

Oficio N° [**]

MAT.: Solicitud de información referente listas de espera No GES en el Servicio de Salud de Aysén.

Valparaíso, 03 de abril de 2024

DE: Ximena Órdenes Neira
Honorable Senadora de la República.

A: Osvaldo Salgado
Subsecretario de Redes Asistenciales

De mi consideración,

En ejercicio de las facultades establecidas en el artículo 9° de la Ley N°18.918 y demás normas aplicables en Derecho, vengo en requerir a Usted, en su calidad de Subsecretario de Redes asistenciales, a fin de que informe sobre la cantidad de personas fallecidas en lista de espera No GES en el Servicio de Salud de Aysén por especialidad, es decir, desglosando y desagregando las personas que han fallecido en lista de espera de acuerdo con el tipo de consulta o el tipo de atención que estaban esperando.

En el Ord. 4545 de 28 de diciembre de 2023 que responde a un oficio de la Comisión de Salud del Senado, enviado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, se entrega información referente a las listas de espera GES y No GES. Sin embargo, no se detallan las especialidades por Servicio de Salud en la forma que se solicita en esta presentación.

Lo relevante es contar con la información de cuantas personas fallecieron por estar esperando atención en cada una de las distintas especialidades.

Sin más que agregar, esperando una pronta y consistente respuesta, me despido.

Saluda, atentamente, a Ud.,

XIMENA ÓRDENES NEIRA
SENADORA

ASPECTOS DE LA LEY CORTA DE ISAPRES QUE QUEDARON FUERA POST SALA DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS

Se rechazó:

I. Art. 1 N°1

Que facultaba a la SIS para velar por el correcto funcionamiento de la licitación y contratación con las aseguradoras para la implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria.

Sin duda, esta facultad es necesaria para que la nueva modalidad de FONASA pueda implementarse adecuadamente, bajo la tutela y supervisión de la SIS. Sin esta norma la MCC quedaría sin un organismo que la tutele y vele por los intereses de todas las partes involucradas en la modalidad: afiliados, sus familiares, aseguradoras, entre otros.

II. Art. 1 N°10

Esta disposición era una indicación incorporada en la Cámara relacionada con el ICESA. La norma rechazada establecía que “En el evento de que el indicador sea negativo, los precios podrán ajustarse a la baja.” Permitía que si el ICESA era negativo los precios de los planes de salud pudieran bajarse.

La norma merece por lo menos ser revisada y estudiada, en la medida de que es del todo lógico que si los costos de las ISAPRES suben entonces los precios de los planes puedan subir, y por ende, si los costos de las ISAPRES bajan, los precios de los planes bajen.

Todo lo anterior, teniendo a la vista que la SIS ha implementado un proceso de verificación de los motivos, antecedentes y fundamentos con los cuales las ISAPRES respaldan el alza de los precios base.

III. Art.2

Muy relevante, ya que establecía que la Superintendencia de Salud determinaría, por medio de una circular especial el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsual a los que las Instituciones de Salud Previsual aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud. El precepto rechazado contenía muchas menciones relevantes tales como:

1. La obligación de adecuar el precio de los contratos por parte de las ISAPRES a la tabla única de factores.
2. La obligación de las ISAPRES de restituir los montos cobrados en exceso por la TUF y por las cargas no natas menores de dos años de edad.
3. entre otras menciones.

Sin esta norma, la SIS no podrá dictar las instrucciones necesarias para que el fallo de la Corte Suprema se cumpla, para que las ISAPRES ajusten los precios de los planes de salud en la forma que dijo la máxima magistratura chilena, para que las ISAPRES restituyan de manera ordenada los cobros en exceso a los afiliados. No es posible avanzar con un proyecto de ley que no tiene estas mínimas reglas. Claramente el proyecto de ley con el contenido tal como

está no está cumplimiento de ninguna forma con el objetivo y propósito que se tenía a la vista cuando ingresó al Congreso.

IV. Art. 3

Establecía que dentro del plazo de un mes contado desde la publicación de la circular de la SIS las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes. La norma además regulaba el contenido del plan de ajuste y pago:

1. propuesta de devolución de deuda
2. propuesta de reducción de costos
3. propuesta de alza extraordinaria/prima extraordinaria
4. otras.

El análisis acá es el mismo que antes. Esto va en perjuicio tanto de los afiliados como de las mismas ISAPRES. Actualmente, no hay norma que regule cómo se devolverán los cobros en exceso. Las normas que hay no se ajustan a la realidad de las ISAPRES que si devuelven todo lo cobrado en exceso en un solo pago quebrarían. Es fundamental que se planifique y ordene la forma en que se cumplirá el fallo para evitar una catástrofe.

V. Art. 6

Permitía a las ISAPRES realizar reparto de utilidad sólo si había pagado la totalidad de la deuda de las cantidades cobradas en exceso.

La norma en cuestión impedía que las ISAPRES pudieran retirar posibles utilidades mientras no hubiera pagado las deudas que tienen con los afiliados, deudas dictaminadas por el máximo tribunal chileno. No podemos decirle a la gente que los accionistas de las ISAPRES están retirando ganancias de las ISAPRES cuando no han pagado los cobros en exceso en que incurrieron.

VI. Art. 2º transitorio

Contenía la posibilidad de contratar de manera directa a la aseguradora para implementar la MCC durante los primeros 24 meses.

En suma, las normas rechazadas en la Sala de la Cámara impiden cumplir con el objetivo y propósito que se tenía a la vista en el proyecto de ley. El rechazo de normas importantes en el proyecto no solo hace perder el norte que este tenía, sino que también lo vacían en su contenido. Por ello, sugiero rechazar el informe de la Cámara, por no poseer el contenido mínimo para superar esta crisis en salud.

