

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 ESPECIAL N°16, LEGISLATURA 373ª, CELEBRADA EN LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA EN JUEVES 03 DE ABRIL DE 2025, DE 10:30 A 13:43 HORAS.

SUMA

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió a diversas autoridades y representantes de la sociedad civil de la Región de La Araucanía.

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

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

I. ASISTENCIA

Asistieron, de manera presencial, los diputados Tomás Lagomarsino, Henry Leal y Jorge Saffirio.

En reemplazo de los diputados Andrés Celis, Mauro González y Hernán Palma, asistieron los diputados Miguel Mellado, Miguel Ángel Becker y la diputada Erika Ñanco, respectivamente.

II. ACTAS

El acta de la sesión 15ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 14ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

III.- CUENTA¹

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=344562&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

Se han recibido los siguientes documentos para la cuenta:

1.- Nota del Comité RN, por el que informa que el diputado Andrés Celis será reemplazado, en esta sesión, por el diputado Miguel Mellado. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

2.- Correo del Comité RN, por el que informa que el diputado Mauro González será reemplazado, en esta sesión, por el diputado Miguel Ángel Becker. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

3.- Nota conjunta del Comité Mixto PC, FRVS e Independientes, y del Frente Amplio e Independientes por el que informa que el diputado Hernán Palma será reemplazado, en esta sesión, por la diputada Coca Erika Ñanco. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

4.- Correo electrónico con el que el Seremi de Salud Temuco, sr. Ricardo Cuyul Soto confirma su asistencia a la sesión jueves 3 abril en el Hospital de Temuco. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

5.- Nota suscrita por representantes gremiales de la Multigremial SSAS, integrantes del “G7” por la cual solicitan se acceda a escuchar sus planteamientos en la sesión de la comisión de hoy 3 de abril; Temuco. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

6.- Nota de la agrupación “Licitados del Hospital Hernán Henríquez Aravena”, compuesta por más de 25° trabajadores contratados en modalidad compra de servicios o licitación con empresas externas”, con la que denuncian sus precarias condiciones laborales. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

IV.- ORDEN DEL DÍA

Se recibió a las siguientes autoridades y representantes de la sociedad civil:

1.- Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región de la Araucanía, Sr. Ricardo Cuyul Soto².

2.- Director del Servicio de Salud Araucanía Sur, Sr. Vladimir Yáñez Méndez³.

3.- Director del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena Temuco, Sr. Mauro Salinas Cortés⁴.

4.- Presidente del Regional Temuco del Colegio Médico de Chile, COLMED, Dr. José Marcos Cuminao Sea.

5.- Presidenta de la Asociación de Funcionarios del Hospital Temuco, Sra. Teresa Saavedra Segura.

² https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=344612&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

³ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=344572&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

⁴ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=344571&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

6.- Claudio Carrasco, Multigremial del Servicio de Salud Araucanía Sur⁵.

7.- Presidenta Movimiento de la sociedad civil, Fernanda Vásquez.

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 al Presidente de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, diputado Luis Cuello Peñailillo, en atención a que la instancia tomó conocimiento de la situación que afecta a los más de 250 trabajadores del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, de Temuco, funcionarios contratados bajo la modalidad de compra de servicios o licitación con empresas externas, lo que los posiciona en una situación de vulnerabilidad laboral, ya que no cuentan con contrato formal y son remunerados por hora, con un salario que está considerablemente por debajo de la remuneración que reciben sus mismos colegas que desempeñan las mismas funciones, por lo que acordó oficiar con el objeto de remitir más antecedentes y para que tenga a bien recabar el acuerdo para recibirlos para que expongan su situación⁶.

2.- Oficiar a la Ministra de Salud, doña Ximena Aguilera con el objeto de que tenga a bien informar sobre el estado en que se encuentran los ascensores y la sala de esterilización del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Asimismo, tenga a bien remitir un informe con el estado de avance y fechas previstas para el desarrollo del proyecto de angiógrafo de dicho recinto de salud.

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.⁷

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 13:43 horas.

LEONARDO LUEIZA URETA

Abogado Secretario de la Comisión

⁵ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=344633&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

⁶ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=345265&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

⁷ https://www.youtube.com/watch?v=Q_vWeDj3Je0&t=438s

**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 16^a, celebrada en la ciudad de Temuco,
en jueves 03 de abril de 2025, de 10:30 a 13:43 horas.

Preside el diputado señor Tomás Lagomarsino.

Concurre la diputada Coca Ericka Ñanco y los diputados José Miguel Ángel Becker, Henry Leal, Miguel Mellado y Jorge Saffirio.

En calidad de invitados, el director del Servicio de Salud Araucanía Sur, señor Vladimir Yáñez Méndez; el director del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco, señor Mauro Salinas Cortés; el secretario regional ministerial de Salud de la Región de La Araucanía, señor Ricardo Andrés Cuyul Soto; el presidente del Regional Temuco del Colegio Médico de Chile (Colmed), doctor señor José Marcos Cuminao Sea; la presidenta de la Asociación de Funcionarios del Hospital de Temuco, señora Teresa Saavedra Segura; el presidente de la Fenasenf Temuco y representante de la multigremial del Servicio de Salud Araucanía Sur, señor Claudio Carrasco, y la señora María Fernanda Vásquez Baeza, vocera del movimiento Salud Mental Digna.

Asimismo, se escucharon las intervenciones de diversos representantes gremiales de la salud y de organizaciones sociales regionales.

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 **LUEIZA** (Secretario) da lectura a la Cuenta.*

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Gracias, señor Secretario.

Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Agradezco la asistencia de los diputados Henry Leal y Jorge Saffirio, porque, como integrantes de esta comisión, propusieron sesionar en Temuco. Asimismo, a los diputados Miguel Mellado y Miguel Ángel Becker, cuya presencia permite alcanzar el *quorum* que se requiere para sesionar.

Esta es la cuarta sesión que realizamos en regiones. La primera fue en Antofagasta, la segunda se realizó en la ciudad de Coyhaique, la tercera en Arica y hoy nos encontramos en Temuco. Faltarían las de Osorno, Valparaíso y Santiago.

Ofrezco la palabra sobre puntos varios.

Tiene la palabra el diputado Miguel Mellado.

El señor **MELLADO** (don Miguel).- Señor Presidente, considerando el motivo de esta sesión, creemos que es importante el tema laboral de las personas que hacen posible que disminuyan las listas de espera.

