

INFORME DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE EVENTUALES IRREGULARIDADES EN LA REDUCCIÓN ARTIFICIAL DE LISTAS DE ESPERA MEDIANTE LA ELIMINACIÓN DE PACIENTES DESDE EL REPOSITORIO NACIONAL DE LISTAS DE ESPERA, MANIPULACIÓN DE ESTADÍSTICAS Y OMISIÓN DE REGISTRO (CEI 4).

HONORABLE CÁMARA.

Vuestra Comisión Investigadora pasa a informaros sobre la materia del epígrafe.

I.- COMPETENCIA DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA, AL TENOR DEL ACUERDO DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS QUE ORDENÓ SU CREACIÓN.

La Cámara de Diputados, en su sesión 13ª, de 17 de abril de 2018, ante la petición formulada por sesenta y tres diputados y diputadas, de conformidad con lo preceptuado en la letra c) del número 1 del artículo 52 de la Constitución Política de la República acordó crear una Comisión Especial Investigadora de eventuales irregularidades en la reducción artificial de listas de espera mediante la eliminación de pacientes desde el repositorio nacional de listas de espera, manipulación de estadísticas y omisión de registro.

II.- RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO.

La Comisión, para el cumplimiento de su cometido, destinó 9 sesiones ordinarias y especiales, en las que procedió a escuchar las opiniones y las declaraciones de las personas invitadas y citadas, cuya nómina es la siguiente:

FECHA	INVITADO O CITADO
Ma. 16.05.2018	<ul style="list-style-type: none">• Sesión constitutiva, elección de Presidente y horario.
Ma. 29-05-2018	<ul style="list-style-type: none">• El Ministro de Salud, señor Emilio Santelices Cuevas.
Ma. 05-06-2018	<ul style="list-style-type: none">• El Contralor General de la República, señor Jorge Bermudez Soto.• El Ministro de Salud, señor Emilio Santelices Cuevas.• La Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gloria Burgos Marabolí.

Ma. 12-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> • El Director del Servicio de Salud de la Región de O'Higgins, señor Claudio Castillo. • El Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte (S), señor Ricardo Pinto.
Ma. 03-07-2018	<ul style="list-style-type: none"> • Se tomaron acuerdos propios de la competencia de la Comisión.
Ma. 17.07.2018	<ul style="list-style-type: none"> • Presidenta del Consejo de Defensa del Estado.
Ma-31-07-2018	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis y discusión de conclusiones.
Ma-07-08-2018	<ul style="list-style-type: none"> • Votación de conclusiones y proposiciones.

Cada uno de ellos expuso sus particulares puntos de vista en relación a los temas, tanto de carácter general como particular, que fueron objeto de su invitación o citación, y que se les señaló específicamente, así como manifestaron su punto de vista sobre la situación investigada.

III.- EXTRACTO DE LAS EXPOSICIONES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS INVITADAS A LA COMISIÓN.

--- Ministro de Salud, señor Emilio Santelices Cuevas.-

Cabe hacer presente que el señor Ministro acudió a esta Comisión Investigadora en dos oportunidades.

La primera sesión a la que concurrió tuvo lugar el 29 de mayo de 2018, quien luego de saludar, hizo presente que lo acompañaban las señoras Mónica Cortés y Erika Quiroz, quienes son parte del equipo de ingeniería de procesos que está trabajando en todas las soluciones a los problemas que se han detectado y que levantaron, a partir del diagnóstico realizado por la comisión anterior¹, y con los cuales oficiaron al Ministerio de Salud en la administración pasada.

Acto seguido señaló que la citación a esta Comisión, lo motivó a realizar este trabajo a partir del informe emanado por la comisión investigadora anterior y que dio origen a un equipo convocado por la entonces ministra de Salud, señora Carmen Castillo, que concluyó en una serie de observaciones relacionadas con el análisis de las listas de espera. En síntesis, la comisión determinó que había distintas condiciones que generaban variabilidad en la información, lo que afectaba la completitud, oportunidad y calidad de los datos existentes. Al hacer un levantamiento de cada uno de los pormenores en cuanto a la definición de lo que

¹ La Comisión anterior sobre este mismo tema referido a la investigación sobre eventuales irregularidades en la eliminación de listas de espera, que finalizó su mandato el 10 de marzo de 2018, con ocasión de haber finalizado en esa oportunidad el periodo legislativo 2014-2018.

se Gestiona en las listas de espera no Ges, se pudo observar que no considera los tiempos de resolución razonables. Por otro lado, en el mismo ámbito, las causales de egreso son poco claras, precisó.

Señaló que en relación al registro, que determinó todas las situaciones investigadas –aparte de cómo se Gestionan las listas de espera- las hipótesis diagnósticas no están estandarizadas, como tampoco los antecedentes clínicos, que no son obligatorios. Ello se señala en el informe. Asimismo, la carga de datos es sin límites temporales, lo cual también se prestaba para discrecionalidades.

En tercer ámbito se encuentran los procesos de producción de la información. Es decir, la investigación permitió establecer que la validación de la data no estaba formalizada ni era permanente ni tampoco automatizada. A grandes rasgos, lo que tenían era un modelo donde para cada acto se producía un registro en una planilla excel que pasaba al Servicio y se dirigía al Ministerio, donde se validaban las listas con atemporalidad. Es decir, un informe que la Comisión de Salud pidió recibir regularmente, cada tres meses, lo cual también tiene que ver con una lógica metodológica asincrónica. Como resultado, alta probabilidad de duplicación de datos, en el entendido de que todo el proceso de levantamiento de información era manual, es decir, una persona la ponía en una planilla, esta se entregaba y otra la validaba. Por consiguiente, cualquiera de esos actores, en alguna de las estaciones de trabajo, podía producir cambios. Además, no existían validadores de la información. Tanto el criterio de introducción como el de salida eran válidos por el solo hecho de que la persona que lo ejecutaba lo hacía bien y de buena fe. O sea, es un implícito que tenía el modelo. En síntesis, eso es lo que la comisión logra levantar, afirmó.

Sin embargo, indicó que ellos también quisieron hacer una síntesis, donde están todos los elementos que interesan y la resolución de, al menos, siete de los ocho problemas, a partir del método y de la agenda digital que estamos llevando en el Ministerio.

Las causales de egreso poco claras, dijo, es un tema que también es posible resolver a partir de la tecnología implementada. Solamente habría que determinar a qué le llamaremos “poco claro”, porque no está especificado en el informe. Si se definen los criterios, perfectamente pueden levantarlo con la tecnología digital que están utilizando. Por eso preferimos no usar un criterio, dado que la fuente con la que trabajan es el informe que la Comisión sancionó. Como elemento complementario, que da consistencia al análisis de esa Comisión, también consideraron un estudio de la Universidad Católica sobre registro nacional de listas de espera. Aquí hay algunos hechos interesantes que también recogieron para una solución integral. Uno de ellos es que las listas de espera, hasta entonces, estaban centradas en los eventos, y no en las personas. Y este es un hecho sanitario extraordinariamente relevante, porque cuando había un paciente con indicación de cirugía, en lista de espera por ese motivo, también podía aparecer en la lista por necesitar una radiografía de cadera, un scanner y un electrocardiograma. De modo que muchas veces el enfermo salía de la lista de espera por habersele practicado el scanner, pero no se lo estaba considerando como sujeto de derechos. Por consiguiente, dijo, han puesto en práctica un sistema donde el eje son las personas. De tal forma, el paciente solo sale de la lista de espera cuando se ha resuelto su problema o se ha cerrado el ciclo completo de cada una de las listas, entre comillas, en que se encuentra.

A mayor abundamiento, precisó que pueden verificar la situación de un paciente que está en cirugía, pero además chequear si está en lista de espera por un scanner, por un electrocardiograma o lo que sea. Eso también les mayor facilidad para Gestionar a las personas, no los exámenes. Ese es un tema que le parece importante relevar.

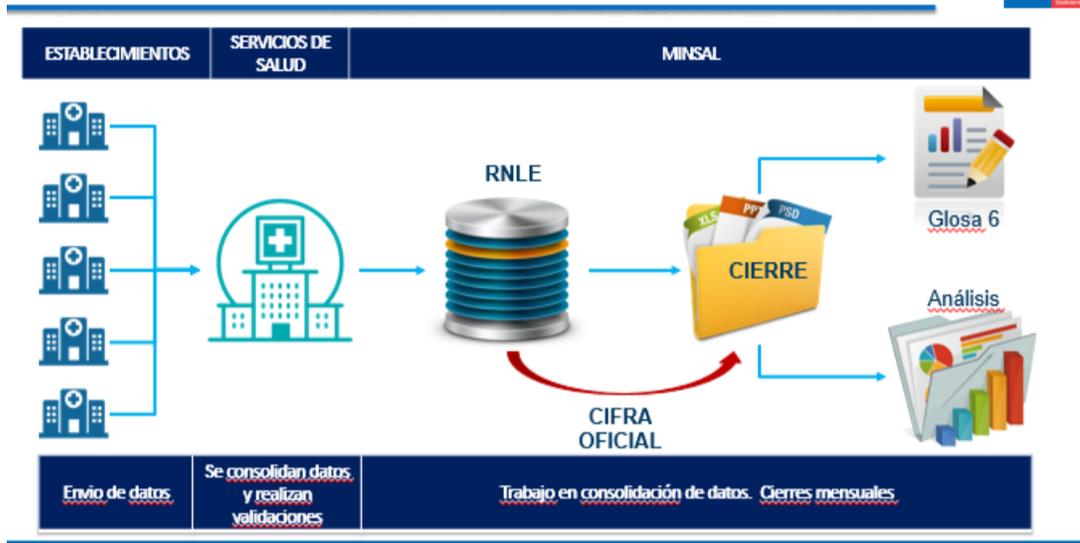
Afirmó que no hay validadores de calidad de los datos -lo cual coincide con el informe anterior-, y hay problemas de registro, en términos genéricos, sistema que opera como sistema de rendición de cuentas, porque se recibía al final de un período. A la Comisión se le entregaba un informe donde ex post sabían lo que había ocurrido, pero no había una temporalidad que permitiera reaccionar frente a pacientes ni factores de riesgo. Y tampoco estaba integrado con ningún sistema de información para hacer cruces de información y enriquecer las bases de datos. En ese informe se hizo un análisis complementario donde se usaron métodos de regresión logística que permitieron establecer la probabilidad de mortalidad de los pacientes en función de una serie de variables. Ellos están buscando cómo van a integrar las listas para incorporar variables de determinantes sociales para establecer por qué es más pertinente que un paciente esté en lista de espera antes que otro, que sufre una enfermedad similar. Esta situación se puede dar si esa persona sostiene a su hogar, si es de menores ingresos, etcétera. Entonces, al abrirse con otras fuentes de información se generaría mucha riqueza para priorizar en la toma de decisiones.

Dado que la información era un compilado de planillas excel, afirmó que de ninguna forma les permitía generar herramientas analíticas. Más allá de las precisiones en el diagnóstico, recogieron que estaban en presencia de lo que hasta ahora ha sido históricamente su quehacer en data y manejo de informaciones del Ministerio de Salud. Paralelamente a la comisión, están avanzando desde un modelo de análisis analítico-predictivo, de tal forma de incorporar en el mediano plazo herramientas que les otorguen, a través de inteligencia artificial, el desarrollo de modelos predictivos para anticiparse a muchos eventos. En la actualidad, en epidemiología clínica uno se puede adelantar y establecer, por ejemplo, lo que pasó el año pasado con la fiebre amarilla. Era tan simple como haber tomado los datos de Sernatur, saber cuántos chilenos fueron a Brasil el año pasado y haber predicho cuántas vacunas contra la fiebre amarilla necesitaban. Ahí se tiene un ejemplo simple de modelo predictivo, acotó.

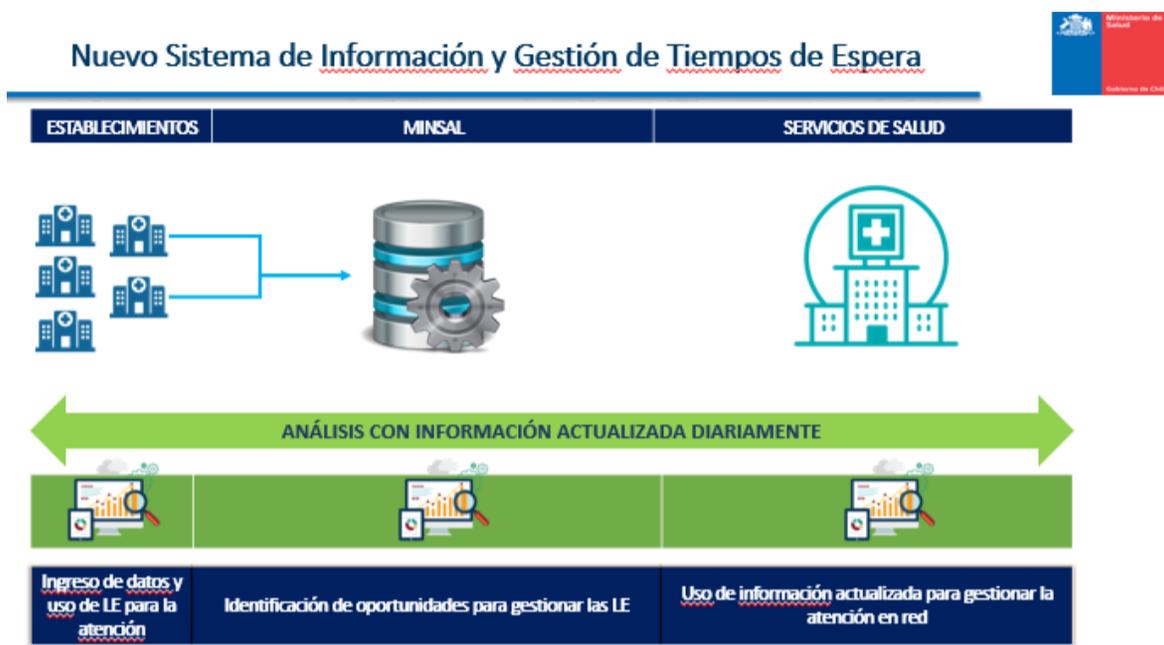
La **señora Erika Quiroz**, indicó que la Comisión Nacional de Salud, en su informe de diciembre de 2017, entregó una serie de observaciones, de las cuales, el 95% de ellas han sido subsanadas, a excepción de las causales de egreso. Lo mismo ocurrió con el informe que emanó de la Universidad Católica de Chile.

Señaló que el antiguo registro nacional de listas de espera tenía una lógica de base de datos gigante. En la gráfica se puede observar que los distintos establecimientos a nivel nacional hacían envío de datos en planilla excel a los servicios de salud, los que básicamente actuaban como consolidadores de esas planillas; indicó que para tener una dimensión, cada establecimiento enviaba alrededor de doce planillas. El servicio de salud establecía validaciones –todo es manual, bastante artesanal, si se quiere- y, a continuación, se enviaban a nuestra gran base de datos, que era el RNLE. Esa era la lógica con la que estaba construido.

Antiguo Registro Nacional de Listas de Espera



Añadió que el Repositorio Nacional de Listas de Espera hacía un trabajo extra en consolidación de datos, ya que, se entregaba información de forma retrospectiva: una vez al mes se daba a conocer una cifra oficial, pero sobre el período anterior. Por tanto, las cifras de marzo de 2017 contemplaban lo que había ocurrido desde febrero hacia atrás. Por tanto, desde el punto de vista de la oportunidad de la información, la utilidad y el valor que esa información pudiese entregar para la Gestión para los servicios de salud, como saber quién está en lista de la operación para los hospitales, es casi nula, porque es todo retrospectivo. De hecho, cuando se recibía la glosa, por ejemplo, lo más probable es que los servicios de salud y los establecimientos hayan tenido información más actualizada que la del ministerio. Entonces, desde el ministerio emanaba esta cifra oficial, que es el cierre; a esa cifra se le hacían algunos análisis, que es lo que se podía hacer, dadas las condiciones y los habilitantes tecnológicos con los que se contaba, y emanaba la Glosa 6. Como se pueden ver, dijo, se mantienen los estancos de información, propios de su sistema de salud, que debiesen funcionar en red, y que en todos los documentos está instalada la idea de la fragmentación de su sistema y que con este tipo de soluciones la fragmentación se acrecienta aún más, porque el acceso a la información es muy parcelado y, además, atrasado.



Sostuvo que ahora se avanzó en el Sigte, Sistema de Información y Gestión de Tiempos de Espera, que está siendo utilizado, a nivel nacional, en los 29 servicios de salud, desde el 6 de marzo de este año (2018). Al observar los diagramas, la lógica es bastante distinta, porque hay un trabajo que se mantiene y está íntimamente relacionado con determinar cuál es el estado tecnológico de los establecimientos. Esto se empalma con iniciativas de administraciones anteriores que implementaron, por ejemplo, el Sidra, que no está disponible a nivel nacional. Por tanto, han debido hacerse cargo de esas falencias. En la actualidad, dijo, los establecimientos no están listos para tener interoperabilidad. Entonces, tienen que ver cómo se acercan lo más posible al origen del dato, lo que significa llegar a los servicios de salud y a los hospitales de manera tal que puedan hacer una carga directa a través de una aplicación, así como una persona accede a su gmail, ellos pueden acceder al Sigte, aunque siguen manteniendo sus planillas, porque muchos no tienen otro sistema para llevar los datos. Entonces, los establecimientos cargan la información directo al Sigte. Una vez que la información está, ahí aparecen varios elementos que se mencionaron en los informes anteriores, como la calidad de datos; las reglas de variación no sistematizada; este trabajo casi artesanal, en el que había una lógica de cómo evaluar el ingreso de datos y aplicar reglas de calidad, que eran absolutamente artesanales. En la actualidad, todo esto está sistematizado en el Sigte y las reglas de validación se aplican caso a caso a cada uno de los que se ingresa. Los servicios de salud pueden acceder a la información, la que está disponible en la web. En la presentación se puede ver una flecha transversal en los tres niveles de la RIS, que tiene que ver con los establecimientos, el ministerio y los servicios, de manera tal que cada uno de estos actores pueda acceder a la información en línea, actualizada al día de hoy, según como la vayan actualizando.

Hizo saber que hay una instrucción que emana desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales para que los Servicios de Salud, y los hospitales, registren diariamente los ingresos y egresos de las listas de espera. Por supuesto, esto tiene una Gestión del cambio asociada. Se les debe dar el tiempo necesario para que se acostumbren a esta nueva práctica, porque los datos recogidos son con una herramienta analítica de visualización. Por lo tanto,

hoy se pierden estas barreras de acceso a la información. Antes estaban todos los datos de las listas de espera centrados a nivel de ministerio. Si alguien necesitaba información, tenía que ir a golpear la puerta de la persona encargada para que entregara los reportes que correspondían; en cambio hoy todos pueden acceder, al menos, desde el nivel central. Sin ir más lejos, dijo, el señor ministro accede desde su propio teléfono o desde su computador.

En resumen, varias de las observaciones que estaban en los documentos anteriores ya fueron subsanadas; por lo tanto, están integrados con el Servicio de Registro Civil e Identificación y con Fonasa para que las listas de espera se actualicen, al igual que ellos.

Tienen habilitantes tecnológicos que les permiten hacer informes de Gestión de alto nivel en relación con la listas de espera, con información muy oportuna. Esto les provee todo el escenario que les permite ser analíticos sobre la información y anticiparse ante distintas situaciones, que es lo que se espera.

Por otra parte, dijo, se mencionó el tema de la Gestión de casos, que es una piedra angular para ellos en la forma en que van a Gestionar las listas de espera. En definitiva, es lo que les va a permitir mirar al paciente con todos sus antecedentes en 360° para darle un enfoque biosicosocial a las listas de espera, del que hoy adolece. Una de las cosas por las cuales adolece es precisamente porque no tienen antecedentes clínicos que les permitan priorizar a los pacientes, como factores médicos o con criterios clínicos. No tienen toda esa información.

Agregó que están conectados en línea con la red del Minsal. Por ejemplo, se definen reportes por perfiles de usuarios. Esto quiere decir que el ministerio tiene acceso a un tipo de reporte, los servicios de Salud, los directores de hospitales y los clínicos pueden acceder a los distintos niveles.

Hoy, dijo, pueden ver las listas de espera por tipo de prestación. A modo de ejemplo, acá aparecen los números de casos asociados. Número de casos cercano a 2.500.000 y el número de pacientes cercano a 2.000.000. Está la relación entre casos y pacientes, por ende, se entiende que un paciente puede tener más de un caso en esta lista de espera. La lista de espera la están viendo agregada a nivel nacional. Es bastante dinámica, se puede ver por tipo de prestaciones. Si quisieran ver solo las asociadas a cirugía, también pueden hacer el ejercicio. No solo les permite tener indicadores de modo gráfico, sino también llegar a los distintos niveles de cada caso.

En cuanto a los niveles de agregación indicó que están trabajando para ir a mayores niveles de detalles. Esto quiere decir que dejan de tener una planilla por allá y un cuaderno por acá, sino que tienen un registro unificado.

Precisó que están muy avanzados en el empalme con Fonasa para poder desplegar la lista Ges. Es muy importante que a la hora de tomar decisiones, tanto desde el punto de vista clínico como del Servicio de Salud para efectos de planificación, puedan tener la demanda completa de pacientes.

Tras una serie de consultas el señor Santelices afirmó que la lista de espera global, no AUGE, asciende a la cantidad de 2.000.000 de personas.

Pregunta ¿Consultas más cirugías? Respondió que Sí. La lista de espera quirúrgica no AUGE cerró en 2017 con 285 mil y fracción de personas.

En relación con cuánto de esto impacta al presupuesto, o sea, al gasto potencial, hicieron el siguiente ejercicio. Hoy el precio base de Fonasa para una prestación quirúrgica, cuando lo aplican por GRD a una GRD de 1, que es como se estandariza a precio base, ese total de cirugías significaría un gasto de 570 mil millones de pesos. Calculado con el precio base que hoy tiene Fonasa, uno podría bajar ese precio si se considera el precio base que el ministerio tiene calculado hoy, que es de 1.600.000 pesos y fracción. De modo que se podría llegar a una cifra más aproximada a los 450 mil millones de pesos. Añadió que esto es equivalente a una deuda hospitalaria de un semestre, a la luz de las deudas hospitalarias que se están teniendo hoy. Esa es la dimensión de la brecha solamente en cirugías. ¿Y por qué solamente en cirugía? Porque usan el método de cálculo del precio base con el cual es muy fácil hacer la cuantificación del gasto.

En cuanto a las licitaciones, señaló que han puesto especial preocupación, dado que sin tener un levantamiento exacto de cuál es el nivel de injerencia de las licitaciones en el gasto asociado, o en el sobre gasto asociado, han recogido la gravedad del tema, primero, por casos particulares que han conocido, pero sobre todo por un informe emitido por la Dipres en 2016, hecho, entre otros, por el sectorialista de salud, Patricio Lagos, una persona de larga trayectoria en el sector, que demostraba que a lo menos el 30% del endeudamiento hospitalario se debía al pago a las sociedades que trabajaban en "horario extraordinario". Ese dato lo recogieron como antecedente para intervenir. De hecho, y es parte de los temas que querían compartir como intervenciones para disminuir las listas de espera, han dado la indicación de que todas se hacen con un pago por GRD al hospital y a los profesionales que participan. En el caso de cirugías, se les paga su horario extra solamente a un valor Fonasa Nivel 1, pero no a través de sociedades. Y además en el entendido de que acudan a trabajar en esos horarios para resolver listas de espera, siempre que hayan mantenido un estándar de actividad y producción propia de su especialidad en un horario acorde con una productividad entendida como regular. De esa forma creen que van a intervenir la gravosa situación que enfrentan en su sistema. Si no terminan con esas sociedades, van a convertir a los hospitales públicos en los mall de la salud. ¿Por qué? Porque van a ir equipos de sociedades, van a operar a los enfermos y se van a ir a operar a otra parte. Finalmente, nadie va a cuidar a los enfermos, porque van a estar la sociedad 1 más la sociedad de anestesiólogos 2, que van a operar y se van a ir. Entonces, dijo, es de tal magnitud el problema que han querido intervenirlo con mucha determinación, porque por otra parte tienen 285.000 enfermos que atender.

Precisó que esta situación es mucho más delicada en regiones, porque la capacidad del director del servicio, del director de salud del hospital, para negociar con los equipos de salud es mucho más restringida, entendiéndose que en alguna especialidad va a tener dos o tres especialistas, con suerte, para resolver los problemas. De tal manera que en ese sentido están promoviendo el concepto de que los hospitales son de los ciudadanos, por consiguiente, les están indicando a los directores que ellos tienen la prerrogativa de convocar a especialistas de otros servicios de salud, de otros hospitales que quieran adherir a atender enfermos en ese hospital. Todas esas medidas las están implementando con mucha fuerza para que efectivamente las capacidades ociosas que tienen en los hospitales puedan ser debidamente utilizadas.

Consultado sobre si asumían que la deuda a fines de 2017 fue de 400 mil millones, lo que significaba que ese 30% de pago a las sociedades

médicas equivaldría a que ya se hubiese pagado 120 mil millones de pesos a sociedades médicas, durante el año pasado, por concepto de absorción de listas de espera. ¿Sería correcto?, respondió que uno podría hacer ese cálculo, pero para ser más precisos se puede recurrir al informe que hizo la Dipres con valores.

Consultado si es el 30% de la deuda, señaló que sí, de la deuda.

De acuerdo a ese estudio, prosiguió, ellos precisaban que el 30% del endeudamiento podría deberse al pago de las sociedades. Habría que restarle una determinada cantidad de gastos, en régimen, como 10%, porque igual al enfermo se le debe operar. De hecho, hay situaciones, que está verificando, en una localidad donde va un especialista, opera y se le pagan más de diez millones. Va tres días al mes a practicar cirugías. Y así hay una serie de situaciones que están levantando y tratando de resolver con celeridad.

