisión investigadora, pero después de ver esta presentación, no sé, copiar esto y decir esto es lo que vamos a hacer. La verdad es que estoy sumamente confundido, porque la realidad que veo, y probablemente no estuve como el diputado Lagomarsino que recorrió todos los hospitales, no es la realidad que se ve, ministra, por su intermedio, señor Presidente.

Por ejemplo, estaba viendo la modalidad complementaria de salud, eso es para el Fonasa libre elección, según entiendo, y

eso es para los pacientes que vienen, porque, hasta donde entiendo, la modalidad complementaria no aplica para el pasado, sino para acciones futuras.

Por lo tanto, esto se ve para los pacientes que en un futuro vayan eventualmente a caer en una lista de espera, pero sobre los de atrás, ¿qué hacemos con ellos? Hay muchas personas que las están mandando a sus casas a morir. Perdona que sea así de duro, pero esta es una comisión del Congreso Nacional y tenemos que representar lo que sienten los pacientes sobre esto.

Por otro lado, vemos que la situación que está ocurriendo en los hospitales es que faltan insumos, en la atención primaria de salud todos los años les entregan una cantidad cada vez más pobre y ahí sí es un tema presupuestario del per cápita. Todos los años viene la Confusam para acá, no es una ilusión mía, aquí no me he vuelto loco. Para la discusión del presupuesto, está la Confusam permanentemente acá pidiendo que se mejore el per cápita para la atención primaria. Entonces, si sabemos que ahí está el problema, ¿por qué no se ponen los recursos ahí?

Por lo tanto, no sé qué preguntarle, ministra, por su intermedio, señor Presidente, porque creo que usted tiene superclaro el tema, tiene superclaras las conclusiones, pero no sé por qué no pasan las cosas en Chile.

Muchas gracias.

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

Solicito el acuerdo de la comisión para prorrogar la sesión por diez minutos.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Nelson Venegas, como invitado.

El señor **VENEGAS**.- Señor Presidente, accidentalmente estoy en esta comisión, pero estoy realmente entretenido, en el buen sentido de la palabra. Creo que es sumamente interesante tener

conocimientos de este tema que, en verdad, siento que es el más importante o uno de los más importantes que tenemos dentro de nuestro actual período legislativo.

Lo primero que quiero señalar es que entiendo en gran medida las consultas que realiza, y las que realizó anteriormente, el diputado Agustín Romero. A pesar de que generalmente no lo entiendo, en esta oportunidad entiendo su pregunta. Tiene que ver con los temas presupuestarios, básicamente, porque al final todo se resuelve en términos presupuestarios, qué es lo que vamos a hacer con el presupuesto. Mi consulta concreta, y ahí es donde entiendo, insisto, lo que dice el diputado Agustín Romero, es si sabemos que hay un envejecimiento de la población, si va a ir aumentando la cantidad de personas que va a ir enfermándose, si van aumentando las expectativas de vida también, es evidente que vamos a tener *ad infinitum* el tema de las listas de espera.

Respecto del tema presupuestario, ¿cómo lo vamos a manejar en el futuro? ¿Solo lo vamos a resolver haciendo crecer el presupuesto o vamos a ver alguna manera de ajustar los presupuestos a las respectivas necesidades?

El otro día escuchaba, a propósito de los proyectos que usted estaba viendo del tema de las licencias médicas, ¿cuál es el paquete de medidas concretas, efectivas, incómodas a veces, que vamos a tener respecto de los temas presupuestarios? Porque hacerlo crecer simplemente, no creo que sea una solución por la que nosotros tengamos que vincularnos hacia el futuro.

En ese sentido, en parte, comparto lo que dice el diputado Romero.

Mi consulta es bien concreta. Con los reajustes, con el tema de los recortes presupuestarios que va a haber, ¿se va a lograr cumplir con el objetivo o con las metas respecto de las metas propuestas a propósito de la lista de espera?

Respecto del tema presupuestario y del apoyo que tiene que existir en vinculación con los gobiernos regionales, ¿cómo se ajustan las decisiones que tengan los gobiernos regionales en

conjunto con las del ministerio? Porque muchas veces los gobiernos regionales tienen ciertos grados de autonomía que no necesariamente obedecen a los criterios que tiene el ministerio y al final se forma una cuestión de carácter presupuestario desordenado, con dos ítems importantes.