Me reuní con algunos funcionarios que me entregaron una carta, que señala lo siguiente: "Nos dirigimos a usted para hacer pública una denuncia sobre la situación laboral precaria que enfrentamos los trabajadores del Hospital Doctor Hernán Enríquez Aravena.

Somos más de 250 funcionarios contratados bajo la modalidad de compra de servicios o licitación con empresas externas, lo que nos posiciona en una situación de vulnerabilidad laboral. Esta modalidad implica que trabajamos sin un contrato formal, siendo remunerados por hora, con un salario que está considerablemente por debajo de la remuneración que reciben nuestros colegas que desempeñan las mismas funciones, aproximadamente 20 a 25 por ciento menos, incluso con auxiliares y administrativos que ganan menos del sueldo mínimo exigible por ley.

Desde hace más de cuatro años que no contamos con los beneficios que la ley establece para los trabajadores, como vacaciones, días administrativos, alimentación y otros derechos básicos. Sin embargo, seguimos cumpliendo con las mismas obligaciones, e incluso más, que el resto del personal, lo que genera un ambiente de trabajo desmotivador por los bajos salarios, la falta de descanso y la constante incertidumbre sobre la continuidad de nuestro vínculo laboral.

Consideramos que esta es una problemática urgente que requiere atención inmediata, ya que no solo afecta a los trabajadores, sino que también tiene repercusión en la calidad

de la salud pública de nuestra región. Es lamentable que situaciones de este tipo no sean abordadas de manera adecuada por las autoridades y las instituciones responsables. Esta falta de respuesta contribuye a perpetuar un entorno laboral precario y fuera de los marcos legales establecidos.

A pesar de nuestros esfuerzos por solicitar una regularización de nuestra contratación o mejoras en las condiciones de licitaciones, como la posibilidad de que estas se realicen bajo subcontratación, lo que nos otorgaría los derechos laborales correspondientes, no hemos recibido ninguna respuesta ni solución satisfactoria, lo que agrava aún más nuestra situación.

Por lo tanto, hacemos un llamado a las autoridades competentes y a la ciudadanía en general, para que se tomen las acciones necesarias a fin de resolver esta problemática, garantizar el respeto de nuestros derechos laborales y evitar que situaciones similares se repitan en el futuro.

Agradecemos de antemano la atención que pueda brindar esta denuncia, y confiamos en que se tomarán las medidas adecuadas”.

Por lo leído, en el hospital hay un tema -lo conversaba con el director-, y creo que es importante dejar esta carta en la Secretaría de la comisión.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Diputado Mellado, esta carta quedará en la Cuenta. Sin embargo, deseo recordar que el mandato de esta comisión investigadora son las listas de espera; obviamente, si esto es parte del tema, se considerará.

El señor **MELLADO** (don Miguel).- Señor Presidente, efectivamente es parte importante, porque ellos pueden trabajar con mayor fuerza por el tema de las listas de espera.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Hay algún requerimiento en la carta o solo que quede en la Cuenta?

El señor **MELLADO** (don Miguel).- Sí, ellos desean ser recibidos. El anterior director no los recibía, porque no eran parte del hospital.

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

El señor **LEAL**.- Señor Presidente, solicito que esa carta sea remitida a la Comisión de Trabajo y Seguridad Social de la Cámara de Diputados, para que pueda ser abordada.

Como integrante de esa comisión, solicito que se tome el acuerdo de remitirla para ver la posibilidad de invitar a los funcionarios respectivos a exponer ante la comisión, y al gobierno y a la ministra para abordar el tema.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Jorge Saffirio.

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, solo para apoyar la solicitud de los trabajadores de este hospital. Me parece insólito lo que se describe en esa carta, en cuanto a que el Estado no respeta los derechos de los trabajadores.

Por lo tanto, suscribo lo que dicen los diputados Mellado y Leal y espero que este tema se resuelva a la brevedad.

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

Ofrezco la palabra.

En el Orden del día, corresponde recibir al director del Servicio Salud Araucanía Sur, señor Vladimir Yáñez; al director del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco, señor Mauro Salinas, y al secretario regional ministerial de Salud de la Región de La Araucanía, señor Ricardo Cuyul.

Expondrán estos tres invitados, para luego iniciar una ronda de preguntas. Posteriormente, seguiremos con los demás invitados.

Tiene la palabra el señor Ricardo Cuyul.

(El señor Ricardo Cuyul, secretario regional ministerial de Salud de La Araucanía, saluda a los presentes en mapudungun)

El señor **CUYUL** (secretario regional ministerial de Salud de la Región de La Araucanía).- Señor Presidente, como Seremi de Salud tenemos la representación del Ministerio de Salud y, en mi caso, de la ministra de Salud en nuestra región y, dentro del ordenamiento ministerial, el rol de la representación del sector, en tanto autoridad sanitaria, es asumir roles de rectoría, regulación y fiscalización de aspectos asistenciales y ambientales, con la finalidad de proteger la salud de la población, así como la regulación del sector en aspectos que establecen la ley de autoridad sanitaria y el código sanitario.

Reducir los tiempos de espera ha sido la prioridad de nuestro gobierno, tanto a nivel país como a nivel de nuestra región. Para ello, los esfuerzos deben centrarse en acciones multidimensionales que incluyan la consulta y la pesquisa temprana en la red asistencial, así como una mayor

resolutividad mediante el uso oportuno de tecnología adecuada, que permita reducir los tiempos de espera tanto para consulta de especialidad como para cirugías.

También es fundamental fortalecer el sistema público de salud que se hace cargo de más del 80 por ciento de la demanda de atención en la Región de La Araucanía, así como ampliar la oferta de atención, prevención y rehabilitación, desde la atención primaria de salud, ya que en este nivel es donde se previene la cronificación de enfermedades y se puede disminuir la necesidad de recurrir a consultas especializadas.

Además, la atención primaria es el punto de referencia de donde surgen las interconsultas que buscamos hacer cada vez más oportunas.

Si existen listas de espera es, precisamente, porque las personas pudieron acceder oportunamente a una atención médica o a una atención médica de especialidad. Por esta razón, hemos decidido fortalecer la atención primaria, aumentando la capacidad del primer nivel en la atención institucional, ampliando coberturas y horarios, implementando Unidades de Atención Primaria Oftalmológica en la atención primaria de salud (APS), disponiendo de mayor oferta de consultas telemáticas, por ejemplo, con dermatólogos y otros especialistas, y apoyando a los equipos municipales en la implementación de extensiones horarias para que quienes trabajan puedan acceder a la consulta y pesquisa temprana, incluyendo exámenes que puedan resolverse en ese nivel.

