

COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA ENCARGADA DE REUNIR ANTECEDENTES RELATIVOS A LOS ACTOS DE GOBIERNO REFERIDOS A LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y DE LA FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE LOS REGISTRO DE LISTAS DE ESPERA NO GES, DESDE EL AÑO 2022 A LA FECHA (CEI 63,64)

ACTA DE SESIÓN ORDINARIA N°11, LEGISLATURA 373ª, CELEBRADA EN MARTES 18 DE MARZO DE 2025, DE 08:40 A 09:51 HORAS.

SUMA

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió de forma telemática al ex Ministro de Salud, Dr. Emilio Santelices.

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

Actuó, en calidad de Abogado Secretario de la comisión, el señor Juan Carlos Herrera Infante; como abogada ayudante, la señora Milenka Kegevic Romero; y como secretaria ejecutiva la señora Carolina González Goic.

I. ASISTENCIA

Asistieron, de manera presencial, la diputada Emilia Nuyado, y los diputados Andrés Celis, Mauro González, Tomás Lagomarsino, Henry Leal, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Patricio Rosas, Jaime Sáez y Jorge Saffirio.

Participó de forma telemática el ex Ministro de Salud, Dr. Emilio Santelices.

II. ACTAS

El acta de la sesión 10ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 9ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

III.- CUENTA¹

No se recibieron documentos para la cuenta de esta sesión.

IV.- ORDEN DEL DÍA

Se recibió al ex Ministro de Salud, Dr. Emilio Santelices.

Asimismo, se adoptaron acuerdos sobre el cronograma y futuros invitados de la Comisión.

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

V.- ACUERDOS

Se adoptaron los siguientes acuerdos:

- 1.- Oficiar a la Ministra de Salud, doña Ximena Aguilera con el objeto de que tenga a bien remitir un catastro que contenga la cantidad de pabellones subutilizados en todos los hospitales del país.

El detalle de lo obrado en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del Reglamento.²

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 09:51 horas.

JUAN CARLOS HERRERA INFANTE

Abogado Secretario (A) de la Comisión

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=339428&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

² <https://www.camara.cl/prensa/Reproductor.aspx?prmCpeid=4622&prmSesId=79754>

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA ENCARGADA DE REUNIR
ANTECEDENTES RELATIVOS A LOS ACTOS DE GOBIERNO REFERIDOS A LA
GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y A LA FISCALIZACIÓN Y
CONTROL DE LOS REGISTROS DE LISTAS DE ESPERA NO GES,
DESDE EL AÑO 2022 A LA FECHA**

Sesión 11^a, celebrada en martes 18 de marzo de 2025,
de 08:40 a 09:51 horas.

Preside el diputado Tomás Lagomarsino.

Asisten la diputada Emilia Nuyado, y los diputados Jaime Araya, Andrés Celis, Mauro González, Henry Leal, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Patricio Rosas, Jaime Sáez y Jorge Saffirio.

Concurre, en calidad de invitado, el doctor Emilio Santelices, exministro de Salud.

TEXTO DEL DEBATE

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

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

El señor **HERRERA** (Secretario accidental).- No hay documentos para la Cuenta, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Ofrezco la palabra sobre puntos varios.

Ofrezco la palabra.

En el Orden del Día, esta sesión tiene por objeto escuchar al exministro de Salud, doctor Emilio Santelices.

Les recuerdo que habíamos invitado al doctor Erazo y a la doctora Barría, pero lamentablemente se excusaron de asistir.

Nuestro invitado se está conectando, por lo que suspenderemos la sesión por algunos minutos.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Continúa la sesión.

Doctor Santelices, ¿nos escucha?

El señor **SANTELICES** (exministro de Salud) [vía telemática].-
Hola, buenos días.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Buenos días, doctor Santelices, lo escuchamos.

El señor **SANTELICES** (exministro de Salud) [vía telemática].-
Muy bien, [...]

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Sí, el objeto de esta comisión especial investigadora es la situación de las listas de espera en materia de salud, por lo que nos gustaría conocer su visión como exministro respecto de la situación actual y saber cómo enfrentarla.

El señor **SANTELICES** (exministro de Salud) [vía telemática].-
Perfecto, [...]

Estamos en presencia de un fenómeno que es dinámico y, aun cuando tuviéramos una solución mágica, que hiciera desaparecer las listas de espera, mientras ello ocurra en algún lugar se va a estar produciendo nuevamente una lista.

Es importante establecer ese concepto, con el objeto de que no se preste para malas interpretaciones o para que la ciudadanía entienda que las listas de espera en sí no son un fenómeno que deba ser evitado, ya que forma parte de la dinámica del quehacer sanitario. Se convierten en un problema cuando esas listas cargan con tiempos de espera excesivos, que pueden

llevar a que se vea afectada la salud de las personas o, incluso, a que se puedan producir fallecimientos en la lista de espera.

En relación con este segundo punto, quiero hacer una nueva precisión: cuando hablamos de fallecimientos, hay que distinguir entre "en" lista de espera y "por" lista de espera.

Digo esto porque un paciente que tiene una condición por la cual está en lista de espera puede tener una morbilidad asociada y fallecer por esa causa. En consecuencia, no se podría atribuir ese fallecimiento a que dicho enfermo esté en lista de espera.

En cambio, otro paciente puede estar en una lista de espera por un síndrome coronario, sufrir una descompensación y fallecer y en tal caso sí podemos atribuir el fallecimiento a que el paciente no tuvo una atención oportuna y, en consecuencia, adscribirlo y registrarlo como paciente que fallece por estar en espera.

Creo que esa es una precisión necesaria para que los registros permitan distinguir entre ambas condiciones, porque de esa forma podremos generar políticas públicas ajustadas al real desafío, que es lograr que las personas no se vean afectadas. Por lo tanto, en este punto aparece una primera gestión sobre las listas de espera, que dice relación con poder administrar el conocimiento de las causalidades de las listas y generar criterios que permitan priorizarlas.