CAMBIOS GENERALES EN PDL CORTA DE ISAPRES ANTES DE LA SALA

1. Se respaldó, en forma unánime, la creación, conformación y funciones del Consejo Consultivo de Seguros Previsionales de Salud. Junto a ello, se respaldó el cálculo de la deuda, los mecanismos de pago y el resto de las disposiciones transitorias.
2. En cuanto al **plan de pago**, se aprobó en los términos en que salió del Senado, pero el gobierno recogió indicaciones presentadas por diputadas y diputados, y priorizará que el plan de pago y ajustes de las isapres consideren el pago íntegro de la deuda para los afiliados mayores de 80 años dentro de un plazo máximo de 24 meses. Además, se fijó un plazo de 72 meses para los afiliados mayores de 65 años.
3. El plan de ajuste y de pago que deberán presentar las isapres, deberá contener una propuesta de prima extraordinaria correspondiente al monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de los afiliados y sus beneficiarios. Además, se aprobó fijar un techo de 10% para dicha alza que se aplicará por única vez.
4. En relación con **el ajuste del 7%**, la comisión también aprobó, pero en forma parcial, que los planes se ajusten al 7% de la cotización legal. Ello se aplicará a todos los planes nuevos que se suscriban. Sin embargo, se rechazó que los planes antiguos, cuyo valor sea menor a dicha cotización y que, por ende, generan excedentes, suban su valor.
5. Cobro de intereses en caso de que las ISAPRES incumplan el pago de una cuota
6. Indicación del Ejecutivo que permite que las isapres puedan ofrecer títulos representativos a largo plazo (bonos), por el total de lo adeudado o por el saldo aún no reconocido en la cuenta de excedentes.
7. En relación con la **MCC**, se rechazó el trato directo para contratar el seguro para los primeros 24 meses. El tema fue cuestionado por la oposición. Se pidió más transparencia y no asignar a dedo a cierta compañía.

CAMBIOS EN EL CONSEJO CONSULTIVO

El Consejo Consultivo quedaría regulado en un Capítulo especial titulado “Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud” contando de 7 artículos.

En la Cámara se introdujeron los siguientes cambios a esta nueva institucionalidad:(art 1 N°3 PDL)

- Se acotó la función del consejo únicamente al proceso de restitución de los cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por ellas mismas y distintas a la Tabla Única de Factores. (art 130 bis)
- Las opiniones del Consejo siguen sin ser vinculantes, pero ahora la SIS debe justificar si rechaza sus opiniones o no las integra en su decisión. (art 130 bis)
- Se modifica la designación de los integrantes, ya que la designación era por Alta Dirección Pública y no a dedo. la Cámara consideró mejor una designación a dedo. Me parece

cuestionable este cambio, ya que genera menos certeza y mayor arbitrariedad en la decisión. (art 130 ter)

- También se eliminó el límite que existía en cuanto a la duración de los integrantes del Consejo en su cargo. En el Senado la duración de los consejeros en su carga estaba establecida en 3 años, mientras que la Cámara cambió la norma permitiendo perpetuarse indefinidamente. Es importante que los cargos no se extiendan de manera indefinida en el tiempo, ya que esto genera incentivos no deseados en las personas que los ocupan. puede ocurrir por ejemplo que definan su comportamiento con miras a mantenerse en el cargo. Es relevante limitar la duración de los consejeros, sin perjuicio de que posteriormente puedan reelegirse o ser designados de manera sucesiva.
- Otro cambio es la forma de determinar la dieta de los consejeros, pasando de establecerse en UF a establecerse en ingresos mínimo mensual. Este cambio no es tan sustantivo ya que son dos formas distintas de establecer el pago a los consejeros.

CAMBIOS EN LA MCC

Principales cambios:

- Se establece expresamente que la cobertura de la MCC tendrá un tope anual de acuerdo con lo que se diga en la póliza de seguro.
- Se clarifica lo que ocurrirá cuando se produzca una prestación de emergencia o urgencia certificada por médico cirujano, señalando que el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios.
- Se deja establecido expresamente que el seguro catastrófico y su cobertura serán de cargo de la compañía de seguros que se adjudique la MCC. Establece para mayor claridad que se activará la cobertura cuando el afiliado haya pagado el deducible.
- Se establece la posibilidad de que la prima se recaude a través de instituciones que recauden cotizaciones. Esta medida si bien es más eficiente, podría generar situaciones no deseadas o que incomoden a los afiliados que pertenezcan a la MCC. Sería apropiado señalar que la prima se enterará libremente por los afiliados a la MCC, y podrán elegir si enterarla/pagarla mediante instituciones recaudadoras de cotizaciones o bien pagando directamente. Podría ser considerado abusivo por los usuarios que las aseguradoras les exijan pagar la prima mediante recaudación.
- Los empleadores podrán celebrar convenios o contratos colectivos con sus trabajadores para efectos de aportar al pago de la prima complementaria para quienes se encuentren afiliados al Fondo Nacional de Salud, y a sus grupos familiares.
- Establece que podrán existir condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares, las cuales quedarán determinadas en la póliza. Con todo, el precio de la prima para grupos familiares nunca podrá ser mayor a la suma de las primas de todos sus integrantes.
- Establece que la persona afiliada haya dejado de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, no implicará la afectación de su afiliación ni acceso a coberturas a través del Fondo Nacional de Salud.

- Para implementar la MCC, el FONASA tiene que suscribir contratos con aseguradoras. El PDL ahora limita la duración de estos contratos a 4 años, pero sin limitar la renovación de la adjudicación del contrato, por lo que no se trata de un cambio relevante.
- Finalmente, otro cambio importante es que se regula lo que ocurrirá cuando haya un cambio en las aseguradoras, es decir, cuando una aseguradora que se adjudicó su participación en la MCC deje de ser partícipe de esta modalidad, por cualquier motivo. En ese sentido, se agregó una norma que regula lo que ocurrirá con las pólizas de seguro de los afiliados a la MCC. Se señala que los beneficiarios con contratos vigentes continuarán afiliados a estos, hasta el vencimiento de sus respectivas pólizas, tras lo cual podrán optar entre continuar afiliados a esta modalidad de cobertura complementaria, en los términos ofrecidos por la nueva compañía de seguros, o renunciar a ella, con al menos diez días de anterioridad al vencimiento de sus pólizas. Me parece que es una buena medida regular este tema y darle la garantía a los afiliados sobre la continuidad de su cobertura hasta que la póliza de seguro se encuentre vencida.
- Se rechazó el trato directo para contratar el seguro para los primeros 24 meses. El tema fue cuestionado por la oposición. Se pidió más transparencia y no asignar a dedo a cierta compañía.

Para: Ximena Ordenes

De: Camilo Aguilera

Ref.: Proyecto de ley boletín N°15.751

Fecha: 01 de abril de 2024

La presente minuta trata el proyecto de ley boletín N°15.751 que será estudiado por la Comisión de Salud del Senado en su segundo trámite constitucional.