De hecho, en la misma comuna de Temuco, donde nos encontramos hoy, la estrategia "Más Cesfam" ha ampliado la oportunidad de atención y pesquisa en tres cesfam y en tres macrosectores

distintos de esta comuna, extendiendo los horarios de atención de 17:00 a 22:00 horas.

Asimismo, la estrategia de APS Universal, que se desarrolla de manera pionera en las comunas de Perquenco y Angol, ha sido testimonio de este esfuerzo, mejorando el acceso a prestaciones mediante la conectividad rural satelital, tanto en postas de salud rural como en los cesfam, mejorando el acceso a prestaciones mediante esta conectividad e incorporando la estrategia Hospital Digital Rural.

Además, se ha implementado la atención móvil, extensión horaria, capacitación a los equipos e incorporación de la estrategia de cuidado integral centrado en las personas (Ecicep), un modelo de cuidado, que busca identificar las patologías de manera prematura para evitar consultas de especialidad y disminuir los riesgos para cirugías.

En Cautín, por ejemplo, el fortalecimiento e incremento de la estrategia Salud Digital hace que, de un poco más de 2.100 atenciones, en 2022, se haya aumentado a 6.470, en 2024. Un aumento de 300 por ciento. A esto se suma la liberación del copago a todos los usuarios del Fonasa en la región, una medida presidencial que ha hecho que 80.791 personas no hayan tenido que pagar por ningún procedimiento, operación, consulta o tratamiento en nuestro sistema público de salud regional, haciendo un total de ahorro de su bolsillo de 14.770 millones de pesos en nuestra región, con un promedio de ahorro de 182.000 pesos per cápita.

Con la misma determinación, el abordaje de los tiempos de espera en nuestra región se ha estructurado sobre la base de estrategias que serán detalladas por nuestro director de

servicio o, como nosotros lo llamamos, nuestro gestor de red, responsable de estas listas de espera.

Estas estrategias incluyen la optimización del uso de pabellones, el trabajo en red con hospitales de mediana complejidad, por ejemplo; la formación de especialidades médicas y no médicas, el monitoreo de la producción quirúrgica y ambulatoria para generar ajustes oportunos mediante el seguimiento de la productividad, pero también de la eficiencia; la agilización en la gestión de pacientes, incluyendo la habilitación y el desarrollo del "Portal Paciente", y la presentación trimestral de los avances de nuestra región en las comisiones tanto de la Cámara de Diputados como del Senado.

Además, se está realizando un seguimiento al Plan Nacional de Inversiones en Salud, en el cual, como seremi, tenemos un rol fundamental de impulsar y facilitar la inversión sanitaria regional. De hecho, actualmente, estamos a la espera de un nuevo convenio de programación con el gobierno regional, el que tiene aproximadamente un volumen de 600.000 millones de pesos, que permitirá, entre otras cosas, resolver consultas en listas de espera mediante obras emblemáticas, tales como el Centro Oncológico Regional Integral, que tendrá una inversión de más de 138.000 millones de pesos, que está a la espera de su RS de ejecución y búsqueda de financiamiento.

Este conjunto de estrategias forma parte del Plan Nacional de Reducción de Listas de Espera en Salud, cuyo objetivo es disminuir los tiempos de espera para consultas nuevas de especialidad e intervenciones quirúrgicas no GES, así como reducir el número de garantías GES retrasadas. Entre las medidas claves, se incluye la recuperación de pabellones, la reprogramación de médicos y especialistas, la implementación y

fortalecimiento de la estrategia Hospital Digital y la mejora en la contactabilidad de los pacientes.

Asimismo, en nuestra región se han puesto en marcha dos centros de resolutiveidad regional, la estrategia llamada Centros Regionales de Resolución (CRR), tanto en el Complejo Asistencial Padre Las Casas (CAPLC), como en el recientemente inaugurado Hospital de Villarrica, lo que permitirá aumentar la producción quirúrgica y recuperar los niveles de producción prepandemia y superarlos. Como detallará posteriormente el director del Servicio Salud Araucanía Sur, se espera seguir aumentando esta capacidad productiva de la red, todo esto sujeto a metas específicas para nuestra región, y cada uno de sus dos servicios debe dar cuenta a las comisiones de Salud de la Cámara y del Senado, y producto de esto algo se va a señalar hoy día.

Cabe destacar que, por primera vez, el gobierno regional también está incorporando recursos para la resolutiveidad de listas de espera en consultas nuevas de especialidad, una inversión superior a 5.400 millones de pesos para 2025 en adelante. Sin embargo, los desafíos van más allá y requieren un enfoque intersectorial, que, como sector salud, no podemos abordar en solitario el impacto de la sobremortalidad y sobremorbilidad acumulada desde la pandemia y previo a ella. Recordemos que la lista de espera aumentó en 30 por ciento entre 2021 y 2024. Por tanto, el deterioro de las condiciones de salud individual se suma al empeoramiento de muchas condiciones de vida, en general, que se dan en la Región de La Araucanía.

Para concluir, quiero destacar que instancias como esta no solo contribuyen a la contraloría social, sino también permiten

generar mayor información y una demanda calificada en la población regional.

Reducir listas y tiempos de espera requiere un trabajo multidimensional e intersectorial. La calidad del agua que bebemos, la alimentación saludable disponible, la actividad física, son tan importantes como el control de virus y otras afecciones biológicas que debemos abordar de manera integral en nuestra región.

Señoras y señores, honorables parlamentarios, miembros de esta comisión, este desafío nos involucra como sector, pero va más allá de lo que llamamos tradicionalmente sector salud. Así como debemos aumentar la productividad quirúrgica, los profesionales y especialistas médicos y no médicos con desempeño en el sistema público de salud para resolver patologías y disminuir los tiempos de espera, también debemos evitar oportunamente que nuestra población se enferme con adecuadas condiciones de trabajo para los funcionarios de la salud, mejorar la alimentación, la vivienda y promover ambientes salutogénicos, es decir, que produzcan salud y bienestar.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el director del Servicio Salud Araucanía Sur, señor Vladimir Yáñez.

El señor **YÁÑEZ** (director del Servicio de Salud Araucanía Sur).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a toda la comisión y a todos los funcionarios de este servicio, a los dirigentes gremiales, a los representantes de organizaciones sociales comunitarias de nuestra región y a los directivos de

nuestro establecimiento de salud, quienes hoy están presentes también en esta comisión.