En este contexto, surge una primera intervención que, en mi opinión, es posible realizar hoy con buenos registros y con tecnología. Esto evitaría la consecuencia más dramática de las listas de espera, es decir, que un paciente vea agravada su enfermedad o que un enfermo pueda fallecer, lo cual se podrá mitigar de manera significativa.

¿Por qué creo que esta medida vale la pena ponerla de relieve? Porque sabemos que los recursos son limitados, y, en consecuencia, las medidas de priorización en salud son esenciales. No olvidemos que estas forman parte de las políticas internacionales, lo que viene del Banco Mundial, y que fue durante el gobierno del Presidente Lagos que surgió el GES, mecanismo que genera una racionalización y priorización para que pongamos los recursos a disposición de las personas, especialmente en aquellos casos de mayor urgencia.

Por consiguiente, bajo ese mismo principio rector que nos ha acompañado desde la creación del GES, podemos concluir que es una buena medida establecer cómo priorizamos las listas de espera. Ese es un segundo concepto que, respecto de las intervenciones, debe considerarse.

El tercer elemento que quiero compartir con ustedes es que, más allá de que, como comisión, han recogido muchas opiniones acerca de intervenciones para mitigar las listas de espera, en las cuales no ahondaré, creo que esta instancia también debe recoger la causalidad de las listas de espera. En este sentido, debemos considerar el envejecimiento, la carga de enfermedades crónicas en la población y otros factores que, sin duda, son parte del contexto de esta mayor demanda. Sin embargo, también debemos reconocer la causalidad de la pandemia, pues, como sabemos, en ese período nos concentramos mancomunadamente en ese fenómeno, lo que produjo un aumento en las listas de espera, debido a la postergación de algunas patologías.

No obstante, al observar la línea de tiempo, vemos que estas listas se han incrementado recientemente y que el proceso de recuperación a los niveles históricos se ha estancado. Recordemos, por ejemplo, que en el GES solíamos llevar un registro muy estrecho. Me correspondió presidir en dos períodos

el Consejo Consultivo GES y constaté que, históricamente, las listas de espera nunca superaron los 7.000 pacientes.

Es cierto que después de la pandemia esa cifra aumentó, pero ya no puede ser esa la explicación, ya que han pasado cinco años, y hoy las listas de espera en patologías GES, sin contar las no GES, solo como ejemplo, han aumentado diez veces.

Uno de los factores de los que debemos hacernos cargo es el hecho de que la productividad del sector público ha seguido disminuyendo. Así lo avalan las cifras.

En mi doctorado, realicé un estudio econométrico para evaluar la eficiencia técnica en los hospitales. Los documentos están a la vista y fueron avalados por los profesores que los revisaron, todos grandes economistas. Gracias a ese estudio, realizado hace más de siete años, demostré que, con una unidad de producción similar, había hospitales que producían un 30 por ciento menos de egresos hospitalarios ajustados por grupos relacionados por diagnóstico (GRD); es decir, normalizados en cuanto a complejidad. ¿Qué significa esto? Que, con los mismos recursos, un hospital podía producir hasta 30 por ciento más que otro.

Dicho estudio fue refrendado, con otra metodología, por el informe de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, que mostró, entre otras variables, que la actividad de los pabellones quirúrgicos de la red pública de nuestro país no supera las tres cirugías por día. En comparación, cuando uno revisa los estándares internacionales, como el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, la cifra de cirugías por día es de entre cinco y seis.

A eso podemos sumar otros datos complementarios, como el ausentismo laboral, que es de treinta días; que los pabellones

se desocupan a las cuatro de la tarde, cuando hay personal disponible para atenderlos durante al menos ocho horas, y que existen situaciones viciosas. Muchos de ustedes habrán sido testigos de que, cuando fui ministro, combatí —esa es la palabra correcta— las sociedades médicas, que, asociadas a los hospitales, buscaban hacer cirugías fuera de horario, a pesar de que su productividad en el horario regular, donde estaban contratados, era mucho más baja que cuando les pagaban honorarios adicionales por realizar las cirugías fuera de su horario habitual.

En fin, todos esos vicios derivados de la baja productividad están incluidos en las causas del problema de las listas de espera.

Por lo tanto, más allá de las medidas de mitigación que se han expuesto públicamente y que posiblemente también fueron expresadas en otras sesiones, creo que identificar y establecer las causas es, de por sí, un tema que la comisión debería recoger con responsabilidad y fuerza, ya que son precisamente ustedes quienes pueden hacer una vía, una modificación, para encauzar de mejor manera el diseño de políticas públicas, con el objetivo de mejorar la gestión hospitalaria.

Dicho eso, cuando hablamos de mejorar la gestión hospitalaria, debemos considerar que la baja productividad no se debe a que tengamos malos trabajadores ni personas que buscan abusar del sistema, sino a que la política de recursos humanos e incentivos está mal diseñada. Puede haber casos excepcionales, pero los trabajadores de la salud siempre han mostrado un compromiso estrecho con su quehacer.

Como resultado, si tenemos a un médico contratado por un salario, y este salario es independiente de su capacidad de

trabajo y producción, obviamente tendremos una condición de rendimientos marginales decrecientes, lo que nos llevará a una baja productividad y, a su vez, como consecuencia, generará las listas de espera. Por lo tanto, podríamos decir que las listas de espera son solo la punta del iceberg.

Desde allí es que los estudios se enfocan en estas materias, como lo hice en mi estudio de doctorado. De hecho, cuando analicé la baja productividad evaluada por un análisis envolvente de datos, un instrumento econométrico, lo hice asesorado por un profesor de la Universidad de California en Berkeley. Luego, cuando fuimos a buscar las variables explicativas de la baja productividad de los hospitales, analizamos el Balanced Scorecard (cuadro de mando integral), que mide el rendimiento de los hospitales. Medimos la actividad de las enfermeras y los médicos; vimos la forma de pago, y, finalmente, la única variable explicativa que se asoció con la baja productividad fue la eficiencia y la productividad de los médicos.