Preguntado acerca del informe de Contraloría, que se conoció el 4 de diciembre de 2017, bastante interesante y extenso, que hace referencia a una serie de situaciones que se generaron en la Clínica Maruri, que, en la zona norte de la Región Metropolitana, le dicen “el matadero”, en términos vulgares. Allí han ocurrido situaciones complejas e irregulares, de las que da cuenta la Contraloría, en relación, por ejemplo, con la contratación a honorario, de médicos a los que se les pagó como especialistas quienes, incluso, citaron a pacientes como si fueran médicos especialistas, pero que a fin de cuentas no eran médicos especialistas, sino recién egresados de la universidad, compañeros de curso de quien había asumido recientemente como director de la Clínica Maruri.

La segunda pregunta tiene que ver con lo que ocurrió en el repositorio nacional. Según su experiencia, a tres meses de haber asumido el gobierno ¿Quién del ministerio puede tomar determinaciones en relación con el repositorio nacional, además del ministro? Hay alguien más que pueda determinar sacar personas de la lista del repositorio nacional, en forma arbitraria, no porque hayan sido atendidos. ¿Quién puede tomar esa decisión política? ¿Quién es la persona que puede decir: vaya, saque o borre a tal o cual persona del repositorio nacional de listas de espera?

El **señor Santelices** señaló que en relación con la primera pregunta, va a aportar esa información en la próxima reunión.

En relación con la pregunta referida a quién podría ser susceptible de realizar eso, respondió a la comisión que tal decisión no es política, sino arbitraria. En el sistema que existía, cualquier persona, en cualquiera de los espacios y eslabones del sistema, obviamente con la indicación de alguien, podía entrar y alterarlo. El sistema era extraordinariamente vulnerable, porque estaba construido manualmente, era como andar con un libro abierto, libro que cualquiera podía tomar y, usando una goma de borrar podía cambiar el dato.

Consultado sobre quiénes son las personas que tienen acceso a ese libro del repositorio nacional y que podrían haber borrado a las personas que figuraban allí, señaló que para responder esa pregunta sería necesario establecer en qué parte del sistema se borró a la persona, porque existe un listado, que pasa del hospital al servicio, donde hay otra persona que compila la información de todos los hospitales del servicio de salud respectivo. Precisó que no puede afirmar que eso haya ocurrido en uno o en otro eslabón más sensible, pero con la sola construcción sobre cómo estaba funcionando el sistema se puede tener un vicio de datos en el inicio, por medio de una adulteración, puede tener un vicio de datos en el paso al servicio de salud o también, posteriormente, cuando se

entregó al ministerio. En cualquiera de esos tres eslabones se podría haber vulnerado la lista si, obviamente, alguien daba la indicación de modificarla, dado que era un sistema manual.

Preguntado sobre si la compilación final volvía en algún momento a los servicios anteriores, señaló que no, porque en el camino esa lista podía ser modificada, a diferencia de lo que ocurre hoy en el sistema, en que, una vez que se genera el dato, nadie lo puede modificar. Además, se establece un registro final, que tiene criterios de validación; este es uno de los temas que se levantó en la Comisión. Dio como ejemplo: si una persona ingresa un dato y lo asocia a una persona de sexo femenino, en circunstancias que el diagnóstico es cáncer de próstata, obviamente el sistema no aceptará que esa información se ingrese. El sistema tampoco la admitirá si corresponde a una persona con un diagnóstico que no es entendible. El sistema actual tiene una serie de reglas y criterios para el manejo de la información, y es riguroso en sus aspectos clínicos y administrativos. De tal forma que el dato que llega finalmente está totalmente depurado y validado, aclaró.

Añadió que en adelante se establecerán responsabilidades administrativas, porque el Ministerio de Salud hará público el listado que acaban de mostrar. De esa manera, si un hospital informa que tiene 3.000 enfermos en listas de espera, pero después dice que eran 1.000 o 5.000, ese establecimiento deberá hacerse cargo, porque el sistema no tiene ninguna posibilidad de ser vulnerado.

Finalmente indicó que están avanzando en un proyecto mediante el cual, en tres meses más, van a poner las listas de espera a disposición de la ciudadanía, de modo que cada persona pueda entrar al sistema con su RUT, igual que en una cuenta bancaria, y saber su situación en esa lista de espera.

En la segunda sesión en que participó el señor Ministro, el 5 de junio de 2018, entregó a la Comisión una carpeta con todos los documentos de respaldo en donde tienen el análisis de atenciones de la Clínica Maruri, la resolución exenta de la Contraloría del año 2017, donde se propone la destitución y cómo ha sido el curso de esas dos personas, un oficio también de la Cámara de Diputados, del 19 de enero de 2018, otro oficio del Minsal, en relación con el tema reservado del jefe de auditoría de O'Higgins y también todos los antecedentes, como el informe de auditoría de diciembre. Todo con el propósito de que esto pueda contribuir con el conocimiento de las materias que han tenido que recabar.

Destacó el énfasis que se ha puesto al inicio de su administración, el cual se orienta precisamente en la tarea que los convoca, que es a partir de lo que señaló en la sesión anterior. Añadió que más allá de la obvia responsabilidad que las instancias correspondientes puedan identificar, para ellos como autoridad administrativa, lo que les corresponde es que los pacientes se vean resguardados de aquí en adelante, pues existen otras instancias para establecer las responsabilidades y aportar los antecedentes respectivos, en lo que a esta comisión se refiere.

La **Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gloria Burgos** complementó la exposición del Ministro, e indicó que su exposición se refiere a los antecedentes de eliminación de pacientes del Registro Nacional de Listas de Espera entre 2011 y 2013 sin recibir atención médica; los antecedentes de

irregularidades en los pagos de honorarios a médicos, comprobantes de egreso respectivo y atenciones otorgadas por médicos generales sin la respectiva especialidad y antecedentes sobre los 16 pacientes del hospital Regional de Rancagua fallecidos mientras se encontraban en listas de espera.

Sobre el primer requerimiento, recordó que en febrero de 2018, la jefa del departamento de estudio de innovación e información de la Gestión de la división, Digerá (División de Gestión de redes asistenciales), emitió una minuta en la cual hay un análisis de las atenciones del consultorio de Maruri entre los años referidos, concluyendo que 98.129 casos pesquisados en dicho periodo, 15.000 egresaron por causales administrativas y se otorgaron 82.327 atenciones. De esas, se verificó que correspondían a 34.127 pacientes únicos, dado que muchos de ellos habían recibido varias atenciones por distintas patologías y procedimientos concordantes con lo informado por el señor contralor.

Respecto a los antecedentes de eliminación de pacientes del Registro Nacional de las Listas de Espera sin recibir atención médica, comentó que se realizó un seguimiento del historial de los pacientes restantes, descontando los 991 que fallecieron entre marzo de 2014 y febrero de 2018, quedando 33.136 pacientes. Luego, se verificó que 17.594 registraban un nuevo proceso de atención de interconsulta de especialidad entre los años 2014 y 2017. Asimismo, otros 7.864, si bien no contaban con registros de nuevas interconsultas, sí tenían atenciones en la red de atención. Finalmente, respecto a los 7.678 pacientes, de los cuales no existe registro de atenciones, se definió generar contacto con cada uno de ellos, lo cual se encuentra en desarrollo. Por lo tanto, está pendiente el informe final de la situación de cada uno de ellos.

Respecto de la segunda solicitud, sobre los antecedentes de irregularidades en pagos de honorarios a médicos, comprobantes de egreso respectivos y atenciones otorgadas por médicos generales sin la respectiva especialidad, señaló que en el seguimiento del 23 de enero de 2015 se hace presente que la Contraloría General de la República instruyó un sumario al respecto y tomó el que había iniciado el Ministerio, por resolución exenta N° 4.891 (b) -también está en la carpeta entregada el 4 de diciembre de 2017-, por el cual propone la destitución de los funcionarios, a dos de los cuatro responsables. Reiteró que la medida identificó a cuatro responsables de la situación, de los cuales a dos se les sancionaba sugiriendo la destitución y los otros dos fueron sobreseídos.

Añadió que en diciembre, la Contraloría solicitó la actualización de esa situación y las autoridades locales se preocuparon de pedir los antecedentes para ejecutar esa indicación, lo cual tiene algunos procedimientos administrativos en curso. Por lo tanto, eso está en esa situación de avance.

En respuesta a los oficios de la Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados, en los documentos que están citados como C1 y C2, de 19 de enero de este año (2018), el Minsal, por oficio de 2 de marzo de 2018, afirmó que se remitió la información relacionada con la nómina de los pacientes atendidos en la Clínica Maruri, así como los fallecidos dentro del universo de los egresados en lista de espera, tanto por atención como por razones administrativas, entre todas estas materias revisadas, en general.

En relación con el hallazgo en el Hospital Regional de Rancagua de 16 pacientes fallecidos mientras se encontraban en lista de espera, indicó que en Oficio Reservado del jefe del Departamento de Auditoría del Servicio de Salud

O'Higgins N° 8 (d1), de 20 de enero de 2017, se verificó que por Informe de Auditoría N° 78 (d2), de 5 de diciembre de 2017, del mismo jefe de departamento, se concluye que los pacientes citados, fallecieron por la evolución natural de su enfermedad. Actualmente, las fichas clínicas se encuentran en poder de la Fiscalía Regional, razón por la cual no ha sido posible hacer revisión de esa condición ni confirmar dicha conclusión.

Consultado por la conducta que se observara con aquellos pacientes que fueron eliminados -se detectó la falta de constancia en la ficha clínica por motivo de excepción de garantía- y que constituían el 20% de la muestra.

Consultado, asimismo, respecto de cuál es la mirada respecto de lo que se hizo o no en las listas de espera del repositorio nacional ¿Se ajustó? ¿No se ajustó? ¿Qué sucedió?

El **Ministro Santelices** expresó que en relación con la primera pregunta, están haciendo un esfuerzo máximo para ubicar el diferencial que expuso la doctora Burgos, en el entendido de que posiblemente no van a tener éxito al 100%, pero es una responsabilidad y un deber moral hacer el esfuerzo hasta que hayan agotado todas las capacidades para encontrar a esas personas. Por otro lado, han definido una estrategia general en orden a las listas de espera No Ges, particularmente las quirúrgicas, porque son las que más golpean. Están en un plan para tratar de resolverlas y ahí puede haber casos que puedan haber tenido algún nivel de resiliencia y hayan ingresado nuevamente. Creen que son los dos caminos por los cuales, a lo menos, como autoridad, van a quedar tranquilos cuando hayan agotado ese trabajo -que todavía está en desarrollo-, y obtengan el resultado. Pero aseguró que lo han recogido con la debida seriedad y responsabilidad.

En cuanto a la segunda pregunta, dijo que no se trata de generar calificativos minimalistas ni alarmantes en una situación en sí misma grave. Podrían haber sido diez enfermos, por lo que la situación es igualmente grave; sin embargo, claramente, cuando se habla de miles ese hecho los debe convocar a resolverlo y, como dijo, que cada uno cumpla su rol. Están en esa tarea. En el entendido que hay instancias con otras competencias muy superiores a las suyas, como la Contraloría, las comisiones investigadoras de la Cámara de Diputados y la justicia ordinaria, son esas las que deben determinar las responsabilidades respectivas. Por su parte, han puesto el foco en reformular el sistema.

Reiteró que, por la magnitud de lo que están hablando, a partir de las primeras definiciones del señor Contralor, surge un tema de definición ambiguo que se presta para cualquier tipo de arbitrariedades. Por ejemplo, el hecho de que una persona no concurra al llamado, en circunstancias de que la llamaron solo una vez por teléfono. O sea, se da ese tipo de absurdos. Piensa que hay que reformular todo el sistema, por lo que le hace sentido las conclusiones del señor contralor, dado que hay un tema que viene de más atrás.

Al respecto, dijo, hace un tiempo le encomendó a la Subsecretaria que una de las tareas que debe tratar con urgencia, que va más allá de la lista de espera, los PMG. Deben avanzar a que los incentivos estén puestos en los enfermos y no en quienes hacen el acto de salud. Llama mucho la atención que al revisar los resultados de los distintos responsables de los dispositivos sanitarios todos tienen nota 7, no discriminan en nada y, por otro lado, ven los resultados que muestra el contralor. Ahora si el incentivo está mal puesto en forma indiferente, no da resultados, sino que, además, induce a conductas como las que

aquí se están viendo. Creen que eso es de la máxima gravedad y, por lo tanto, están avanzando, por un lado, en redefinir los criterios, es decir, cómo se exceptúa y, por otro, en incorporar tecnologías para que el sistema sea inalterable. En esto, tienen avances sustantivos y ya los están utilizando.

El tercer elemento, continuó, que va a tomar más tiempo, por su complejidad tecnológica, es que definitivamente quieren transferir el cuidado y control de la lista de espera a los pacientes. Es decir, que cada paciente tenga conocimiento de qué lugar tiene en la lista de espera, cuáles son las causales por las que está en lista de espera, cómo está en posición relativa en relación con otros y cómo se comporta la lista de espera en cada servicio y hospital. Cree que el mejor control que pueden tener es el propio ciudadano, porque podrían hacer esfuerzos en hacer un nuevo diseño, una nueva taxonomía de lo que van a llamar lista de espera. Pero no le cabe duda de que a poco andar el comportamiento les va a mostrar que se pudo torcer nuevamente la ley y el reglamento. Creen que el camino es que cada uno controle su proceso.

Espera que en septiembre puedan tener la posibilidad de que las personas vean en línea su condición en la lista de espera y sean ellas quienes la controlen. Esa es una tarea de máxima importancia, de máxima urgencia y un imperativo ético.

Tras algunas consultas el Ministro Santelices afirmó que tienen que transitar hacia un fortalecimiento de la atención pública para generar un sistema de trabajo que sea adecuado y atractivo para los médicos, sobre la base de poder dar condiciones de trabajo que efectivamente lo haga competitivo, pero a su vez con reglas claras en función de que su trabajo, debidamente remunerado, dé cuenta de los resultados sanitarios debidamente validados. Eso es como principio rector. Asimismo, se debe entender también, a modo de ordenar este análisis, que los hospitales son lo más parecido a la industria aeronáutica, y se hace mucho el símil de ello, por ser una industria intensiva en capital y en mano de obra altamente calificada. Hace esta disquisición porque es una capacidad que cuando no se utiliza, es de alto costo alternativo. Esta es una realidad estructural, de industria.

Por consiguiente, dijo, se tienen que establecer reglas claras para que cumplan con sus trabajos, con sus debidas métricas, y tengan su remuneración como personas individuales.

De igual forma, este segundo elemento los lleva a preguntarse qué se hace con un hospital después de la hora regular. ¿Cómo lo explota? Como juicio de realidad, dijo entender que existe un déficit estructural de 10 mil camas hospitalarias y que proyectado se van a demorar varios años en resolverla, entonces generar contratos con los médicos, nuevamente, para que puedan hacer uso de esas instalaciones en horarios más allá de sus horarios funcionarios, a fin de que puedan cumplir tres objetivos. Primero, utilizar la capacidad ociosa. Segundo, cumplir con el objetivo social de esa institución, que esta para cuidar a los pacientes y resolver sus temas. Tercero, para disminuir las brechas. Bajo esa mirada esto es nada más que un tema de Gestión.

Ahora, ¿cómo se avanza en ese modelo? Primero, teniendo las reglas claras. Para resolver las listas de espera han hecho una definición que consiste en que los médicos que atienden en horario extra se les paga Fonasa nivel 1, por dos y medio o fracción, pero hay un horario fijo que lo determina y lo transa Fonasa directamente, y no hay transacciones directas entre las sociedades

y los servicios, etcétera. Eso como un paréntesis para ir avanzando, para ser consecuentes e ir marcando la línea, explicó.

Otro elemento que se debe incorporar, para instalar esta línea, es cambiar el eje en donde Fonasa se convierta efectivamente en un asegurador, porque hoy los fondos se manejan desde los servicios de salud a partir de la Subsecretaría, los indicadores de PMG se definen ahí. O sea, el mismo que da los indicadores es el que pone los incentivos y es el que maneja la plata.

Finalmente, dijo, la realidad es que existe un ciudadano que recibe por parte del Estado \$ 24.000, a través de impuestos generales para que gaste en salud, y \$ 12.000 que pone de su 7%. Ese ciudadano, al cual concurren todos a colaborar en forma solidaria con \$ 36.000, se queda en una lista de espera porque quien debe atenderlo no cumple con su función adecuadamente, y quien debe entregarle el seguro no tiene las herramientas para resguardar sus intereses. Entonces, si se traslada este eje para que Fonasa actúe como un agente que cuida los recursos de ese paciente habrá una relación mucho más equitativa con el prestador y no va a estar “amarrado”. De acuerdo a ese marco, tienen situaciones particulares como las que ocurren en regiones. Lo han constatado. Se dan situaciones en donde casi todos los servicios de un hospital se hacen a través de sociedades.

Consultado si en regiones? Respondió que sí, en regiones. Entonces, ¿cómo van a resolver esa situación? Generando condiciones de competitividad y con herramientas para los directores.

Agregó que hay otro principio rector que dice que los hospitales son de los ciudadanos, y los equipos de salud deben acudir a prestar atención; por lo tanto, convergen con los ciudadanos en el hospital, que es el recinto en donde se les va a prestar la atención, pero los hospitales no son de quienes prestan la atención. Y eso pareciera no estar muy claro, sentenció. Por consiguiente, el director del hospital podrá pactar adecuadamente, en ese horario adicional, para ocupar capacidad ociosa de sábado, de domingo, de vespertino, etcétera, con su equipo, con toda lógica. Pero si no tienen la voluntad, porque están en una curva de confort distinta o tienen otros intereses, es legítimo; sin embargo, también es legítimo que el director busque a otros grupos, que vengan de otro hospital, para operar en este sistema. Es lo que se llama crear cuasi mercado. Y creo que deben avanzar de manera muy clara en esa línea, porque así van a cumplir, primero, con el objetivo de usar los recursos públicos para los pacientes, utilizar las capacidades ociosas y disminuir las brechas.

Frente a la consulta sobre qué porcentaje estima que la disminución de la valoración de las prestaciones está influyendo en el endeudamiento de los hospitales, el Ministro Santelices señaló que en la administración anterior del Presidente Piñera, él colaboró con Fonasa y le correspondió implementar los GRD.

Se efectuó un estudio para el cálculo de precio sombra con costo real, con el cual se estimó que llevándolo a pago asociado a GRD ajustado a riesgo el presupuesto de los hospitales era de 250.000 millones más. Se hizo muchos esfuerzos para que la Dipres acogiera una propuesta para incrementar gradualmente a 50.000 millones el presupuesto anual, lo que no fue acogido. De manera que eso da una aproximación del diferencial, que se puede deber a un déficit estructural por los costeos. Y por eso hay que empezar, o sea, primero cambiar el método para que sea ajustado al riesgo –y ahí está el método de GRD-

y, dependiendo de las capacidades y las arcas fiscales, ir incrementándolo gradualmente hasta llegar a una situación de equilibrio.

Ahora bien, dijo, aprovechando el espacio de reflexión, hizo un contrapunto al señor contralor². En ese sentido, acoge y comparte la comparación de usar el sistema que él hace. Pero, la pregunta y la reflexión que hace es si se tiene la capacidad de mantener al equipo de salud en su horario para que haga su trabajo y reciba su remuneración y se tenga adecuadamente el control en términos de que efectivamente se lleve el registro de que un cirujano, por ejemplo, atienda a ocho pacientes de cirugía a la semana o, en definitiva, los controles reales de sus indicadores de resultados y, además, está una necesidad país que estructuralmente no se puede resolver. Entonces, si están tengo las instalaciones, ¿no tengo un bien superior que me lleve a que yo pueda usar esas instalaciones si las puedo controlar adecuadamente? Esa es la reflexión que lo lleva a hacer la comparación diferente, porque no son similares en términos de cualificar que esto sea más importante que lo otro, sino que el acto que hoy, en este momento de 2018, debe intervenir se asocia a una población que tiene una demanda que no puede resolver, pero sí haciendo las modificaciones con los recursos que tiene disponible. Entonces, le surge la interrogante de qué principio está por sobre el otro, porque acoge plenamente el principio de probidad. Entonces, por un lado es capaz de dar cuenta de esa probidad y obviamente estar conteste con la autoridad regulatoria para que le audite todas las veces que sea necesario y, por otro, puedo usar estos otros mecanismos que le dan respuesta a esta necesidad superior. Es una reflexión que señala que trae a la discusión, porque le parece pertinente compartirla con los diputados.

---- **Contralor General de la República, señor Jorge Bermúdez.**

Dio inicio a su intervención haciendo una breve revisión de las facultades que tiene la Contraloría en materia de esta investigación. Señaló que hace el control de legalidad de los actos de la Administración del Estado desde el punto de vista subjetivo, es decir, de los órganos que son controlados. Está el Ministerio de Salud y todo el sector salud, desde el momento que forma parte de la Administración del Estado. Eso comprende, dijo, al propio Ministerio de Salud con sus subsecretarías, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), a la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast), a los servicios de Salud y a los hospitales públicos. Añadió que en esta materia hay que tener en cuenta que el control de la Contraloría se realiza a través de la toma de razón, es decir, el control a priori de los actos administrativos, sobre todo de aquellos que tienen una cierta relevancia, por ejemplo, los reglamentos, los decretos supremos firmados por el Presidente de la República, las licitaciones públicas de cierta envergadura. Toda la obra pública hospitalaria, que normalmente es bastante cara, pasa por el control previo de la Contraloría. También ejerce un control a través del ejercicio de la potestad

² En esta misma sesión, concurrió también el Contralor General de la República, señor Jorge Bermúdez, quien hizo un comentario sobre el tema de probidad y contratación de funcionarios públicos, del siguiente tenor, al cual hizo referencia el Ministro de Salud: Hizo presente la postura de la Contraloría respecto de la función pública en general y que aplica también a la función pública médica. Uno de los grandes problemas que tiene nuestro país, desde el punto de vista de la vigencia de la integridad o de la probidad, es la falta de exclusividad en la función pública. Es decir, el caldo de cultivo para los conflictos de intereses, el tráfico de influencias, el amiguismo, el nepotismo y varios "ismos" más, dice relación con la falta de exclusividad de la función pública. Como Contraloría no están de acuerdo con que uno pueda contratar con sus propios funcionarios. Eso vale no solo para el Ministerio de Salud, sino también para el Consejo de Defensa del Estado, y para cualquiera que reciba un sueldo público.

dictaminadora y, a posteriori, a través del ejercicio del control de fiscalización por vía de las auditorías, investigaciones especiales y sumarios.

Indicó que desde el punto de vista de la auditoría, la Contraloría, de acuerdo con una modificación orgánica que se realizó a comienzos del año pasado, pero desde siempre, ha tenido al sector salud como prioritario en su fiscalización por distintos motivos, de los cuales señaló, en primer lugar, porque lo que pasa en el sector salud es una materia muy relevante por el impacto que produce en la ciudadanía y también por los montos.

Hizo ver que hace poco entregaron un informe consolidado de endeudamiento hospitalario que corresponde a una auditoría que se hizo el año pasado, que no es materia de esta comisión investigadora, pero sí lo es de la Comisión de Salud, y allí está claro cuáles son los montos de inversión pública en el ámbito de la salud, que son siempre multimillonarios. Dado que el objetivo de la Contraloría es el control de los recursos públicos, obviamente que su mirada debe estar puesta ahí.

En cuanto al Ges, que significa Garantías Explícitas de Salud e implica un conjunto de beneficios que se garantizan a las personas afiliadas a Fonasa y a Isapres, es decir, hay que estar en el sistema formal y hay que tener un seguro de salud en Fonasa o en la respectiva Isapre. El sistema Ges se abre en cuatro garantías: la de acceso, que implica la obligación para Fonasa y las Isapres de asegurar el otorgamiento de una prestación de salud que está garantizada, la de calidad, en que la prestación de salud debe ser otorgada por un prestador que esté acreditado o registrado previamente, la de oportunidad, que es muy relevante, porque en el fondo es el dato objetivo, que se relaciona con el plazo máximo en que debe ser entregada la garantía y, finalmente, la garantía explícita de protección financiera, que establece una contribución máxima garantizada, como tope, que debe pagar el afiliado para una prestación o grupo de prestaciones.

Aclaró que las auditorías que ha realizado la Contraloría han sido básicamente a la garantía explícita de oportunidad, es decir, a que la prestación sea realizada en el momento en que corresponde, lo cual está garantizado por el sistema. El Sigges, añadió, es el Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud, que administra Fonasa.

Luego, dijo, viene la complicación, porque hasta ahí era más o menos fácil de entender. En primer lugar surge lo que se denominan las garantías exceptuadas que, de acuerdo a ciertos criterios establecidos como de excepción, han debido ser postergadas en su otorgamiento, es decir, que se van a entregar en un momento posterior. Las razones por las cuales se exceptúan son la inasistencia, el rechazo, la fuerza mayor por el estado de salud del paciente, la exclusión de la prestación, etcétera. Indicó que esto es bien relevante y es uno de los focos que han tenido las auditorías, porque el sentido común le dice que una persona está esperando una prestación desde el momento en que ha sido diagnosticada. Sin embargo, en el sistema eso no es así.