Nos parece importante agradecer esta oportunidad, porque nos va a permitir, sin duda, dar a conocer qué es Araucanía Sur, qué está haciendo Araucanía Sur y qué pretende hacer para disminuir las brechas de atención que actualmente vivimos. Para eso, consideramos algunos elementos importantes que nos permitirán poner en contexto lo que somos, porque salud, tal como dijo el seremi, no puede sola. Sin agua potable, hay *Escherichia coli*, *Helicobacter pylori* y, finalmente, cáncer gástrico.

Hay elementos de nuestro contexto que son fundamentales para poder comprender lo que ocurre en salud.

Este es el Servicio Salud Araucanía Sur expresado en una región que tiene hoy, de acuerdo con el censo actual, 1.010.000 habitantes. En esta región hay dos servicios de salud, uno en Malleco y otro en Cautín. Representamos cerca del 76 por ciento de la población de La Araucanía, con una población inscrita en el Fonasa cercana al 95 por ciento, donde el 51,8 por ciento son mujeres; el 30 por ciento se declara perteneciente a una etnia, de estos el 99 por ciento a la etnia mapuche, y el 27,9 por ciento es población rural, lo que no es menor, porque hoy día tenemos en esta región la red caminera más grande del país. Por tanto, el acceso y la oportunidad de atención también tiene que ver con las vías de acceso a los establecimientos de salud.

Hay algo que se llama determinantes sociales en salud, porque la pobreza influye en la salud. Tenemos un 27,9 por ciento de ruralidad, y el 20 por ciento de la población de esta región vive una pobreza multidimensional; un 12 por ciento de la población con pobreza de ingresos; un 30 por ciento de personas

que pertenecen a una etnia, particularmente, a la mapuche, y un 52,9 por ciento que dependen de otros para sobrevivir o vivir. El 30 por ciento de la población que no tiene acceso a servicios básicos, el 10 por ciento vive en hacinamiento, y otro elemento importante de nuestra realidad, por cada 100.000 personas, 541 viven violencia intrafamiliar.

¿Qué tiene que ver esto con salud? Todo. Todo tiene que ver con salud.

A continuación, el detalle de nuestra realidad provincial. ¿Por qué? Porque de las diez comunas más pobres de este país, siete son de La Araucanía, y cinco son de Araucanía Sur. Cinco de las comunas más pobres, como les señalaba, son Carahue, Curarrehue, Galvarino, Saavedra y Cholchol. En estas comunas tenemos un porcentaje de pobreza multidimensional superior al 50 por ciento. Y eso, insisto, tiene efectos en la salud de la población.

Si además pensamos que en algunos casos tenemos más del 5 por ciento de viviendas que tienen una condición irrecuperable, hay efectos en las condiciones de salud.

Pero, ¿qué estamos haciendo? Tenemos algunas prioridades establecidas por nuestro sector, como son las listas de espera, las patologías oncológicas, la salud mental, la salud cardiovascular y la salud oral.

Entonces, tenemos que saber de qué estamos hablando hoy. Me parece importante, primero, compararnos con la realidad de todos los servicios de salud a nivel nacional, lo que va a permitir demostrar en qué condiciones nos encontramos en la actualidad. Si se fijan, el Servicio de Salud Araucanía Sur tiene un hospital de alta complejidad, cinco hospitales de mediana complejidad y diez hospitales de baja complejidad.

Aquí hay un elemento importante: para 1.010.000 personas, esta región cuenta con solo un establecimiento de alta complejidad. Si miramos hacia la izquierda en la pantalla, nos vamos a dar cuenta de que en la zona centro hay más de 30, sin considerar las clínicas privadas. Aquí no tenemos clínicas privadas de alta complejidad; los turnos en las clínicas los hacen médicos generales de zona, o médicos generales que están contratados en esa condición. Esa es la realidad del Servicio de Salud Araucanía Sur: un establecimiento de alta complejidad para una población de 1.010.000 personas.

En Araucanía Norte se declara un hospital de alta complejidad, como Victoria o Angol, que en la realidad operan como de mediana complejidad, porque no tienen, por ejemplo, cardiocirugía, no tienen neurocirugía, no tienen UPC infantil y, por tanto, toda la carga de Araucanía Norte viene a Araucanía Sur.

Luego de eso, también nos parece importante otro dato: en Araucanía Sur tenemos 32 pabellones, de los cuales 12 son de alta complejidad y 20 de mediana o baja complejidad. Si nos comparamos con nuestros vecinos, que antes era una región, se podrán dar cuenta de que, entre Ñuble, Arauco, Biobío y Concepción, hay más de 40 pabellones de alta complejidad para una población de 1.600.000 habitantes.

Entonces, cuando hablamos de equidad, tenemos que hablar de esto. Si miramos hacia el sur, Valdivia y Osorno, que antes era una sola región, incluido Puerto Montt, tenían 3 hospitales de alta complejidad. Nosotros quedamos al medio de esa realidad.

Si se fijan más al norte, la gran cantidad de oferta de infraestructura permite evidentemente resolver de mejor manera y de manera más oportuna también esta necesidad.

Aquí estamos nosotros, a pesar de todo, somos el segundo servicio a nivel nacional en egresos, en producción. El segundo servicio de salud en egresos, sin considerar la Región Metropolitana, y el quinto a nivel nacional: 54.813 egresos.

Sin embargo, a pesar de la infraestructura que tenemos -no voy a hablar de infraestructura precaria, porque tenemos una buena infraestructura, ya que este servicio ha hecho muchos proyectos apoyados por el sector y también por el gobierno regional para poder avanzar en nuestra infraestructura- es mucho menor que la que tiene el resto de las regiones, y nuestra producción es altísima, porque los equipos, las personas, los hombres y mujeres que trabajan aquí -no hacemos distinción entre lo médico y lo no médico, porque todas son personas que trabajan en salud- logran estos resultados productivos.

Otro elemento que es relevante considerar es que tenemos 12 pabellones de alta complejidad, lo que nos ubica en el penúltimo o antepenúltimo lugar de los hospitales de alta complejidad y, sin embargo, somos el cuarto establecimiento a nivel nacional en egresos quirúrgicos de los hospitales de alta complejidad; o sea, el rendimiento del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena es altísimo; de más del 90 por ciento de ocupación.

En la presentación se observa nuestro desafío, nuestra tristeza: tenemos 235.767 personas, que representa cerca del 9 por ciento de la lista de espera total que tenemos en el país, pero que también tiene directa relación con la población que atendemos, con la infraestructura que antes les mostramos.