De ahí la importancia de ver y modificar los patrones de cómo arancelamos el quehacer médico, cómo pagamos a los médicos. En ese sentido, incorporar factores de producción asociados al rendimiento de los médicos es clave.

Lo anterior está documentado. Me refería al profesor Richard Schaefer, de la Universidad de California en Berkeley, quien fue mi tutor en esta tesis, donde él estudió el P4P, el *pay for performance*, como dicen los gringos; es decir, nosotros generamos un mecanismo de pago hacia los médicos en el que hay un sueldo base y, asociado a eso, hay indexadores; así, el que produce más tiene un incentivo en su ingreso por esa asociación de mayor producción.

Eso forma parte y subyace en la economía del comportamiento, es decir, si de frentón no vamos a poder introducir cambios en los factores de producción, el problema que hoy nos convoca, señor Presidente, asociado a las listas de espera, se hará permanente, insoluble y creciente, porque, como le señalaba, los factores de demanda de atención, más allá de la contingencia que vivimos hace cinco años, cuando se incrementaron de manera discreta por un tiempo determinado, seguirán presentes y se acrecentarán, toda vez que las enfermedades crónicas, la comorbilidad, el envejecimiento de la población siguen aumentando y por todo lo que subyace.

Lo que podemos tener claro es que la demanda y complejidad seguirán creciendo, pero si nosotros mantenemos un modelo o un formato de gestión como el que tenemos actualmente, no hay ninguna posibilidad de que, aun cuando instalemos buenas medidas de mitigación, estas vayan a generar un cambio en el curso de lo que hoy vemos en términos de incremento progresivo de las listas de espera.

Por lo tanto, hay que ponerse colorado una sola vez y enfrentar el tema, que obviamente generará ruido asociado a los colectivos, a los grupos colegiados y gremiales. Sin embargo, sobre todo, hay que poner por delante a las personas y entender que lo que estamos haciendo es buscar formas para poder intervenir sobre el principal bien social que tenemos como comunidad, que es la salud de las personas.

Señor Presidente, me disculpo por no haber traído una presentación, por desconocer el formato de esta sesión, pero he querido dar mi opinión, de manera muy sintética, respecto de un tema que he seguido, con preocupación y responsabilidad, durante muchos años.

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

Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.- En primer lugar, saludo al doctor Santelices. Soy el diputado Enrique Lee, representante de Arica y Parinacota.

Doctor, estoy de acuerdo con muchos de sus planteamientos. Comparto casi todos. Sin embargo, me voy a enfocar en lo que no escuché, por ejemplo, que entre las causales de los tiempos excesivos de listas de espera usted no mencionó, y me disculpa si en verdad lo hizo, la falta de infraestructura clínica y de especialistas médicos.

Usted habla de productividad y podemos estar de acuerdo con mucho de eso. Sin embargo, ¿cómo aumentamos la productividad de un oncólogo o de un neurocirujano en Arica, si allá estos especialistas que brindan atenciones de urgencia no existen?

Entonces, en relación con lo que usted no ha mencionado, desde mi punto de vista, hay cosas importantes que tienen que ver con infraestructura clínica. Hoy, por ejemplo, vemos todas las dificultades que tenemos para modernizar y ampliar el Instituto Nacional del Cáncer, dificultades de tipo burocrático y, por otro lado, vemos ausencia durante muchos, muchísimos años, de una política efectiva y eficaz para la formación de más y mejores médicos especialistas.

Por lo tanto, de acuerdo con su experiencia, me gustaría que profundizara un poco en esos tópicos.

Muchas gracias.

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

El señor **SÁEZ**.- Presidente, por su intermedio, me gustaría preguntarle al señor Santelices sobre los recursos humanos.

Usted ha señalado textualmente que, durante su gestión como ministro, según he entendido, combatió las malas prácticas, y al final de su intervención señaló que, eventualmente, las medidas a tomar podrían generar ruido o molestia en los cuerpos colegiados, gremios, etcétera.

¿Cómo evalúa usted la economía política de tomar medidas más de fondo, como las sociedades médicas, por ejemplo, u otro tipo de incentivos al desempeño laboral? Lo pregunto porque, finalmente, este tira y afloja permanente con los gremios después se traduce en movilizaciones, paralizaciones y en afectaciones a la salud de las personas, y, por cierto, muchas veces también generan daño a la reputación de las propias instituciones hospitalarias.

Gracias, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Alguien más quiere hacer uso de la palabra?

Tengo algunas consultas para el exministro Santelices.

En primer lugar, sé que usted fue uno de los impulsores del Hospital Digital. En este sentido, se ha anunciado que, en el proyecto de ley de fortalecimiento del Fonasa, se incluye el servicio de salud N° 30, que es el Hospital Digital. Este proyecto de ley aborda una materia que se había comprometido hace mucho tiempo. Sin embargo, durante el transcurso de este período legislativo hemos visto algunos vaivenes importantes de la política pública Hospital Digital. Actualmente, ¿cómo evalúa usted esta iniciativa y la promoción de ella, de la cual usted fue impulsor?

En segundo lugar, respecto de los informes de la Contraloría, uno de los principales elementos reflejados en ellos fue la discordancia entre los repositorios locales de listas de espera de los recintos hospitalarios con el Sistema de Información de Gestión de Tiempos de Espera (Sigte), tanto por los pacientes que estaban en el Sigte, pero no estaban en el repositorio local, y viceversa.

También se abordó la articulación con la base de datos del Registro Civil sobre fallecimientos, ya que personas que estaban egresadas del sistema por defunción, en realidad no habían muerto, pero también supimos de casos de personas que seguían en las listas de espera, pero que habían fallecido y aún no eran egresadas del sistema.

¿Cómo evalúa usted el Sigte? ¿Durante su período como ministro hubo algún intento o alguna planificación para modificarlo? ¿Cómo cree que debería avanzar esa plataforma?

La última pregunta tiene relación con un debate que, en esta comisión, se ha dado desde una perspectiva bien técnica, y es con qué indicadores podemos evaluar las listas de espera.