El sistema opera así: la persona beneficiaria Ges es diagnosticada, luego empieza a correr el plazo para la prestación, es decir, la garantía de oportunidad. Si no se cumple y es exceptuada, se renueva ese plazo y, solo una vez que ha vencido ese plazo y no se ha otorgado la prestación médica, recién pasa a la lista de espera. Piensa que en realidad, tal vez el problema de las listas de espera no es que se achiquen, sino que no se engrosan, porque en las auditorías detectaron que esas garantías exceptuadas son mal utilizadas, es decir, las justificaciones para

postergar las prestaciones no han sido bien aplicadas. Ese es el gran problema que hay acá, aseguró. Entonces, no es un problema de sacar gente de la lista de espera, sino de impedir que ingrese. Ese es el gran problema que detectaron en las auditorías realizadas en los años 2011, 2012, 2013 y 2016. Es un problema que se ha venido repitiendo, afirmó.

Las garantías cumplidas, dijo, aquellas que son cumplidas dentro de plazo, es decir, se cumplió con el objetivo; garantías incumplidas con hito, que significa que la garantía de oportunidad no se cumplió, pero se entregó la prestación fuera de plazo; y garantías incumplidas sin hito, es decir, incumplidas o incumplidas propiamente tal, es decir, se cumplió el plazo y no se entregó la prestación. También hay otra denominación, que se utiliza para las garantías retrasadas o incumplidas. Son aquellas que en el Sigges no evidencian una atención, ya sea porque no fueron realizadas o no fueron ingresadas en el sistema. Aquí existe un sistema registral que es muy importante que se cumpla, para poder hacer las Gestiones. Luego, están los cierres de casos, es decir, las situaciones en que un caso de prestación ha sido cerrado; por ejemplo, la persona falleció, tuvo un cambio previsional, se terminó el tratamiento (se efectuó la prestación), no se cumplió con los criterios de inclusión, la exclusión por protocolo y guías clínicas, el término de tratamiento garantizado por rechazo del prestador o al tratamiento o por tres inasistencias a las citaciones efectivas y realizadas, u otras expresadas por el paciente. Luego viene la lista de espera Ges, que corresponde a los pacientes que tienen las garantías retrasadas o vencidas, es decir, personas que no han recibido la prestación dentro de plazo. Hasta ahí es el sistema Ges, de garantías explícitas de salud, precisó.

Señaló que en cuanto a las listas de espera no Ges, se trata de personas que están en lista de espera y forman parte de lo que se denomina el Repositorio Nacional de Listas de Espera, es decir, son todos los pacientes no Ges. Añadió que toda patología que no es Ges está incorporada en ese repositorio, o cualquier persona que esté en esa situación.

Cómo se sale de esa lista de espera? Eso puede ocurrir, por ejemplo, cuando la prestación debía ser Ges, es decir, se califica nuevamente, o la atención ha sido prestada por un especialista. Esto es bien importante, por ejemplo, para el caso del Policlínico Maruri, donde las prestaciones no fueron entregadas por especialistas, porque es un procedimiento informado, porque la atención fue otorgada fuera del sistema, por un cambio de asegurador, o porque no correspondía que estuviera en la lista, no pertinencia etc.

Se le solicitó precisión respecto de la denominada no pertinencia. ¿Tiene algún punto que destacar sobre ese concepto?

Consultado el señor Bermúdez en relación a que precisara lo que denomina 'no pertinencia', contestó leyendo el concepto de no pertinencia que está en los manuales y en los protocolos que ocupa el propio Ministerio. Dice que corresponde a la identificación de una consulta que no cumple con los protocolos de derivación validada que resguardan el nivel de atención bajo el cual el paciente debe ser resuelto, siendo el motivo de derivación factible de solucionar en la atención primaria de salud, donde el paciente debe ser reevaluado.

Indicó que atención realizada significa que fue prestada por un especialista. Esa es la razón por la que se saca de la lista de espera; y no pertinencia, que sería otra razón por la cual se saca, es la identificación de una consulta que no cumple con los protocolos de derivación validada -o sea, no debió

haber sido derivada y, no obstante, fue derivada- que resguardan el nivel de atención bajo el cual el paciente debe ser resuelto, siendo el motivo de derivación factible de solucionar en la atención primaria de salud. En realidad, no necesitaba especialista y pudo haber sido atendido en un consultorio de primer nivel, explicó. Eso también tiene que ver con lo ocurrido en su momento en el Policlínico Maruri.

Respecto de las auditorías, mencionó que en ese periodo se hicieron 36 auditorías, de las cuales 32 correspondieron a programas nacionales y otras 4 fueron realizadas en las regiones. Esas auditorías dieron lugar a dos grandes informes consolidados, N° 89 y N° 210.

Señaló que se levantaron 214 observaciones, altamente complejas, , y otras 299 medianamente complejas y leves. De aquí, surgieron 19 procedimientos disciplinarios; un reparo (es decir, una demanda que se tramita en el tribunal de cuentas), y una denuncia al Ministerio Público.

En dicho informe consolidado se verifica la eliminación de las listas de espera de acceso universal con garantía explícita (Auge), que se mantenían al 30 de septiembre del 2011, evaluando el sistema de control interno para asegurar el cumplimiento de este régimen que se denomina Ges.

Se trataba de un universo de garantías de 3.273, de lo cual se tomó una muestra, y se analiza el 100% de las garantías exceptuadas. Ahí, entonces, se asciende a 1.445, exceptuadas, que son las que se habían postergado.

Cuáles fueron las principales observaciones que se determinaron. En primer lugar, dijo, desde el punto de vista del proceso de control interno, se detectó que había ausencia de informes de procesos de diagnóstico en la ficha clínica, toda vez que, para que haya una incorporación en el sistema Ges, lo que debe haber es un primer diagnóstico de un médico, pero luego hay un segundo diagnóstico por un segundo facultativo. Por lo tanto, ese informe de proceso de diagnóstico faltaba en ocasiones, desde el punto de vista del control del proceso. El formulario no estaba presente, y eso permite saber si la persona va a recibir o no la prestación. Esto es relevante, porque, en el fondo, es la hoja de vida del paciente que tiene esta garantía. Añadió que el problema de este sistema es que es manual. Es una ficha que un médico debe llenar a mano, con todo lo que eso implica desde el punto de vista del trabajo, desde el punto de vista de recuperar esa información, y desde el punto de vista de que haya una información al día respecto de esa información que ha sido puesta allí, aparte de la carga burocrática que significa para quien tiene que llenarla.

En segundo lugar, dijo, se detectaron problemas desde el punto de vista de la anuencia de formularios de constancia e información al paciente tras haber sido confirmado que su patología es Ges. Esto es importante porque uno de los pilares del sistema se basa en que el paciente sepa que su patología está garantizada y, además, en las citaciones que él tiene al tratamiento porque, si falta dos veces, puede ser exceptuado.

La tercera observación muy relevante, es la omisión en la confección de los formularios de excepción de garantías. Es decir, para poder postergar es necesario que se llene un formulario. Esa es la clave para saber si se está dentro del plazo o no: por lo tanto, si dicho formulario no está, no es posible saber por qué razón esa persona no ha sido atendida en el plazo.

También se detectó la ausencia de formularios de cierre de casos, en el cual no consta por qué el caso fue cerrado, de lo cual debe quedar constancia.

Reiteró que todo esto sigue siendo manual hasta hoy. Es un gran problema, desde el punto de vista del sistema.

Consultado si el llenado de las fichas es de cargo del médico o estos últimos son llenados por personal no médico, respondió que hasta dónde él entiende, son llenados por médicos. Son todos a mano. Eso lo confirmaron.

Y ese es el resumen, donde se puede ver los distintos casos en los distintos hospitales:

Centro hospitalario fiscalizado	Ausencia de informe de diagnóstico (N°1)	Ausencia de formulario de constancia (N°2)	Falta de formulario cuando no se realiza atención (N°3)	Ausencia de formulario de cierre de caso (N°4)
Hospital San Juan de Dios	48 Casos	93 Casos	150 Casos	34 Casos
Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río	11 Casos	36 Casos	15 Casos	
Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau	37 Casos	58 Casos	70 Casos	10 Casos
Hospital Regional de Rancagua	172 Casos	79 Casos	92 Casos	
Hospital Regional de Talca	50 Casos	272 Casos	183 Casos	265 Casos
Hospital Dr. Gustavo Fricke	43 Casos	305 Casos	156 Casos	23 Casos

Sobre el estado de las garantías, se detectaron problemas en el registro, en el sistema informático, es decir, en subir la información al sistema en los hospitales que allí aparecen.

En la siguiente lámina figuran las demoras: las que van desde 4 a 731 días en el que se detectan, por ejemplo, en un centro asistencial. Esos son promedios y dicen relación con la muestra que se tomó; no necesariamente esta es una cosa estadística. Pero, más o menos, esos son los rangos que se manejaron.

Registro extemporáneo en el sistema SIGGES. (5 Hospitales)

- Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau: demora entre 4 y 731 días (Informe N° 11, de 2012).
- Hospital Regional de Talca: demora entre 1 y 643 días (Informe N° 5, de 2012).
- Hospital San Juan de Dios: demora entre 1 y 597 días (Informe N° 10, de 2012).
- Hospital Dr. Gustavo Fricke: demora entre 7 y 356 días (Informe N° 5, de 2012).
- Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río: demora entre 3 y 287 días (Informe N° 3, de 2012).

Agregó que en un segundo grupo, respecto del estado de las garantías, hay casos en que la prestación fue otorgada fuera de los plazos establecidos, como aparece allí, en cinco hospitales, y con los días que aparecen de retraso.

Garantías cuya prestación fue otorgada fuera de los plazos establecidos. (5 Hospitales)

- Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau: 42,95% de las garantías, entre 1 a 851 días (Informe N° 11, de 2012).
- Hospital San Juan de Dios: 44,24% de las garantías, entre 1 a 795 días (Informe N° 10, de 2012).
- Hospital Regional de Talca: 20,29 de las garantías, entre 1 y 726 días (Informe N° 3, de 2012).
- Hospital Dr. Gustavo Fricke: 31,98% de las garantías, entre 1 y 365 días (Informe N° 5, de 2012).
- Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río: 45,06% de las garantías, entre 11 y 177 días (Informe N° 3, de 2012).

Luego, en el número 3 se destaca que se detectaron 671 casos en que no hay constancia en la ficha clínica del motivo de la excepción de la garantía. Simplemente, se postergó, pero no se sabe por qué razón, si fue por inasistencias, por razones médicas, por fuerza mayor, etcétera. Y, por lo tanto, por qué no se cumplió con la garantía.

En 671 casos se detectó la falta de constancia en ficha clínica del motivo de excepción de la garantía. (5 Hospitales)

- Hospital San Juan de Dios: 116 casos (Informe N° 10, de 2012).
- Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río: 131 casos (Informe N° 3, de 2012).
- Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau: 199 casos (Informe N° 11, de 2012).
- Hospital Dr. Gustavo Fricke: 110 casos (Informe N° 5, de 2012).
- Hospital Regional de Talca: 115 casos (Informe N° 3, de 2012).

Afirmó que esta es la más grave, porque esto es lo que impide que crezca la lista de espera. Esto es lo que permite que esas personas estén en este limbo, en que no están en lista de espera formalmente, pero tampoco ha recibido la prestación y tampoco se ha cumplido con el plazo. Ese es el grave problema que se detectó en este grupo de auditorías de los años 2011, 2012. Este informe es consolidado el 2013, y se detectó también después. Es un punto clave del funcionamiento del sistema, aclaró.

Luego, pacientes no registrados en el sistema Sigges, que es el sistema informático, y ahí aparece otro grupo de pacientes.

28 pacientes en lista de espera no registrados en el SIGGES. (4 Hospitales)

- Hospital Dr. Gustavo Fricke: 12 casos (Informe N° 5, de 2012).
- Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau: 10 casos (Informe N° 11, de 2012).
- Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río: 4 casos (Informe N° 3, de 2012).
- Hospital Regional de Talca: 2 casos (Informe N° 3, de 2012).

Respecto de las fichas clínicas, que es la base del historial médico, hay 159 casos en que simplemente no se tuvo acceso a la revisión, 159 casos de la muestra, no del total. Luego, hay 902 casos, en particular, donde no aparecen los antecedentes que justificaron la postergación. Hay 405 casos de ausencia al registro Sigges de las citas que se habían efectuado las que destacó, porque

son las que permiten hacer la excepción. También, hay 552 pacientes exceptuados por inasistencia y que no recibieron la prestación, a pesar de que la garantía estaba vencida.

Señaló respecto de las listas de espera, yendo directamente al caso en que la garantía estaba totalmente vencida, fue exceptuada, es decir, fue postergada, y después estaba vencida, es decir, personas que efectivamente estaban en la lista de espera, se detectó que hay 285 casos en que no se entregó la prestación en el plazo que el Ministerio de Salud se había dado para superar esa lista de espera. En el fondo, dijo, ya no había plazo, pero el Ministerio de Salud, como una decisión de buena Gestión, había señalado un determinado plazo para poder sacarlos de la lista de espera, pero no se cumplió con dicho plazo.

Comentó que en la prensa de 2010 se hicieron anuncios respecto de cuándo se iba a terminar la lista de espera propiamente tal. Fonasa afirmó que en noviembre se terminarían las listas de espera del plan Auge y, luego, en la Cuenta Pública del Ministerio de Salud del 2010 al 2014, también se había dado cuenta que se iba a aplicar un plazo.

Por otra parte, señaló que existe un segundo informe consolidado, que es el 210, que da cuenta de auditorías que se hicieron en todos los hospitales que se consignan en el informe. Es la fiscalización a las listas de espera, a nivel nacional, más recientes que tienen. Luego, tienen fiscalizaciones puntuales a hospitales. Esta es una fiscalización coordinada a nivel nacional que tomó a 26 hospitales para verificar nuevamente las garantías que han sido incumplidas dentro de plazo. El universo era de 60.552 garantías y se tomaron 2.993 registros.

La distribución de esos hospitales se puede ver en la lámina. Para que se entienda la metodología, por ejemplo, en el hospital de Arica, el universo era de 2.286 garantías y se tomaron 117 casos para poder analizarlos y saber qué había pasado con ellos.

N°	UCE	ESTABLECIMIENTO	TOTAL REGISTROS	
			UNIVERSO	MUESTRA
1	XV	Hospital Dr. Juan Noé Crevanni, de Arica	2.286	117
2	I	Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, de Iquique	1.883	116
3	II	Hospital Dr. Leonardo Guzmán, de Antofagasta	1.420	115
4	III	Hospital San José del Carmen, de Copiapó	1.242	112
5	IV	Hospital San Juan de Dios, de la Serena	3.191	119
6	V	Hospital San Martín, de Quillota	3.077	119
7	VI	Hospital San Juan de Dios, de San Fernando	849	108
8	VII	Hospital San Juan de Dios, de Curicó	1.954	115
9	VIII	Hospital Herminda Martín, de Chillán	3.956	120
10	VIII	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	3.812	120
11	IX	Hospital Dr. Mauricio Heyermann, de Angol	540	101
12	IX	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, de Temuco	3.597	120
13	XIV	Hospital Regional de Valdivia	3.986	120
14	X	Hospital Base de Puerto Montt	2.502	118
15	XI	Hospital Regional de Coyhaique	486	99
16	XII	Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria de Punta Arenas	877	107
17	SSMOCC	Hospital Félix Bulnes Cerda	3.501	119
18	SSMC	Hospital Clínico San Borja-Arriarán	4.392	120
19	SSMN	CDT Dra. Eloisa Díaz	3.959	120
20	SSMN	Hospital Clínico de Niños Roberto del Río	2.281	117
21	SSMSO	Hospital Padre Hurtado de San Ramón	2.497	118
22	SSMO	Hospital del Salvador	2.377	118
23	SSMC	Centro de Referencia de Salud de Maipú	1.768	116
24	SSMOCC	Centro de Referencia de Salud Salvador Allende	1.470	114
25	SSMS	Hospital Dr. Exequiel González Cortés	1.342	112
26	SSMO	Centro de Referencia de Salud Peñalolén Cordillera Oriente	1.307	113
TOTAL DE REGISTROS			60.552	2.993

Afirmó que las observaciones son más o menos parecidas en estructura a lo que pasó en el grupo anterior de auditorías. Por ejemplo, desde el punto de vista de las fichas clínicas, no estaban todas las prestaciones que se habían otorgado, por tanto, había diferencias entre la ficha clínica y lo que estaba en el sistema informático Sigges. Dicho de otro modo, no hay equivalencia de información entre el papel y lo que está en el sistema informático, lo que da cuenta de la falibilidad que tiene este sistema de fichas hechas a mano. No hay constancia del formulario de información al paciente y que es obligatorio.

Respecto de las observaciones asociadas a Ges, hay 442 casos de falta de documentos que justifican la excepción de la garantía. Este es el mismo caso de la observación que ya había señalado, es decir, garantías que son postergadas y no se sabe el porqué. Hay 864 casos de ausencia del formulario de justificación de la no realización o postergación de la excepción de garantía. Tienen 658 pacientes exceptuados con garantías y que no recibieron la prestación a pesar de que ya había vencido el plazo.

Respecto del informe N° 151 que se refiere específicamente al complejo hospitalario San José, la auditoría tuvo por objeto examinar las prestaciones otorgadas por profesionales que realizaban sus actividades en el Centro Clínico Maruri o Policlínico Maruri, que dice relación con la evaluación de los pacientes del repositorio nacional de listas de espera. Aquí estamos enfocados no en los pacientes Ges sino en los que tienen otro tipo de patologías. Se audita el período que abarca desde enero de 2012 a marzo de 2013.

Indicó que en esta auditoría también se enfocó en los pagos de honorarios que se hicieron en este policlínico.

Qué se detectó en esta auditoría? Que hay 125 pacientes examinados que recibieron un total de 1.135 prestaciones, como media, 9 prestaciones por cada persona. Esto es muy raro, dijo, porque el objetivo de este policlínico era descargar al complejo hospitalario San José. Entiende que la primera evaluación se hace allí para que ese paciente fuese devuelto a un centro de atención primaria o derivado a un especialista. Si era ese el objetivo, debería haber recibido solo una prestación y no nueve. En la práctica, estas personas recibieron muchas más prestaciones porque además los honorarios que se pagaban a los médicos era por prestación. Entonces, había un incentivo a realizar más prestaciones y no a hacer derivaciones. Quizá es uno de los grandes problemas que se produjo en este policlínico.

Hay 92 pacientes que recibieron más de una atención en el policlínico, en circunstancias que debían ser devueltos para una atención primaria de salud porque no correspondía la derivación a un especialista. 91 casos que no se encontraban en el registro de interconsulta asociado a la fecha de atención que respalde el motivo por el cual el paciente había sido derivado al Centro Hospitalario San José, ingresado en el repositorio nacional de listas de espera. 113 historias clínicas examinadas, el 88% de la muestra, en donde no estaban los registros de todas las prestaciones otorgadas y sus beneficiarios. 72 pacientes que se sacaron del repositorio sin el respaldo del por qué se eliminaron de esa ficha. 30 pacientes que se eliminaron del repositorio por alguna causal de salida administrativa, pero aparece en la base entregada por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, dentro de los beneficiarios a los que se les prestó atención en el centro clínico. 13 pacientes que fueron egresados del repositorio por la causal

“atención realizada” en la misma fecha en que fueron citados para ser atendidos en el policlínico. Y 424 pacientes que fueron egresados del repositorio por la causal “atención realizada” con posterioridad a la prestación entregada por médicos no especialistas.

Se efectuaban solo consultas médicas o se realizaban también exámenes de diagnóstico médico? Respondió que no tiene esa información, pero puedo averiguarla. Hasta donde sabe son consultas y no exámenes, y de ahí se derivaba.

Una prestación es una atención médica? Respondió que es la atención de un médico a un paciente. No es un examen? Respondió que desde el punto de vista de los pagos, se detectó que hay 367 millones de pesos de honorarios insuficientemente acreditados. Esto no quiere necesariamente decir que estas prestaciones no se realizaron, sino que no está acreditada la prestación por la cual se efectuó el pago. También hay incumplimiento de las funciones pactadas en los contratos de honorarios, eso se detalla después en el informe. Hay pagos de honorarios donde el médico no informó de la actividad que había ejecutado. Por eso se hizo un reparo que es una demanda que se tramita en el Tribunal de Cuentas, que sigue en proceso todavía, es un juicio ordinario.

Se determinó que en junio de 2012, la entidad consideró para el pago 4.971 atenciones, en circunstancias que las prestaciones reales para lo que se creó el centro eran 1.907. Es decir, es probable que se hayan otorgado 4.900 y fracción de atenciones, pero estas exceden a aquello para lo que fue formado el centro.

Luego, hay emisión de órdenes médicas con la finalidad de acreditar prestaciones no otorgadas. Al respecto, se hizo una denuncia en el Ministerio Público por falsificación, que aún está en etapa de investigación por parte del Ministerio. Más adelante, pago a profesionales que no tenían contratos a honorarios que estuvieran vigentes con el centro hospitalario, es decir, no estaba el convenio respectivo. Esto ha hecho que se llevase adelante un procedimiento disciplinario por parte de Contraloría, es decir un sumario, que terminó con una propuesta de medida disciplinaria de destitución, la cual se aplicó, sobre quien tenía el deber de control jerárquico de este centro. No sabe el nombre preciso, pero debiera ser el jefe del policlínico. Señaló no recordar el nombre.

Preguntado respecto del monto de los pagos a profesionales que no tenían contratos a honorarios con el centro hospitalario, y si corresponde a pago de honorarios insuficientemente acreditado, respondió que está contenido dentro de esa cifra global, que también se compone de otros pagos.

Luego, pasó al informe del *Hospital Regional de Rancagua* que se encuentra en el informe N° 979. Aquí –indicó- nuevamente se examinaron las garantías de oportunidad a diciembre de 2015, y, en lo que respecta a los casos No Ges, se procedió a ver las razones por las cuales se produjeron los egresos de la lista de espera. Ahora bien, dijo, en una auditoría no es posible determinar si hubo o no fallecimiento ni la relación de causalidad entre la exclusión o la postergación de la prestación, porque el foco está puesto en lo administrativo y en el cumplimiento de la regulación, y entiende que esto está siendo investigado por el Ministerio Público.

Señaló que el universo es de 4.422 garantías de Ges exceptuadas o retrasadas y 1.498 casos egresados de listas de espera No Ges. Aquí, se toma una muestra de 120 casos de garantías exceptuadas y retrasadas y de 114 casos

egresados de listas de espera quirúrgica No Ges. Nuevamente hay observaciones bien similares a los otros dos grupos de auditorías, precisó. En primer lugar, dijo, hay 6 casos de falta de datos del profesional tratante en los Informes de Proceso Diagnóstico. Hay ausencia de criterios de priorización para la atención de los pacientes que se encuentran en la lista de espera quirúrgica No Ges. Si no hay un protocolo no se sabe por qué razón una persona se opera antes que otra. Hay falta de formalización de las funciones del encargado del manejo de las listas de espera Ges.

Sobre irregularidades asociadas al Ges mencionó que hay 28 casos de garantías exceptuadas en que no se les entregó la prestación médica indicada, pese a que se cumplió el plazo. Hay 8 fichas clínicas que no estaban en el establecimiento al término de la auditoría; falta de registros en 17 fichas clínicas que justificaban la excepción, o sea, se va repitiendo lo mismo que en los casos anteriores, pero ahora aplicado a un solo centro; y 18 casos de garantías mal exceptuadas; hay 52 casos de ausencia del formulario de constancia e información al paciente Ges; 15 casos falta de confección del Informe de Proceso de Diagnóstico, en el que se confirma o descarta la hipótesis diagnóstica en sospecha de una patología Ges; 94 casos falta de confección de los formularios de excepción de garantía.

En relación con las listas de espera No Ges, se determinó que hay 22 egresos no justificados de la lista de espera de pacientes No Ges para intervenciones quirúrgicas; hay ausencia de criterios de priorización formales para la atención de estos pacientes y debilidades en los registros. Todas las auditorías, desde el punto de vista de la Contraloría, han llevado a los que se denominan las acciones derivadas. En total hay 19 procedimientos disciplinarios; hay 3 que se han instruido directamente por la Contraloría; 1 que tiene la sanción propuesta de destitución, ya que la Contraloría no destituye directamente; hay 1 de sobreseimiento y 1 en tramitación, porque hay un recurso administrativo pendiente. De los 16 que llevan adelante los hospitales y los servicios de salud, hay 5 que están con sobreseimiento y 11 en trámite. Hay un juicio en el Tribunal de Cuentas y 2 denuncias: una, al Ministerio Público y, otra, al Servicio de Impuestos Internos. Ahora, estas auditorías dan lugar a lo que se denomina acciones de seguimiento.

Consultado respecto a qué se refiere la cifra que dice reparo, respondió que el reparo es la demanda que se plantea ante el Juzgado de Cuentas y que busca determinar la responsabilidad civil por este monto de los funcionarios implicados en alguna irregularidad, es decir, busca que se repare ese daño causado al servicio. Por ejemplo, si hubo honorarios mal pagados. Entonces, la Contraloría hace un seguimiento de las observaciones, es decir, qué pasó con todo esto que le ha dicho o hecho presente la Contraloría a los hospitales o, eventualmente, a los servicios de salud.

En este listado aparecen todas las observaciones objeto de seguimiento por parte de la Contraloría.