El 71 por ciento lo expresan las consultas de nueva especialidad; el 10 por ciento, lo quirúrgico; el 19 por ciento, las consultas integrales odontológicas.

Entonces, ¿qué hacemos o qué hemos hecho, y qué vamos a seguir haciendo para enfrentar este desafío? Tenemos varias cosas. Las estrategias definidas son: fortalecimiento de la producción institucional, desarrollo de especialidades en hospitales de mediana complejidad, articulación de la red con el intersector, uso de la capacidad productiva fuera del área institucional, estrategia Centros Regionales de Resolución (CRR) y la gestión de cosas.

En relación con las acciones de resolución de listas de espera, no las voy a nombrar todas, pero quiero mencionar que teníamos una condición compleja. Nosotros asumimos esta gestión a mediados de 2023, y lo primero que hicimos fue evaluar una serie de realidades acerca de lo que nos enfrentábamos con esta necesidad.

La gestión se orientó a ciertas acciones específicas, como la revisión de la programación de horas médicas, que es un tema que nos ha permitido aumentar la producción de manera directa y que vamos a revisar después. Además, priorización en la lista de espera entre los percentiles 75 y 90, que son las personas que están esperando con mayor antigüedad.

También tenemos otros elementos, como el desarrollo de estrategias en los hospitales de Villarrica. En Villarrica inauguramos un establecimiento en marzo, y hoy día estamos desarrollando coloproctología, que solo estaba en el Hospital Doctor Hernán Enríquez Aravena; cirugía digestiva, inmunología, tenemos un servicio de neurocirugía y cirugía infantil, que no estaban.

En el Hospital Pitruufquén tenemos cirugía bariátrica. Eso no se había hecho nunca, lo comenzamos a hacer ahora, en 2024.

En el hospital de Nueva Imperial hemos desarrollado una serie de estrategias preventivas de atención, como la Unidad de Cuidado Renal Avanzado (UCRA), que pretende activar y trabajar sobre la salud renal. Evitar el avance de la salud renal para nosotros es un desafío, porque, para que sepan, las diálisis son de las prestaciones más caras que cubre el Estado en salud, y nosotros tenemos que evitar que nuestros pacientes lleguen a eso.

Otro elemento importante es el desarrollo de la anatomía patológica, tanto en Padre Las Casas como en Villarrica.

Asimismo, estamos trabajando una estrategia con el intersector y, gracias al gobierno regional, vamos a recibir 5.348 millones de pesos para poder hacer atenciones de lista de espera por consultas, lista de espera odontológica y cirugías.

Esos recursos están dentro de un programa que está definido a 24 meses, no años, sino 24 meses, porque vamos a comenzar dentro de un mes y medio más, cuestión que ya está resuelta con el gobierno regional, para poner a disposición en nuestros propios establecimientos, fuera de hora institucional, el aumento de la capacidad productiva de lo que tenemos. Por tanto, tenemos calculado que vamos a llegar a cerca de 24.000 personas atendidas.

Quiero referirme a operativos con fundaciones, ONG, y agrupaciones de médicos, y contarles que hemos tenido la posibilidad de hacer un desarrollo muy interesante con nuestros propios equipos. El sábado recién pasado, los tecnólogos médicos de este hospital invitaron a ocho oftalmólogos, tres

TENS, dos administrativas, junto con el equipo administrativo del servicio de salud, e hicieron más de 500 atenciones por glaucoma. Ese es el espíritu de este establecimiento, ese es el espíritu de este servicio, donde los propios funcionarios, *ad honorem*, hacen ese tipo de actividades.

Tenemos la G86, que es un grupo médico, amigos de la Universidad de Concepción, que se organizan y, dos veces al año, hacen operativos. Esas son "sus vacaciones". Estuvieron en Galvarino hace dos semanas y realizaron 547 atenciones, entre estas se hicieron intervenciones de tipo quirúrgico en el hospital de Lautaro.

Sabemos que no podemos vivir de la caridad, pero cuando no tenemos la capacidad productiva instalada, ya sea porque no tenemos todos los equipos necesarios o porque existen brechas, aceptamos el apoyo de quienes nos quieran ayudar, sean externos o internos, bienvenidos todos, en pro de la salud de la población.

La gestión de compra de servicios se hace con base en las listas de espera más antiguas. En eso estamos trabajando. Cabe señalar que hay una nueva normativa que surge del trabajo del propio Poder Legislativo, que estableció una comisión de seguimiento de las listas de espera y de la compra de servicios.

Por tanto, en conjunto con el Colegio Médico, tanto las organizaciones como nuestros propios equipos, hemos establecido bandas de precio que permitan ordenar y bajar el costo de las compras de servicio; esta es una realidad, porque las brechas que existen no dan para poder cumplir dentro de lo institucional.

El fortalecimiento de las unidades prequirúrgicas fue una estrategia muy potente que nos permitió priorizar de mejor forma, ordenar los procesos quirúrgicos y adelantarnos en

términos de poder avanzar en la producción quirúrgica de los establecimientos.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Voy a pedirle que vaya un poco más rápido para que alcancemos a escucharlos a todos.

El señor **YÁÑEZ** (director del Servicio de Salud Araucanía Sur).- Se nos dijo que teníamos veinte minutos para exponer, señor Presidente.

El tema de la estrategia de gestión oncológica nos parece fundamental. En este establecimiento, producto de lo que nos ocurrió después de la pandemia, hemos trabajado en el desarrollo de una unidad de gestión oncológica, lo que nos permitió, primero, conocer la situación de los pacientes y lograr el fortalecimiento de la misma a través de la unidad de quimioterapia. Así, de 11 sillones, logramos llegar a 23 durante este período.

La habilitación de la nueva farmacia oncológica para la elaboración de nuestros propios productos nos permite llegar de manera más oportuna a los pacientes, porque en el sur de Chile no existe otra posibilidad. La capacidad productiva que tiene Concepción no es capaz de resolver la demanda de Araucanía Sur.

Ahora bien, respecto de los proyectos de inversión, como bien sabrán, estamos trabajando en la creación de un centro integral oncológico, que implica más de 140.000 millones de pesos, junto con el gobierno regional y el Ministerio de Salud. También, tenemos el proyecto del Centro de Tratamiento Oncológico Infantil (TROI). Así, gracias al esfuerzo conjunto entre el gobierno regional, la fundación Vivir Más Feliz, el servicio de salud y el Hospital Hernán Henríquez Aravena, vamos a poder abrir el centro en agosto, para abordar la atención de pacientes con cáncer infantil no solo de nuestra región, sino también del sur de Chile.