Recientemente, a partir de septiembre de 2022, se empezó a hablar de la mediana de listas de espera. Si bien en la actualidad se informan el promedio, la mediana y el volumen, tanto de los registros como de los vencimientos de pacientes en cada una de las listas de espera, garantías y consultas de especialidad quirúrgica, ¿cómo cree usted que deberíamos evaluar el manejo de las listas de espera? ¿Con algún indicador en particular, con alguno que no se esté publicado en este momento o bien con el conjunto de todos ellos?

Esas serían mis tres preguntas.

Tiene la palabra el doctor Emilio Santelices.

El señor **SANTELICES** (exministro de Salud) [vía telemática].- Señor Presidente, no hice mención a más variables, pero el diputado que lo antecedió en el uso de la palabra sí lo hizo y tiene mucha razón en sus observaciones.

No hice esa mención debido a que no realicé un análisis con completitud del problema de las listas de espera, por eso, omití lo que él señala, pero lo comparto. Ahora, dado que él lo dice, me referiré a ese segundo nivel de causalidad y de intervención, que viene a ser el problema de la mesogestión y la macrogestión.

Tenemos un problema estructural en el diseño de nuestro sistema de salud, en el que el modelo sigue siendo hospitalocéntrico. Eso obedece a que ha existido una fuerte preponderancia en generar políticas mirando el hospital, y, por otro lado, no hemos fortalecido, de la misma manera, la atención primaria.

A su vez, los servicios de salud también tienen una mirada hospitalocéntrica; así, muchas veces, podemos ver que el director del servicio de salud pasa a ser un supradirector de los principales hospitales de la región, pero no tiene una concepción de ser el director del cuidado de la población. Tenemos que transitar de un paradigma que migra desde un modelo de curar a cuidar. Por consiguiente, la concepción del director de servicio debiera ser de aquel que está ocupado del cuidado de la población. Cuando pongo mi objetivo en ese propósito, tengo necesariamente que poner el mismo énfasis tanto en el hospital como en el cuidado de atención primaria y el cuidado sociosanitario. No olvidemos que el 70 por ciento de los resultados en salud obedece a variables sociosanitarias y solo

el 30 por ciento a intervenciones médicas propiamente tales. De tal forma, cuando yo, como primera autoridad de una región, desde la mirada del director de servicio, pongo el acento en el hospital, estoy ponderando ese 30 por ciento sobre el ciento por ciento. Dicho eso, lo primero es reformular el quehacer del servicio de salud.

A propósito de lo anterior, hace algunos años realizamos un estudio en el Centro de Estudios Públicos (CEP) y en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, de la que yo formaba parte, donde formulamos la necesidad de terminar con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para que volviera a ser servicios de Salud con foco en lo regional y se acabara con la captura política de aquellos -dicho sea de paso, entre otras cosas-, porque deben ser procesos continuos en los que los directores, adscritos al cuidado de la población, estén fuera del ciclo político. Esto permitiría implementar medidas de largo plazo. Entonces, en lo macro, existe un tema de intervención muy potente.

A continuación, conforme a la distribución de los especialistas que señaló el diputado, hay un tema de recursos humanos y del aumento de especialistas. Sin embargo, eso también pasa por mejorar la resolutiveidad que deben tener los médicos en la atención primaria, lo que implica entregar mayor cantidad de herramientas, las cuales, entre otras cosas, dependen de que aumentemos el presupuesto de la atención primaria.

Es importante observar que, al realizar un análisis comparado con los países que tienen modelos más robustos del sistema de salud, el 30 por ciento del gasto del presupuesto global va a la atención primaria, mientras que en nuestro país fluctúa entre 20 y 22 por ciento. Entonces, este es otro vector por el

cual debemos intervenir y trabajar para aumentar progresivamente el presupuesto de la atención primaria. Este incremento llevará a tener mayor equipamiento, mayor cantidad de profesionales, mejores incentivos, mayor resolución y, en consecuencia, menor presión sobre el sistema de los hospitales.

En términos de cifras, el 50 por ciento de los enfermos que ingresa a un hospital lo hace a través del servicio de urgencias, y no se trata de pacientes que por la naturaleza de su enfermedad hayan tenido necesidad de ir a un servicio de urgencia. Al revisar los listados, uno esperaría encontrar, en primer lugar, heridas con arma blanca, traumas, etcétera; sin embargo, hallaremos a pacientes con patologías biliares, cánceres; es decir, son enfermedades que, de todas maneras, debieran haber tenido su resorte y llegada al hospital desde la atención primaria, en la que fueron pesquisadas inicialmente.

Claramente, tenemos un ciclo de sobredemanda en los hospitales que lo lleva a esta condición, con otra agravante. También sabemos que un enfermo que ingresa por el servicio de urgencias tiene un costo de hospitalización 30 por ciento más que un enfermo que ingresa de manera electiva; o sea, estamos poniendo los recursos en el hospital en lugar de la atención primaria, lo que se traduce en un aumento del gasto unitario, debido al traslado obligatorio de ese enfermo hacia la atención hospitalaria.

Ahí surge la necesidad de comprender cómo, en la macrogestión, hay un tema de rediseño del sistema de salud, en el que considero que la Subsecretaría de Redes Asistenciales no da el ancho y tiene temas políticos que contaminan y distorsionan su quehacer.

En segundo lugar, en la mesogestión debemos identificar la necesidad de una redistribución progresiva de los recursos hacia la atención primaria. Para ello, se debe disminuir la carga que puedan requerir los especialistas, aun cuando coincido con que hay falta de aquellos y es necesario mejorar su distribución en regiones.

En tercer lugar, respecto de lo manifestado sobre la economía política, me referiré a los indicadores. A mi juicio, estos se han modificado de manera coyuntural, con una oportunidad de hacer mejores presentaciones de un problema que, de suyo, sabemos que es creciente y dramático para las familias chilenas, ya que actualmente representa más de 300.000 enfermos esperando cirugías y sobre 2 millones esperando resoluciones de diagnósticos y procedimientos. Presentarlo de una u otra manera no es más que una forma para poder salir jugando en el momento coyuntural que enfrenta la autoridad de turno, asociado a la presión política que la situación le afecte.