Detalle de observaciones seguidas



Entidad	N° de Informe	N° Observaciones Seguimiento	Observaciones Mantenidas	Observaciones Subsanadas
Hospital San Borja Arriarán	101/2013	10	9	1
Hospital Regional de Iquique	10/2013	12	5	7
Hospital de Niños Doctor Roberto del Río	102/2013	5	0	5
Hospital Doctor Exequiel González Cortés	103/2013	6	2	4
Centro de Tratamiento y Diagnóstico Dra. Eloísa Díaz	104/2013	8	4	2
Hospital Clínico Doctor Felix Bulnes Cerda	107/2013	15	6	9
Hospital del Salvador	108/2013	5	1	4
Hospital Padre Hurtado	111/2013	4	0	4
CRS Doctor Salvador Allende Gossens	118/2013	9	0	9
Hospital Regional Doctor Leonardo Guzmán	12/2013	9	6	3
Hospital Clínico de Magallanes	14/2013	17	8	9
Hospital Regional de Coyhaique	14/2013	15	5	10
Hospital San Juan de Dios de la Serena	14/2013	9	7	2
Complejo Hospitalario San José	15/2013	9	2	7
Hospital San Juan de Dios de Curicó	17/2013	14	0	14
Hospital San Martín de Quillota	18/2013	7	3	4
Hospital de Puerto Montt	19/2013	10	1	9
Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena	19/2013	11	0	11
Hospital de Angol	20/2013	14	0	14
Hospital San José del Carmen de Copiapó	20/2013	3	3	0
Hospital Hanga Roa	21/2013	15	10	5
Hospital Clínico Regional de Valdivia	24/2013	14	0	14
Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán	30/2013	4	0	4
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	31/2013	1	0	1
Hospital San Juan de Dios de San Fernando	39/2013	16	6	10
Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé	6/2013	20	12	8
CRS Peñalolén Cordillera Oriente	85/2013	5	2	3
CRS de Maipú	97/2013	3	3	0
Hospital San Juan de Dios	10/2012	3	2	1
Hospital Doctor Gustavo Fricke	5/2012	35	8	27
Hospital Regional de Rancagua	5/2012	87	53	34
Hospital Barros Luco Trudeau**	11/2012	3	--	--
TOTAL		396	158	235

De acuerdo con lo señalado en el informe N° 101, de 2013, el Hospital San Borja Arriarán tuvo 10 observaciones que eran importantes y, por lo tanto, objeto de seguimiento, de las cuales fue subsanada una y nueve están pendientes. Así sucesivamente; en otras palabras, la Contraloría solo puede llegar hasta ahí. De las observaciones que se han levantado en cada uno de los centros que aparecen allí, algunas fueron subsanadas y la mayoría o muchas de ellas se han mantenido. Así, de las 36 auditorías que fueron a seguimiento, hubo 396 observaciones y se mantuvieron 158.

Cuáles son las principales observaciones que se han mantenido? En primer lugar, el caso de los pacientes exceptuados, es decir, que se prorrogó la prestación sin que se les haya otorgado la prestación médica correspondiente. Esa es una observación muy transversal y que se produjo en 2011, 2013, 2016 y probablemente si se realizara hoy una auditoría, la podrían mantener. En el policlínico Maruri, dependiente del Complejo Hospitalario San José, 424 pacientes fueron atendidos por médicos no especialistas y posteriormente egresados del repositorio, en circunstancias que debieron haber sido atendidos por un especialista y fueron ingresados bajo la causal "atención realizada", lo cual no fue real y es imposible de subsanar. En el caso del Hospital Regional de Rancagua se advirtió una deficiente programación de las intervenciones quirúrgicas, debido a la suspensión y/o postergación en forma reiterada de estas. Luego, otra observación que se mantiene relevante es la que dice relación con la ausencia de los formularios de excepción de garantía, por lo tanto, no se sabe por qué razón se produjo la excepción. Por último, dijo, excepciones de garantía por inasistencia sin cumplir con las citaciones al paciente; es decir, el paciente era exceptuado, pero en realidad no había sido citado.

Consultado en relación a si existen protocolos de priorización formal para Ges y no Ges, indicó que detectaron en otras auditorías, realizadas el año pasado y cuyo resultado entregaron en el informe consolidado en la Comisión de Salud, que hay hospitales que no tienen protocolos de priorización. No hay criterio de priorización, sobre todo para la lista no Ges, que a su entender es importante que exista una priorización que dé cuenta de por qué se atiende a una persona en vez de a otra. En el caso de Ges, entiende que como opera el sistema, dado que tiene plazos y hay garantía de atención oportuna, no es tan necesario ese protocolo. Hay hospitales donde existe el protocolo y otros donde no existe, y ellos lo han detectado como una observación.

Ahora, cuáles son específicamente? No lo sabe, pero a partir de las auditorías pueden entregar esa información a la Comisión.

Hubo propuesta de destitución? Señaló que la propuesta de destitución es respecto del exdirector o exencargado del Policlínico Maruri, doctor Rodrigo Gutiérrez. El problema que tienen como Contraloría es que cuando la Contraloría decide realizar un procedimiento sancionatorio, es decir, un sumario, solo puede llegar hasta la propuesta de sanción. Son muy pocos casos en los cuales la Contraloría puede sancionar directamente, como en caso de mal uso de un vehículo fiscal, pero no es ese el supuesto. Es el típico caso en que el servicio –en este caso el Servicio de Salud o el Hospital- no realizan el procedimiento, aplica una sanción muy baja o derechamente no aplica sanción al realizar el procedimiento. Cuando la Contraloría propone eso, simplemente queda archivado esperando a que transcurra el plazo de prescripción o que cambien las autoridades. En este caso, añadió, lo que debieran hacer es instruir un sumario sobre la no aplicación del sumario o utilizar, eventualmente, alguna otra herramienta, que en realidad no la tienen. Preciso que el 95% de los casos en que la Contraloría propone aplicar una sanción, esa sanción no llega a ser aplicada.

A la pregunta de “No llega a ser aplicada?”, respondió que no. En los proyectos de ley en que se ha discutido acerca del fortalecimiento de la probidad, ellos han propuesto, por lo menos para los casos de falta grave a la probidad, que la Contraloría tenga la posibilidad de sancionar directamente (pero hoy es resorte de la autoridad política), los casos de falta grave a la probidad, cuando se estima que una determinada conducta es reiterativa o genera un gran perjuicio o incluso es constitutiva de delito.

Se acreditó el carácter de especialistas, en las auditorías? Respondió que no, y ese es precisamente uno de los problemas, porque como entienden que funcionaba esto era justamente para derivar a un especialista. Entonces se otorgaron prestaciones como especialista en circunstancias que no lo eran, o no era para eso que estaban contratados, sino que simplemente para saber si volvían al sistema de atención primaria de salud o si se derivaban a una atención especializada.

Agregó que en la auditoría se auditó la prestación que se realizaba en ese policlínico, la contratación a honorarios con facultativos directamente o con sociedades médicas que prestaban servicios al policlínico Maruri. Por lo tanto, hay otros prestadores externos, en el sentido que son otras las personas jurídicas que intervienen y no solo el Estado, con todos los incentivos que ello involucra. Indicó que en la Contraloría el año pasado (2017) trataron de impulsar la prohibición, o en realidad más bien volver a la regla general, la imposibilidad de contratar por parte de los funcionarios con ellos mismos, es decir, con sociedades de las cuales

ellos forman parte. Pero desgraciadamente la glosa presupuestaria se mantuvo igual como excepción al régimen general que hoy existe. Por lo tanto, sigue siendo legal que los centros hospitalarios y los servicios de salud puedan contratar con sociedades médicas. Esa es una de las causas del gran déficit o endeudamiento que existe en este sector.

Frente a la pregunta de si hubo fallecidos que se hayan podido constatar que no lograron llegar al especialista, respondió que la auditoría no llegó tan lejos. No tuvo ese objetivo y no sería correcto que él dijese que hubo o no fallecidos. Puede tener alguna información, pero realmente no consta así en el trabajo de auditoría.

Podría dar lugar esto a algún tipo de ilícito, a algún tipo de defraudación? Señaló que ese tipo de responsabilidad se tiene que determinar en sede penal. En el juicio de cuentas, lo que ellos esperan que se determine es la responsabilidad patrimonial, la responsabilidad civil que tengan las personas que intervinieron en esta actuación.

Aclaró un tema que no había respondido adecuadamente: que en el policlínico Maruri solo se hacían consultas, no exámenes. Esa es una información que le acaban de entregar por interno.

Consultado por lo que ocurre en Rancagua, pero que se extrapola a otros hospitales, la excepción, si está justificada o no, o el ingreso a un registro de excepción sin que esto esté totalmente justificado, ¿corresponde a un método frecuente que permite no incrementar la lista de espera? Señaló que después de revisar las auditorías que se realizaron antes de que estuviera en el cargo (2011, 2012, 2013), porque solo le tocó ver la del hospital de Rancagua-, dijo que esta conducta es una especie de modus operandi, y que los incentivos están mal puestos.

¿Por qué? Porque, por ejemplo, los famosos programas de mejoramiento de Gestión (PMG), que significan un incentivo remuneratorio, dicen relación con rebajar la lista de espera, no con atender dentro de plazo la patología que está garantizada por Ges. Entonces, es claro que mientras más pequeña sea la lista de espera, mientras no se acrecienta, se puede rebajar más fácilmente. En consecuencia, esta es una forma de manipular administrativamente el sistema para, por ejemplo, tener el beneficio del PMG, y eso significa que el incentivo está mal puesto. Esto claramente afecta a las personas que son más necesitadas. Porque las personas que están en ese repositorio son personas que están esperando por años una atención o que no tienen ninguna posibilidad de reclamar realmente para obtener una prestación.

Consultado si es que hay aquí una falsificación cuando se declara la no pertinencia o el no registro, cuando se está hablando del no Ges, indicó que, al menos, hay una manipulación desde la perspectiva del registro administrativo, y esto obviamente tiene un efecto, como dijo, desde el punto de vista de los incentivos económicos y de quién recibe y de quién no recibe la prestación.

Precisó que en cuanto al pago de profesionales, esto opera de la siguiente manera: había contrato con una sociedad o con un médico y este no realizaba todas las prestaciones, sino que, por decirlo en términos neutros, las derivaba a otro facultativo para que las realizara.

El Jefe de la división jurídica, señor Camilo Mirosevic, precisó que se detectó que para algunos operativos de emergencia llamaban a médicos externos, y el hospital informó en respuesta a este informe, que, como eran contrataciones por un día, no llevaban un registro de honorarios, por eso no había contrato.

Respecto de la forma de pagar, ¿por qué se pagaba a algunos más de lo que les correspondía recibir? Hay una declaración que le parece bien gráfica, que está en el informe final, en la que una doctora, cuyo nombre no aparece, solo sus letras iniciales porque está bajo reserva de identidad, señala: “Lo que nos decía el doctor R.G.S. era que había un desorden en la administración, por lo que los cheques salían por montos más altos al que les correspondía y debían pasarle la parte correspondiente a las prestaciones médicas realizadas por el compañero respectivo”.

Concluyó con esto: “El cheque fue aproximadamente de 7 millones, de los cuales a mí me correspondían más o menos 2 millones, 2 millones y medio, que es el sueldo promedio del turno. El resto era para otros profesionales. Yo le pasé el dinero al señor G y él lo repartió”. Eso ocurrió en Maruri, señaló. Por esa razón, hay una denuncia también en el Servicio de Impuestos Internos. El saldo, al parecer, terminaba en la sociedad de médicos o en los médicos como personas naturales.

Consultado por la coordinación que ha tenido con las actuales autoridades de salud, para saber, en una situación quizás distinta de lo que es una cuestión formal, como una comisión investigadora o una Comisión de Salud, si ha tenido la oportunidad de conversar con el ministro respectivo o con la subsecretaria; si ha tenido la oportunidad también de elevar antecedentes ante las investigaciones criminales que se están realizando por parte de algunos fiscales del Ministerio Público; si ha tenido la oportunidad de transmitir la preocupación, o lo que puede significar en términos de responsabilidad civil por parte del Estado de Chile, al Consejo de Defensa del Estado, el señor Bermúdez aclaró que ellos no pueden intervenir en la Gestión, no es parte de su rol. Pero qué medidas de coordinación han realizado, indicó que esta semana hay una reunión con el fiscal del Ministerio Público para efectos de poder abrir, entre comillas, la Contraloría. ¿Fiscal Arias?, si respondió, para saber quiénes son los funcionarios que pueden aportar información respecto de lo que ocurrió en Rancagua; es decir, que pueden comparecer como testigos. Esa es una colaboración habitual que hace la Contraloría en todos estos casos que tienen esa connotación.

En segundo lugar, aclaró que ellos han participado de una mesa que formaron con los ministerios de Hacienda y de Salud para efectos del endeudamiento hospitalario y por eso también se realizó esta auditoría coordinada a nivel nacional para saber cuál era el tamaño del endeudamiento. Afirmó que es ahí donde la Contraloría se siente, entre comillas, un poco más cómoda, porque obviamente es saber qué ocurre con los recursos públicos que están allí invertidos.

En tercer lugar, dijo que todos los años tienen, dentro de su planificación, por la importancia y por los montos, auditorías en el sector salud. Sucede que para Contraloría es un poco reiterativo e incluso podría parecer como una persecución si volviese ahora, a realizar una auditoría en la misma materia, porque, como dijo, está casi seguro que va a volver a aparecer más o menos lo mismo.

Finalmente, señaló que ellos esperan que estas observaciones que están pendientes, por ejemplo, se puedan poner en un convenio de apoyo al cumplimiento. Es decir, uno dice: mire, estas son las observaciones y estas son las medidas que se van a adoptar para poder superar esas observaciones que son más de 150, que están pendientes. Y a partir de ahí ir mejorando, y así Contraloría también puede confiar en que se están haciendo cosas con las observaciones que ella ha hecho, porque está claro que con las herramientas que tiene puede llegar hasta donde ya ha expuesto.

Por último, afirmó que no han puesto estos antecedentes a disposición del Consejo de Defensa del Estado, porque no se ha presentado la oportunidad ni tampoco se les ha solicitado, pero eso puede estar disponible, porque son todos públicos.

Consultado en relación a qué porcentaje estima que la disminución de la valoración de las prestaciones está influyendo en el endeudamiento de los hospitales, el señor Bermúdez indicó que los hechos demuestran que eso es incontrolable. A su juicio, los problemas de integridad o de probidad existentes, en buena parte, ocurren por la falta de exclusividad de la función pública en todos los sectores. O sea, la idea arraigada de que después de cierto horario puedo hacer lo que quiera, incluso compitiendo con mi propio servicio, en realidad es un falso entendimiento. Cualquiera empresa privada, o cualquier estudio jurídico privado o cualquiera clínica privada exigen y pone una cláusula de exclusividad a sus trabajadores. Por qué el Estado no puede hacer lo mismo, si es el segundo mejor empleador en la economía de Chile después de la minería.

Consultado el Contralor sobre si el informe final la Contraloría propuso sanciones, el señor Bermudez explicó que son tres responsabilidades distintas: hay una responsabilidad patrimonial, a la que se ha hecho alusión: los juicios de cuenta; hay una responsabilidad penal, que ve la Fiscalía e investiga en este momento el fiscal regional, señor Arias, y hay una responsabilidad administrativa, que está recién en curso.

Por su parte, desde este año la Contraloría tomó todos los sumarios que lleva adelante el Servicio de Salud de O'Higgins. En seguida, el sumario está en curso y aún no hay sanciones propuestas.

La auditoría no determina responsabilidades, aclaró, sino irregularidades de tipo contable, regulatorio, de eficiencia, etcétera, y a partir de ello se da lugar al sumario.

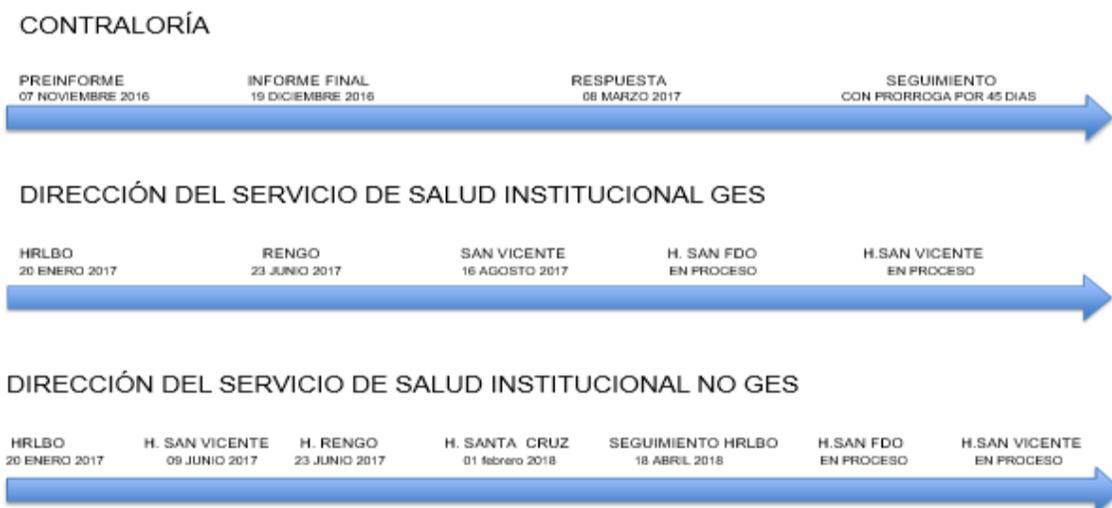
Hizo presente la postura de la Contraloría respecto de la función pública en general y que aplica también a la función pública médica. Uno de los grandes problemas que tiene nuestro país, desde el punto de vista de la vigencia de la integridad o de la probidad, es la falta de exclusividad en la función pública. Es decir, el caldo de cultivo para los conflictos de intereses, el tráfico de influencias, el amiguismo, el nepotismo y varios "ismos" más, dice relación con la falta de exclusividad de la función pública. Como Contraloría no están de acuerdo con que se pueda contratar con sus propios funcionarios. Eso vale no solo para el Ministerio de Salud, sino también para el Consejo de Defensa del Estado, y para cualquiera que reciba un sueldo público.

---- Director del Servicio de Salud O’Higgins, señor Claudio Castillo.

Comenzó su exposición haciendo una cronología de los hechos acontecidos. En noviembre de 2016, la Contraloría les envió un preinforme, se hicieron evaluaciones y se respondió dicho preinforme. En diciembre de 2016 la Contraloría mandó el informe de cierre con una serie de observaciones. Con los antecedentes que tenían –dijo- el director de la época, señor Gonzalo Urbina, decidió llevar a cabo una nueva auditoría, cuya fecha de cierre fue el 20 de enero de 2017. Luego, el 2 de enero de 2017 partió su trabajo auditando el Hospital Regional, con referencia al repositorio, mal conocido como No Ges, y al Ges de la dirección del Servicio y del Hospital Regional.

En la presentación se observa el resto de las auditorías realizadas en 2017, y las que están en proceso en 2018. Dos terminaron el año pasado (2017), Rengo y San Vicente.

CRONOLOGIA



Señaló que en lo que es Ges y en lo que es repositorio se ha cumplido en gran parte. Hoy están en el seguimiento de algunas y en proceso en otras. Han seguido auditando el Ges y No Ges permanentemente.

Con objeto de circunscribir el informe N° 979, de Contraloría, señaló algunos aspectos que gatillaron la auditoría. Observaciones: Falta de datos del profesional tratante; criterios de priorización de la lista de espera No Ges, no sancionados formalmente; falta de seguimiento de las observaciones efectuadas por el departamento de auditoría interna del Hospital Regional, ya que es autogestionado, y falta de formalización de funciones en el manejo de las listas de espera.

Indicó que la Contraloría se enfocó en una muestra relativamente reducida de alrededor de 120 fichas y generó sus observaciones. Ellos revisaron cerca de 845 fichas.

Precisó que el Ges no tiene listas de espera. En el sistema Ges las prestaciones están vencidas, cumplidas o en alguna instancia, pero no hay listas de espera porque la ley fija plazos. En cambio, en el repositorio sí hay listas de espera. El promedio es de alrededor de 540 días. En esos casos hay lista de espera, que hoy se denomina tiempos de espera.

Indicó que se va a referir a las observaciones más importantes de la Contraloría, como las garantías mal exceptuadas, ya que fue una de las preocupaciones más grandes que tuvieron.

Señaló que el contralor planteó en esta comisión que el Ges, en términos generales, no se puede exceptuar si no hay un fundamento lógico para hacerlo. Ahora, en este caso exceptuar no significa eliminar, sino postergar. Por alguna razón, al estar mal exceptuada eventualmente se estaba encubriendo un proceso incorrecto. Añadió que algunas fueron exceptuadas el último día, antes de que vencieran, a las 23:50 horas, 23:51 horas, 23:59 horas. En ese caso fueron declaradas exceptuadas. Por lo tanto, al día siguiente no eran declaradas vencidas y el proceso se mantenía.

En cuanto a pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada, mencionó que algunos tenían la sospecha, y la Contraloría así lo estableció: las garantías, aun cuando estaban exceptuadas, no había forma de indagar si se habían realizado prestaciones posteriores. Ellos tomaron una muestra pequeña y encontraron que en algunos casos hubo prestaciones posteriores, como un caso oncológico.

Sobre la ausencia de Informe de Proceso Diagnóstico (IPD), señaló que el documento que cierra el proceso de la ficha clínica, de alguna forma es el proceso en el cual el médico tratante da el alta definitiva al paciente, y debería estar incorporado a la ficha clínica.

Aclaró que la Contraloría se refirió a un tema más normativo dentro de la auditoría. Así como ellos se apoyaron con algunos clínicos, la Contraloría realiza su auditoría en función de lo que establece la ley.

Se observa falta de elaboración del formulario de constancia e información al paciente Ges. Indicó que tal fue una de sus preocupaciones. Como lo señala la norma, una patología Ges debe ser notificada, lo que genera las prestaciones y la secuencia de hechos posteriores. En algunos casos se constató que ese formulario no fue otorgado. Además, hubo falta de confección de los formularios de excepción de garantía, que es donde el médico fundamenta las razones de la excepción.

Afirmó que el punto más complicado para ellos fue la ausencia de formularios de cierre de casos, porque no había claridad de si esos casos habían sido cerrados adecuadamente o no. También hubo discrepancias entre la información contenida en el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud, SIGGES -hoy se llama SIGTE- y la consignada en la ficha clínica. O sea, ambas eran incongruentes, sentenció. Por último, eran las garantías exceptuadas por inasistencia, fuera del tiempo, en la cual la garantía estaba vigente.

Preguntado sobre si eso quiere decir, que había patologías Ges que estaban siendo tratadas como No Ges, a propósito que se daban de baja fuera del tiempo de la garantía, explicó que para exceptuar una garantía existen dieciséis salidas técnicas, por ejemplo, cuando el paciente cambia de prestador, rechaza la prestación, no asiste, etcétera. En este caso, cuando se exceptúa por inasistencia, quiere decir que el paciente faltó dos o tres veces. Inclusive, las declararon fuera

de plazo. Lo que ocurre es que el procedimiento establece que no basta el hecho de que los llamen por teléfono. La segunda instancia que ocurre es que el hospital debe acercarse al domicilio del paciente, agotar los medios de notificación, ya sea a través de una suerte de comisión, entre comillas, porque hoy no solamente están haciendo las notificaciones a través de un formato que ha funcionado, llamado *carryboy*, que consiste en ir a la última dirección del paciente para notificarlo. En esa instancia no ocurría. Por eso dicen que muchas de las exceptuadas por inasistencia particularmente, la Contraloría señaló que se hicieron a destiempo.

En cuanto a las prestaciones No Ges en intervenciones quirúrgicas, afirmó que ésta es un poco más compleja, porque tenían inconsistencia en la causa de egreso. La Contraloría señaló que hubo dificultades con respecto a determinar si la atención había sido realizada, si el procedimiento había sido correctamente informado. Lo más importante de todo, el formulario de indicaciones quirúrgicas, en cuanto que la persona tenía o no una intervención que hacerse y la atención otorgada en el sistema. Muchas veces los hospitales tienen una cartera de servicios que cubre una gama determinada de prestaciones. Pero por alguna razón, ciertas prestaciones no se dan en el hospital y hay que traspasarlas a otro sistema. Cuando el paciente se va, se supone que a la vuelta se hace la epicrisis dentro del hospital. Esa información no estaba dentro de la ficha, para el caso de las intervenciones quirúrgicas.

En cuanto a inasistencias, contacto no corresponde, y promedio de días de espera que la Contraloría señaló que eran quinientos y fracción días en promedio.

Pregunta: estas conclusiones generales ¿son del informe de la Contraloría o el del Servicio? Respondió que son del informe de la Contraloría. Con ese informe viene a confirmarles lo que ellos encontraron. El subdirector médico, don Felipe Rojas, y el director de la época, decidieron, en función de esos antecedentes, tomar el informe de la Contraloría. Con esos mismos antecedentes ellos hacen su auditoría de lista de espera en el servicio de salud, con referencia al hospital regional que es uno de los resolutores; ellos tienen cinco, entre ellos, el hospital regional, el hospital de San Vicente, el hospital de Rengo, el hospital de Santa Cruz y el hospital de San Fernando. Pero como estaba todo concentrado en el hospital regional, que es el más complejo, se ocupó como base el regional.

En la auditoría que realizaron –dijo- que se inició con la lista de espera de consultas en nueva especialidad (CNE), se determinó que había inconsistencias entre el Fonendo y el Repositorio, en el sentido de que la información de la aplicación que tenían, llamada Fonendo -sistema de control interno de las prestaciones-, no guardaba relación con la información que estaba en el Repositorio Nacional de lista de espera. Además, tenían interconsultas no ingresadas en el Repositorio, por ser interconsultas no digitadas en Fonendo desde el APS; interconsultas que no cuentan con pertinencia en origen e interconsultas que no tienen pertinencia en destino. Explicó que cuando hablan de pertinencia en el origen, el proceso de la lista de espera, o del Ges en general y del No Ges, nace en la atención primaria. Las personas van a un Cesfam, a un Cecosf, o a un SAR, los que generan una interconsulta que fluye por el sistema, y el médico contralor, o mal llamado “pertinenciólogo”, decide si el paciente está o no en condiciones de ser elevado al segundo nivel, que vendría siendo el hospital más cercano de donde esté la canasta de servicio. Ahí tuvieron algunos problemas, porque tanto en el origen, en la atención primaria, como en el destino,

ya sea en el hospital regional o los demás hospitales, no hubo forma de determinar si se había hecho la pertinencia en el destino o en el origen.