COMENTARIOS GENERALES

PROYECTO DE LEY PARA ESTABLECER LA OBLIGACIÓN DE LAS ISAPRES DE JUSTIFICAR CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD EL AUMENTO DEL PRECIO DE SUS PLANES.

A favor., en general. En términos generales, el proyecto de ley busca regular un asunto que se encuentra regulado, pero a nivel reglamentario, ya que la misma SIS dictó una resolución donde estableció el proceso de verificación. En la misma línea, el actual Superintendente, y también desde la industria, es decir, las mismas ISAPRES, están de acuerdo con regular esta materia.

Sin duda, este proyecto de ley eleva a rango legal un asunto que solo se había regulado en normativa de rango reglamentario, lo cual contribuye a dar mayor certeza jurídica y seguridad a los incumbentes, tales como ISAPRES y afiliados.

COMO OPERARÍA LA ATENCIÓN A PERSONAS MEDIANTE SAP

CONVENIOS

FONASA suscribirá convenios con prestadores para articular una red de prestadores de salud con capacidad resolutive no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud. En los convenios se fijará el precio a pagar a los prestadores que atiendan las intervenciones y tratamientos.

PERSONAS CON COBERTURA

Podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado todas las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que cumplan con las condiciones médicas necesarias para la intervención, los requisitos que se establecen en la ley y en el reglamento que regulará el Sistema de Acceso Priorizado.

PERSONAS EN LISTA DE ESPERA DE SAP

La Subsecretaría de Redes Asistenciales informará al Fondo acerca de aquellas personas que se encuentran en lista de espera para una de las intervenciones sanitarias priorizadas.

Las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud o del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, que se encuentren en lista de espera de una intervención priorizada serán derivadas a un prestador en red para la realización integral de la intervención correspondiente.

Para todos los efectos legales estas atenciones de salud se entenderán otorgadas en la Modalidad de Atención Institucional.

LIMITE A LA CANTIDAD DE PRESTACIONES

El decreto del Ministerio de Salud indicará el número máximo de egresos con resolución integral a otorgarse a través del Sistema de Acceso Priorizado en el año calendario, indicando además la cantidad mínima de egresos.

Con el objeto de gestionar de forma eficiente los tiempos de espera sanitarios, el Fondo Nacional de Salud podrá redistribuir los egresos de resoluciones integrales

El Fondo Nacional de Salud deberá asegurar que, al menos, la mitad del total de egresos presupuestados para el respectivo año sean asignados para la resolución integral de intervenciones de personas

FINANCIAMIENTO DE PERSONAS EN TRAMOS B, C Y D QUE NO ESTÉN EN LISTA DE ESPERA

Las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que pertenezcan a los grupos B, C y D, que requieran la realización de una de las intervenciones sanitarias priorizada que no se encuentren en lista de espera para dicha intervención, podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado, enterando un deducible que operará como único copago de la persona beneficiaria por la realización integral de la intervención, siendo de cargo íntegro del Fondo todo lo que exceda a aquél.

MONTO DEL DEDUCIBLE

El monto del deducible será diferenciado por grupo, correspondiendo:

- a) Al grupo B, el equivalente de 1,5 ingresos mínimos mensuales.
- b) Al grupo C, al equivalente a 2 ingresos mínimos mensuales.
- c) Al grupo D, al equivalente de 3 ingresos mínimos mensuales.

COMO FUNCIONA PARA PERSONAS QUE NO ESTAN ACTUALMENTE EN LISTA DE ESPERA

Una vez enterado el deducible, la persona beneficiaria podrá elegir a uno de los prestadores disponibles en la red.

Las atenciones de salud que se otorguen conforme a este artículo se entenderán realizadas en la Modalidad de Libre Elección.

Como sabemos todos los afiliados a FONASA debe cotizar obligatoriamente un 7% de sus ingresos. Por otro lado, los afiliados a ISAPRE no tienen esta obligación propiamente tal, ya que cuando se generan diferencias entre el 7% cotizado y el costo del plan contratado con su ISAPRE, entonces se generan excedentes para el cotizante. Por ejemplo, a Juan todos los meses se le descuenta el 7% de su ingreso, si gana \$100.000 se le descuenta \$7.000. Si esta en "ISAPRE 77", y el costo de plan de salud al mes es de \$5.500, a final de año tendrá un excedente de \$1.500 por mes, pudiendo pedir la devolución.

El proyecto de ley corta busca que todos los planes de salud en ISAPRES tengan un costo equivalente a un 7% para que ya no existan más excedentes. Lo cual propende a dar mayor equidad y financiar el sistema con un poco más de ingresos. Era muy usual que profesionales jóvenes optaran por ISAPRES que a final de año le devolviera excedentes. Con esta medida ya no se podría.

El problema se produce cuando llevamos esta medida a la línea de tiempo y tenemos que determinar cuando comenzar a implementarla. Existe un consenso en el Senado y la Cámara sobre su aplicación hacia el futuro. Sin embargo, se rechazó en la comisión de salud de la Cámara la implementación de esta medida en planes antiguos.

El debate se centra entonces en si la obligación de cotizar 7% debe aplicarse solamente hacia el futuro (esto influye aumentando los ingresos futuros de las ISAPRES) o también debe aplicarse a los planes antiguos (esto influye aumentando los ingresos pasados de las ISAPRES).

El mayor cuestionamiento refiere a que esta medida estaría reduciendo la deuda de las ISAPRES con los afiliados, si aplicamos la cotización de 7% en contratos antiguos.

Para: Ximena Ordenes N.
De: Camilo Aguilera R.
Ref.: licencias médicas
Fecha: 23 de abril de 2024

La presente minuta tiene por objeto abordar la situación actual de la emisión de licencias médicas en Chile.

MINUTA EMISIÓN ILEGAL DE LICENCIAS MÉDICAS

Propuesta de oficio

Es preocupante que esta situación pueda darse en establecimientos de salud públicos con recursos de todos los chilenos, es decir, que se esté emitiendo licencias médicas por profesionales del sector público y en el contexto de prestaciones de salud en instituciones públicas. En relación con ello, propongo oficiar al Ministerio de Salud y oficiar al Consejo de Defensa del Estado a fin de que informen sobre las medidas que están adoptando en relación con las licencias médicas emitidas fraudulentamente por profesionales en establecimientos de salud públicos y para averiguar si existe alguna asociación detrás.