Aquí tengo algunos datos importantes para mostrarles sobre qué está pasando en nuestra región. En 2019, que es el año base sobre el cual calculamos, teníamos 1.700 atenciones. Hoy día tenemos 2.327 biopsias. En 2020 -en 2019, no existía ese control- teníamos cerca de 5.000 atenciones. Hoy tenemos cerca de 15.000 atenciones entre consultas de especialidad de hematooncología infantil, hematología de adultos, oncología médica y radioterapia oncológica; o sea, el crecimiento aquí es real; "dato mata relato".

La actividad oncológica también ha aumentado. La quimioterapia era de 9.194 en 2021, con 577 hospitalizados. Hoy día, en 2024, que es el año de cierre, son 17.298 y 911 hospitalizados.

Las intervenciones quirúrgicas tuvieron una pequeña caída durante el año pasado. Sin embargo, la proyección de este año nos va a llevar a alcanzar más de 2.600 atenciones; lo mismo en los otros establecimientos.

Hay otro tema que nos preocupa, que es el ingreso a cuidados paliativos, que también sufrió un incremento importante en el último período.

También nos parece relevante mostrar cuáles son las instituciones que nos han apoyado: organizaciones tanto públicas como privadas, fundaciones y ONG que han fortalecido la red pública de salud.

Este año tenemos una estrategia aún mayor. Tenemos más de 1.000 atenciones; por tanto, creemos que vamos a tener una mayor oferta de prestaciones, tanto quirúrgicas como no quirúrgicas.

Una de nuestras estrategias más importantes tiene que ver con el apoyo del FNDR a través del gobierno regional. Son 5.348 millones de pesos que van a permitir resolver consultas médicas de especialidad, odontológicas integrales y listas de espera

de interconsultas. La distribución es de 1.680 millones de pesos para consultas, 1.789 millones de pesos para lo quirúrgico y 1.600 millones de pesos para lo odontológico. No me voy a detener en detallar esto, pero evidentemente son las especialidades que tienen más brecha. Entonces, estamos haciendo todo lo necesario para poder abordar esta situación, lo que nos va a permitir mostrar nuestra realidad.

Nuestra lista de espera, que es el desafío, como bien saben, es de 235.000 personas, o más bien de atenciones, porque no son personas necesariamente. Tenemos un 28,9 por ciento de la población de la región en espera. Esa es nuestra realidad. Pero, si comparamos los gráficos anteriores, donde veíamos que la máxima capacidad productiva está en la zona centro-norte, es evidente que en el sur tenemos una población directamente proporcional a la capacidad de oferta de atención. Aquí hay menos establecimientos, menos hospitales de alta complejidad y menos ofertas de pabellones. Por tanto, el porcentaje de personas en lista de espera es mayor. Esa es una relación directamente proporcional.

Lo mismo pasa en este detalle. Si se fijan, hacia el norte, en los registros de lista de espera de consulta hay más oferta de especialistas; sin embargo, en el sur, desde Araucanía Sur o incluso desde Ñuble hacia el sur tenemos mayores efectos en las listas de espera. Lo mismo pasa con los registros de la lista de espera odontológica.

Si hablamos de determinantes sociales de salud. ¿Cuál sería el determinante en este caso? La equidad territorial. Por eso, nos gusta estar en este espacio, para analizar, porque eso nos permite avanzar en términos de cómo desarrollamos mayores estrategias para mejorar. Este es el registro de lista de espera quirúrgica según población. Como ven, más pabellones en

el área centro-norte, menos porcentaje de población. Desde El Maule al sur esto aumenta.

Con esta imagen, quiero dar a conocer cómo hemos trabajado en los egresos. El año que tomamos como base para mostrar los egresos de las listas de espera fue 2019. Del total, la tendencia resolutive ha aumentado a partir de los años 2022, 2023 y 2024. Esto significa que en 2023 trabajamos un 4 por ciento más de lo que tenía la lista de espera en 2019 y, en 2024, un 17 por ciento más en total.

Si se fijan, el problema surge, en 2020, cuando la capacidad productiva disminuye a la mitad. Allí es donde surge esta mochila grande de atenciones en lista de espera, años 2020 y 2021.

Lo mismo pasa con la tendencia resolutive de la lista de espera. Cabe señalar que ocurrieron varias cosas durante la pandemia. Primero, disminuyó el número de atenciones y con eso cambiaron los rendimientos. Por temas sanitarios y de protección a la atención de los pacientes, atendíamos cuatro pacientes por hora en medicina interna. Hoy día atendemos dos. Eso disminuyó directamente en 50 por ciento; sin embargo, hemos logrado avanzar 11 por ciento en 2024 sobre lo que teníamos en 2019. ¿Falta mucho? Sí, por cierto, falta mucho.

Lo mismo pasa respecto de las listas de espera odontológica y quirúrgica. La lista de espera quirúrgica ha crecido de manera importante, un 19 por ciento, y la odontológica, un 41 por ciento, lo que tiene que ver con aumentar la capacidad productiva de todos los establecimientos de la red.

Esta es la mediana, que indica el comportamiento en todo este tiempo, lo cual refleja una baja importante en algunas listas.

Proyectos de inversión.

Esto no se hace sin infraestructura. El año recién pasado pudimos normalizar y abrir el Hospital Villarrica y el Hospital

Makewe, a fines de 2023, lo cual ha involucrado un incremento en la oferta de otras especialidades que solo teníamos acá. Por ejemplo, no teníamos urgencia quirúrgica en nuestra red. Solo había en Temuco. Hoy día tenemos en Temuco y también en Padre Las Casas. Estas son cuestiones importantes, porque el traslado de esos pacientes tenía un riesgo relevante respecto de mantener su salud.

Reposición de posta de salud rural Añilco. Otro elemento importante es la salud rural. Es un tema central, si tenemos tanta población que vive en zonas rurales.

También tenemos la normalización del Cesfam Trovolhue, que está terminado y a punto de abrirse, esperando autorización sanitaria. El botiquín farmacéutico de la posta está en proceso de autorización sanitaria. La reposición del centro de salud intercultural Boroa Filulawen va a permitir, en un espacio rural, tener un estándar de calidad superior a la que se podría encontrar en otras comunas de nuestra de nuestra región. Este proyecto nos parece muy importante, porque da acceso de calidad y dignidad de atención a más de sesenta comunidades en el sector de Boroa, que es parte de la comuna de Nueva Imperial.

El consultorio general de Perquenco también es relevante porque es parte de la APS universal, con un 20 por ciento más de avance que lo proyectado.