Asimismo –dijo- una de las cosas que ha complicado el proceso fue que la norma técnica, que está claramente definida -porque el Minsal tenía una norma que decía cuál era el flujo de la información- no se estaba utilizando, sino que se decidió hacer otra cosa distinta que fue saltarse la atención primaria y partir desde el nivel secundario. O sea, encontraron interconsultas atoradas en un sistema o guardadas en un cajón. No saben si han ido relevando todas las que están todavía en papel; no saben si han pasado, pero creen que ha pasado la gran mayoría.

Otro problema que encontraron son los pacientes duplicados. Hay una carga masiva del sistema. Los sistemas funcionan descargando del Fonendo³, baja un archivo de texto de tipo txt., y se hace una descarga llamada script; es decir, toma el dato completo y lo envía contra el Repositorio, pero el Repositorio muchas veces comete errores, porque acepta el mismo archivo y genera dos registros. Por eso encontraron registros duplicados, que eran los menos.

Además –dijo- determinaron inexistencia de capacitaciones de la lista de espera y reclamos en los ingresos a las listas de espera, porque también revisaron los reclamos.

Consultado si él era el auditor en ese momento, y ahora es el director, respondió afirmativamente.

Otra observación –prosiguió- son los casos cerrados por causales de salida administrativa, es decir, no asiste el paciente, el médico toma una segunda opción: segunda opinión médica. Hay dieciséis salidas, pero se ocuparon cuatro, porque consideraron que no contaban con los fundamentos para llevarla adelante como proceso cerrado.

Otro tema, añadió, es la inexistencia de registro en la prestación de la ficha clínica. Es decir, revisaron la ficha clínica, en papel, manualmente, y después iban al Sigges, pero se encontraba con que el Sigges tenía información que no estaba en la ficha clínica, y viceversa. Por eso hablan de inconsistencia en la información. Por último, no se ingresaron las interconsultas al Repositorio desde el programa de resolutiveidad, que es un programa de atención primaria que ve todo lo que es lentes, imágenes diagnósticas y otras más, que se supone que también solucionan las listas de espera desde la atención primaria. Esas prestaciones no se habían subido al Repositorio. Luego, están las inconsistencias de información entre Fonendo y el Repositorio Nacional por año. Desde el 2010, cuando partieron auditando, hasta el 2016, en términos generales, existían 36.316 listas e interconsultas que estaban, de alguna forma, pero entre uno y otro no estaban; no había una comunicación, un trasvasije entre ambos.

³ Desarrollo tecnológico que permite apoyar procesos como agenda electrónica para los pacientes, interconsultas médicas en línea, control del registro clínico de los usuarios, registro de atenciones de urgencia y control de stock de medicamentos.

El sistema informático Fonendo nace bajo los lineamientos estratégicos establecidos por el Ministerio de Salud y su hoja de ruta para década 2011-2020 y que busca potenciar las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en todos los servicios de salud del país para ordenar los procesos y flujos de información, la comunicación y coordinación entre centros prestadores y así asegurar la mejor atención al paciente. Actualmente, el soporte tecnológico Fonendo se encuentra implementado en un total de 54 establecimientos de salud de la región entre hospitales, Cesfam, consultorios municipales, centros comunitarios de salud (CECOF) y postas rurales. (Información extraída del diario digital El Pulso, publicada con fecha 17 de diciembre de 2013).

En la primera parte dice: pertinencia en el origen de APS, había 2.623 que estaban estancadas, y en el destino, es decir, en el hospital regional, había 36.316 en espera de ser resueltas, en espera de que el médico diera su conformidad. También, se pueden apreciar las interconsultas por año y la justificación de las cifras. Hay 2.623 que son de atención primaria y están consignadas por año, y las 36.316 cuadran con las 36.300 que están en el destino por cada uno de los años. En términos generales, dicho efecto tiene que ver con el cambio en la metodología de ingreso al Repositorio Nacional. En un minuto, tal como se señaló al Ministerio Público hace un par de meses, el cambio a la normativa, en el sentido de impedir que pasaran las prestaciones desde el origen, es decir, de atención primaria hacia arriba, implicó tener estas interconsultas atoradas y esas fueron las que lograron pesquisar. Es un proceso manual, que habría requerido ir Cesfam por Cesfam y, en Rancagua, tienen en cada comuna de tres a cuatro Cesfam y eso desde Rancagua a Paredones, que es la comuna más lejana. Por lo tanto, era una prueba un poco difícil, acotó

Respecto de las interconsultas no ingresadas al Repositorio Nacional de Listas de Espera, que no fueron digitadas en Fonendo por la atención primaria o aquellas que no se encontraban en el origen comentó que en el año 2015, se realizó un trabajo en conjunto entre la APS, Gestión Asistencial y el Jefe TI, en buscar una solución que permitiera ingresar las interconsultas en Fonendo y que fuera exportable para subir al RNLE. Se capacitó al 100% de los digitadores APS y Hospitales de Baja Complejidad, se enviaron rendiciones de 23 comunas a Encargada de Listas de Espera. Sin embargo en agosto del año 2015, la encargada de Listas de Espera, les indica a las comunas no seguir las indicaciones de la encargada del Programa. No mediando coordinación con la Encargada del Programa. A la fecha la cantidad de Interconsultas informadas por las comunas del Programa de Resolutividad asciende a 1.727 interconsultas sin ingresar a Fonendo.

Agregó que la norma técnica era extremadamente clara, no había una doble: una Atención Primaria en Salud (APS), contralor, y si no estaban de acuerdo, se vuelve al origen y, si está de acuerdo, pasa a nivel secundario y así sucesivamente, y se hace todo este circuito de análisis. De eso se pudo verificar que el médico contralor no revisó el 100% de las interconsultas emitidas. Asimismo, no se registraban las interconsultas con pertinencia en origen que se ingresaban al sistema de interconsultas de la pertinencia del destino.

En el caso del hospital regional –dijo– en las especialidades de oftalmología y cirugía menor, y por instrucciones del subdirector médico del establecimiento, la pertinencia es asignada por personal administrativo del Departamento de Gestión de la Demanda y Admisión. Esto fue un poco complejo y se generaron algunas situaciones que tuvieron que comprobar. Están hablando de que no son clínicos quienes estaban asignando la pertinencia en oftalmología, sino un administrativo. Además, no estaban traspasando ni cargando los registros al Repositorio y, por tanto, muchos de los pacientes estaban todavía dando vuelta en Fonendo, cantidad que mencionó al comienzo. Por último, el reporte generado en la lista de espera era desactualizada y no consolidada.

Otra conclusión, es que encontraron 40 pacientes que estaban duplicados, en el Registro y en el Fonendo, con distintas especialidades. Por ejemplo, figuraba una operación de fractura de hueso y salía fractura en un lado, pero hablaba de un diagnóstico totalmente distinto y después decía nuevamente fractura de hueso, el mismo paciente, y el mismo día. Eran pequeños casos, pero

daban muestra que el sistema tenía algunas dificultades para hacer esa parte. Hasta el 2015, no se habían efectuado capacitaciones formales, lo que en parte generaba este vacío en la norma para aquellas personas que tenían que operar con el proceso.

Indicó que los reclamos ingresados por listas de espera fueron parte de una de las pruebas que realizaron en forma alterna. Revisaron 563 reclamos y solo 293 se ingresaron por temas relacionados con tiempo de espera de interconsulta –eran casi la mitad y por eso los tomaron en cuenta-, y tenían que ver con tiempo de espera por procedimiento, que eran 16, y por tiempo de espera quirúrgica eran 99, que después verificaron y estaban incluidos.

Respecto de la carencia de manuales de procedimiento o instrucciones formales indicó que todos los hospitales tienen normalmente todo protocolizado, hay manuales y formas de hacer las cosas. En el caso de O'Higgins, a pesar de que ya está solucionado, el protocolo aún estaba actualizado como lo demandaba la norma.

Concluyó que a nivel regional los casos cerrados por causales administrativas se desglosan de la siguiente manera: 775 fueron cerrados a través del extrasistema; 7 por cambio de asegurador; el contacto no corresponde fueron 1.256; 420 errores de registro; 659 fallecidos; 3.842 por no pertinencia, es decir, el médico de pertinencia mandó al paciente de regreso al destino para ser nuevamente evaluado; 51 por recuperación espontánea; rechazo o renuncia voluntaria del usuario fueron 1.659; 605 solicitudes de indicación duplicada, o sea, un paciente con dos indicaciones, y 48 traslados coordinados.

Por lo tanto, casos cerrados administrativamente que ellos evaluaron fueron 10.989, de los cuales por causal administrativa de no pertinencia fueron más de 2.600; por dos inasistencias fueron 1.421, por rechazo o renuncia voluntaria del usuario fueron 646, porque el contacto no corresponde fueron 531, por solicitud de indicación duplicada fueron 462, 456 fallecimientos e, incluso, pueden observar que buscaron determinar aquellas que habían sido por cambio del asegurador: cambio del Fonasa a la Isapre. Hizo presente que Fonasa es un asegurador más de salud. Se agrega también la causal de inexistencia del registro de prestaciones, que es muy parecida a la observación que hace el contralor respecto de que las fichas no contenían todo los registros de las prestaciones médicas.

Los casos que vieron están en un documento, en el cual se hace el análisis de cada uno de los pacientes, día con día y fecha con fecha, y se corroboró que todos habían tenido prestaciones oncológicas hasta el final de su tratamiento en los casos que correspondía y, en otros casos, hasta que la persona falleció.

En cuanto a inconsistencias en la información, afirmó que se detectaron inconsistencias relativas a Contacto: no corresponde en 63 casos y 115 casos a la causal no pertinente, es decir, que por alguna razón no correspondía la causal que estaba en la cartera de servicio del paciente.

No ingreso de interconsultas al Repositorio Nacional de Listas de Espera. Durante el 2015, se realizó un trabajo en conjunto entre la Atención Primaria en Salud y el jefe de Tecnología de la Información para ver la forma de exportar la información que estaba en Fonendo y hacer que este sistema -de alguna manera- no tenga intervención humana y pase a un archivo directamente. La idea es que eso ocurra, porque en realidad es un sistema de uso propio. El

2015, la encargada de Listas de Espera indicó que las comunas no podían seguir las indicaciones de la encargada del programa de resolutiveidad, y ahí se generó otro cuello de botella, otras prestaciones que no fueron tramitadas. Se encontraron 1.727 prestaciones en esa condición.

La primera auditoría fue a Lista de Espera, Repositorio Nacional. A continuación, viene Ges, particularmente la dirección del servicio, y nuevamente con el centro en lo que es el hospital regional, y se volvió a encontrar las mismas observaciones.

En relación con las irregularidades en la excepción de garantía, se detectaron algunas mal exceptuadas y también causales mal aplicadas.

Explicó que se analizaron las fichas. Se trata de auditores, no médicos y, por tanto, cuando tuvieron algunas dudas, recurrimos a ellas, las que estaban físicamente con los equipos de trabajo, y ahí se dieron cuenta de que algunas causales habían sido mal invocadas.

Sobre pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada, también encontraron algunos casos. En particular, este cambio se hizo tomando en consideración los informes que habían hecho durante casi tres años y medio, pues la gran mayoría de sus pacientes en la región son oncológicos. Tienen una alta existencia de cáncer gástrico, cervicouterino, de mamas, testicular y otros.

También hicieron un caso aparte de pacientes en listado de exceptuados fallecidos o con casos cerrados, es decir, que la persona habría fallecido y su caso estaba cerrado. Tienen información sobre pacientes con cáncer en listado de exceptuados con falta de estudios, biopsia o etapificación, que corresponde a casos particularmente de cáncer cervicouterino.

Respecto del control interno, señaló que ello es un tema de manuales y de designación de encargado, la forma en que se debía operar y cómo se debe hacer el manejo de las fichas clínicas.

En cuanto a las garantías mal exceptuadas, encontraron 225 casos exceptuados por causal de inasistencia. En 97 de ellos se constató que dicha exceptuación fue realizada el mismo día en que vencía la garantía de oportunidad, no existiendo las dos citaciones anteriores para la entrega de la prestación por parte del hospital. Además, 61 casos no cumplían con los requisitos para la causal.

En cuanto a las garantías mal exceptuadas, mencionó que de 626 casos exceptuados por la causal de indicación médica -supuestamente un médico decidió que esa causal no correspondía-, en 328 de ellos no se registró en ficha clínica la decisión de postergar el otorgamiento de la prestación y tampoco existe la constatación que informó el paciente respecto de la causal. O sea, técnicamente el paciente nunca se enteró que había sido exceptuado por un médico. Además, hay 96 casos cuyo vencimiento de garantía, a pesar de ser distinta a la fecha de exceptuación, no cumple con los requisitos descritos en el párrafo anterior. O sea, finalmente fueron exceptuados sin mediar ningún análisis más que la sola exceptuación. Por eso, concuerdan en que estaban mal exceptuados.

Sobre la causal de excepción aplicada, en el examen practicado se verificó que en 274 casos la causal de excepción estaba mal aplicada, principalmente indicando una categoría de exceptuación que no estaba indicada en las fichas clínicas. Si uno iba al Sigges, figuraba como exceptuada, pero si uno

veía la ficha clínica, el documento o registro que consigna esa excepción en particular no existe.

Sobre los pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada, se detectaron 310 casos. No se han dado tales atenciones hasta la fecha de corte de la fiscalización, esto es al 31 de diciembre de 2015, pese a que se cumplió el plazo que originalmente correspondía al paciente de acuerdo a su patología.

Finalmente, en algunos de esos casos se siguió dando prestaciones, aun cuando habían sido mal exceptuadas.

En cuanto a los pacientes en listado de exceptuados fallecidos o con casos cerrados –entraron a una parte más compleja-, se verificó la existencia de pacientes en listado Ges como exceptuados, en circunstancias que se encontraban fallecidos, o hubo un cambio de previsión, o terminó el tratamiento, o su caso fue cerrado, entre otros.

En relación con los pacientes con cáncer en listado de exceptuados por falta de estudios, biopsia o etapificación, se verificó la existencia de 97 casos. La opinión médica señala que si a una mujer joven o adulta se le diagnostica cáncer cervicouterino en primera instancia, el Bi-Rads es solo una etapa de confirmación, pero aun así la persona tiene identificada correctamente la patología. Por ende, todavía no logran entender para qué se hacía una segunda confirmación. Con esta espera, la persona pasaba su tiempo y finalmente se encontraban con que había sido mal exceptuada.

Respecto de las conclusiones sobre control interno, se verificó que no existían resoluciones, que a estas alturas se han ido solucionando. Se constató que la encargada responsable de la Unidad de Ges no posee resolución que formalice su función y responsabilidad; sin embargo, hoy sí la tiene. Se procedió a revisar la existencia de manuales y algunos protocolos se hicieron nuevamente y otros se actualizaron.

Algunas fichas médicas no fueron proporcionadas por el establecimiento. Eso no significa que el hospital se opuso, sino que cuando se hizo la revisión, por las cosas propias de la actividad clínica, muchas fichas no estaban disponibles para ser retiradas, ya que el paciente las tenía en el quirófano o en otras circunstancias.

Falta de firmas y timbres del profesional respecto de los formularios del IPD, que es el cierre, y falta de registro en las fichas clínicas que justifiquen la patología Ges, la excepción de la garantía y el cierre de casos.

El informe detallado de auditoría contingencia Ges, que denominan “Informe79”, muestra los pacientes fallecidos en lista de excepción de garantía año 2015.

De los casos que revisaron en la Tabla N°4, “Pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada”, se pudo obtener que los casos analizados corresponden a una muestra seleccionada al azar, en enero de 2017, de pacientes fallecidos por patologías diagnosticadas entre marzo 2015 y septiembre 2016. La mayor cantidad de los pacientes tenía cáncer cervicouterino, a los cuales se les otorgó prestaciones de salud requeridas por su condición y estado, es decir, el ciento por ciento cumplió con el flujograma clínico. También se observó cumplimiento de los criterios para ingresar pacientes al Ges. Las pacientes con cáncer cervicouterino se derivaron desde nivel primario al hospital

regional para su tratamiento y en algunos casos fueron a parar al Instituto Nacional del Cáncer, si correspondía, por tal motivo se exceptúa administrativamente la causal. Esa definición no estaba descrita en la Circular IF/N°248, del 27 de julio 2015, del Ministerio de Salud, ni en los ajustes de la Circular IF/288, de 6 julio 2017. Esa situación de trasladar pacientes al extrasistema, de alguna forma, impedía controlar si efectivamente habían tenido sus prestaciones.

Se pesquisó ausencia de informes de biopsias. En algunos casos -dijo- se determinó que sí existía y en otros que estaban, pero no habían sido incorporados en las fichas clínicas. También se pesquisó como alta criticidad que el informe del IPD debía estar incorporado y lo están tratando de hacer ahora. El caso N°6, que está consignado con los reportes, aparece como no cerrado en el Sigges, aun cuando a la fecha el paciente ya había obtenido sus prestaciones.

Como conclusiones, señaló tener dos pacientes: uno de ellos es una señora que ya apareció en la prensa el año pasado, la cual murió de cáncer gástrico. Ella no fue informada con el formulario de notificaciones que era paciente Ges, por lo que su familia tuvo que incurrir en la venta de un predio para costear los gastos de la quimioterapia, en circunstancias que le correspondían todas las prestaciones del Ges. El otro caso, que lamentablemente ocurrió a pesar de que trataron de evitarlo, corresponde a un paciente esquizofrénico que padecía un cáncer gástrico. Al final, cuando estaba en su etapa terminal, se comprobó que efectivamente estaba en esa condición.

En cuanto a lo que han hecho hasta ahora, hay dos sumarios. En particular, uno que junta el Ges y el No Ges ha tenido una vuelta bastante larga desde la Dirección del Servicio a Santiago, a través del Ministerio de Salud de la época, y después devuelto, porque el director del hospital que estaba haciendo de fiscal presentó su renuncia y hoy se encuentra en la Contraloría Regional para efectos de hacerse cargo de las investigaciones y el cumplimiento del proceso. Por otra parte, la regularización se ha hecho durante el año. En 2017 y hasta fines de enero de 2018, se cargaron alrededor de 50.682, de los cuales 42.492 fueron aprobados en el sistema y 8.190 aún quedaban con problemas de registro por falta de RUT o de prestación. En general, se ha ido regularizando todo y solo faltan 6 cargas IQ, que estaban consideradas como duplicadas.

--- Director (S) del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor Ricardo Pinto.

Señaló que detenta este cargo en esa calidad desde hace dos meses y director oficial y, en propiedad fue designado por el sistema de Alta Dirección Pública, en el Hospital Roberto del Río.

Señaló que se va a referir explícitamente a los procesos disciplinarios de la Contraloría General de la República. A través de la resolución exenta N° 1409, de 2014, se ordena instruir sumario administrativos para indagar irregularidades detectadas en un informe que hace Contraloría a través de una auditoría, lo que determina, debido a que se establecen dos sumarios, fusionarlos. Por esa razón, los sumarios que parten en la Subsecretaría de Redes Asistenciales y en el Hospital San José quedaron como uno solo. En la resolución N° 4891 de 04 de diciembre 2017, el Contralor, después de hacer todo el proceso, aprueba el sumario administrativo indicando: que absuelve a dos implicados, que son los señores José Ignacio Sanyour Núñez y Alexander Pérez Méndez. Propone

la destitución de los señores Rodrigo Gutiérrez Soto y Raúl Vásquez Cataldo, director de la Clínica Maruri y el director del Hospital San José, respectivamente. Este último era el jefe directo del doctor Rodrigo Gutiérrez.

Luego, mediante resolución exenta N° 1.528 de 26 de abril de 2018, la Contraloría rechaza el recursos de reposición deducidos por los señores Vásquez y Gutiérrez que interponen contra la resolución exenta N°4.891, de 4 de diciembre de 2017. En esa oportunidad, el señor Raúl Vásquez presenta un recurso de protección, pero no lo repone a la Contraloría. Sin embargo, establece un recurso de protección que va a la Corte de Apelaciones de Santiago con el Rol 366-2018 de 2018, donde se desestima por resolución el 13 de marzo de este año, y lo confirma la Excelentísima Corte Suprema por resolución de 25 de abril, en autos Rol 5.302-2018.

En resumen, dijo, mediante el oficio de 3 de mayo de 2018, la Contraloría remite el proceso disciplinario con propuesta de medida disciplinaria para el señor Raúl Vásquez. Por oficio N° 996 de 17 de mayo de 2018, el Servicio de Salud Metropolitano Norte solicita a la Contraloría complementar antecedentes, relativos al sumario de la Subsecretaría de Redes Asistenciales ordenado por resolución exenta N° 1288/2013, acumulado al sumario de la Contraloría para revisar la totalidad de los antecedentes y plazos del proceso sumarial de la Contraloría, y emitir resolución de término y su correspondiente sanción administrativa.

Recordó que una vez que finaliza un sumario, tiene que elevarse a la Contraloría. Sin embargo, en este caso se produce un camino de ida y de vuelta, en el sentido que una de las resoluciones que establece la Contraloría llega de manera incompleta. Por lo tanto, establecen que es mejor que les envíen el oficio completo, que en este minuto (12 de junio de 2018) está en dicha institución, pero a la espera que se lo devuelvan.

Añadió que los procesos disciplinarios seguidos directamente en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, se realizaron mediante el proceso instruido el 21 de abril de 2014. Esa investigación se encuentra agotada y el proceso se envió a la Contraloría para el trámite de toma de razón remitido con fecha 19 de abril. Actualmente, hay dos procesos disciplinarios en curso. El primero está tramitado por la Contraloría General de República, en espera de remisión de antecedentes faltantes, para adoptar la decisión final, cual es informar a los dos exfuncionarios que no pueden seguir trabajando en el sistema público, y a los otros dos funcionarios, quienes serán absueltos definitivamente. El segundo es un proceso que fue tramitado por este Servicio y que está en espera de toma de razón en la Contraloría General de la República.

Señaló que el doctor Gutiérrez y el señor Vásquez fueron destituidos por parte de la Contraloría. Están a la espera que les llegue el documento final para llevarlo a cabo.

Se le efectuaron varias preguntas. En el mundo Auge se entiende que había un procedimiento sistemático de una equivocada exceptuación. Es decir, llegaba el último día de la garantía, como se demuestra en muchos casos, y curiosamente era mal exceptuada, como se corrobora en la auditoría que hicieron, y lo grave es que en algunos de esos casos se reconoce que hay personas que estando fallecidas, se les declara exceptuadas.

Esta es una auditoría que analiza el período al 31 de diciembre de 2015, y la idea es tratar de entender desde que estalló este caso hasta ahora, cuántas personas

han sido constatadas como fallecidas, porque al parecer fueron 16 en un principio, y ese número pudo haber aumentado.

Además, ¿quién daba las órdenes de exceptuar el último día? A qué funcionarios del Servicio de Salud se les ocurría, porque no pareciera ser al azar, que justo cuando estaban venciendo los tiempos se hicieran estas intervenciones, con lo cual no quedaba mal el Servicio de Salud en cuanto a sus metas. Se sabe que se siguieron pagando los incentivos correspondientes sin ser evaluados nunca por el Ministerio de Salud durante los cuatro años anteriores, pero la duda que existe es si hubo omisiones reiteradas, sucesivas, un desorden, una laxitud que llevó a todo esto o hubo intenciones u órdenes jerárquicas, y la pregunta es de parte de quiénes, quienes impedían dar la garantía bajo estas figuras artificiosas que se detectaron y que eran anómalas, por decirlo de alguna manera.

Segundo, en la primera versión de esta comisión investigadora vino el auditor del Ministerio de Salud, en enero 2018, administración anterior, y desautorizó la auditoría aduciendo que la había hecho personal en práctica, que había sido solo por diez días, que no lograba dimensionar exactamente la magnitud de los problemas y que no había tal descalabro, tal desorden. Entonces, la consulta apunta al director para obtener su opinión de esa desautorización completa, en toda la línea, que se hizo respecto de su auditoría, de enero de 2017.

Además, señaló en esa primera versión que les había comunicado en el mismo enero de 2017 a las máximas autoridades del Ministerio de Salud. Es decir, no pasaron meses, sino que fue rápida la intervención.

En el mundo del Repositorio el gran problema es el no registro. O sea, solicitudes de interconsultas enviadas al nivel terciario que no aparecían registradas en ninguna parte o no se cargaban al sistema Fonendo, al punto que, según se ha señalado, al final de 2017, más de 50.000 interconsultas aparecen cargadas en línea.

Se reiteró la consulta sobre qué *modus operandi* había, o era desidia, para que no se visibilizara, no se sincerara, por decirlo de alguna manera, la verdadera magnitud de la lista de espera, sabiendo que había personas detrás de un papel que esperaban por una consulta médica o por una cirugía, y esos miles de casos no fueron registrados sino hasta el final, enero de 2017. El fiscal de la Región de O'Higgins cuando vino a la Comisión dijo que había allanado dependencias del hospital, que encontró varios miles de esas interconsultas en un cajón que nunca habían sido subidas al sistema informático, lo que daba más fuerza aún a la investigación penal. Entonces, en relación a esos dos mundos, el auge y no auge, se consultó cuál es la percepción del invitado, y la autocrítica que hizo el señor Gonzalo Urbina, que era director de Salud al momento que le ordenó hacer la auditoría de enero de 2017, además, de que él era parte del comité de listas de espera durante el largo período que permaneció en el cargo de subdirector y que calificaba, precisamente, las listas de espera. Y, finalmente, se indicó que para borrar un repositorio nacional, para decir que una cantidad de pacientes se elimina debe haber una determinación, y se entiende que en eso hay una secuencia que va desde el Cesfam, que deriva la interconsulta, hasta el Ministerio de Salud, que maneja el repositorio nacional. La pregunta concreta es cuál es la opinión sobre quién es la persona o las personas encargadas de tomar una decisión como esa.