Comentarios generales

El aumento o disminución de la emisión de licencias médicas es un asunto que sin duda repercute en los egresos de las ISAPRES y por ende en su estabilidad financiera. Sin embargo, el principal foco del análisis no puede estar puesto en la contención de costos del sistema privado de financiamiento de salud, sino que debe estar siempre puesto en la salud de los chilenos.

Asimismo, debemos tener cuidado de cuestionar sin miramientos la emisión de licencias médicas, cuestionando por consecuencia el trabajo de muchos profesionales de la salud.

Hay muchas noticias sobre suplantación de los servicios de profesionales de la salud, los cuales deben ser sancionados.

Es importante contar con las herramientas necesarias para corregir los problemas de ética y legalidad que existen en relación con las licencias médicas. Se debe gestionar las sanciones pertinentes en contra de los médicos que emiten licencias médicas sin un fundamento apropiado y suficiente.

Es importante que los pacientes y los profesionales de la salud no se vean en ningún caso perjudicados a causar de un grupo acotado de médicos que incurren en estas conductas reprobables.

Hay muchas licencias que son necesarias y correctamente emitidas.

En la misma línea, cabe preguntarse acerca del motivo por el cual existe tantas licencias médicas emitidas. ¿El aumento de licencias médicas se debe a una gran cantidad de personas que emiten licencias de manera incorrecta o en realidad los trabajadores y empleados realmente se encuentran con graves problemas de salud?

La persecución de la emisión falsa de licencias médicas es fundamental, pero bajo ningún motivo esta persecución puede afectar el necesario reposo de un trabajador con algún padecimiento ni tampoco puede verse afectados sus ingresos por el hecho de enfermar. Esto debe ser garantizado.

Proyecto de ley

El proyecto de ley N°14.845-11 que Modifica la ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas, con el objeto de fortalecer las facultades de los organismos reguladores y fiscalizadores y establecer las sanciones administrativas y penales que indica, se encuentra en segundo trámite.

Empresas contra licencias médicas

Durante mucho tiempo, tanto las ISAPRES como Fonasa han debido enfrentar la mafia de las licencias médicas falsas. Sin embargo, según lo dio a conocer BBCI Investiga, algunas empresas lograron interponer querrelas judiciales contra este tipo de actividad ilícita.

María Soledad Ramírez, superintendente de Seguridad Social, en el segundo periodo del expresidente Sebastián Piñera, es abogada de las empresas querellantes Subus, Ariztía, Juan Bas Alimentos e ICB, matriz conocida por los aderezos Don Juan y los snacks Marco Polo.

Las empresas en recurrido al art. 509 del Código del Trabajo¹ y al art. 202 del Código Penal² para presentar denuncias por la emisión falsa y uso malicioso de licencias médicas.

¹ Art. 509. Las personas que incurran en falsedad en el otorgamiento de certificados, permisos o estado de salud, en falsificación de éstos, o en uso malicioso de ellos, serán sancionadas con las penas previstas en el artículo 202 del Código Penal.

² ART. 202. El facultativo que librare certificación falsa de enfermedad o lesión con el fin de eximir a una persona de algún servicio público, será castigado con reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales.

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Las empresas están llevando un conteo o contabilidad de las licencias médicas emitidas, sobretodo con trabajadores que han presentado una gran cantidad de licencias durante el año.

Adicionalmente recomiendo considerar las siguientes normas del Código Penal:

- 470 N°8: que sanciona con penas privativas de libertad al que fraudulentamente obtuvieren del Fisco, de las municipalidades, de las Cajas de Previsión y de las instituciones centralizadas o descentralizadas del Estado, prestaciones improcedentes, tales como remuneraciones, bonificaciones, subsidios, pensiones, jubilaciones, asignaciones, devoluciones o imputaciones indebidas.
- Artículos 292 a 293 bis sobre asociaciones ilícitas.

¿Qué es una licencia médica?

Es un documento extendido por un médico-cirujano, cirujano-dentista o matrona, que acredita que un trabajador se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar, e indica una cantidad de días de reposo total o parcial.

¿Quiénes son beneficiarios?

Todos los trabajadores(as) dependientes e independientes de los sectores público y privado, que estén acogidos a algún sistema previsional.

¿Quién está facultado para emitir una licencia médica?

Están facultados los médicos cirujanos, cirujanos dentistas o matronas. Estas últimas otorgan la licencia en caso de embarazo o de parto normal.

Cifras sobre licencias médicas y gasto en licencias médicas (BCN)

De acuerdo a datos de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), el número de cotizantes con derecho a licencias médicas (LM) ascendía en 2022 a 6.400.605 personas, de los cuales casi tres cuartas partes son asegurados del sistema público de salud. Esto es, el 74% de los asegurados son cotizantes de FONASA y el 26% restante de ISAPRE.

Esta diferencia en el ingreso de los cotizantes de cada sistema, explica en parte porque el gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) se distribuya en forma diferente al número de cotizantes, esto es, del total del monto de poco más de \$ 3 billones que ambos seguros se gastaron el año 2022, FONASA concentra sólo el 66% del monto total mientras el 34% restante es de cargo de las ISAPRES.

Tabla 1: Gasto Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) y número promedio mensual de cotizantes, según seguro salud, año 2022.

	FONASA	ISAPRE	SISTEMA
Numero Cotizantes (1)	4.718.946	1.681.659	6.400.605
Porcentaje fila	74%	26%	100%
Gasto en SIL (2) (miles de \$ a diciembre 2022)	2.035.628.107	1.039.092.406	3.074.720.513
Porcentaje fila	66%	34%	100%
Gasto en SIL por Cotizante (3)	431	618	480

(1) Número promedio mensual de cotizantes, según seguro de salud, año 2022

(3) = (2) / (1). Ratio entre gasto en SIL y los cotizantes promedio de cada año

Fuente: Elaboración propia basado en Estadísticas Nacionales de LM y SIL 2022 (SUSESOS; 2023 b)

Los diagnósticos predominantes en las LM autorizadas por el conjunto del sistema en el año 2022, son los trastornos mentales (27,5%), el COVID-19 (18,2%) y las enfermedades osteomusculares (16,4%).

El grupo de los trastornos mentales concentra el 41,6% del gasto total, en el año 2022, seguido en segundo lugar por las enfermedades osteomusculares (17,5%). Estos mismos diagnósticos encabezan el ranking del gasto por SIL que realizaron tanto FONASA como ISAPRE en años anteriores (ubicados en primeros lugares, al menos desde 2018 a 2022). Se advierte así, que solo estas 2 causales agrupadas, concentran el 59% del gasto total en SIL del año 2022.