Pero no nos confundamos. Lo que vive la persona que está esperando y lo que profundamente le afecta va más allá de lo que vaya a decir el titular del matutino. Por consiguiente, debemos ser transparentes. Lo que la persona necesita saber es cuánto tiempo esperará.

Si ustedes me preguntan por un indicador, les diría que, al elegir uno, este debe reunir atributos que lo hagan seleccionable sobre otros. Para ello, debe ser medible, transparente y que dé sentido con el proceso subyacente por el cual se está usando este indicador para evaluar un determinado proceso. Eso es lo que aprendemos y enseñamos en la universidad cuando alguien elige un indicador. Y no puede haber mejor indicador que aquel que le hace sentido a la persona y le dice: "Mire, señor. Usted va a esperar dos años por esta condición."

Entonces, no nos enredemos ni nos veamos la suerte entre gitanos, usemos el indicador que la técnica nos dice que hay que usar.

¿Por qué es importante el tiempo? Porque con ello podemos generar medidas de mitigación. Fíjense lo que les voy a decir: en la Universidad Católica se hizo un estudio mediante el cual se les preguntó a las personas qué las afectaba. El resultado fue que lo que las preocupaba no era necesariamente el tiempo, sino la incertidumbre. Cabe observar que, al hacer una intervención tan simple como mantenerse en conexión con esa persona, como decirle, por ejemplo: "Mire, usted tiene várices, pero de várices no se va a morir, no le pasará nada, entonces lo operaremos dentro de un año.", la persona pierde la ansiedad y la incertidumbre. A la vez, si genero un sistema en el que, a los seis meses, llamo a esa persona y le digo, por ejemplo: "Don Juan, como está claro que han pasado seis meses, así que en seis meses más lo vamos a operar.", entonces, se resuelve gran parte del problema. Por lo tanto, si no nos confundimos con el propósito y usamos bien las herramientas e incorporamos medidas tan simples como esta, podemos resolver algo tan de fondo como es la incertidumbre en las personas.

En cuanto al Hospital Digital, celebro que se recoja esa iniciativa que me correspondió implementar durante el gobierno del ex-Presidente Sebastián Piñera, ya que, sin duda, la salud digital -y en ese momento hablamos de hospital digital- es clave, aun cuando también abarca la atención primaria, dado que el hospital es un término icónico que hace sentido para cualquier persona. Contar con un servicio digital a nivel nacional nos permitirá ayudar a solucionar con mucha fuerza las listas de espera.

Doy el siguiente ejemplo: cuando instalamos la célula de nefrología -llamamos, célula a los núcleos de especialistas-, un paciente que requería una interconsulta con el nefrólogo en la atención primaria esperaba un año para ser atendido. Cuando se atendía a través del hospital digital, el tiempo de espera se reducía a siete días. Ese es el cambio dramático que se puede producir si se genera un sistema digital robusto para atender un sinfín de condiciones de salud, por cuanto, finalmente, solo el 30 por ciento de aquellas que tenían necesidad de atención requirieron una solución presencial, lo cual es extraordinariamente importante.

En ese entonces, recuerdo que también teníamos un problema con la retinopatía diabética. Sabemos que la primera causa de ceguera es la diabetes y las personas con diabetes deben tener un fondo de ojo idealmente cada año o, a lo menos, cada dos años.

Hasta ese momento, el examen del fondo de ojo lo hacía un oftalmólogo y, por consiguiente, las listas de espera eran infinitas, no en números, infinitas.

Nosotros instalamos los instrumentos en distintos Cesfam y, a través de inteligencia artificial -todavía no se hablaba de ella- nosotros tomábamos la foto y esta era analizada por inteligencia artificial y el algoritmo nos permitía identificar, a través de esta técnica, que solo un 10 por ciento necesitaba ir al oftalmólogo.

Con eso obteníamos dos cosas: cobertura y mayor atención de pacientes, y solamente el 10 por ciento era derivado al oftalmólogo y así no lo recargábamos con exámenes innecesarios.

Entonces, avanzar en salud digital es de la máxima importancia. Lamento que mi sucesor, el ministro Jaime Mañalich, haya bajado la iniciativa del hospital digital.

Afortunadamente, después se retomó esta iniciativa, porque vino la pandemia y se tomó conciencia de que gracias al hospital digital pudimos, por ejemplo, acompañar a toda la Unidad de Cuidados Intensivos de Chile y dar apoyo de salud mental a todos los especialistas y a todos los médicos que estaban sufriendo del síndrome de burnout.

Con esto quiero señalar que esa es una iniciativa que veo con buenos ojos y en la que se puede avanzar en profundidad.

Por último, en relación con economía política, como señala el honorable diputado, sin duda, aquí vamos a tener un momento de tensión, pero también hay que entender que hoy día el conocimiento ciudadano -¡bienvenido sea el empoderamiento ciudadano!- lleva a que las autoridades tengan que contraponer los intereses de algún gremio en particular con los intereses mayoritarios de la ciudadanía.

En ese sentido, hay que ser claros en desnudar los propósitos, los alcances y los beneficios que esto va a tener no solamente para toda la familia chilena, sino también para los trabajadores. Hay un trabajo pedagógico que hacer con ellos para que estos cambios no los vean como una amenaza, sino como una forma de tener un sistema más resiliente, que finalmente irá en beneficio de ellos.

Por lo tanto, es necesario hacer un pacto político amplio en que, con mirada de Estado, nos planteemos estas soluciones y no las utilicemos de manera oportunista frente al gobierno de turno, a objeto de poder producirle alguna merma.

En materia de salud, esa necesidad es urgente y desde ahí no me muevo, no me confundo y, por eso, creo que el trabajo que ustedes están haciendo es tremendamente trascendental, porque no me cabe duda de que en su mirada sanitaria va a prevalecer el principio por sobre ganar un mínimo espacio o algún titular.