En cuanto a la atención primaria de salud -soy un enamorado de la atención primaria de salud, porque me tocó trabajar en eso-, ¿cómo podemos generar, a propósito de esto, un mejoramiento? Veo que hay varias inquietudes que van en esa perspectiva como el tema de la resolutiveidad, de ir mejorando las condiciones, porque si hay una fuerte inversión respecto de la atención primaria, hay mucha gente que no va a llegar a alcanzar enfermedades que, precisamente, son las que generan este tipo de listas de espera. Y como al final, esto es lo más técnico, esto es lo más interesante para mí, pero al final esto es política, y tendrá que ser debatido políticamente, si pudiéramos tener también un balance respecto de cómo se recibió este gobierno en términos de las personas que estaban en listas de espera y las que existen ahora en términos concretos.

Eso, señor Presidente.

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

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, la exposición de la ministra de Salud ha copado todas las aristas que hemos discutido en esta comisión, que ha sido tremendamente intensa.

Quiero detenerme en un tema. Si hay algo que, a mí, particularmente me hace mucho sentido es aumentar la resolutiveidad de la atención primaria. Seguramente es el eje que podría tener más impacto, pero si hay algo revolucionario que se puede hacer en un país, es invertir en la atención primaria y la ministra ha destacado algunos temas que no son menores como la desmedicalización que, justamente, de cara a la emergencia sanitaria ocurrió en la pandemia. Es un tema que hemos mencionado: desmedicalizar es una vía de solución.

Respecto del aumento de las competencias de los médicos en la atención primaria del país, se sigue denigrando el rol del médico general y privilegiando el rol del especialista. Cada día tenemos más especialistas. O sea, alguien lo dijo una vez: hay muchos especialistas que saben mucho de casi nada y los médicos generales podrían saber cada vez más de casi todo. En esa frase, de alguna manera, quiero sintetizar el tremendo rol que podrían tener los médicos y no solo los médicos, sino que el resto de los profesionales de la atención primaria, para ir resolviendo y allanando los temas que hoy nos convocan.

El tema de la interoperabilidad de los sistemas de información, es un tema que la doctora Chomalí nos explicó latamente acá y me parece que hay un compromiso al 31 de diciembre de que esto que va a superar al Sigte, finalmente, permita una resolución definitiva y poder salvar este tema de los operadores manuales que siguen vaciando información, a veces en forma asincrónica, con respecto al nivel de mayor complejidad.

Señor Presidente, también se ha mencionado acá, un tema que no es menor, el tema de la probidad. En la primera sesión, si mal no recuerdo, nos expresó la contralora general de la República sobre muchos servicios, donde había temas que eran realmente insalvables.

Para concluir mi intervención, quiero decir que ojalá que en un futuro muy corto, esto pase a ser un tema de Estado. No puede ser que pasemos de administración en administración, de año en año, discutiendo el presupuesto de la nación, haciendo gallito político de un sector con el otro para sacar adelante una tarea que es de todo. El derecho a la vida que tanto se ha mencionado, es un derecho esencial. No sé cómo vamos a llegar de 6 puntos del PIB a 9,2, que es el actual, según la OCDE, y de ahí en el 2040, que ya nos faltan tantos años, a 12.

Y la pregunta que quiero hacer es si este aumento en la resolutividad de la atención primaria y, particularmente, la atención primaria universal, que ha sido parte de la reforma que nuestro gobierno se ha planteado, va acompañado o no de un

aporte presupuestario, porque una queja que ha llegado desde algunos establecimientos de APS, es que la atención primaria universal no necesariamente ha ido acompañada de un aumento en infraestructura, en recursos humanos y en equipamiento.

Esa es la pregunta a la ministra, señor Presidente.

Gracias.

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

También tengo algunas consultas, que trataré de ser lo más breve posible. ¿Cuándo vamos a tener el último informe de listas de espera? Que lo estamos esperando con bastante ansiedad.

(La ministra interviene fuera de micrófono)

[...]

Claro, trimestral, cada tres meses.

[...]

(Un diputado interviene fuera de micrófono)

[...]

Justamente, ese es el otro punto, porque efectivamente entiendo, y lo digo con harta sinceridad, que se busque hablar de mediana. Por lo menos he llegado a la convicción de que uno tiene que evaluar distintos indicadores de la lista de espera para tener una imagen global. Si no, finalmente uno está viendo exclusivamente un lado de este rompecabezas.

En ese sentido, los informes son muy útiles, fuera de lo que se puede hacer en términos de lo que comunican los medios y otras cosas, es un insumo muy bueno para estar viendo que es lo que sucede en el sistema de salud.