ANEXO

Minuta Sesión en Sala sobre Proyecto de Ley sobre Licencias Médicas

Nombre	Proyecto de ley que modifica la ley N° 20.585, sobre Otorgamiento y Uso de Licencias Médicas, con el objeto de fortalecer las facultades de los organismos reguladores y fiscalizadores y aumentar las multas y períodos de suspensión de los emisores de licencias médicas, en los presupuestos que establece la ley.
Fecha de presentación	Santiago, 04 de marzo de 2022
Estado de tramitación:	Primer trámite constitucional
Autores del proyecto	Mensaje de Presidente Sebastián Piñera

Intervención:

Durante la pandemia se vivió un aumento explosivo de licencias médicas. En el año 2021 se emitieron 8,5 millones de ellas, terminando el año 2022 con más de 10 millones de licencias médicas emitidas. Si bien, el COMPIN ha señalado que se tramitaron dentro de los tiempos promedios, se mantienen los problemas de oportunidad en el pago y es por lo cual cientos de chilenas y chilenos constantemente reclaman haciéndonos saber sus necesidades. Frente a esto último es urgente reformar el sistema por el cual se tramitan las licencias médicas, evitando las arbitrariedades y permitiendo a los pacientes y trabajadores tomar los descansos correspondientes para su recuperación y retorno al trabajo, y para lo cual esperamos que el Ministerio de Salud se haga parte a la brevedad posible.

Ahora bien, el proyecto de ley se hace cargo de otra gran problemática: acabar con la emisión fraudulenta de licencias médicas, ya que como bien sabemos es de público conocimiento la existencia de empresas y personas que venden estos justificativos, utilizando canales de ventas como las redes sociales, poniendo en riesgo la seguridad social y la sostenibilidad del proceso. Así, esta nueva normativa exige nuevos requisitos para emitir licencias médicas, quedando habilitados sólo los prestadores de salud que se encuentren debidamente inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales, además de la obligación de haber aprobado el EUNACOM. Adicionalmente, si durante la sustanciación de la licencia médica se presume la ausencia del acto médico, es decir, que el paciente haya efectivamente ido a la consulta del médico, se suspenderá la emisión de la licencia para el profesional investigado, pudiendo denunciarse el caso ante el Ministerio Público. Por su parte, se aumentan las multas y la suspensión de la facultad de emitir licencias médicas, llegando incluso hasta la cancelación del profesional ante el Registro Nacional de Prestadores Individuales. Finalmente, y para recalcar, quisiera mencionar que se agrega la sanción penal de inhabilitación temporal para ejercer la profesión de médico, matrona o cirujano dentista a quien emita licencias fraudulentas.

Son 450 médicos que la autoridad reguladora y fiscalizadora presume que han participado en la eventual venta de licencias médicas falsas, considerando que uno de ellos emitió 1876 licencias en sólo un año, es decir 47 licencias por día, siendo que el promedio no la emisión entre 1 a 5 licencias diarias.

Votaré a favor de este proyecto de ley para evitar que sigan ejerciendo médicos sin ética ni principios sobre el juramento que han prometido velar, convirtiendo en un negocio la desesperación de las personas.

Para finalizar invito a todos y todas a hacernos la pregunta y cuestionarnos acerca de qué es lo que efectivamente está pasando y porque este mercado existe, a fijar la mirada más allá de este proyecto de ley para finalmente avanzar en la reforma de salud que estamos esperando.

He dicho. Muchas gracias Presidente.

Tabla 3: Gasto en subsidio por incapacidad laboral (SIL) por grupos de diagnósticos, en millones de \$ de diciembre 2022, según seguro de salud, año 2022

Tipo de diagnóstico	FONASA ¹		ISAPRE ²		Sistema	
	m\$	%	m\$	%	m\$	%
Trastornos mentales	913.886.997	44,9%	364.762.687	35,1%	1.278.649.684	41,6%
Enfermedades osteomusculares	376.006.128	18,5%	160.573.963	15,5%	536.580.091	17,5%
Enfermedades respiratorias	50.048.417	2,5%	36.265.696	3,5%	86.314.113	2,8%
Traumatismos, env. y otros	159.307.402	7,8%	106.442.969	10,2%	265.750.371	8,6%
Enfermedades infecciosas	12.875.022	0,6%	7.684.329	0,7%	20.559.351	0,7%
Enfermedades del Sistema Digestivo	49.958.142	2,5%	33.613.827	3,2%	83.571.969	2,7%
Afecciones del embarazo, Parto y Puerperio.	35.229.557	1,7%	25.253.837	2,4%	60.483.394	2,0%
Enfermedades del Sistema Genitourinario	32.702.580	1,6%	21.607.101	2,1%	54.309.681	1,8%
Tumores y Cánceres	75.769.059	3,7%	61.750.114	5,9%	137.519.174	4,5%
Enfermedades cardiovasculares	57.523.638	2,8%	25.888.699	2,5%	83.412.336	2,7%
COVID-19 ³	115.047.434	5,7%	111.012.980	10,7%	226.060.413	7,4%
Otros Diagnósticos	157.273.732	7,7%	84.146.646	8,1%	241.420.378	7,9%
Sin información		0,0%	89.557	0,0%	89.557	0,0%
Total	2.035.628.107	100,0%	1.039.092.406	100,0%	3.074.720.513	100,0%

(1) Incluye el monto pagado en LM atrasadas en COMPIN y gasto no ejecutado de Instituciones Públicas.

(2) Incluye LM reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.

(3) Se incluyen los códigos: U07.1 "Enfermedad respiratoria aguda debido al nuevo coronavirus"; U07.2 "Covid-19, virus no identificado (a la espera del resultado del examen PCR)."; Z29.0 "Aislamiento" y Z20.8 "Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles".

PROPUESTA EJECUTIVO

QUE CREA EL SISTEMA DE ACCESO PRIORIZADO A INTERVENCIONES SANITARIAS

Al PDL se presentaron tanto propuestas del ejecutivo como propuestas parlamentarias y fueron ordenadas por número. Hay 10 propuestas parlamentarias y 6 propuestas del ejecutivo.

Establécese un Sistema de Acceso Priorizado:

EN QUE CONSISTE

El Fondo Nacional de Salud, otorgará un acceso priorizado y otorgará protección financiera para la realización integral de determinadas intervenciones sanitarias. Las intervenciones cubiertas serán aquellas que hayan sido priorizadas en un listado por el Ministerio de Salud, a través de un decreto.