Gracias, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Emilia Nuyado.

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, valoro las exposiciones que han hecho los exministros, tanto el doctor Enrique Paris, que tuvo la oportunidad de estar en esta comisión, como lo hace usted, doctor Santelices, porque aportan mucho, considerando el conocimiento que han tenido en el tiempo que les tocó llevar a cabo la gestión a través del ministerio.

Por consiguiente, los aportes que nos entregan nos sirven inmensamente para emitir un informe acorde a la realidad que hoy tenemos, en los que cada uno ha aportado información respecto de cuál debiera ser la solución de las listas de espera. Han sido bastante coincidentes respecto de la resolutividad en la atención primaria, en cuanto a dónde se deben colocar mayores recursos y dónde se debe avanzar en contar con especialistas, para que las personas puedan saber qué diagnóstico tienen, y así ir a un hospital donde están las especialidades más complejas.

Es en la prevención donde hay que invertir más, porque tendríamos menos personas enfermas y la posibilidad de disminuir las personas que hoy día no tienen diagnóstico y no saben qué tienen. Por lo tanto, se encuentran en lista de espera para el especialista y otros para cirugía, lista en la que también hay una cantidad de patologías que apuran, como el cáncer de mamas o el cervicouterino. Esos son los análisis que hemos podido ir recepcionando en esta comisión.

Por otra parte, me interesaría mucho, doctor Santelices, que usted pudiera facilitar o entregar a la comisión el estudio que señaló usted que le tocó hacer respecto de la utilización del instrumento econométrico, así como el informe de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad y la comparación con estándares internacionales, pues nos servirían

mucho para poder incorporarlo en la comisión, porque da cuenta efectivamente del nivel de productividad que se tiene y cómo podemos mejorar aquello.

En otro tema, como bien usted señalaba, es compleja la situación de mayor productividad si no se tienen los recursos para apoyar a aquellos doctores que pudieran tener mayor resolutiveidad en los hospitales, en las cirugías, por lo que habría que buscar diversas formas.

El diputado señaló también que es importante la cantidad de especialistas y la infraestructura. En Osorno, varios dirigentes se preguntaban por qué construyen tantos hospitales, tantos Cesfam si ni siquiera tienen la posibilidad de atendernos bien; no están los doctores que se requieren, no están los especialistas y tenemos que esperar demasiado. Considero que debiéramos gastar los recursos y concentrarnos en lo que actualmente tenemos, porque vemos un hospital nuevo, pero la situación sigue tal cual y, por lo tanto, a veces es contradictorio con lo que nosotros buscamos. En el mismo hospital pudiéramos tener pequeños; en el Cesfam, más doctores; atención, las 24 horas. Tal vez, la posibilidad de contar con algunos exámenes y que nos puedan permitir llegar a los hospitales en las condiciones de quienes tienen que ir, no necesariamente los que podemos esperar un poco más. Entonces, ellos tienen esa crítica. Y yo recojo lo que usted señalaba, en cuanto a que, a veces, con la misma infraestructura, dependiendo de la gestión y del conocimiento que se tenga, se pueden hacer muchas cosas.

Asimismo, he conversado con algunos doctores que tienen mucha experiencia, que se han quedado en el servicio público, así como con esta nueva generación doctores jóvenes. He observado que no se va generando ese conocimiento que debiera ser

compartido entre los que ya tienen una gran cantidad de años y experiencia y los doctores nuevos.

Tampoco se genera ese equipo de trabajo como era en el pasado. Ellos aprendieron de muchos doctores con experiencia, pero hoy día esa reciprocidad no se da; es decir, cómo somos el complemento para ir conociendo de los que ya tienen una vasta experiencia y de los jóvenes que van llegando al sistema, que hoy tienen incorporada la tecnología más avanzada.

Sin embargo, también dicen que desean formar un gran equipo, pero ese gran equipo tiene que ver con la gestión, con la capacidad de armar un equipo humano fortalecido, que tenga la posibilidad de diagnosticar y donde haya diversas opiniones, pero también ese conocimiento debe ser de los que ya han vivido una experiencia y que tienen 15, 20 o 30 años en las atenciones públicas y privadas, y deseen aportarlo.

Eso tampoco se está valorando.

Es importante tener esas consideraciones y eso corresponde a gestión. A veces dicen que pueden tener más personas operadas, en mejores condiciones, donde los jóvenes tienen que ir aprendiendo; pero, a veces, también hay quienes llegan con títulos, con diversos magísteres y una serie de otros pergaminos y dejan de lado a quienes han aportado durante mucho tiempo.

Me parece que esto tiene que ver con la comunicación, con la coordinación y con entender que, en salud, como bien señalaba usted, no tiene que haber miradas políticas, sino que debe existir la capacidad de salvar vidas, de tener claridad de cuál va a ser el diagnóstico de tales patologías -muchas desconocidas-, que efectivamente se deben ir incorporando, y eso es lo que han solicitado en diversos lugares y territorios, para poder avanzar y entregar lo que más se pueda por parte de cada uno de quienes tengan ese conocimiento.

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

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo al doctor Santelices, quien tiene una gran experiencia.

Participo totalmente de lo que dice la diputada Nuyado. Estuve más de cuarenta años trabajando en el servicio público, en pabellón, haciendo las tablas, las listas de espera, los pabellones, su programación, etcétera.

Quiero decir que en Osorno se da la conjunción, y los médicos que tenemos mayor experiencia siempre operamos con médicos más jóvenes, y en general uno transmite su experiencia. Creo que eso siempre ha sido así, a menos que haya cambiado en menos de siete años. No creo que sea tan relevante esa parte.

Lo que me preocupa es lo siguiente.

Evidentemente, necesitamos establecimientos en nuestra región, por ejemplo, en Río Negro y en Puerto Octay. Es necesario que en algún momento se haga allí algún tipo de cirugías, y que especialistas vayan a ciudades más chicas, donde perfectamente se podrían hacer algunas cirugías menores y otros procedimientos ambulatorios.