Entonces, desde esa perspectiva, no me gustaría pasar esta sesión teniéndola aquí, ministra, sin decir que espero que podamos concentrarnos en más de un solo objetivo. Sé que se han planteado el objetivo de 200 días de mediana, pero

podríamos tener objetivos más integrales que aborden otra arista de este problema, sobre todo en algunas especialidades que están más críticas: traumatología está desbordada y oftalmología también. Y eso lo quiero ligar con dos elementos que son importantes.

Primero, cómo logramos tener una mayor gobernabilidad en el sistema de salud y si algo me llevo después de la visita a ocho hospitales en ocho regiones -y aprovecho la oportunidad de agradecer a quienes nos acompañaron del ministerio como a Lei Bahamondes, a Victoria Pinto, a Julio Muñoz, a Susana Fuentealba y a Cristián Miquel, algunos en una y otros en otra, pero nos acompañaron en todas las sesiones-, por su intermedio, ministra, agradecer a todos los funcionarios del gabinete que estuvieron con nosotros en regiones y que han sido una especial contribución para tener este diagnóstico más global. Pero si algo me llevo de esta comisión, volviendo al punto, es lo ingobernable que se vuelve a veces el sistema de salud, con 29 servicios de salud, con ochenta y tantos hospitales autogestionados y con cientos de municipios administrando atención primaria de salud.

Tenemos una gran misión de hacer más gobernable el sistema de salud para, efectivamente, gestionar más eficientemente el sistema de salud y ahí lo conecto con lo que hablábamos antes.

Y para dar tiempo para responder, pido el acuerdo para prorrogar por diez últimos minutos la sesión.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Entonces, ¿cómo volvemos más gobernable nuestro sistema de salud? No lo vamos a resolver en esta sesión, pero es una tarea que esperamos contribuir desde el informe de la comisión especial investigadora y también desde la perspectiva de cómo tenemos, lo que yo denomino, una suerte de torre de control. Siempre le digo así. En el fondo cómo el ministerio está más al tanto de lo que pasa en el sistema, al menos en materia de

listas de espera y puede, ante algunas cosas que suceden en el sistema de salud, actuar.

Siempre digo que, por ejemplo, cuando suceden cosas en el sistema de salud, se debería encender una alerta, una lucecita de un tablero, y que alguien se preocupe de qué está pasando, porque al fin y al cabo esta ingobernabilidad, este megasistema con cientos de APS, con casi cien hospitales autogestionados, con decenas de servicios, hace que se pierde la visión de lo que está pasando más abajo, siento yo, lo que finalmente influye en que la listas de espera no se resuelvan.

Respecto de los médicos de la APS, no puedo estar más de acuerdo, porque los médicos de la APS no solo pueden dar paracetamol -lo digo irónicamente, pero es parte de una realidad-. De partida, que no haya antígeno prostático ni una serie de otros exámenes que quizás no resuelvan el problema que tiene un paciente, pero este puede llegar con un diagnóstico efectivo, de manera que el especialista tenga todo más avanzado para trabajar, así hacemos más eficiente el sistema y ocupamos menos recursos o los ocupamos más eficientemente.

Ministra, le pregunto si la estrategia de morbilidad a la cual usted se refirió para la campaña de invierno reduce o no los tiempos de morbilidad de 15 a 10 minutos o se mantiene en 15 minutos el estándar ministerial.

No puedo terminar mi intervención sin mencionar un proyecto de ley que estamos tramitando en la Comisión de Salud y del que varios integrantes de la comisión somos mocionantes, como el diputado Palma, el diputado Romero -Diputado Venegas, vamos a presentar el proyecto de nuevo y los vamos a invitar de nuevo a que sea mocionante-, el proyecto de ley GES automático.

Sé que esta comisión investigadora es de listas de espera no GES, pero usted misma lo dijo, ministra, nos pusimos un desafío de tener ciertas prestaciones que son la principal carga de morbilidad, de manera que el Estado garantice que las prestaciones efectivamente se entreguen. Hoy tenemos 79 mil

garantías, si la memoria no me falla, de oportunidad vencida, y sabemos que una cantidad importante son los PAP, mamografías, son fondo de ojo, a lo que tampoco quiero quitar relevancia, pero ahí hay muchas garantías de oportunidad de patologías en distintas etapas, como cáncer.

Creo que hoy podemos dar un gran salto para tener una mejora al menos legislativa después de muchos años de la ley N° 19.966, que Establece un Régimen de Garantías en Salud, y que finalmente se ponga en el centro al paciente, para que no tenga que ir a cada parte reclamando por aquí y por allá, de manera que finalmente se respete la garantía. Sé que se incluyó en el proyecto de ley de fortalecimiento de Fonasa, pero no viene exactamente en los mismos términos para que realmente funcione, todo viene como "podrá".