INTEGRIDAD DE INTERVENCIONES

La realización integral de las intervenciones sanitarias priorizadas considerará todos los elementos que se requieran para la misma. La indicación de Lagomarsino persigue incluir medicamentos de alto costo.

CANTIDAD

El Fondo Nacional de Salud, sujeto a su disponibilidad presupuestaria, contratará, hasta la cantidad máxima establecida por decreto, las intervenciones sanitarias que hayan sido priorizadas.

COMO SE LLEVARÁ A CABO: CONVENIOS

Articulando una red de salud con prestadores de salud que no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, celebrando convenio scon nuevos prestadores. En los convenios se fijará el precio a pagar a los prestadores que atiendan las intervenciones y tratamientos.

PLAZO

Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán realizarse dentro del plazo que establezca un decreto que el Minsal dictará al efecto.

INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO

En caso de que un prestador incumpla el plazo de realización de la intervención sanitaria, el Fondo Nacional de Salud, de oficio o a solicitud de la persona beneficiaria o su representante, derivará a la persona beneficiaria a un prestador diferente.

El prestador deberá remitir también la ficha clínica del paciente.

Para asegurar la correcta y segura realización de la intervención sanitaria priorizada, el Ministerio de Salud podrá dictar protocolos de derivación que incluyan los tiempos y calidad de la atención en dicha derivación.

El precio que se pagará al prestador de salud que efectivamente realice la prestación de salud corresponderá al precio pactado en el respectivo convenio.

PERSONAS CON COBERTURA

Podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado todas las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que cumplan con las condiciones médicas necesarias para la intervención, los requisitos que se establecen en la ley y en el reglamento que regulará el Sistema de Acceso Priorizado

COMO SE DETERMINAN LAS PRESTACIONES CUBIERTAS

Decreto de Minsal expedido bajo la fórmula “Por orden del Presidente de la República”, visado por la Dirección de Presupuestos, determinará el listado de intervenciones sanitarias priorizadas.

La vigencia del listado de intervenciones sanitarias priorizadas será anual.

Se determinará en base a un estudio que seguirá los siguientes criterios:

- a) Las intervenciones sanitarias cuya prioridad proponen las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, en base a un análisis de los problemas de salud no garantizados por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.
- b) Un análisis cuantitativo realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre los tiempos de espera de las personas beneficiarias para el otorgamiento de las prestaciones que se relacionan con los problemas de salud determinados en el literal anterior, con la finalidad de identificar las necesidades de la población.
- c) Un análisis de la oferta disponible para la realización de las intervenciones sanitarias por parte de los establecimientos de salud pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y de prestadores que cuenten con convenio vigente con el Fondo Nacional de Salud.
- d) El costo esperado de las intervenciones sanitarias priorizadas.

e) Una proyección anual de la cantidad de egresos de resoluciones integrales de las intervenciones sanitarias priorizadas que podrán ser otorgadas a través del Sistema de Atención Priorizada. Esta proyección deberá señalar el porcentaje de egresos que se asignarán para personas beneficiarias en lista de espera, y proponer una distribución porcentual de los egresos según los grupos en los que se clasifican las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud, considerando la prevalencia de dichos grupos en las listas de espera respectivas y el peso de cada grupo en la composición del Fondo.

El estudio será elaborado por FONASA. Existe una indicación, apoyada por el Ejecutivo que busca que el estudio sea realizado por el mismo Minsal.

PRESTACIONES EXCLUIDAS

En lista de espera GES, en Ley Ricarte Soto. Si alguna prestación pasa a integrar una de estos programas ya no tendrá cobertura de SAP.

DISCUSION SOBRE EGRESOS

Al efecto, el Ejecutivo el 4 de abril de 2024 señaló que los recursos se reparten entre dos: MLE y MAI. Hubo confusión en relación con el concepto egresos versus recursos.

PERSONAS CON COBERTURA

Podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado todas las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que cumplan con las condiciones médicas necesarias para la intervención, los requisitos que se establecen en la ley y en el reglamento que regulará el Sistema de Acceso Priorizado. Limitado por los egresos.

PERSONAS EN LISTA DE ESPERA DE SAP

La Subsecretaría de Redes Asistenciales informará al Fondo acerca de aquellas personas que se encuentran en lista de espera para una de las intervenciones sanitarias priorizadas.

Las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud o del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, que se encuentren en lista de espera de una intervención priorizada serán derivadas a un prestador en red para la realización integral de la intervención correspondiente.

Para todos los efectos legales estas atenciones de salud se entenderán otorgadas en la Modalidad de Atención Institucional.

LIMITE A LA CANTIDAD DE PRESTACIONES

El decreto del Ministerio de Salud indicará el número máximo de egresos con resolución integral a otorgarse a través del Sistema de Acceso Priorizado en el año calendario, indicando además la cantidad mínima de egresos.

Con el objeto de gestionar de forma eficiente los tiempos de espera sanitarios, el Fondo Nacional de Salud podrá redistribuir los egresos de resoluciones integrales

El Fondo Nacional de Salud deberá asegurar que, al menos, la mitad del total de egresos presupuestados para el respectivo año sean asignados para la resolución integral de intervenciones de personas

FINANCIAMIENTO DE PERSONAS EN TRAMOS B, C Y D QUE NO ESTÉN EN LISTA DE ESPERA

Las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que pertenezcan a los grupos B, C y D, que requieran la realización de una de las intervenciones sanitarias priorizada que no se encuentren en lista de espera para dicha intervención, podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado, enterando un deducible que operará como único copago de la persona beneficiaria por la realización integral de la intervención, siendo de cargo íntegro del Fondo todo lo que exceda a aquél.

MONTO DEL DEDUCIBLE

El monto del deducible será diferenciado por grupo, correspondiendo:

- a) Al grupo B, el equivalente de 1,5 ingresos mínimos mensuales.

- b) Al grupo C, al equivalente a 2 ingresos mínimos mensuales.

- c) Al grupo D, al equivalente de 3 ingresos mínimos mensuales.

Las personas deberán pagar el deducible para acceder a la prestación.

Una vez enterado el deducible, la persona beneficiaria podrá elegir a uno de los prestadores disponibles en la red.

Las atenciones de salud que se otorguen conforme a este artículo se entenderán realizadas en la Modalidad de Libre Elección.