Nuestro sueño se está haciendo realidad con el TROI. Empezamos a abrir en agosto este establecimiento.

Vamos a pedir su colaboración para que nos ayuden a convencer a todas las autoridades, a fin de obtener el financiamiento del centro oncológico integral, que tiene una inversión total estimada de más de 139.000 millones de pesos.

Los proyectos que están postulados a ejecución de obras civiles tienen que ver con la reposición del consultorio

Miraflores y con la construcción del centro oncológico integral, además de las postas de salud rural de Leufuche, Pichichelle, General López, Cheucán-Butaco y Palguín.

Entre los proyectos también tenemos el Centro de Especialidades Médicas del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena, que es una de las medidas que tiene relación con la mitigación, consistente en los cinco pabellones que estamos prontos a construir en el hospital. Dicho centro de especialidades surge de la alianza estratégica entre la Universidad de la Frontera, el Servicio de Salud Araucanía Sur y el Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena, con el fin de entregar atenciones particulares y específicas en ese lugar.

Además, estamos haciendo algunas cosas innovadoras en cirugía infantil, en la que un paciente con patología anorrectal o fisura por labio palatino podrá ser atendido de manera integral por un psicólogo, un cirujano y un odontólogo. Creemos que esa es la forma para evitar el gasto desde el bolsillo de la población, ya que será atendida en un solo viaje a esa ciudad.

Finalmente, la producción es importante. En ese sentido, hemos incrementado de manera relevante nuestras consultas y nuestros controles. La producción general demuestra el esfuerzo que está haciendo este servicio, es decir, todos los funcionarios, las funcionarias, su establecimiento y sus equipos para poder avanzar. Pero sabemos que debemos cuidar los recursos. Por ejemplo, la relación entre el crecimiento productivo de 6,6 por ciento entre 2023 y 2024 también está en una relación casi perfecta de 6,3 por ciento, si hacemos un pensamiento lineal del gasto; o sea, los recursos se están usando de manera eficiente para otorgar prestaciones de salud.

Otra de las preocupaciones que siempre tenemos es la variación del gasto operacional en temas de compra de servicios. La ley y la norma general hablan de una relación 80

y 20 por ciento, en circunstancias de que en el último período estamos entre 18 y 19 por ciento, dentro de lo que corresponde.

¿Cuánto cuesta esta lista de espera? Hemos analizado el costo que puede tener la lista de espera en virtud del mercado, de valores Fonasa y otros valores que conocemos claramente en el sector. Si queremos eliminar la lista desde 2023 hacia atrás, nos costaría 48.000 millones de pesos, lo que representa cerca del 14 por ciento de lo que el Colegio Médico analizó, que eran cerca de 300.000 millones de pesos el terminar con la lista de espera.

Señor Presidente, a través de usted, reitero mi agradecimiento a la comisión por brindarme este espacio, como también a los equipos de trabajo. En Araucanía Sur se trabaja de manera conjunta entre los dirigentes gremiales y sociales, en el entendido de que la prioridad es la necesidad de nuestra población, porque sabemos que ser mujer mapuche y rural es ser la persona más pobre entre las pobres. Lo que estamos haciendo es entregar a la población, saliendo de nuestros muros habituales para llegar a esos espacios donde no habíamos llegado antes.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- A usted.

Tiene la palabra el director del hospital.

El señor **SALINAS** (director del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena).- Señor Presidente, buenos días a todos y a todas. Agradezco esta invitación a la comisión, al servicio de salud, a los distintos gremios que nos acompañan en esta importante sesión y, por supuesto, a los equipos directivos del hospital, del servicio de salud y a los funcionarios del hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena.

A lo mejor, no muchos me conocen. Soy Mauro Salinas y hoy cumplo un mes en el hospital Hernán Henríquez Aravena. Ha sido

un verdadero honor, placer y, nuevamente, muchas gracias por esta invitación.

Desde luego, cuando el director nos explicó los distintos factores sociales que incidían en un establecimiento de salud o un servicio de salud y también hablamos de eficiencia hospitalaria, como explicó el director, a lo mejor este hospital tiene problemas, por ejemplo, con la escasez de pabellones, lo cual refleja un poco lo que uno ha percibido y siente de este hospital. Este hospital no se caracteriza por su infraestructura ni por su equipamiento, sino finalmente por su capacidad humana. Este hospital se ha desarrollado porque el cuerpo, tanto clínico como administrativo, es de primer nivel. Eso se nota y lo vamos a mostrar en los distintos indicadores de gestión que vamos a exponer.

Nuestro director comentó la situación en que estamos. Somos el único hospital de alta complejidad en una población de más de 1.010.000 habitantes, según el último censo. Esta es una realidad que uno ve en cualquier otra región. Si la compara con la de otros hospitales, es una realidad que exige a nuestros funcionarios clínicos, administrativos, médicos y enfermeras a estar siempre trabajando a máxima capacidad.

Provengo de la Región del Maule. Fui director del hospital de Curicó. Éramos una población similar de habitantes y teníamos tres hospitales de alta complejidad. Entonces, eso denota la diferencia y la situación que uno enfrenta al ser el único hospital de alta complejidad de toda la región, tanto de La Araucanía Sur y, en algunos casos también, de La Araucanía Norte.

Tenemos ciertas características que nos hacen diferentes. Como dije y como también explicó nuestro director, somos centro de referencia de la región y, en algunos casos, también de la macrozona sur. Somos centro de referencia en cardiocirugía, en

fisura labiopalatina y en gran quemado. Asimismo, en este hospital tenemos la concentración de especialistas únicos y subespecialistas para la atención. Somos un hospital que cada vez se ha complejizado más. Cada vez tenemos una más alta complejidad en nuestros propios pacientes y con ciertos factores sociales que explicó nuestro director.

Tenemos dificultades en contactabilidad y en conectividad con pacientes rurales. Hay pacientes a los que, incluso, hay que entregar sus medicamentos a caballo, factores que realmente tienen incidencia en que el acceso sea más complejo.

Esta alta demanda nos obliga como establecimiento a tener que priorizar, sea por criterio biomédico y, obviamente, esa priorización genera tiempos de espera.

Quiero comparar en algunos establecimientos, como muy bien explicó nuestro director.