El señor Castillo manifestó que se trata de un tema que han discutido en más de una oportunidad y cree que es bueno plantearlo nuevamente. Como

han señalado el Contralor General de la República y el fiscal Arias, está claro que existía una metodología clara y normada para el flujo de información en el repositorio nacional. Había niveles para decidir y para volver atrás una prestación, a través de médicos contralores que de alguna forma volvían al origen, dependiendo de la pertenencia del origen.

Pero, a la pregunta en particular, sobre quién tomó la decisión, lo señalaron anteriormente en esta misma comisión y se hace cargo de ello. Claramente, en ese momento existió una orden clara a TIC, que es sistemas de información. La subdirectora médica de la época, la doctora Angélica Moreno, decidió modificar la conducta de acceso de las interconsultas al sistema que conocemos hoy como Fonendo, que eventualmente permitía la subida. Lo hizo por una razón que nunca logramos determinar, porque eso es parte del secreto del sumario.

Por el secreto del sumario, manifestó que no tienen claridad de lo que se ha indagado respecto del sumario, ni tampoco de las acciones que ha habido. Lo que sí tienen claro dentro de la auditoría es que, por una decisión que ellos consideraron anormal, se había decidido no recurrir al procedimiento normal, o sea, entiéndase nivel primario, nivel secundario, extrasistema, si correspondía, sino que particularmente se saltaba el nivel primario y algunas interconsultas pasaban, y otras no pasaban.

Si se observa con más detenimiento el resultados de la auditoría, se podrá advertir que los números son, de la pertinencia del hospital regional, el nivel secundario, están hablando de no menos de 26.000 prestaciones que estaban ahí atascadas, tomando en cuenta que fueron las que lograron pasar.

Con respecto a qué funcionario se le ocurrió, dijo que había una sola línea: la subdirectora médica era la doctora Moreno, era quien decidía, en función de los antecedentes que tenía.

Agregó que los bonos de cumplimiento de metas, que son parte de los ADP, que el director de la ADP en esa época era Fernando Troncoso, que se ganó el concurso, él tenía claridad de que su meta era la Gestión de la lista de espera, de repositorio y del Ges. Por lo tanto, entienden que haber hecho cualquier acción dentro de ese marco, en términos de disminuir el acceso de las prestaciones desde el nivel primario al secundario, ¿tenía un efecto directo sobre el bono? Sí. Eso lo está probando la fiscalía a través de las acciones que está llevando el fiscal Arias.

Con respecto a quién tomaba la resolución, piensa que la respuesta es muy clara. Estaba el director, Fernando Troncoso, que no era clínico, sino sicólogo de profesión. Por lo tanto, tenía una subdirectora médica en quien se apoyaba en la parte clínica, porque el director no tenía forma de saber todas las decisiones que tomaba. Al margen de eso, dentro de esta suerte de escala de decisiones, la decisión más compleja que tenía, y que tenía un efecto directo, era manejar las listas de espera en términos del repositorio, se refiere particularmente al repositorio, y el GES también.

Señaló que si se mira el comportamiento general de las listas de espera, siempre estuvieron marcadas por una tendencia muy clara, nunca hubo listas de espera por tres años que sobrepasaran las mil y tantas, por ejemplo; siempre estuvieron en 500 y algo, 600 y algo, pero cuando se hace el cambio de administración de Fernando Troncoso y aparece Gonzalo Urbina, automáticamente las listas de

espera o del Ges vencido se disparan a como están hoy, 1.700 y algo, Ges vencido.

La dirección cambió el procedimiento y la forma de accionar. Por lo tanto, indistintamente que no cumplieran las metas, sí estaba ingresada toda la información. Por eso, no se puede referir a un *modus operandi*, porque significaría hacer un juicio de valor.

Por otro lado, las decisiones pasaban por un grupo extremadamente reducido de personas. El que le habla en ese minuto era el jefe de auditoría; por lo tanto, ellos conocían esto después que las cosas sucedían y, por otro lado, la forma y la dinámica que tenía el Departamento de Gestión Asistencial tenían que ver precisamente con la forma en que se tomaban las decisiones, aún cuando ellas afectaran a pacientes.

Respecto de la autocrítica, señaló que no quiere faltar el respeto a la Mesa, en particular, respecto de la forma en que se operó. Gonzalo Urbina era el subdirector administrativo de la época –lamentablemente, no está presente, por lo que se va a referir a él dentro de los parámetros que corresponde-, que pertenecía a la Comisión de Listas de Espera. Con el tiempo, el señor Urbina se transformó en el director del servicio. Por lo tanto, uno debería entender -y cualquiera, sin mucho conocimiento respecto de cómo operaban las listas de espera o el Repositorio- que él tenía claridad en cuanto a los números, la forma de procedimiento, porque él financiaba finalmente. Acá, lo que falta preguntar –que es una pregunta que está por debajo- es cómo se financiaban las listas de espera y el Repositorio, que es otro tema. Lamentablemente, en ese minuto Gonzalo Urbina tenía conocimiento. Piensa que si le preguntaran hoy, él no podría desconocer lo que vio en esas comisiones; desconoce si habrá tomado alguna posición respecto de lo mismo, cuando fue subdirector o director, porque como director él fue quien gatilló la auditoría –la que se acaba de reseñar-, pero previo o posterior a eso, el resultado fue solo una intervención activa tratando de solucionar el problema. Siempre se está en la idea de mejorar las prestaciones que da el hospital regional para que siga operando. Por lo tanto, Gonzalo Urbina y los demás directivos de la época estaban en pleno conocimiento, porque él resolvía finalmente poner el financiamiento de la lista de espera.

Ahora, si pudiera tener una forma más clara de responder respecto de eso, sería solo para señalar que tanto él como la doctora Moreno, tenían conocimiento pleno, porque uno decía cuánta lista de espera había y el otro debía decir cómo financiaba. No podía ser de otra forma. La subdirectora médica no podía –valga la expresión- mandarse sola respecto de pagar.

Respecto del señor Jonathan Leiva, quien era el auditor ministerial de alguna forma, tergiversó una verdad y una realidad que es muy distinta; él confunde procesos, confunde situaciones. Señaló que estuvieron él más la jefa de gabinete del ministro de la época, definiendo cuál era la estrategia para abordar el tema del Ges y que, de alguna forma, él recién le estaba notificando que habían hecho una auditoría interna, una minuta, que, además, disponía trabajos dentro de la subsecretaría. Por lo tanto, ¿en qué minuto se iba a enterar que tenía que hacer cambios en la auditoría? Le estaba pidiendo que cambiara su discurso de un día para otro, cosa en, que la práctica, no podía ser.

En cuanto a los alumnos en práctica –dijo- también está en una equivocación, porque estos alumnos estaban titulados, estaban sus certificados de

títulos, porque eran compras de servicios. En el minuto que auditaron, estaban con sus títulos en trámite, por lo que eran auditores en profesión.

Respecto de lo que señaló sobre las nóminas, él no entiende que en el Servicio es casi todo manual. En la actualidad, gracias a la opinión del Ministro Santelices, están tratando de informatizar los procesos. Si se cree que un sistema informático es una planilla Excel, es una equivocación. El auditor ministerial tiene una base de datos de donde se cuelga, él, con suerte, un archivo en Excel. Por eso, le cuesta imaginar que un auditor, de la experiencia de él, tenga dudas tan profundas de procedimiento y de la profesión de auditoría.

El *Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, señor Ricardo Pinto*, expresó que de todas maneras habrá que contextualizar y, probablemente, en otra oportunidad in extenso. Las medidas que se establecen al generar una buena idea, como una clínica que empieza a funcionar, tratando de solucionar la presión de tener pacientes hospitalizados en el Hospital San José y derivarlos a un sector que se habilitó especialmente, se estableció, por iniciativa propia de dos funcionarios que fueron acreditadamente encontrados responsables por los sumarios establecidos, como fueron el director de la clínica y, en consecuencia, también el director del Hospital San José, que ellos fueron los responsables de generar una cosa que no informaron a nadie, que fueron iniciativas propias que generaron esta situación.

Ciper Chile, cuando hizo la denuncia, en junio de 2016, dejó entrever una toma de decisiones tan clara, como que en junio de ese mismo año se cierra la clínica Maruri. En febrero de 2014 el Minsal hizo una denuncia ante la fiscalía, cuyo proceso lamentablemente todavía está en curso, no se han definido responsabilidades. Además, en marzo se establece la auditoría que genera las responsabilidades administrativas, en las cuales son investigados cuatro funcionarios, de los cuales dos son destituidos.

Preguntado si el director del hospital y el director de la clínica Maruri tienen facultades para borrar el Repositorio Nacional, el señor Pinto, dijo que tomaron iniciativas, y en los sumarios que en este minuto están en Contraloría se encontró la responsabilidad de ellos. Pero a la pregunta concreta de si un director de hospital y un director de un servicio tienen facultades para borrar el Repositorio Nacional, el señor Pinto contesta que no.

Se indicó por un diputado que quisiera saber qué va a pasar con aquellos que quedaron fuera del Repositorio Nacional. Es decir, cuál es la política, porque en la Comisión se debe identificar cuál ha sido ese modus operandi gravísimo, donde se tomaron atribuciones, probablemente, bajo criterios políticos, se genera una cultura de poder resolver problemas tachando personas de un listado de listas de espera, lo que se podría generar por el desorden y se identifican distintas causas, pero al final hay responsabilidades políticas que se pretende identificar. Pero, qué pasa con esas personas que salieron del repositorio, cuál es la respuesta que dan los servicios de salud para reingresarlas, recontactarlas, de manera de resolver el problema de 30 mil personas.

El señor Pinto manifestó que esta situación está suficientemente investigada, suficientemente saldada, en términos de resolución administrativa. Solo les queda confirmar, después de la información que les devuelva la Contraloría, oficialmente, la capacidad de comunicarles a estos dos exfuncionarios que no pueden trabajar en cinco años más en la administración pública.

Las medidas que se han adoptado dentro del servicio, no solo ahora sino desde antes, son estrictas. Se podría tener la certeza de que no están contraviniendo la legislación respecto de sacar gente que no corresponde o poner gente en línea, o adelantar la fila para llegar antes, como también pudo haber ocurrido. Están tranquilos, señaló, y confían en que la Fiscalía entregue un informe judicial que permita aclarar todos los hechos, porque, desde su punto de vista, fue un mal sueño haber tenido a la Clínica Maruri.

El señor Castillo hizo presente que a contar del 1 de enero de 2018 se cargaron los 54.000 archivos que tenían; se subieron todos y solo quedaban 120.000 archivos respecto de los cuales tienen problemas de duplicación. Por lo tanto, se cargaron completamente todos, y hoy tienen una lista de espera, en repositorio nacional, de alrededor de 90.000 personas.

Hay políticas claras respecto de la carga; hoy hubo Gestiones y el ministro Santelices, ha generado una política bastante activa respecto de sistemas informáticos que permitan una mejor forma y control respecto de los procedimientos, que tal como señalaba, están trabajando con los que son BI – Business Intelligence- o con Big Data, para poder llegar a resultados más claros.

Para contestar, están tratando de verificar que esas personas que no hubieran estado incorporadas en algún minuto, hoy sean contactadas nuevamente a fin de cumplir eventualmente las prestaciones que faltan. Ha sido un poco difícil porque hay datos que no los tienen, por motivos que eventualmente en otra instancia se podrá comentar. No están físicamente en la dirección, sino en los Cefam y Cecof, y hay que ir a buscarlos literalmente, que es un tema un poco más complejo, pero se está haciendo.

Respecto de las medidas que han estado adoptando, desde la Dirección del Servicio, se contempla la incorporación de la mayor cantidad de carga de datos posible. Han tenido todas las instancias para poder solucionarlo, por ello se está buscando una forma de rectificar los problemas del repositorio, que es de conectividad. Por otro lado, tienen la carga masiva de datos. Incluso, en un momento, se contrató a una empresa *carry boy*, que era una notificación literalmente en motocicleta al domicilio para buscar a la persona y sacar la firma. Se está formando una comisión para ir a notificar casa por casa, lo que significa ir y buscar al paciente.

Añadió que las políticas son muy claras respecto de que su responsabilidad como Servicio es con el paciente y para el paciente. Lo más importante es que hoy se está tratando de buscar que todo aquel registro que hubiese quedado faltante en algún momento, sea incorporado, y por las vías administrativas, tratar de ir generando, a través del mecanismo 24/7 de los hospitales, una serie de Gestiones para que los cinco hospitales estén operando todos los fines de semana.

- Presidenta del Consejo de Defensa del Estado, señora María Eugenia Manaud.

Comenzó su intervención señalando que no es mucha la información que puede entregar en lo que dice relación con investigaciones de carácter penal. En el Consejo hay dos causas: una, referida a la situación del Hospital San José,

del Servicio de Salud Norte, y otra referida al Hospital Regional de Rancagua. Ambas, contienen una serie de irregularidades administrativas, pero no se refiere a ellas porque son materia de investigación de la Contraloría General de la República y de los propios organismos involucrados, quienes ya han instruido los sumarios administrativos correspondientes.

En lo que se refiere a la situación de Santiago, del Hospital San José, hay situaciones que, aparentemente, podrían revestir carácter de delito. La primera dice relación con la contratación de médicos, supuestamente especialistas, desplegados en alrededor de veinte áreas médicas, para atender pacientes de listas Ges y No Ges. Se trata de médicos jóvenes, recién recibidos; Incluso, en el consultorio Maruri se designó como jefe del equipo de trabajo a un médico que llevaba un año titulado. Todos los médicos eran así de jóvenes, generacionalmente eran amigos o excompañeros de estudios.

Consultada, señaló que todos los médicos eran chilenos, por lo menos los que organizaron esto. Puede que haya habido alguno que no, porque hubo muchos que prestaron servicios y que ni siquiera estaban contratados por el Servicio de Salud; es más, recibieron pagos, pero no se sabe en virtud de qué título lo hicieron.

Dichos especialistas, continuó, eliminaron de las listas de espera a 1.135 pacientes que se supone que estaban en esas listas de espera de interconsultas y que, supuestamente, fueron realizadas y que, en esa virtud, salieron de la listas.

Por ese capítulo hay un informe de la Contraloría que alude a pagos realizados a esos médicos, por un monto cercano a los 870 millones de pesos. Esa es una de las aristas que se está investigando.

La segunda arista, muy relacionada con la anterior, aunque ha tenido un trato levemente separado, dice relación con los llamados operativos masivos de atención de pacientes. Eran sesiones maratónicas en las que se llegaba al extremo de atender durante solo cuatro minutos a cada paciente, en días sábados y domingos, lo cual resulta altamente sospechoso. Según información de la Contraloría, en estos operativos masivos se gastaron 367 millones de pesos. Como resultado, todas esas personas que fueron supuestamente atendidas también salieron de las listas de espera. Consultada, hizo presente que no tenía el dato de cuántas personas eran.

Luego, refirió la arista llamada Med One. En este Servicio de Salud existía un servicio de atención domiciliario, que lo realizaba personal del servicio a cargo de una enfermera jefe. El costo para el Servicio era del orden de \$19.000, pero tras la contratación de la empresa externa Med One, y con IVA incluido, se pasó a pagar \$69.200 por cada atención domiciliaria. En este sistema se gastaron 385 millones de pesos, y se financiaron o se pagaron 1.252 atenciones domiciliarias que no se realizaron o que no fueron efectivas. De un total de 3.660 se realizaron 2.408; por lo tanto, hay una diferencia de 1.252 que no se habrían realizado.

Finalmente, está el caso de la sociedad Oyarzún y Oyarzún, contratada por el médico jefe de traumatología del hospital, integrada por su cónyuge que no es médico, para la atención de salud en materia traumatológica. No tenía el dato de cuántas prestaciones se realizaron, pero sí que se pagaron más de 1.000 millones de pesos a la mencionada sociedad para la atención de pacientes con afecciones traumatológicas. Lo que llama la atención es que todas

las prestaciones, que incluyeron consultas, interconsultas e intervenciones quirúrgicas, se realizaron con personal y utilizando insumos del hospital, sin que mediara convenio alguno con dicho centro médico. A esta sociedad se le pagó poco más de 1.000 millones de pesos por esos servicios.

Se tomó conocimiento de este tema a partir de una denuncia sobre la eliminación de más de 20.000 pacientes de las listas. No tenía información acerca de cómo llegaron a esa cifra, pues por un lado tengo mil, por otro mil y tantos, y de los otros no sé la cantidad. Pero estos hechos ocurrieron desde 2011 a 2013, y la investigación está en pleno desarrollo.

Destacó que se incautaron las fichas médicas que estaban bastante arrumadas por lo que tuvieron que poner a procuradores con mascarillas para revisarlas, puesto que estaban en unas bodegas donde, eventualmente, podría haber habido roedores o algún tipo de infección. Por lo tanto, fue necesario adoptar una serie de medidas extraordinarias para poder revisar dichas fichas, que son una cantidad enorme. Ahora bien, de la totalidad de lo revisado era bastante poco lo que se pudo concluir, porque hay de todo, desde casos en que no se registra la intervención que se supone que se realizó, otros en que solo hay anotaciones sin firma por lo que no se sabe si son del médico o de alguna enfermera, y también –como siempre- otros ilegibles, etcétera.

La verdad es que era imposible sacar conclusiones solo a la luz de las fichas. Naturalmente, esto amerita una enorme auditoría por lo que no es fácil establecer algo. Desde luego, se debe realizar una auditoría médica para examinar las fichas y saber qué tipo de prestación otorgó o no otorgó la persona que se decía especialista y que no lo era, se necesita mucho estudio y profundización.

Si bien es cierto que a primera vista puede parecer que se cometieron delitos como fraude al fisco o negociación incompatible en el caso del médico jefe de traumatología que contrató a la sociedad integrada por su cónyuge, lo que más se observa son irregularidades administrativas y eliminación de personas de las listas de espera, sin que concurrieran los requisitos necesarios para hacerlo.

Respecto del Hospital Regional de Rancagua, expresó que la situación es relativamente similar. Sin embargo, si se acota solo al tema de la eliminación de listas de espera -hasta ahora no hay información de especialistas que no lo sean o de contratos celebrados con sociedades médicas-, hay 97 casos de pacientes que se les exceptuó de la garantía de atención Ges por causales que no están contempladas en la ley. Eso es un problema meramente administrativo, al menos mientras no se profundice la investigación.

En Rancagua se produjo un problema que no sabía –dijo- si ocurrió también en otras localidades, pues alguien –no se sabe quién- instruyó un cambio de método para hacer los registros en las listas Ges, lo que tuvo como consecuencia que una cifra muy importante de pacientes -36.942- no ingresaran a las listas en la misma época comentada, 2011 a 2013.

Dicha situación fue producto de un cambio de método que alguien dispuso sobre qué debía ser considerado para ingresar a esas personas a las listas de espera por lo que ellos, simplemente, no ingresaron.

Actuando con suspicacia, alguien sostiene que esto, no le constaba ni tenía antecedentes en la investigación al respecto, se debió al interés para

obtener bonos de rendimiento por menor cantidad de pacientes en lista de espera. Puede ser, pero no lo puede asegurar.

Dentro de la enorme cantidad de pacientes, 16 personas fallecieron y sobre esas personas aún no existen antecedentes, aunque se incautaron las fichas médicas y está pendiente una auditoría médica, en cuanto a la posible relación de causalidad que permita afirmar o negar que si esas personas hubiesen sido adecuadamente atendidas no habrían fallecido. No tiene esa información y no aparece en la investigación hasta ahora.

Otra situación en Rancagua, se refiere a 49 pacientes con patologías graves –cáncer-, cuyos casos fueron cerrados administrativamente sin una explicación plausible para ello.

En síntesis, tienen 16 fallecidos sobre los que no existe certeza que habrían sobrevivido si hubieran sido adecuadamente atendidos, 49 casos cerrados administrativamente sin fundamento adecuado y 36.942 personas que nunca ingresaron a las listas.

Eso es Rancagua. De eso se enteraron por medios de prensa en septiembre del año pasado (2017), , y afecta tanto a personas de lista Ges como No Ges.

Terminada la exposición, y habiéndosele planteado una serie de preguntas, señaló que en primer término debía tener presente que como todos los servicios de salud tienen personalidad jurídica y patrimonio propio, e incluso hay hospitales que sin ser servicios descentralizados han sido desconcentrados y también tienen atribuciones para contratar, se da la situación de que muchas de esas anomalías no obedecen a instrucciones del nivel central. Aclaró que no afirmaba ni lo uno ni lo otro, pero puede que una situación irregular que se dé en un servicio de salud no se repita en otro, o que se repita. No podía asegurar que estas irregularidades provengan del nivel central, pues cada servicio tiene sus propios directivos y adoptan sus propias decisiones.

Ahora, lo que sí sabía que se repite, pero por conocimiento a través de los medios de comunicación, es el tema de las sociedades médicas, que se viene repitiendo desde hace muchísimos años en distintos hospitales y servicios de salud. Pero en materia de sociedades médicas es bien difícil investigar responsabilidades penales, porque era tanto lo que eso ocurría y tanta la falencia de médicos que existe, que una Ley de Presupuestos estableció una autorización para que los médicos, que son funcionarios del hospital, presten servicios fuera de sus horarios o jornadas de trabajo, lo que hacían tanto en forma personal o mediante sociedades médicas. Entonces, eso hace que sea muy difícil, por ese capítulo, perseguir responsabilidades penales.

Puede darse el caso, como el caso como uno ya mencionado, en que intervino una persona que siendo funcionario participó en la elección de la sociedad que prestaría los servicios. En ese caso, puede darse una negociación incompatible. Pero en términos generales, el mero hecho de trabajar para el hospital y al mismo tiempo tener una prestación de servicio en forma particular en el mismo establecimiento, con insumos o sin estos del mismo establecimiento, es muy común. De hecho, existen convenios entre hospitales y facultativos del hospital en que los médicos atienden en forma particular a sus pacientes en los recintos de los hospitales.

Respecto del cambio de método que se dio en Rancagua, que no se ingresó a 36.000 personas, aproximadamente, a las listas de espera, no tenía

antecedentes de quien dio la instrucción. Según una auditoría, se debe al hecho de que alguien dio la instrucción para el cambio de metodología de ingreso de pacientes al Registro Nacional de Listas de Espera. Es muy probable que nunca se sepa, que nunca se establezca quien fue ese alguien y que se ampare en el aparataje administrativo.

Si se estableciera, hizo hincapié que la mera negligencia de una persona -que adopta una decisión errada- no la transforma en responsable penalmente, a menos que se pueda comprobar que personas determinadas fallecieron producto de la falta de atención médica por no haber sido incluido en la lista. O sea, tiene que haber una cadena muy estricta.

Respecto de la sociedad Oyarzún y Oyarzún Ltda., lo que indicó es que a la época el jefe del servicio de salud, fue quien contrató a esa sociedad: un ingeniero civil cuyo nombre es Raúl Hernán Vásquez Cataldo, mientras que el Jefe del área de Traumatología era el doctor Álvaro Martínez Herold, médico traumatólogo. El ingeniero jefe del servicio Vásquez Cataldo dispuso la contratación de médicos traumatólogos, y en conversaciones con el jefe de traumatología se estableció la conveniencia de contratar una sociedad, que la constituyó la cónyuge del médico jefe de traumatología, con otro médico de apellido Oyarzún. Por eso la sociedad se llama Oyarzún y Oyarzún.

Fueron contratados por trato directo y otorgaron prestaciones, pero no sabe –la invitada- es en qué magnitud y si realmente corresponde a lo pagado.

Ahora, lo que ocurre es que el desorden administrativo es muy grande y, al igual que en el caso de los médicos no especialistas, lo que se hacía era que se pagaban sumas globales y luego, en su caso, el jefe del consultorio Maruri, que era el doctor Gutiérrez Soto, quien tenía un año de título, recibía estos fondos y los distribuía entre los distintos prestadores. En el caso de la sociedad Oyarzún y Oyarzún lo mismo. O sea, le pagaban y la sociedad distribuía según la cantidad de médicos que tenía disponible y la cantidad de prestaciones que realizaban, y se suponía que llevaba un control.

Por lo tanto, no había un pago directo a cada médico, sino que eran sumas globales que se administraban y se repartían según lo que correspondiera a cada uno por las prestaciones realizadas. La facturación era global, no había pagos individuales.

Respecto de las especialidades, de las listas que tienen no había ninguno que realmente fuera especialista. Todos eran médicos muy jóvenes y estaban a cargo del médico Rodrigo Gutiérrez Soto, quien fue designado como médico jefe del consultorio Maruri. Dicho consultorio se creó para estos efectos. Incluso, además de consultorio funcionó por un par de años como clínica. Partió con 18 camas y finalmente terminó con cerca de 42 o 46 camas. Se intervenía a pacientes, se internaban o se trasladaron pacientes crónicos desde el Hospital San José a esta clínica.

En cuanto a eventuales agravamientos de personas no atendidas, sea por especialidades que no eran tales o simplemente porque no estaban en las listas, como en el caso de Rancagua, no conocía ningún caso en que se pueda establecer que la persona se agravó o falleció. De hecho, en el caso de Santiago en que se revisaron las fichas médicas, en centenares de personas los RUT no corresponden, por lo que es bien difícil avanzar en una investigación.

Por su experiencia, el desorden es el mejor aliado para ocultar cualquier información, porque no hay registros de nada. Entonces, no habiendo registros o con fichas incompletas es imposible establecer las relaciones.

Sobre relaciones personales, lo único que podía vislumbrar es que en ese momento el señor Raúl Hernán Vásquez Cataldo era jefe del servicio del Hospital San José y que el médico cirujano que fue puesto como jefe de todo el programa en el consultorio Maruri fue el doctor Rodrigo Gutiérrez Soto y en traumatología, quien intervino por la sociedad Oyarzún, es el doctor Álvaro Martínez Herold.