CUMPLIMIENTO

FONASA velará por el cumplimiento de los convenios

SIS recibirá los reclamos.

FINANCIAMIENTO DEL SPA

El mayor gasto que se derive del SAP, durante solamente el primer año presupuestario, se financiará con carga a los presupuestos del FONASA y se podrá suplementar con cargo a la partida del Ministerio de Hacienda. Luego, los años siguientes, se financiará según señale la Ley de Presupuestos.

DECRETO EXENTO

Contendrá el listado de intervenciones priorizadas que será provisorio mientras se dicte el listado definitivo. Este provisorio no deberá observar los criterios establecidos en el PDL.

REGLAMENTO

Deberá dictarse en 6 meses desde publicación en el Diario Oficial.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, suscrito también por el Ministerio de Hacienda, regulará el Sistema de Acceso Priorizado y tendrá un contenido mínimo.

Para: Ximena Ordenes

De: Camilo Aguilera

Ref.: Listas de espera No GES

Fecha: 03 de abril de 2024

La presente minuta se basa fundamentalmente en el Ord. 4545 de 28 de diciembre de 2023 que responde a oficio de la Comisión de Salud del Senado, enviado por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

LISTAS DE ESPERA DE ENFERMEDADES NO GES Y LA REDUCCIÓN DE LISTA DE ESPERA DE CIRUGÍA INFANTIL NO GES.

LISTA DE ESPERA NO GES

Cifras generales

Considera el periodo enero-diciembre 2022. Una persona puede tener más de un caso.

Total de personas en lista de espera : 3.394.318 personas

Total de casos en lista de espera : 5.129.415 casos

Los casos en lista de espera pueden corresponder a:

1. Atención Nueva Especialidad
2. Intervención quirúrgica

Esta distinción es del todo relevante dado que los casos de lista de espera por atención nueva especialidad son ampliamente mayores en cantidad que los casos en lista de espera por intervención quirúrgica. Sin perjuicio de que la cantidad de personas en espera de intervención quirúrgica es altísima.

Tabla N°12. Distribución del número de casos y números de personas por tipo de prestación

Tipo de prestación	N° casos	N° personas	N° casos/persona
Consulta Nueva de Especialidad	4.509.810	3.159.416	1,43
Intervención Quirúrgica*	619.605	529.494	1,17
Total [1]	5.129.415	3.394.318	1,51

Fuente: Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE). Corte enero-diciembre 2022. Fecha de extracción: 14-08-2023. *Incluye IQ complejas.

[1] Si bien, la sumatoria del número de personas de CNE e IQ corresponde a 3.688.910 existen personas que se encuentran en más de un tipo de prestación. Si se eliminan esos duplicados, la suma real total de personas corresponden a 3.394.318.

Fallecidos

Total de personas fallecidas en lista de espera No GES: 38.564 personas.

Estas personas tenían un total de 54.410 casos en espera.

Un dato relevante al efecto es que del total de casos, un 92,57% se encontraba a la espera de una Atención Nueva Especialidad, y de carácter médico.

En la siguiente tabla se aprecia como se distribuían de acuerdo a las especialidades, las personas que estaban en lista de espera No GES (están ordenadas desde las más frecuentes a las menos frecuentes):

Tabla N°13. Distribución de las derivaciones o interconsultas de las personas que fallecieron estando registrado en lista de espera por tipo de Consulta y especialidad de Intervención Quirúrgica.

Tipo de prestación	N° casos	Porcentaje
CONSULTA NUEVA DE ESPECIALIDAD	50.366	92,57%
Médica	46.896	93,11%
Odontológica	3.470	6,89%
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	4.044	7,43%
Traumatología	942	23,29%
Cirugía Digestiva	820	20,28%
Oftalmología	454	11,23%
Dermatología	383	9,47%
Urología Y Nefrología	371	9,17%
Cirugía Cardiovascular	365	9,03%
Neurocirugía	190	4,70%
Otorrinolaringología	142	3,51%
Cirugía De Cabeza Y Cuello	125	3,09%
Ginecología Y Obstetricia	103	2,55%
Odontología	81	2,00%
Plástica Y Reparadora	68	1,68%
Total de interconsultas	54.410	100,00%

Fuente: Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE). Corte enero-diciembre 2022. Fecha de extracción: 14-08-2023.

Causas de defunción

Como se aprecia de las cifras entregadas por la Subsecretaria de Redes Asistenciales los fallecidos se concentran principalmente en las personas mayores de 64 años y en hombres.

Tabla N°15. Distribución por grupos de edad y sexo de las personas fallecidas registradas en lista de espera No GES entre enero y diciembre 2022.

Grupos de edad	Número de Defunciones			Distribución porcentual de los grupos de edad	Distribución porcentual sexos dentro de los grupos de edad		
	Hombre	Mujer	Total		Hombre	Mujer	Total
0 a 4	72	54	126	0,33%	57,14%	42,86%	100,0%
5 a 9	33	23	56	0,15%	58,93%	41,07%	100,0%
10 a 14	38	25	63	0,16%	60,32%	39,68%	100,0%
15 a 19	76	35	111	0,29%	68,47%	31,53%	100,0%
20 a 24	83	39	122	0,32%	68,03%	31,97%	100,0%
25 a 29	109	68	177	0,46%	61,58%	38,42%	100,0%
30 a 34	128	104	232	0,60%	55,17%	44,83%	100,0%
35 a 39	180	162	342	0,89%	52,63%	47,37%	100,0%
40 a 44	256	233	489	1,27%	52,35%	47,65%	100,0%
45 a 49	451	354	805	2,09%	56,02%	43,98%	100,0%
50 a 54	752	570	1.322	3,43%	56,88%	43,12%	100,0%
55 a 59	1.261	890	2.151	5,58%	58,62%	41,38%	100,0%
60 a 64	1.741	1.367	3.108	8,06%	56,02%	43,98%	100,0%
65 a 69	2.272	1.746	4.018	10,42%	56,55%	43,45%	100,0%
70 a 74	2.719	2.152	4.871	12,63%	55,82%	44,18%	100,0%
75 a 79	3.200	2.725	5.925	15,36%	54,01%	45,99%	100,0%
80+	7.011	7.635	14.646	37,98%	47,87%	52,13%	100,0%
Total	20.382	18.182	38.564	100,0%	52,85%	47,15%	100,0%

Fuente: Base de datos de defunciones del sistema de hechos vitales del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) Ministerio de Salud. Fecha de extracción de datos:04-09-2023

Cuando se analiza las personas en lista de espera No GES fallecidas, con criterio en el Servicio de Salud respectivo, es posible advertir que Aysén concentra únicamente el 0,3% del total de personas a nivel país, teniendo también las cifras más bajas tanto en hombres como en mujeres.