Sin embargo, quiero preguntar al doctor Santelices en cuanto a infraestructura, específicamente. Uno de los problemas que tenemos está referido a los pabellones que no se utilizan, porque existe una subutilización de pabellones en todo Chile.

No sé si él tiene antecedentes de cuántos pabellones están subutilizados o no utilizados en todo el país.

La experiencia que tengo es que en las tardes no se utilizan. Por más que uno haga todo el esfuerzo posible, y a pesar de que tenemos especialistas contratados, es algo que realmente

cuesta, es decir, los hospitales en Chile, sobre todo en pabellones, en mi experiencia, funcionan como máximo hasta las dos de la tarde. Después de eso, habiendo funcionarios, enfermeras y personal para trabajar, no existe la posibilidad, porque no están los especialistas.

Ese es el problema, tenemos pabellones subutilizados, y también hay pabellones que en este momento están fuera de servicio, porque les faltó la línea de oxígeno u otro equipo, y no se utilizan.

Entonces, quiero saber si él tiene un catastro de los pabellones en Chile que no son utilizados, porque, como dijo la diputada Nuyado, para qué construir tantos hospitales.

Soy partidario de la idea de construir hospitales, pero primero constatemos si los pabellones están subutilizados. Sabía que hace unos dos años -puedo estar muy equivocado- había alrededor de cien pabellones en Chile que estaban subutilizados, por eso quiero saber si existe un catastro.

Saquemos la cuenta de que, en un pabellón, en tres o cuatro horas se pueden realizar tres cirugías, aproximadamente. Entonces, con ello vamos sumando y podemos sacar las listas de espera. Repito, los pabellones son importantes, pero también los especialistas.

Por lo tanto, quiero consultar específicamente cuántos pabellones hay en Chile que no se están utilizando, o que están malos, o que les falta algún equipo, etcétera.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Diputado, ¿le parece que oficiemos al Ministerio de Salud para pedir esa información? Se lo planteo porque, tal vez, el exministro Santelices tenga

antecedentes, pero relativos al tiempo en que él ocupó el cargo.

¿Habría acuerdo para oficiar al Ministerio de Salud respecto de lo que plantea el diputado Lilayu?

Acordado.

Quiero hacer una contrapregunta, pero antes una pequeña reflexión. Creo que mucho de lo que ha dicho el exministro Santelices es cierto, pero quizás uno de los ejemplos que dio fue malo, referido al paciente que se complica de la vesícula y que llega de urgencia para hacerse una colecistectomía por una colecistitis o una colangitis. La gran mayoría de esos pacientes están en lista de espera, pero en lista de espera no GES, sobre todo porque el GES abarca el tramo de edad de entre 35 y 49 años, y la colecistectomía preventiva de cáncer de vesícula entre los 35 y 49 años.

Entonces, muchas veces se diagnostica la presencia de cálculos vesiculares después de los 49 años, y ya no es GES, ya no tiene garantía de oportunidad, y esos pacientes quedan relegados y después se complican.

Sin embargo, creo que no es un problema en sí de pesquisa, probablemente sí, quizás en algún porcentaje que no se pesquisa o no se consulta, pero la gran mayoría de personas que tienen cálculos vesiculares -colelitiasis- consultan, porque generan dolores y distintas molestias gastrointestinales, de modo que se pesquisa y el paciente se deriva, pero creo que ese es un problema del nivel secundario y de los recursos, de disponibilidad de cirujanos generales para operar a los mayores de 50 años que deben hacerse una colecistectomía, dado que no está cubierta por el GES.

Ese es un pequeño alcance. En lo demás concuerdo, pero considero que ese ejemplo no era el más apropiado.

Ahora, doctor Santelices, me interesa pedirle que se explye sobre lo que usted planteó en relación con que los servicios de salud pudieran ser uno por región.

Es una cuestión que también he reflexionado, producto de la fragmentación de nuestro sistema de salud. Hoy día tenemos 29 servicios de salud y cerca de 300 municipios que administran atención primaria de salud.

Para abarcar un poco más, le pregunto: ¿cree usted que existe un problema de gobernabilidad en nuestro sistema de salud en cuanto a la fragmentación? ¿Cómo cree usted que se podría avanzar en esa línea?

Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, más o menos en la misma línea, quiero consultar al exministro sobre la visión que él tiene, con la experiencia de haber sido ministro y estudioso del tema de gestión, respecto de la dirección de distintos territorios, como la Región Metropolitana, que tiene una población de varios millones de habitantes, y una región como la de Arica y Parinacota, que tiene 250.000 habitantes.

Desde mi punto de vista, pretender que esos territorios tan distintos sean gobernados o gestionados por una sola autoridad, me parece una idea analizable, por lo cual solicito su opinión.

Por otro lado, también me interesa consultar respecto de estos formatos de administración tan distintos. Fíjese que el hospital más cercano que tenemos en Arica, fuera de la región, está a 300 kilómetros de distancia. Indudablemente, la gestión no puede ser la misma, y las autonomías y la toma de decisiones

también deberían ser, desde mi punto de vista, diferentes para esta tremenda diversidad que tenemos en las regiones en Chile.

Por consiguiente, me gustaría conocer la opinión del exministro en relación con la forma en que podríamos ajustar y ser más precisos en los distintos modelos de administración, considerando las distintas realidades de los territorios.

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

El señor **SANTELICES** (exministro de Salud) [vía telemática].- Señor Presidente, quizás me expliqué mal y lo señalé someramente. Lo que nosotros propusimos en ese estudio, en primer lugar, fue que existiera una Dirección Nacional de Servicios de Salud que reemplazara a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para tener así un directorio nacional de salud con carácter más permanente, constituido por personas que provengan del mundo sanitario, por cierto, pero también por personas provenientes de la academia y de la ciudadanía, de tal forma que en ese directorio nacional de salud se pudiera recoger, desde la base de la comunidad como también del conocimiento y de la ciencia, y también de los especialistas en salud, la mejor manera de planificar y de generar directrices para la ejecución de las políticas públicas, que, obviamente, debe emanar de la primera autoridad, que es el Ministerio de Salud.