La causa está en plena investigación, con órdenes de investigación pendientes, aun no hay condenas y el Consejo de Defensa del Estado es querellante.

Con todo, era bien difícil establecer una responsabilidad penal, excepto en el caso de la contratación de una sociedad en que interviene una cónyuge, ahí es más factible. En el resto, suponiendo que médicos que no son especialistas, y que no pueden serlo porque tienen un año de título y hayan realizado prestaciones que requerían de conocimientos especiales, igualmente eso por sí mismo no constituye delito, pues tampoco está muy reglamentada en Chile la existencia de especialidades médicas ni la obligación de ser atendido por un especialista. No pasa de ser una recomendación del médico tratante que quiere una opinión más especializada.

Así, se tendrían que juntar muchas circunstancias de agravamiento y que el médico que haga la auditoría pueda decir que el agravamiento o el fallecimiento se debieron, por ejemplo, a una determinada intervención quirúrgica o algo así que sea muy claro, porque generalmente las causales de fallecimiento no siempre son muy claras o no guardan relación con patologías preexistentes. Por su parte, siendo neófita en materia de medicina, pero como cualquier hijo de vecino, le parece que no puede ser que una atención médica de especialistas, o incluso de no especialistas, pueda durar cuatro minutos. Y por eso parece altamente sospechoso, y menos todavía en sábados y domingos.

Al respecto, se observó por la Comisión que existe un protocolo que indica los tiempos de atención de cinco pacientes por hora, el que la Presidenta quedó en revisar.

Respecto a la sociedad Med One dijo no tener información, pero que entendía que es una sociedad que se formó haciendo frente a una necesidad que se planteó. Hay diligencias pendientes, pero no tiene información respecto de si se prestaban servicios a otros centros hospitalarios.

Respecto a Rancagua, sobre las razones del no ingreso de esos 30.000 y algo de pacientes a las listas no tenía información, y se imagina –indicó– que también en Rancagua hay sociedades médicas que prestaban servicio.

En general, continuó, respecto de responsabilidad médica no conoce, hasta ahora, ningún caso de pacientes que ingresados a lista de espera, o no ingresados, hayan fallecido. Como hace más de un año se alejó del Comité Contencioso Administrativo, que es el que ve este tipo de demandas, no podría asegurarlo ciento por ciento, pero podría confirmarlo. De haber, no podrían ser más de 2 o 3, sería muy poco. En cambio, juicios por responsabilidad médica tienen bastantes, pero las cifras que manejan no son representativas de todo el país, porque hay servicios de salud que se defienden solos. El Consejo de Defensa del Estado defiende a algunos servicios de ciertas ciudades, y en los que

defienden tienen clasificados los servicios, los problemas que tienen. De hecho, se lo han hecho saber al Ministerio de Salud, porque son problemas repetitivos en algunos casos.

Años atrás se hizo un ofrecimiento a los servicios de salud a través del Ministerio, se imaginó que a propósito de la ley N° 19.966, para hacer las defensas en materia de demandas por falta de servicio, y el Ministro de la época, hace más de 10 años, dio instrucciones a todos los servicios de salud para que requirieran la intervención del Consejo de Defensa del Estado, y no todos lo hacen, algunos sí, otros no.

En este momento, en que están un poco agobiados con el tema de la competencia laboral, no es el momento más adecuado para insistir en asumir la defensa de los servicios de salud. Pero, en general, diría que les va bastante bien, y las estadísticas que tienen son relacionadas con los juicios que conocen, pero no sabe los resultados de los otros servicios de salud.

Finalmente, señaló que si se le requiere, puede mandar las nóminas de los profesionales involucrados en la investigación, pero con la clara advertencia de que esa nómina no implica imputación de ningún carácter, pues puede ser que estén muy bien intencionados, que ellos fueron, prestaron el servicio y se retiraron, y no saben lo que pasaba al interior del organismo. Entonces, que el nombre aparezca no quiere decir nada, a diferencia de las otras personas que sí tenían cargos de jefatura.

IV.- CONSIDERACIONES QUE SIRVAN DE BASE A LAS CONCLUSIONES O A LAS PROPOSICIONES RECHAZADAS POR LA COMISIÓN.

Con el voto en contra de los Diputados Juan Luis Castro González, Karol Cariola Oliva, Ricardo Celis Araya, Miguel Crispi Serrano, Carlos Abel Jarpa Wevar, Patricio Rosas Barrientos, y Daniel Verdessi Belemmi (en reemplazo de Víctor Torres Jeldes), la *abstención de* la diputada Erika Olivera de la Fuente, y el *voto a favor de* los Diputados Juan Antonio Coloma Álamos, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar y Javier Macaya Danús, **se rechazaron (4-7-1) las siguientes consideraciones, conclusiones y propuestas** formuladas por los Diputados de la coalición de Chile Vamos:

“A la luz de las declaraciones recibidas por la Comisión, y de los informes de auditoría de la Contraloría General de la República (CGR), se ha detectado ausencia de informes de procesos de diagnóstico en la ficha clínica, omisión de formularios de constancia e información al paciente tras haber sido confirmado que su patología es Ges, falta de confección de formularios de excepción de garantías (fundamentales para conocer si la persona fue atendida dentro de plazo), y ausencia de formularios de cierre de casos, no constando las razones por las cuales el caso fue cerrado.

Asimismo, se ha podido concluir que estas omisiones o irregularidades encuentran dentro de sus principales causas el carácter manual del sistema. Respecto de la exceptuación de pacientes de listas de espera, y a la luz de las auditorías realizadas por la CGR, se ha explicado ante la Comisión que ésta opera de tal manera que la persona beneficiaria Ges es diagnosticada, luego empieza a correr el plazo para la prestación, es decir, la garantía de oportunidad.

Si no se cumple y es exceptuada, se renueva ese plazo y, solo una vez que ha vencido y no se ha otorgado la prestación médica, recién pasa a la lista de espera. Así, la Comisión ha podido concluir que uno de los problemas de las listas de espera no es la reducción, sino precisamente el hecho de que estas no se engrosen, lo que ocurre por la mala utilización de la figura de las garantías exceptuadas, es decir, que las justificaciones para postergar las prestaciones no han sido bien aplicadas. Respecto de las situaciones particulares ocurridas en el Hospital de Rancagua, se ha detectado una falta de formalización de las funciones del encargado del manejo de las listas de espera Ges y ausencia de criterios de priorización para la atención de los pacientes que se encontraban en la lista de espera quirúrgica No Ges, no habiendo en definitiva, protocolos que permitan fundamentar por qué se opera a una persona antes que a otra.

Asimismo, se han detectado omisiones en fichas clínicas que justifiquen la excepción, de informes de proceso de diagnóstico y de formularios de constancia e información al paciente, pudiéndose concluir que se trataría de problemas reiterados, consecuencia de un sistema manual que no otorga información suficiente a los pacientes.

Respecto del caso particular del Complejo Hospitalario San José, y específicamente en relación al Policlínico Maruri, se ha dado cuenta ante la Comisión, de investigaciones en curso relativas a eventuales otorgamientos de prestaciones por médicos generales, en circunstancias que debieron prestarse por especialistas, y eventuales pagos de honorarios no coincidentes con las prestaciones efectivamente realizadas. Respecto de este último punto, la Comisión ha podido concluir que el pago de honorarios asociados a la prestación y no a las derivaciones constituyó un incentivo equivocado que podría haber dado lugar a eventuales irregularidades.

Lo anterior fue sancionado mediante sumarios administrativos, cerrados o en tramitación, que se hicieron llegar a esta Comisión. Finalmente, a partir de las exposiciones de las autoridades del Ministerio de Salud, la Comisión ha podido conocer como se está avanzando en superar las distintas condiciones detectadas que generaban variabilidad en la información, afectando la totalidad, oportunidad y calidad de los datos existentes y, en definitiva, para evitar que situaciones como las conocidas vuelvan a repetirse.

Se observa una serie de irregularidades que no fueron corregidas y, por el contrario, se acentuaron bajo la administración del Gobierno anterior. Cabe al respecto mencionar la responsabilidad directa de las ex ministras de salud, Helia Molina y Carmen Castillo, toda vez que fue mientras ellas eran ministras de Salud, que las listas de espera sufrieron sus mayores aumentos. En este contexto, es necesario perfeccionar los métodos de control de cada centro de salud en cuanto a las personas que ingresan a las listas de espera, los criterios para aplicar las causales de exceptuación y el registro de las personas que han ingresado y egresado de ellas. No resulta tolerable que la lista de pacientes Ges haya pasado de 2.300 a 12.000, quienes esperan una cirugía No Ges, de 108.000 a 232.000, y que la lista de espera de consultas médicas haya aumentado en más de 500.000 personas.

En este contexto, una transformación relevante del sistema dice relación con estar pasando de un sistema de listas de espera centrado en los eventos a uno enfocado en las personas, es decir, que no atiende a las prestaciones aisladamente, sino a la persona en su integralidad, de tal manera

que un paciente solo sale de la lista de espera cuando se ha resuelto su problema o se ha cerrado el ciclo completo de prestaciones que requiere.

Asimismo, la Comisión ha podido constatar los avances hacia una digitalización completa del sistema de listas de espera, que permitirá a los pacientes, en el corto plazo, conocer en tiempo real su lugar en dicha lista, pasando, en definitiva, de un sistema de fichas, manual, a un sistema digital y absolutamente inalterable.”.

V.- CONSIDERACIONES QUE SIRVEN DE BASE A LAS CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES APROBADAS POR LA COMISIÓN.

Con el voto favorable de los diputados Juan Luis Castro González, Karol Cariola Oliva, Ricardo Celis Araya, Miguel Crispi Serrano, Carlos Abel Jarpa Wevar, Patricio Rosas Barrientos, y Daniel Verdessi Belemmi (en reemplazo del diputado Víctor Torres Jeldes), la abstención de la diputada Erika Olivera de la Fuente, y en contra de los diputados Juan Antonio Coloma Álamos, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar y Javier Macaya Danús, **se aprobaron las consideraciones, conclusiones y propuestas** presentadas por la diputada Cariola y el diputado Castro.

“Una de las principales preocupaciones de los ciudadanos de nuestro país ha sido su atención en salud, para lo cual se ha tomado en los últimos años, una serie de medidas, por parte de las autoridades, a fin de asegurar un eficaz y oportuno acceso y atención en los establecimientos asistenciales de salud.

De esta manera se ha conocido la existencia de las denominadas “listas de espera”, conocidas como un registro de personas que esperan por la provisión de una determinada prestación o grupo de prestaciones de salud (por ejemplo, consulta médica, examen diagnóstico o cirugía).

Conforme a ello, por una parte las listas de espera en Garantías Explícitas de Salud (GES) se componen por pacientes con garantías retrasadas. Es decir, personas que no han recibido la prestación dentro del plazo garantizado. Y por otra, las listas de esperas No Ges son las que corresponden al registro de patologías médicas que no están cubiertas por el Ges. Los listados se Gestionan a través del Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE), donde las patologías que no están clasificadas en el listado de Ges, son No Ges y, por ende, entran en el RNLE (sin plazo de atención).

Particular atención prestó esta Comisión a las listas de espera por consultas médicas en alguna especialidad, luego de ser derivados, mediante una interconsulta, a Hospitales a fin de ser atendidos, por médicos especialistas en el área de su enfermedad.

Estas formas de registro de las listas de espera, permite la salida del mismo a través de cualquiera de las siguientes causales: (1) Atención realizada; (2) Procedimiento informado; (4) Atención otorgada en el extra sistema; (5) Cambio de asegurador; (6) Renuncia o rechazo voluntario; (7) Recuperación espontánea; (8) 2 Inasistencias efectivas; (9) Fallecimiento; (10) Solicitud de indicación duplicada; (11) Contacto no corresponde; (12) No corresponde realizar cirugía; (13) Traslado coordinado; y (14) No pertinencia.

Relación de antecedentes investigados en Hospital San José y Clínica Maruri por la Contraloría General de la República y el Consejo de Defensa del Estado.

De los hechos que se investigan por esta Comisión, se conoció el caso del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), uno de los Servicios de Salud que contaba entre otros con el Hospital San José, y que al año 2011 presentaba altos índices de pacientes en listas de espera, siendo a dicha fecha Subsecretario de Redes Asistenciales el doctor Luis Castillo Fuenzalida y, director del Hospital San José, el ingeniero Raúl Hernán Vásquez Cataldo.

En tales condiciones y con la aparente finalidad de descongestionar dicho Hospital y avanzar en la Lista de Espera de pacientes por especialidad, se crea a mediados del año 2011, el denominado “oliclínico Maruri” o “Centro Médico Maruri”, ubicado en calle Maruri N° 272, comuna de Independencia, para atender pacientes de baja complejidad, trasladando pacientes desde el Hospital San José hasta el nuevo centro asistencial designándose al médico don Rodrigo Gutiérrez Soto, quien asumió la dirección del establecimiento.

El Centro Médico Maruri funcionó por más de dos años, egresando a gran cantidad de pacientes de las Listas de Espera, lo que significaba un importante aporte a la salud de la población; sin embargo, a raíz de investigaciones periodísticas y posteriormente de la Justicia, se pudo determinar sin lugar a dudas que tanto su funcionamiento como las atenciones prestadas eran un engaño montado para defraudar al Estado.

De esta manera, y como se conoció en la comisión investigadora que le antecedió y que quedó inconclusa producto del cambio del período legislativo, la dirección del establecimiento convocó a un número importante de médicos recién titulados, ninguno con especialidad, para trabajar en el Centro Médico Maruri atendiendo a pacientes y, mediante documentos inexactos atendieron en calidad de especialistas a diversas personas, logrando de este modo su egreso desde el RNLE, de manera inadecuado.

La dirección del Centro Maruri y, presumiblemente, con el conocimiento de otras autoridades de mayor rango como el Ministro de Salud de la época, Dr. Jaime Mañalich, engañaron a una enorme cantidad de pacientes de la población más vulnerable de este país, que acudían a las interconsultas por la especialidad respecto de la cual se encontraban en listas de espera, ya que los facultativos, a sabiendas, “prestaban atenciones fingiendo especialidad” y con ello obtenían el egreso de los pacientes de las Listas de Espera, lo que incluso fue publicitado como un logro por el gobierno de la época.

Lo anterior se puede constatar, particularmente, respecto de la validación de médicos generales como médicos especialistas. Mediante el oficio ordinario N° 057 de 2013, el Director (S) del Servicio de Salud Metropolitano Norte fijó que “de acuerdo a las estrategias de Gestión establecidas durante 2012 para la disminución de la Lista de Espera de Consulta de Especialidades excesivamente prolongada (más de 120 días de espera) del Complejo Hospitalario San José, se indica la lista de médicos validados por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, que participaron en la atención médica de estos pacientes en operativos médicos y en el Centro Clínico Maruri, habiéndose definido los flujos de información y los criterios generales para ingreso y egreso de pacientes”.

Entre los médicos validados por el Servicio de Salud Metropolitano Norte en el marco de “estrategias de Gestión establecidas el 2012” y los nombres

de médicos generales que realizaron atención como especialistas mediante incentivos económicos se repiten a los menos siete nombres, lo que da cuenta de que tal y como se señala en el oficio del Servicio, estos hechos forman parte de una metodología mayor de Gestión.

Entre los médicos validados mediante oficio por el Servicio de Salud Metropolitano Norte y cuyos nombres se encuentran en el listado de quienes prestaron sus servicios médicos como especialistas sin serlo están Nicolás Hasbún Scheel y el propio Rodrigo Gutiérrez Soto; entre otros. Estos médicos son los que además recibieron diversos incentivos económicos de origen fiscal por parte de Rodrigo Gutiérrez Soto.

En este punto existe también un correo electrónico de Luis Leiva Godoy, subdirector de Gestión Asistencial del Hospital San José, en donde señala que contaban con la venia del MINSAL para realizar las validaciones formalizadas en el Oficio Ordinario N° 057 de 2013.

Dentro de los hechos que circunscriben el mandato de esta Comisión, en el caso del Hospital de Rancagua se destaca que la metodología para hacer los registros en las listas Ges y No Ges se instruyó entre los años 2011 - 2013 y tuvo como efecto el no ingreso de 36.942 pacientes a estas listas.

La Presidenta del Consejo de Defensa del Estado señaló, en la Comisión Investigadora, en comparación con lo acontecido en Maruri que “En Rancagua se produce un problema, que yo no sé si habrá ocurrido en otras localidades, de que alguien instruyó un cambio de método para hacer los registros en las listas Ges y entonces aquí hay una cifra muy importante de 36.942 pacientes que no ingresaron en las listas, también estamos en la misma época - 2011-2013- y como digo deriva de un cambio de método que alguien dispuso de qué es lo que había considerar para ingresar a estas personas a las listas de espera y esos simplemente no ingresaron.

Otra situación grave y que recibió especial atención, es la presentada en torno a la sociedad médica denominada MED ONE, conformada por Nicolás Hasbún Schell, médico a contrata del Hospital San José, y Giovanni Fernández Inserrato, de quien se ignora profesión, la cual tendría a su cargo, mediante la externalización de los servicios, la atención de los pacientes con Hospitalización domiciliaria del Hospital San José, que se prestaba a través de personal del mismo Hospital.

Mediante resolución N° 122, de 16 de enero de 2014, se adjudicó la externalización, sin licitación, a la empresa MED ONE que, de acuerdo a lo señalado por doña Glasfira del Carmen Leyton Poblete, quien ejercía en calidad de coordinadora para el Hospital San José respecto a las atenciones de MED ONE, cobró dinero por atenciones no efectuadas, para lo cual adulteró las planillas de atenciones, obteniendo ingresos por pacientes que no fueron atendidos.

Auditoría de Contraloría General de la República.

La Contraloría General de la República (CGR), al auditar la Clínica Maruri y el Hospital de Rancagua dio cuenta de la magnitud y la diferencia de ambos casos, a saber en el caso de Maruri, son 30 mil casos que fueron eliminados de las listas de espera con sus respectivas atenciones pagadas.

El caso del policlínico Maruri resulta especialmente grave debido a los siguientes antecedentes:

1. Maruri no contaba con la autorización sanitaria de la Seremi de Salud. Si bien la clínica se instaló especialmente para reducir las listas de espera, esta no contaba con las autorizaciones sanitarias para su funcionamiento.

2. Las eliminaciones en el caso de Maruri se hicieron administrativamente o haciendo pasar atenciones realizadas por no especialistas como hechas por especialistas.

3. Por otro lado, se confirmó que los médicos que recibieron pagos por supuestas atenciones no tenían relación contractual de ningún tipo con el Hospital.

4. Se validó a médicos no especialistas como médicos especialistas: en este punto existe un correo Luis Leiva Godoy, subdirector de Gestión Asistencial del Hospital San José, en donde señala que contaban con la venia del MINSAL para realizar dichas validaciones. Existe constancia de que a lo menos 15 médicos generales fueron validados por el MINSAL de manera cuestionable.

5. Por otro lado, se constató que personas que se encontraban fallecidas antes de la creación de la clínica, figuran como atendidas por especialistas.

Mediante el Informe N° 151, de 2013, que consideró una muestra de 128 casos de atenciones, la CGR detectó:

<i>HSJ</i>
125 pacientes examinados recibieron un total de 1.135 prestaciones, es decir 9 por persona.
92 pacientes recibieron más de una atención en el policlínico, en circunstancias que debían ser devueltos al APS.
91 casos no se encontraban en el registro de interconsulta asociada a la fecha de atención, que respalda el motivo por el cual el paciente había ingresado en el RNLE.
113 historias clínicas examinadas, representativas de un 88% de la muestra, no contenían el registro de las prestaciones otorgadas a los respectivos beneficiarios.
72 pacientes egresados del RNLE sin el respaldo que sustente el egreso en la ficha clínica.
30 pacientes fueron eliminados del RNLE por alguna de las causales de salida administrativa
424 pacientes fueron egresados del RNLE por causal "atención realizada" con posterioridad a la prestación entregada por médicos no especialistas.

Se pagaron honorarios insuficientemente acreditados por \$367.963.482.

En el marco del análisis de de la Gestión de las Garantías de Oportunidad y listas de espera No GES a partir de una muestra de 120 casos y 114 casos la Contraloría General de la República detectó en 2016:

<i>GES</i>
Falta de registro de 17 fichas clínicas que justifiquen la excepción de la garantía del paciente (14%)
18 Garantías mal exceptuadas (15%)
52 casos en que no está el Formulario de constancia e información al paciente (43%)
15 casos en que falta de confección del Informe de Proceso de Diagnóstico, en el que se confirma o descarta la hipótesis diagnóstica en sospecha de una patología GES (12,5%)
94 casos de confección de formularios de excepción (78%)

<i>No Ges</i>
22 egresos (19%) no justificados de la lista de espera de pacientes No GES para intervenciones quirúrgicas.

<i>Auditoría 2012</i>
Ausencia informe de diagnóstico: 172
Ausencia de formulario de constancia: 79 casos
Ausencia de formulario cuando no se atiende: 92 casos.
Garantías cuya prestación fue otorgada fuera de plazo.

A nivel general se pueden identificar dos procesos mediante los cuales se afectaba la composición de las garantías exceptuadas y la lista de espera No Ges.

1. La exceptuación de la garantía de oportunidad sin una causal adecuada para realizar dicha postergación.
2. La eliminación administrativa de pacientes No Ges de la lista de espera sin recibir atención a partir de causales mal aplicadas o sin causal.

Respecto a las exceptuaciones Ges mal efectuadas y la eliminación "administrativa" del RNLE el Contralor ha señalado que han sido elementos que se han encontrado en las diversas auditorías que a lo largo de los años se han hecho en los establecimientos de salud y que en gran parte han dependido de incentivos institucionales "perversos" (como el bono por reducción de la lista de espera). Sin embargo, en el caso de la clínica Maruri se detectó supuestas atenciones realizadas por especialistas que no lo eran, situación que fue organizada y sistemática en el caso del Hospital San José.

En el Informe de Seguimiento de la CGR sobre los N° 89, de 2011, 210 y 151, de 2013, se detectaron las siguientes irregularidades:

- Pacientes exceptuados, sin que se les haya otorgado la prestación médica correspondiente.
- En el policlínico Maruri, dependiente del Complejo Hospitalario San José, 424 pacientes fueron atendidos por médicos no especialistas y posteriormente egresados del RNLE por la causal "atención realizada".
- En el Hospital Regional de Rancagua se advirtió una deficiente programación de las intervenciones quirúrgicas, debido a la suspensión y/o postergación en forma reiterada de estas.
- Ausencia de los formularios de excepción de garantía, utilizado para documentar el motivo por el cual no se otorga la prestación en el plazo establecido o se excluye de la garantía.
- Excepciones de garantía por inasistencia, sin cumplir con las citaciones al paciente.

Querrela del Consejo de Defensa del Estado

El caso de los 16 fallecidos se encuadra en la primera causal, esto es, la exceptuación de la garantía de oportunidad sin una causal adecuada para la postergación. En estos casos se debe demostrar la relación de causalidad entre el fallecimiento y la exceptuación mal realizada y, por tanto, la responsabilidad penal recaería en aquellos que tuvieron participación dolosa en este proceso.

En febrero de 2014, el entonces subsecretario de Redes Asistenciales, Luis Castillo, presentó una denuncia ante el Ministerio Público por la posible existencia de los ilícitos de apropiación indebida, fraude al fisco y delitos tributarios. El Consejo de Defensa del Estado a su vez, ingresó una querrela al Tercer Juzgado de Garantía de Santiago RUC 5258-2014; RIT 1400173455-6, en contra de Raúl Vásquez, Rodrigo Gutiérrez y otros médicos involucrados en el policlínico de Maruri, debido que por la no prestación de atención por parte del policlínico "el Fisco sufrió perjuicio porque pagó por conceptos de remuneraciones, prestaciones de especialidades médicas que no eran tales y que estaba prohibido que se realizaran por médicos generales sin especialidad a pacientes de listas de espera como ocurrió".

Hasta ahora existen 4 formalizados.

Relación de antecedentes investigados en Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins (HRLBO) por la Contraloría General de la República y la Dirección de Servicio de Salud Rancagua.

I.- Informe Final de Auditoría N° 979, de 2016, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, de la Contraloría Regional, recepcionado en HRLBO, el 19-12-2016.

Observaciones del Informe:

1.1. Fichas no proporcionadas.

De las fichas solicitadas, correspondientes a los 120 casos Ges obtenidos en la muestra, fueron proporcionadas 112.

1.2. Falta de registro en la ficha clínica que justifique la excepción de la garantía.

La exceptuación por "Rechazo del prestador designado o Rechazo del tratamiento", no se encontró en el historial médico el registro de las causas que justificaron tal situación.

Lo advertido no se condice con lo señalado en el citado oficio Ord. C27 N°1.493, de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y tampoco se aviene con la aludida circular IF N°248, de 2015, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, de la Superintendencia de Salud.

A su vez, respecto del registro en el historial médico, lo descrito se aparta de lo previsto en el citado decreto N°45, de 2013, del MINSAL, y en el artículo 12 de la ley N° 20.584, que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud, que precisa que la ficha o historia clínica es el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente.

1.3. Falta de registro de hito en el Sistema de Gestión de las Garantías Explícitas en Salud, Sigges.

Lo expuesto no se condice con lo previsto en el numeral 49 de la citada resolución exenta N°1.485, de 1996, de este origen, en cuanto a que las transacciones y hechos deben registrarse en el momento en que ocurren a fin de que la información sea relevante y útil para los directivos que controlan las operaciones y adoptan las decisiones pertinentes.