Entiendo por qué sucede eso, pero igual creo que es importante expresarlo a modo de reflexión; y evidentemente no vamos a resolver en comisión investigadora las materias de las listas de espera, pero la gracia es dejar un ejercicio profesional, concienzudo, sistemático y pormenorizado de lo que está sucediendo desde este poder del Estado. Han sido duros estos 75 días, en los que fuimos a Arica, Antofagasta, Coyhaique, Osorno, Temuco, al Hospital Sótero del Río, al Hospital El Carmen de Maipú y al Hospital Carlos Van Buren. Nos habría gustado ir a más hospitales, creo que a uno le llegaban mensajes diciendo que podríamos ir a tal lugar, pero obviamente los tiempos son acotados. Sin embargo, creo que vamos a poder hacer un buen trabajo en recomendaciones y conclusiones, ahí soy más optimista que el diputado Romero.

Y le pido, ministra, que este trabajo, que hemos desarrollado muy seriamente, con harto profesionalismo y mucha rigurosidad, viajando bastante a regiones, dado que desde mañana pasamos a la etapa de conclusiones, pueda ser tomado como un insumo no solo desde la perspectiva política, que probablemente va a tener un porcentaje de aquello, es indiscutible, sino también desde la perspectiva de buscar que en este problema tan preocupante y en el que tanto esfuerzo se ha puesto en sucesivos

gobiernos -no quiero decir que algún gobierno no se ha preocupado del tema, probablemente se han ocupado y han sido desbordados por la misma situación de lo que ocurre en esta materia, por la complejidad de esta materia-, este insumo sea tomado en cuenta, porque ha habido harto esfuerzo para sacarlo adelante.

Tiene la palabra para que exprese sus palabras finales y por si quiere responder alguna de las preguntas.

La señora **AGUILERA**, doña Ximena (ministra de Salud).- Sí.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Y con eso levantamos la sesión.

Tiene la palabra, ministra.

La señora **AGUILERA**, doña Ximena (ministra de Salud).- Señor Presidente, por su intermedio, respondiendo al diputado Romero, nosotros hemos tratado de hacer un análisis profesional desde el punto de vista más macro de todos los temas que ustedes estuvieron revisando en la comisión investigadora, haciéndonos cargo del diagnóstico, de lo que recibimos y, justamente, de las limitaciones que hoy existen.

Estamos trabajando en todas esas líneas y no es fácil hacer cambios en un sistema tan grande y que se implementen de un día para otro -y la directora de Presupuestos va a estar de acuerdo-, debe tener una cierta capacidad de gestión para entregarle más recursos, debe tener instaladas ciertas capacidades para entregarle, por ejemplo, la posibilidad de realizar nuevas prestaciones. Incluso, a veces eso implica un cambio cultural, porque acá hay un tema de la cultura del sistema, el sistema es muy grande, tiene una inercia enorme, toda la teoría de cambio, de priorización y de cambio de estrategia en estructuras grandes, los cambios que uno propone, tiene una serie de condiciones de factibilidad que finalmente son las que modelan los cambios que uno puede ir haciendo.

Efectivamente, tenemos muy claro todo lo que pensamos que se debe hacer, aunque estamos abiertos a escuchar las propuestas que se hagan en esta comisión investigadora, que también estuvo

analizando este tema, y lo estamos implementando, pero no se puede resolver de la noche a la mañana. En ningún momento he planteado que este tema esté resuelto, al contrario, hemos dicho que es un desafío y que persiste, y que efectivamente requiere de recursos adicionales.

Sin embargo, lamentablemente, nuestro objetivo de entregar más atenciones y, por lo tanto, de consumir más recursos en la producción de servicios de alguna forma se contraponen con la necesidad de también controlar el gasto fiscal, que es el problema que tenemos con la directora de Presupuestos, cómo lograr reducir efectivamente las listas de espera, y en el que trabajamos juntas; y sin que nos desbordemos, porque representamos un quinto de lo que se gasta en total el sector público. Por lo tanto, no es un ejercicio fácil, tampoco es llegar y tirar un montón de recursos sin tener habilitados los mecanismos, la supervisión, la fiscalización.

Eso hay que trabajarlo de forma responsable y paulatina, pero eso no quiere decir que uno como especialista, particularmente en mi caso, no tenga una visión de cuáles son aquellas cosas que nos están restringiendo. Algunas las estamos interviniendo, como los recursos para la atención primaria.