No entraré en detalles sobre la forma en que se elegirían esas autoridades, porque es un tema que subyace, por cierto, en esa discusión, pero la idea es tener servicios de salud y, obviamente, en la Región Metropolitana tendrían que ser varios servicios de salud, como señaló el diputado Lee, debido a su magnitud, y con territorios bien definidos.

Sin embargo, el concepto que proponíamos es que, a su vez, esos directorios regionales de salud, donde también concurren distintos actores con esos mismos atributos, tuvieran un nivel de autonomía, pero, a su vez, de coordinación con el directorio nacional, que es el que fija las directrices, para poder implementar las políticas en función de las realidades locales.

Entonces, de esa manera, uno recoge lo mejor del centralismo, en términos de poder contar con directrices que respondan a las prioridades sanitarias que fija la primera autoridad en el ministerio. ¿Y por qué esto es importante? Porque no debemos olvidar la experiencia que ocurrió en España. Entiendo que fue en el gobierno de Felipe González, cuando generaron tal autonomía que finalmente cada región se convirtió en un ministerio que no hablaba con el otro.

De esas lecciones uno tiene que aprender para tener las ventajas del centralismo, de modo que todos obedezcan a una política sanitaria y prioridades sanitarias nacionales. En segundo lugar, se aleja del centralismo para que exista una autoridad regional que vele y pueda recoger las necesidades particulares de la región. Por cierto, lo que hoy día se requiere en la Región de Coquimbo va a ser muy distinto a lo que se requiere en la Región de Los Ríos por densidad de población, morbilidad, medio ambiente, etcétera.

Avanzar en una política de gobierno regional en salud le da sustento a la ejecución de los planes sanitarios que el país se ha dado para sí, que son de largo plazo, cuestión que hoy día, lamentablemente, no tenemos, y que afecta finalmente al hospital y que tiene que ver con las listas de espera, que es lo que nos convoca.

Creo que esa es la forma de poder contribuir fuertemente y generar una dirección nacional de servicios de salud y

responder para cambiar el paradigma, porque si estoy a cargo de una dirección regional, sin duda, que poniendo el acento en el cuidado de esa población, me voy a acercar más a la atención primaria, a la ruralidad y a los problemas sociosanitarios; voy a trasladar, como hoy día el mundo moderno lo está haciendo, el cuidado a la casa, y acompañar a la comunidad en el cuidado de sus pacientes y no buscar que sea el hospital el lugar donde finalmente se sanciona cualquier condición independiente de su gravedad.

Entonces, de ahí la importancia de poder avanzar en un modelo y una estructura que tengan estas características.

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

Me quedo con que se transformaron en pequeños ministerios. Por lo menos desde mi punto de vista, hoy día cada servicio de salud funciona como un pequeño ministerio en las regiones donde están asentados.

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- No ha contestado mi consulta, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Doctor, la diputada Nuyado está pidiendo que remita el informe y que conteste su pregunta.

El señor **SANTELICES** (exministro de Salud) [vía telemática].- Señor Presidente, ya tomé nota de los dos informes que me pidió la honorable diputada, que es la tesis donde hablo del análisis econométrico y el informe de productividad de la comisión nacional.

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

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

Atendido lo que plantea el exministro Santelices, la autogestión que se generó de los servicios de salud y en los

hospitales de alta complejidad, en algunas zonas, a través de los años, se ha visto que genera malas prácticas.

También ha habido intentos muy parecidos a los que sugiere el doctor Santelices acerca de una coordinación de los servicios de salud más cercana, más encima de ellos. En algún momento, se establecieron los directores macrozonales, que lamentablemente duraron solo cuatro años y que tenían a cargo la coordinación y la revisión del contrato que tiene cada servicio y cada hospital de alta complejidad con Fonasa, así como los compromisos de gestión. Se iban revisando mensualmente y viendo los desvíos, así como compartiendo las mejores prácticas de cómo hacer algunas soluciones. Porque el ministerio plantea qué hacer y los servicios se supone que tienen cierta libertad para el cómo hacer. Y dentro de eso hay mejores prácticas.

Ahora, este espacio macrozonal servía. Me tocó liderar la macrozona sur, extremo sur. Eran seis servicios y servía de intercambio de buenas prácticas, así como de alineamiento de la producción de servicios, de acuerdo con las metas ministeriales, cuando algún servicio se estaba escapando de eso.

Claro, como bien se comenta, en algunos lugares, ciertos servicios de salud han planteado la autonomía prácticamente y no la desconcentración, porque lo que hay desde el ministerio hacia los servicios de salud es la desconcentración de ciertas tareas para tomar decisiones más rápidas en relación con poder aplicar políticas públicas más rápidamente, pero no es una independencia.

Entonces, algunos lo malinterpretan como independencia y terminan haciendo otras cosas y también tomando malas prácticas, que son las que hemos detectado y que motivaron esta comisión investigadora.

También existe una corresponsabilidad de los pacientes y de ciertas autoridades que hacen presión indebida sobre las administraciones para adelantar su atención. También tenemos que estar conscientes de eso y no solo mirar el empedrado, sino buscar también la otra parte, pues hay presiones indebidas de autoridades, tráfico de influencias -lo digo así, tal cual- para adelantar a alguien en una lista de espera, por ejemplo, y ese alguien ha presionado a esa autoridad también.

Tenemos que hacernos cargo de la cultura chilena respecto de la cual nosotros hemos permitido que unos pasen por encima de otros. Y eso también es parte de los valores que debemos tener y entender que el sistema opera de una forma determinada, y si queremos que opere de esa forma tenemos que respetarla.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Debo agregar que los hospitales autogestionados tampoco son independientes.

Muchas gracias, doctor Santelices, y a todos los integrantes que nos acompañaron hoy día.

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

-Se levantó la sesión a las 09:51 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.