Además, cabe consignar que el manual de procedimiento del Sigges, 4° versión, de marzo de 2009, establece la información que debe ser ingresada a dicho Sistema, entre ella, la solicitud de interconsulta o derivación, el informe del proceso diagnóstico, la excepción de garantía y el cierre del caso, entre otros.

1.4. Garantías mal exceptuadas.

Se advirtió que el Hospital auditado exceptuó algunas garantías, en circunstancias que no correspondían. En 7 casos, en los cuales los pacientes fueron exceptuados por inasistencia, se verificó que dicha excepción fue realizada el mismo día en que vencía la garantía de oportunidad, sin que hayan habido citaciones para la entrega de la prestación por parte del hospital.

A su vez, se detectaron 11 pacientes exceptuados por inasistencia, tras una citación, en circunstancias que correspondía realizar dos llamados.

Lo anterior contraviene lo dispuesto en el citado oficio Ord. C27 N°1.493, de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Sobre el Cierre de Casos y Excepciones de Garantía, y la circular IF N°248, de 2015, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, de la Superintendencia de Salud, en relación con las excepciones por inasistencia y justificación del profesional tratante.

Asimismo, transgrede lo establecido en el artículo 11 del referido decreto N°4, de 2013, del Minsal, que consigna que no se entenderá que hay incumplimiento de la garantía de oportunidad en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado, lo que no aconteció en la especie.

1.5. Pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada.

Se detectó que en 28 garantías exceptuadas, equivalentes al 36% de los casos analizados, no se habían prestado las atenciones requeridas hasta la fecha de corte de la fiscalización, esto es, al 31 de diciembre de 2015, pese a que se cumplió el plazo que originalmente le correspondía al paciente de acuerdo a su patología.

Lo expuesto infringe el decreto N° 4, de 2013, del Ministerio de Salud, ya que una excepción o postergación de la prestación garantizada implica que la atención deberá realizarse en cuanto el paciente esté en condiciones' de recibir su prestación, quien deberá continuar con su ciclo de atención, cuyo plazo no podrá exceder del que originalmente le correspondía al paciente de acuerdo a esa misma normativa, a partir de la fecha de la excepción de la prestación garantizada.

1.6. Ausencia de Informe de Proceso Diagnóstico, IPD.

Se comprobó que en 15 prestaciones no se confeccionó el Informe de Proceso Diagnóstico, IPD, que es el formulario en que el profesional de la especialidad tiene que confirmar o descartar la hipótesis diagnóstica de cada caso en sospecha de una patología GES, y los procedimientos terapéuticos necesarios, emitiendo las órdenes de atención, tales como exámenes, recetas, tratamientos, entre otros, y agregar la fecha en que el paciente deberá dar inicio a ellos.

Lo anterior no se condice con lo prescrito en el numeral 1, punto N°2, letra q), del citado decreto N°45, de 2013, del MINSAL, y en el artículo 12 de la predicha ley N°20.584, que instruyen sobre el registro en la ficha clínica.

1.7. Falta de elaboración del formulario de constancia e información al paciente Ges.

Se corroboró que en 52 situaciones, tras la confirmación diagnóstica de una patología garantizada, el Hospital auditado no elaboró el formulario de información y constancia al paciente Ges, lo que contraviene el artículo 24 de la ley N°19.966, sobre Garantías en Salud, que dispone que es deber del prestador informar al paciente que padece de una patología garantizada, notificación que debe hacerse al momento de la confirmación del problema de salud, entregándole una copia del aludido formulario firmado por el representante del prestador.

Asimismo, lo anotado se aparta de lo consagrado en el numeral 1, punto N°2, letra q), del citado decreto N°45, de 2013, del Minsal, y en el artículo 12 de la ley N° 20.584, que precisan que la ficha o historia clínica es el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente.

1.8. Falta de confección de los formularios de excepción de garantía.

Se constató que el establecimiento asistencial fiscalizado no emitió el documento denominado "Formulario de justificación de la no realización o postergación de la prestación" o "Formulario de Excepción de garantía"; en 94 casos.

Cabe hacer presente que el Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud, en el título "Descripción General del Proceso", capítulo IV, establece que cuando a un beneficiario no se le realiza un

procedimiento o una atención garantizada, se deberá justificar dicha medida, que puede ser derivada de una decisión del paciente o de su tutor responsable, o bien del profesional tratante, tomando en cuenta las condiciones y su estado de salud, para lo cual se debe completar el "Formulario de justificación de la no realización o postergación de una prestación" o "Formulario de Excepción de Garantía", o en su defecto, podrá consignarse en la ficha clínica.

Lo descrito no se aviene con los principios de control y responsabilidad previstos en el artículo 3° de la antedicha ley N°18.575, como tampoco se condice con lo dispuesto en el numeral 1, punto N°2, letra q), del citado decreto N° 45, de 2013, del MINSAL, y en el artículo 12 de la nombrada ley N° 20.584, los que precisan sobre el registro en la ficha clínica.

1.9. Ausencia de formularios de cierre de casos.

Se determinó que en 3 prestaciones no se elaboró el formulario de cierre de casos, en circunstancias que correspondía realizarlo, toda vez que los pacientes se encontraban fallecidos.

Lo advertido se aparta de lo consignado en la letra b), sobre los cierres de casos, del mencionado oficio C27 N°1.493, de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que indica que los casos pueden ser cerrados por diferentes causales, las que deben estar documentadas en la ficha clínica y/o en los documentos establecidos para tales efectos. Asimismo, transgrede el artículo 12 de la citada ley N° 20.584, en relación con el registro de la ficha clínica.

1.10. Discrepancias entre la información contenida en el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud, Sigges, y la consignada en la ficha clínica.

Se determinó que 4 casos de la muestra se encuentran registrados en el Sigges como en sospecha, confirmados o activos al 31 de diciembre de 2015, sin embargo, corresponden a casos cerrados, por cuanto ya se les descartó la patología o fallecieron.

Lo advertido no se condice con los principios de control y responsabilidad consagrados en el artículo 3° de la mencionada ley N°18.575.

En lo tocante, el Hospital auditado señaló que los casos advertidos obedecen a pacientes que fueron atendidos después de haber sido exceptuada su garantía GES, y no se confeccionó el informe de proceso diagnóstico, o bien, si es que el médico especialista lo realizó, no llegó a la digitación del Sigges por diversos motivos, tales como extravío, fue sacado de la ficha clínica, o no se envió por desconocimiento.

1.11. Garantías exceptuadas por inasistencia y fuera de tiempo.

Se observó que 3 garantías fueron excepcionadas por inasistencia, posterior a la fecha de cumplimiento, según consta en el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud.

Lo anterior vulnera lo establecido en el oficio C27 N°1.493, de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y la circular IF N°248, de 2015, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, de la Superintendencia de Salud.

En su respuesta, el Hospital auditado señaló que los casos observados corresponden a un error en el Sigges, y que en la actualidad la

garantía no queda exceptuada si la fecha del formulario es mayor a la fecha límite que tiene tal instrumento.

No obstante lo argumentado, dado que en la especie no se cumplieron los plazos establecidos en la normativa vigente, se mantiene la objeción formulada. En lo sucesivo, en materia de excepciones de garantías, ese Servicio deberá ajustarse a lo establecido en el oficio C27 N°1.493, de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y la circular IF N°248, de 2015, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, de la Superintendencia de Salud.

2. Sobre la lista de espera de intervención quirúrgica de pacientes No Ges.

La Norma Técnica N°118, para el Registro de las Listas de Espera, sancionada mediante la resolución exenta N°502, de 20 de abril de 2011, del Minsal, indica en su capítulo IV que el ingreso al Repositorio Nacional de Lista de Espera, R.N.L.E., es a través de la consulta nueva de especialidad y la intervención quirúrgica.

Dicha norma define en el punto 4.4. que la intervención quirúrgica es la actividad terapéutica que implica la incisión de la piel u otros planos, con el fin de extirpar, drenar, liberar o efectuar un aseo quirúrgico ante un cuadro patológico", y que incluye a todos los pacientes pendientes para una cirugía no urgente y No Ges indicada por un médico especialista una vez concluidos sus estudios diagnósticos, para cuya realización el hospital tiene previsto utilizar quirófano, independiente de si precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia a utilizar.

La salida del aludido repositorio ocurre cuando se presenta cualquiera de las causales de egreso definidas, las que pueden clasificarse de tipo médica o administrativa, y deberán estar respaldadas con la información que sustente el egreso del beneficiario, de acuerdo a lo establecido en el manual "Procesos de registro de lista de espera No GES", aprobado mediante la resolución exenta N°662, de 2013, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ahora bien, el compromiso de Gestión del Ministerio de Salud para el período 2015-2018 considera la reducción del tiempo de espera de las intervenciones quirúrgicas, y que al 31 de diciembre de 2015 las personas ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre de 2012 se encuentren egresadas de la lista.

En este contexto, conforme a la base de datos proporcionada por el MINSAL, y respecto de los casos de la muestra egresados del R.N.L.E. sujetos a revisión.

2.1. Inconsistencias en las causas de egreso.

2.1.1. Atención realizada.

a) La fecha de salida corresponde a la realización de la consulta o del procedimiento, la cual se respalda, en el caso de la consulta, con la ficha clínica y la hoja de estadística diaria. En tanto, para el procedimiento quirúrgico es el protocolo operatorio y el registro en el expediente clínico del beneficiario, más la base de datos de pacientes operados, ya sea en soporte digital o papel.

Ahora bien, de los 114 casos examinados, 3 de ellos registran una fecha de salida que no corresponde a la realización de la intervención quirúrgica

asociada al diagnóstico de ingreso a la lista de espera, lo que vulnera lo establecido en el punto 5.2.2. de la citada Norma Técnica N°118.

b) Se constató que en el caso del paciente egresado por la causal 1. "Atención realizada", del R.N.L.E., e identificado en la tabla N°9, no se encontró en la ficha clínica el protocolo operatorio, respaldo necesario de acuerdo a lo establecido en el capítulo 3, título VI. "Respaldos de información por causal de salida de lista de espera", del Manual de Registro de Lista de Espera No GES.

c) En el caso de egresos por la causal 1. "Atención realizada", del R.N.L.E., se establece que el respaldo para la intervención quirúrgica es el protocolo operatorio y el registro de la ficha clínica. Al respecto, en los casos indicados en la tabla N°10 se constató que en la ficha clínica el protocolo operatorio de pabellón no se encuentra firmado por el cirujano responsable de la intervención, lo que contraviene los principios de control y responsabilidad consignados en el artículo 3° de la ley N°18.575, y lo contemplado en el numeral 57 de la resolución exenta N°1.485, de 1996, de este origen, sobre la supervisión competente para garantizar el logro de los objetivos de control interno; a saber:

2.1.2. Procedimiento informado.

Corresponde al informe emitido por el especialista idóneo frente a la realización del procedimiento que ingresó al paciente en lista de espera para la posterior lectura del profesional solicitante. Considera el original para el paciente y una copia para resguardo.

2.1.3. Formulario de Indicación Quirúrgica.

De los 114 casos egresados del R.N.L.E. examinados, se constató que en 7 egresos no consta la existencia del Formulario de Indicación Quirúrgica emitido por el profesional de la salud. A su vez, si bien en otros 20 egresos se encuentra dicho documento, éstos no tienen la firma del profesional, lo que vulnera lo establecido en el punto 4.4. "Lista de Espera de Intervención Quirúrgica", de la Norma Técnica N°118, para el registro de las listas de espera, aprobada por la resolución exenta N°502, de 2011, del MINSAL.

2.1.4. Atención otorgada en el extrasistema.

En los casos de pacientes, que no fueron habidos los registros que respalden el egreso de la lista de espera de intervención quirúrgica, lo que vulnera lo establecido en el capítulo 3, sobre respaldos de información por causal de salida de lista de espera, del manual "Procesos de registro de lista de espera No GES", aprobado mediante la aludida resolución exenta N°662, de 2013, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

2.1.5. Renuncia o rechazo voluntario.

La salida del paciente del R.N.L.E. por renuncia o rechazo voluntario se evidenciará con el registro del contacto realizado con aquel, consignando en la ficha clínica o en el sistema informático de agendamiento o de confirmación de citas o similar, la fecha, la persona contactada, teléfono si corresponde, el motivo del rechazo, y el nombre del profesional responsable.

Al respecto, lo descrito en los casos vulnera lo establecido en el capítulo 3, sobre respaldos de información por causal de salida de lista de espera, del manual "Procesos de registro de lista de espera No Ges", aprobado por la citada resolución exenta N°662, de 2013, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

2.1.6. Inasistencia.

La causal 8. "Dos inasistencias", se invoca luego de dos inasistencias efectivas sin previo aviso por parte del beneficiario. Se considera como inasistente efectivo a aquel que confirma su asistencia previamente y finalmente no se presenta. No aplica para los casos que no son contactados para confirmar la cita. El respaldo de dicha causal debe constar en la hoja de estadística diaria, indicando paciente inasistente o no se presenta.

2.1.7. Contacto no corresponde.

La causal 11. "Contacto no corresponde", establece como medio de respaldo un reporte por escrito de los datos de contacto inválidos o inexistentes, mediante visita domiciliaria institucional o contratada, o carta 'certificada, incorporado a la ficha clínica o en el medio de almacenamiento, soporte digital o papel, de fácil identificación frente a una fiscalización.

2.1.8. Promedio de días de espera.

Según lo informado por la Encargada de Lista de Espera No GES del Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, al 11 de octubre del presente año el promedio de días de espera para una intervención quirúrgica para pacientes ingresados el año 2014 es de 853 días, en tanto que en el período 2015 ese centro asistencial demoró 440 días en promedio en realizar la prestación.

Sobre el particular, si bien el promedio de días de espera de los beneficiarios para una intervención quirúrgica ha disminuido, aun no se aviene con los principios de eficiencia, eficacia, responsabilidad y control, y la eficiente e idónea administración de los medios públicos, previstos en los artículos 3° y 5° de la referida ley N°18.575.

En su respuesta, el Hospital auditado señaló que a la fecha de su contestación no existen pacientes ingresados con anterioridad al 31 de diciembre de 2012 en espera de cirugía, como tampoco pacientes con alerta de fallecimiento, ello debido a que existe un cruce constante de información entre el Repositorio Nacional de Lista de Espera y el Servicio de Registro Civil e Identificación.

Dado que lo argüido no desvirtúa lo representado, y además, si bien se ha disminuido la demora, cumpliéndose el compromiso de Gestión del año 2015, el promedio de días que persiste no se aviene con los citados principios, se mantiene la objeción formulada.

En lo sucesivo, ese Servicio deberá procurar disminuir el promedio de días de espera de los pacientes que se someterán a una intervención quirúrgica, en armonía con los principios de eficiencia, eficacia e idónea administración de los medios públicos, previstos en los artículos 3° y 5° de la ley N°18.575, lo que será verificado en futuras fiscalizaciones.

II.- Informe Auditoría de Contingencia a las Listas de Espera efectuada a la Dirección del Servicio de Salud O'Higgins, tomando como referencia el Hospital Regional Rancagua.

Observaciones:

1. Inconsistencias entre la información de Fonendo y el RNLE.

Debido al cambio en la metodología de ingreso al RNLE, las SIC ingresadas en Fonendo y las SIC ingresadas en el RNLE no eran coincidentes, lo

que generó una diferencia aproximada de 38.942 SIC en un principio y que posteriormente se tradujo en una diferencia de 28.800 SIC aproximadas por Consulta Nueva Especialidad sin ingresar al Repositorio Nacional de Listas de Espera y 1777 Solicitudes de Pabellón o Intervención Quirúrgica no ingresadas al RNLE.

2.- Interconsultas no ingresadas al Registro Nacional de Listas de Espera.

2.1. Interconsultas no digitadas en Fonendo por la APS.

2.2. Interconsultas que no cuentan con pertinencia de Origen.

2.3. Interconsultas que no cuentan con pertinencia de destino

3.- No cumplimiento Norma Técnica y Manual de Ingreso a la Lista de Espera.

- No se verificaba que el 100% de las Interconsultas emitidas sean revisadas por el médico contralor.
- No se ingresaban las Interconsultas con pertinencia en origen, se ingresaban las SIC con pertinencia en destino.
- En el Hospital Regional Rancagua, en las especialidades de Oftalmología y Cirugía Menor, por instrucciones del Sub Director Médico del Establecimiento, la Pertinencia es asignada por Personal Administrativo del Departamento de Gestión de la Demanda y Admisión.
- No estaban traspasados ni cargados al Registro Nacional de Lista de Espera el 100% de los pacientes ingresados a Fonendo.
- El reporte generado en la lista de Espera era desactualizada y no consolidada.

4.- Pacientes Duplicados en el Registro Nacional de Listas de Espera

El Referente de Gestión de Lista de Espera, mantenía en las bases de datos, SIC duplicadas, en la base de datos de casos abiertos se observan al menos 40 pacientes Duplicados en el Registro Nacional de Listas de Espera, que fueron ingresados por el mismo diagnóstico a dos especialidades distintas.

5.- Inexistencia de Capacitaciones efectuadas sobre la Lista de Espera.

Sobre la materia, se constató que el Servicio de Salud O'Higgins, hasta el año 2015, no había efectuado capacitaciones formales relacionadas con Listas de Espera a Personal de Atención Primaria.

6.- Reclamos Ingresados por Listas de Espera.

En relación con lo anterior, del total de los 563 reclamos, solo 293, se ingresaron por temas relacionados con Tiempo de Espera de Interconsulta, Tiempo de Espera por Procedimiento y Tiempo de Espera por Cirugía o Lista de Espera, de acuerdo al siguiente detalle:

7.- Carencia de manuales de procedimientos o instrucciones formales

Se requirió instrucciones emanadas de la Subdirección de Gestión Asistencial, respecto a la función que fuera permanente a la labor realizada, como así también las supervisiones realizadas. Esto tanto con motivo de acta de

entrega o como supervisión permanente que dejó a la ex Encargada de Listas de Espera de la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins, no encontrando en la visita evidencia formal de las mismas.

1.- Irregularidades en la excepción de la Garantía.

1.1. Sobre Garantías Mal Exceptuadas

De los 626 casos exceptuados por la causal de Indicación Médica:

- 328 de ellos, no se registra en ficha clínica la decisión de postergar el otorgamiento de la prestación y tampoco existe la constancia de que se informó al paciente respecto a la causal por la cual no se le otorga la atención y en caso de postergación, del evento o condición que debe ocurrir para acceder a la prestación exceptuada, siendo exceptuados el mismo día que vence la Garantía.
- Además de 96 casos que su vencimiento de garantía, a pesar de ser distinta a la fecha de exceptuación, no cumple con los requisitos descritos en el párrafo anterior.

1.2. Sobre Causal de excepción aplicada

En el examen practicado, se verificó la existencia de 274 casos con la causal de excepción mal aplicada, principalmente indicando una categoría de exceptuación que no es la indicada en ficha clínica.

1.3. Sobre pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada.

Se detectó que en 310 garantías exceptuadas, no se han dado tales atenciones hasta la fecha de corte de la fiscalización, esto es, al 31 de diciembre de 2015, pese a que se cumplió el plazo que originalmente correspondía al paciente de acuerdo a su patología.

2.- Pacientes Cáncer

2.1. Paciente en listado de exceptuados fallecidos o con casos cerrados.

Se verificó la existencia de casos de pacientes en listado Ges como exceptuados en circunstancias que se encontraban fallecidos, hubo un cambio de previsión, terminó el tratamiento, o su caso cerrado, entre otros.

2.2. Paciente Cáncer en listado de exceptuados con falta de estudios, Biopsia, o etapificación.

Se verificó la existencia de 97 casos de beneficiarios exceptuados por indicación médica y que se les aplicó dicha exceptuación por falta de estudios, exámenes, confirmación de biopsias, entre otros, en relación a las excepciones por justificación del profesional tratante.

A efectos de abordar los graves hechos descritos se propone la adopción de las siguientes medidas:

Según la revisión de los antecedentes se puede constatar una serie de irregularidades en la Gestión de Listas de Espera Ges y No Ges, donde los principales mecanismos observados son la exceptuación, falta de registros e inconsistencias en los mismos, manipulación en la información ingresada al RNLE y obtención inadecuada de incentivos por mejoramiento de la Gestión respecto de cumplimiento de metas.

Esto infringe la norma técnica N°118 y el Manual de ingreso a las Listas de Espera vigente transformándose en irregularidades administrativas con impacto en la Gestión clínica y en el fondo la salud de las personas, con una especial línea de investigación que es la relación de la espera y la causal de fallecimiento en 16 casos a lo menos. Todo debidamente constatado por la Contraloría General de la República, Servicio de Salud y Ministerio de salud.

De lo anterior se concluye que se cometieron una serie de irregularidades técnicas, administrativas, económicas y sanitarias, con fines de faltar a la veracidad de la información, la administración y resultados del sistema de Gestión de garantías explícitas y no explícitas en salud.

Se solicita conocer las responsabilidades administrativas y acciones disciplinarias efectuadas por parte del Hospital Regional, Servicio de Salud y Ministerio de Salud respecto de:

Los responsables de administrar y Gestionar las listas de esperas, Subdirección Médica del Hospital Regional, la Dra. María Angélica Moreno responsable de las Listas de Espera Ges y el Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) de la Subdirección Médica del Servicio de Salud con el ingreso regional para ser incluido a nivel nacional, determinando manifiestos errores y presiones para el cumplimiento de metas; con el agravante de no cooperar con la labor fiscalizadora de la comisión investigadora por esta materia. Determinar responsabilidades del Ministerio de Salud al faltar a procedimientos y manipular información en el ingreso de casos Ges y No Ges al Registro Nacional de Listas de Espera (RNLE).

Determinar la responsabilidad administrativa de exceptuar casos Ges asociados a patologías vinculadas al cáncer y posibles repercusiones con fallecimientos de pacientes.

Realizar una auditoria médica en casos de fallecimientos de pacientes durante la espera, aplicado algún mecanismo de excepción o ingreso inadecuado al RNLE.

Determinar judicialmente y administrativamente los posibles delitos, faltas de probidad y conflictos de interés en:

Los montos contratados y pagados en forma efectiva a las sociedades médicas por resolución de casos Ges y No Ges, que sean sujetas de imputaciones y cargos en el tratamiento de listas de espera.

Determinar las competencias e idoneidad de los profesionales que ocultaron, manipularon e informaron en forma incorrecta los resultados de listas de espera.

Se solicita conocer las acciones de control y seguimiento que aplicaran el Fonasa como seguro público vinculado, la Súper de Salud como garante de los seguros públicos y privados, el Ministerio de Salud como responsable técnico y político, garante de la fe pública de los registros nacionales de listas de espera.

Se solicita conocer las acciones de control y seguimiento realizara el Ministerio de Hacienda a través de Dipres para evaluar las acciones respecto del fraude realizado por el Hospital y quienes se vean beneficiados con la obtención de bonos por estímulo en los Programas de Mejoramiento der Gestión (PMG)

Se solicita conocer y fiscalizar los resultados jurídicos de los responsables de las irregularidades cometidas y las acciones realizadas por la Fiscalía Regional y el Consejo de Defensa del Estado.

Para el adecuado registro se requiere un sistema informático que reciba la solicitud de atención, y permita evaluar y dar seguimiento a las prioridades. Contar con un buen sistema de información es un requisito básico para concretar un diagnóstico adecuado de los tiempos de espera actuales, además de permitir la entrega de información a los pacientes y facilitar cualquier iniciativa de control y monitoreo. El actual Registro Nacional de Listas de Espera (RNLE) resulta insuficiente como instrumento de Gestión y requiere ser perfeccionado de manera urgente. La modernización del Ministerio de Salud y de sus respectivos órganos y entidades dependientes en pos de un control efectivo en la reducción de listas de espera, a través de un sistema actualizado, transparente y regulado que permita la Gestión sin incentivos perversos.

De la mano de lo anterior, para permitir una eficaz fiscalización e impedir la repetición de los hechos, se debe avanzar hacia una ficha electrónica pública única, permitiendo para la Gestión de las listas de espera la integración de los sistemas de registros clínicos.

Resulta de particular gravedad que altas autoridades públicas puedan utilizar resultados alterados de Gestiones de la administración pública, provocando una desinformación en la población que por su origen atentan contra la probidad pública y la confianza de la ciudadanía. Es por esto que se necesita avanzar hacia una legislación que sancione con particularidad a altas autoridades cuando incurren en manipulación de información o entregan información falsa a la ciudadanía.

Por último, a fin de investigar si las irregularidades detectadas constituyen delitos que deban ser sancionados, se deben poner todos los antecedentes recopilados por la comisión investigadora en conocimiento y disposición del Ministerio Público y en especial de los fiscales a cargo de las investigaciones tanto en el caso Maruri, como en el caso Rancagua.”.-

* * * * *

VI.- Se designó Diputado informante al señor Juan Luis Castro González.

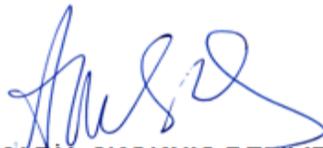
* * * * *

Tratado y acordado según consta en las actas correspondientes a las sesiones de los días 16 y 29 de mayo; 5 y 12 de junio, 3, 17 y 31 de julio, y 7 de agosto de 2018, con asistencia de los diputados Juan Luis Castro González, Karol Cariola Oliva (Presidenta), Andrés Celis Montt, Ricardo Celis Araya, Juan Antonio Coloma, Miguel Crispi Serrano, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar,

Carlos Abel Jarpa Wevar, Javier Macaya Danús, Erica Olivera de la Fuente, Patricio Rosas Barrientos y Victor Torres Jeldes.

Concurrieron, también, los diputados Iván Norambuena Farías y Sergio Bobadilla Muñoz,

Sala de la Comisión, a 7 de agosto 2018.



ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogada Secretaria de la Comisión