Yo misma comenté que nosotros entregamos recursos todos los años a través de una partida dentro de la APS y que, de hecho, la misma directora mencionó, la cual ha crecido un 25 por ciento en este gobierno, es el aporte a la Atención Primaria de Salud -no el 70 por ciento, que ha sido en diez años-. Ha sido un aporte priorizado, en los recursos que se entregan, se entregan platas dirigidas al programa de resolutiveidad, y además están coordinadas con los temas donde hay listas de espera. Creo que son 46 mil millones por año, si mal no recuerdo, que no es poco.

Asimismo, las comunas de atención primaria universal tienen una cantidad adicional de recursos que es prácticamente igual a la cantidad adicional de recursos que se dieron al *per capita* el año pasado, por ejemplo, que fue de 70 mil millones para uno y 70 mil millones para otro. Por lo tanto, las comunas con

atención primaria universal tienen recursos adicionales, incluso tienen recursos para arrendar establecimientos, como la implementación de Cecosf, que han habilitado establecimientos rápidamente. Se elabora una estrategia para mejorar también la adhesión, es decir, la afiliación, y que, por lo tanto, se reciba más *per capita*; hay metas para eso y hay una serie de metas que se deben ir cumpliendo, y efectivamente hay recursos adicionales, así que eso sí existe en el modelo.

Ahora, usted me preguntaba respecto de las personas que estaban en listas de espera al inicio de este gobierno y de las que lo están ahora. Al inicio de este gobierno, cuando estábamos en pandemia, el sistema, como usted mismo dijo, no estaba atendiendo, entonces no había tantas personas en listas de espera y estaban esperando un año más de lo que están esperando ahora para cirugías, 90 días más para una consulta de especialidad. Ahora hay más personas en listas de espera, porque las listas de espera son listas de derivación.

Por eso, nuestra meta no es que se deriven menos personas, porque eso implicaría atender menos personas, nuestra meta es que esas personas en esa derivación se demoren menos tiempo y que ojalá se deriven menos personas y se resuelva más en el nivel primario de atención.

Respecto de la gobernabilidad y de los gobiernos regionales, es algo que está habilitado en la ley de Presupuestos por una vez, tienen que discutirlo los directores de servicios con el gobierno regional y, por cierto, no es una imposición. Esto surgió a raíz de la solicitud de un gobernador regional, el gobernador de Tarapacá, que nos pidió explícitamente durante la negociación presupuestaria que la Dirección de Presupuestos (Dipres) favoreciera o permitiera que se rebajara el presupuesto para entregarle más recursos al hospital de Iquique. Esto se hizo, aunque fue bien difícil, porque implicó hacer dos decretos con toma de razón en la Contraloría General de la República justo a fin de año, pero se logró.

A raíz de esa solicitud, con la directora nos pusimos de acuerdo en que, en realidad, si existe esa posibilidad y el gobierno regional quiere tener una prioridad para eso, debe estar habilitada una forma más expedita. No quiere decir que ellos obligatoriamente nos tengan que dar recursos, sino que se habilitó de esa manera y tienen que discutirlo con los servicios de salud.

Con respecto a la gobernabilidad, no creo en los sistemas de control total, lo que tiene que haber es una rendición de cuentas, porque este es un sistema muy complejo y no se puede tener una microgestión total a nivel de cada uno de los establecimientos. Lo que se necesita es que cada directivo de la Alta Dirección Pública tome responsabilidad de la gestión de su servicio de salud y de su hospital, y que la Subsecretaría de Redes Asistenciales supervise y fiscalice que esos procesos se realicen, se establezcan los compromisos de desempeño y que la gente asuma la responsabilidad para la cual fue contratada, tanto a nivel municipal, con los recursos que les entregamos hace más de 40 años para que se hagan cargo de la salud, como a nivel de los servicios de salud y de los hospitales. Sin eso es imposible generar un mecanismo que supervise en detalle a cada uno de los establecimientos, cuando para eso tenemos un sistema para el cual, supuestamente, se elige a los mejores directivos para que se hagan cargo y gestionen adecuadamente cada uno de los establecimientos.

Eso, señor Presidente.

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

Como último punto, me ha recordado el señor Secretario que debo recabar el acuerdo de la comisión para incorporar a la Cuenta de esta sesión los oficios con respuesta que ha proporcionado la ministra de Salud.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

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

-Se levantó la sesión a las 21:42 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.