Tabla N°16. Distribución de personas fallecidas registradas en lista de espera No GES por Servicio de Salud y sexo, entre enero-diciembre 2022.

Servicio de Salud	Fallecidos enero-diciembre 2022			
	Hombres	Mujeres	Total	%
Arica	271	208	479	1,2%
Aisén	50	54	104	0,3%
Magallanes	204	221	425	1,1%
Total	20.382	18.182	38.564	100,0%

Fuente: Base de datos de defunciones del sistema de hechos vitales del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) Ministerio de Salud. Fecha de extracción de datos:04-09-2023

En este punto, sería adecuado contar con las cifras de fallecidos en relación con las personas habitantes de la región o de la zona que corresponde al Servicio de Salud específico, en este caso Aysén. Ello, porque si bien a nivel nacional los 50 fallecidos hombres y las 54 fallecidas mujeres es la cifra más baja, también es muy cierto que la

cantidad de habitantes de la región también es muy inferior a la población de otras regiones.

En otras palabras, se requiere contar con la cifra que nos diga que porcentaje de la población de Aysén representaban en aquel tiempo los 104 fallecidos en lista de espera no GES.

De acuerdo con las cifras del Instituto Nacional de Estadísticas, la cantidad de habitantes es de 103.158 personas.

Asimismo, resulta importante tener presente las condiciones materiales e infraestructura de la región, ya que esto genera una importante migración de pacientes hacia otras regiones con mejores condiciones.

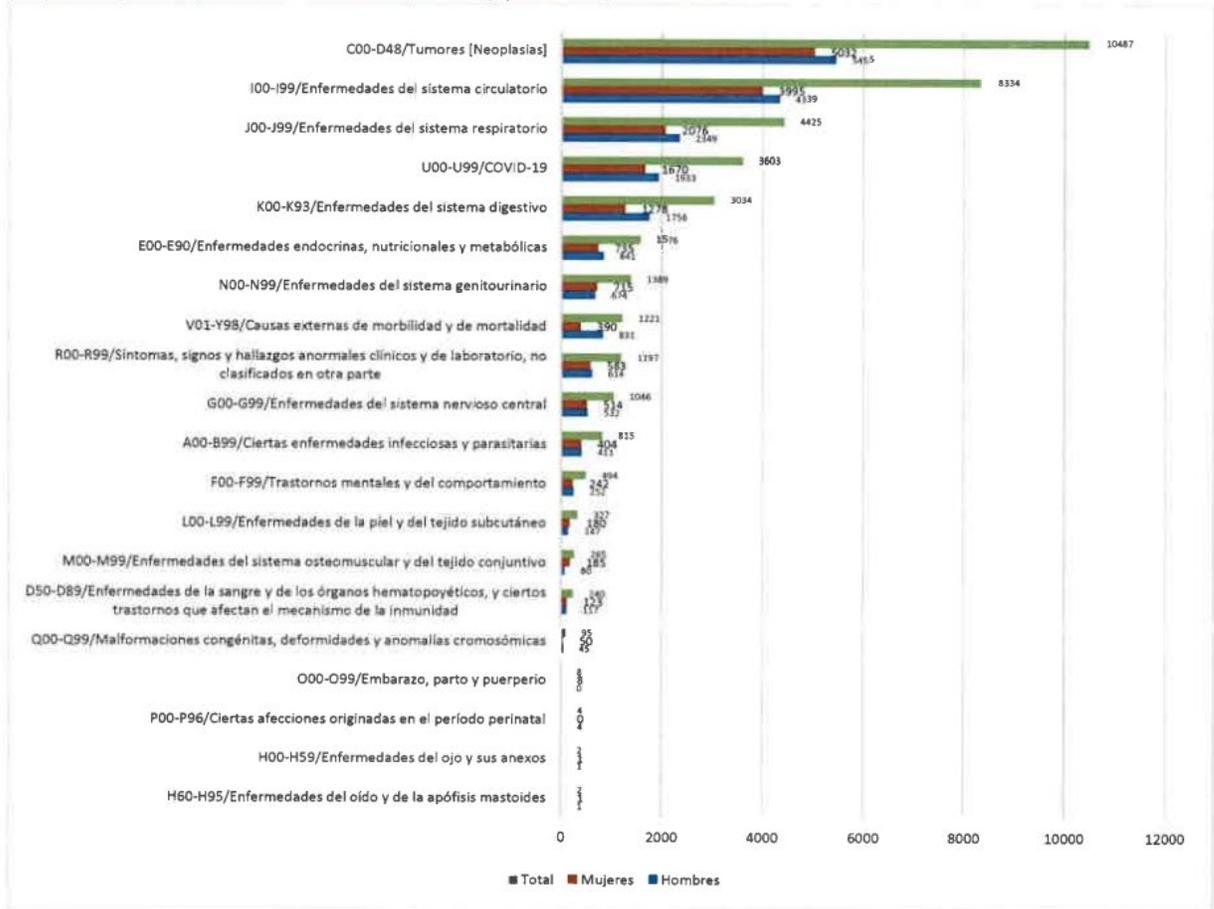
Causas de la defunción

Las principales causas de defunción son: tumores (neoplasias), enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema circulatorio y COVID-19.

Entre las patologías o intervenciones que aparecen como más demandadas y en mayor cantidad en lista de espera: endoprótesis de rodilla, cirugía de hernia inguinal, colecistectomías y safenectomía

Resulta relevante indagar si existe alguna conexión entre las causas que generaron el fallecimiento de las 38.564 personas y las intervenciones que esperaban se les realizaran.

Gráfico N°3. Número de personas fallecidas registradas en Lista de espera No GES, por causas de defunción agrupadas por Capítulo de la CIE-10, Total y por sexo, año 2022.



Fuente: Base de datos de defunciones del sistema de hechos vitales del DEIS, MINSAL. Fecha de extracción:05-09-2023.

LISTA DE ESPERA DE CIRUGÍA INFANTIL NO GES.

Resulta de relevancia contar con cifras desagregadas sobre las listas de espera infantil en cirugía y en todo tipo de atención.