El hospital Hernán Henríquez Aravena tiene 12 pabellones, 723 camas y egresos de hospitales similares, como al Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente o al Hospital Dr. Sótero del Río con muchos menos pabellones. Por ejemplo, mientras nosotros tenemos 12 pabellones, el Sótero del Río tiene 28 pabellones, con un egreso un poco superior al nuestro y con una cantidad de camas similar a la nuestra. El hospital de Concepción tiene 21 pabellones, el doble que nosotros, con un egreso y un número de camas muy similar al nuestro.

Entonces, cuando nos comparamos y empezamos a analizar los egresos hospitalarios, distinguimos egresos que incluso duplican y a veces triplican a hospitales de similares características, es decir, con poco hacemos muchísimo. Eso habla de la eficiencia hospitalaria y del compromiso de los distintos equipos clínicos para resolver este tema, que obviamente es complejo y en el que debemos vivir constantemente.

¿Cómo ha sido nuestra producción? Sin duda, la salud pública en general, y obviamente el Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena tampoco es la excepción, se ha urgencializado. Generalmente, los pacientes ingresan por urgencia.

De nuestra producción, el 59 por ciento de los pacientes son electivos, y el 41 por ciento son pacientes quirúrgicos que ingresan a través de urgencia. Obviamente, eso nos obliga a tener que priorizar. Cuando nuestro director nos dijo que tenemos una situación muy similar a lo que dice nuestro ministerio: el buen deber o el buen hacer, el 82 por ciento lo hacemos en horario institucional, y el 18 por ciento lo hacemos fuera de ese horario, mediante un sistema que se llama la compra de servicios.

Eso es lo que el buen hacer debe ser en el sentido de trabajar 80/20; nosotros trabajamos 82/18, y en condiciones, incluso, distintas, porque tenemos un déficit estructural que nos hace ser mucho más precavidos. Estamos haciendo una muy buena gestión en lo que es la compra de servicios que, obviamente, es una necesidad a la que debemos recurrir.

¿Cómo se priorizan estos pacientes electivos? El 39 por ciento, que fue en aumento, son pacientes urgentes, a los que debemos darles prioridad; el 33 por ciento es lista de espera; el 25 por ciento es GES, y el 3 por ciento es cáncer no GES. Y, dentro del GES, el 54 por ciento son temas oncológicos y el 46 por ciento son temas no oncológicos.

¿Qué nos está diciendo esto? Que son temas a los que efectivamente tenemos que darles prioridad.

Cuando hablamos de productividad, y aquí quiero hacer bastante énfasis en lo que es la eficiencia hospitalaria y en los equipos que trabajan, los hospitales, en general -yo he

sido director de varios hospitales-, cuando nos ponen una meta de cirugías diarias por pabellones electivos, la meta que pone el Minsal es hacer 4,1 cirugías por día. Es una meta bastante ambiciosa, y la mayoría de los hospitales va entre 3 y 4. Ese es más o menos el estándar que se existe. Nosotros estamos en 5,2, superando con creces la meta y somos de los más destacados a nivel país.

Cuando hablamos de la ocupación de nuestros pabellones, tenemos la meta, que es de 83 por ciento, a la que a muchos establecimientos les cuesta llegar; nosotros estamos sobre el 97,2 por ciento. Entonces, aquí yo quiero señalar que efectivamente tenemos un déficit, pero aquí nosotros podemos ver, por ejemplo, que nuestros equipos clínicos compiten por ocupar los pabellones; o sea, el deseo de trabajar, el deseo de contribuir a una mejor salud pública, está superradicado en cada uno de nosotros. Eso es algo que uno no ve en todos los establecimientos de salud; es una cosa que particularmente destaco: el espíritu y el compromiso de los funcionarios que trabajan en el Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena.

¿Cómo ha sido nuestra lista de espera quirúrgica? Tenemos un número importante, 7.190 casos, que es una cifra de la que debemos hacernos cargo. Efectivamente, tenemos pocos pabellones; tenemos que priorizar, y aquí en la lámina podemos apreciar las que tienen más alta prioridad: el área traumatológica, cirugía infantil, otorrinolaringología y cirugía plástica. Para desarrollar y avanzar en estas listas de espera quirúrgicas, que nos planteó el director que hay un plan -incluso lo tenemos costead-, tenemos que implementar estrategias a corto, mediano y largo plazo. Las fuimos separando en esa línea para ir viendo cómo podemos avanzar en estas distintas estrategias.

A corto plazo, necesitamos fortalecer la gestión de pacientes quirúrgicos. ¿Qué estamos haciendo al respecto? Estamos haciendo un proceso muy riguroso en la contactabilidad temprana de los pacientes, en llamarlos, en preocuparse de sus horas, de que estén con sus controles respectivos para que eso vaya avanzando y nos permita evitar las suspensiones y que los pacientes lleguen a sus respectivas intervenciones quirúrgicas. También estamos resguardando la oferta de pabellón para pacientes que están en lista de espera, todo ello dentro de las estrategias que tenemos que hacer en este contexto de priorizar.

Como otra estrategia a corto plazo, estamos optimizando el proceso tanto prequirúrgico como quirúrgico. Exigimos las orientaciones y técnicas del proceso quirúrgico. Estamos reactivando el comité quirúrgico y estamos haciendo control y seguimiento de distintos indicadores de gestión quirúrgicos que van a ayudar a avanzar en esa línea.

Aquí llama la atención, por ejemplo, que cuando ponemos los distintos pabellones y mostramos los distintos servicios y la ocupación de ellos, es interesante cómo los servicios compiten en sus indicadores para ocupar un pabellón. Eso también demuestra el espíritu y el compromiso que existe entre los funcionarios y funcionarias del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena. También estamos planificando para que estos procesos prequirúrgicos se hagan de mejor manera, viendo todos los insumos, los exámenes, los controles y también estamos paquetizando los insumos quirúrgicos, porque eso va en el buen sentido de que podamos optimizar bien los recursos, que siempre son escasos y las necesidades son múltiples.

En el corto plazo también tenemos que aumentar la capacidad productiva de nuestros pabellones, que, pese a que tenemos

sobre 5,2 intervenciones diarias, tenemos que aumentar esa oferta, y estamos tratando de tener pabellones fuera de horario institucional. Ya estamos funcionando de 8:00 a 20:00 horas y, en algunas ocasiones, los fines de semana también, para tener al máximo de capacidad en nuestros pabellones.

Esas son las estrategias que actualmente estamos ejecutando a corto plazo.

Pero también esto tiene otros desafíos. Esto no es de un día para otro y también debemos tener estrategias de mediano y largo plazo. Es necesario fortalecer la resolución quirúrgica en la red. Estamos haciendo un trabajo de resolutiveidad en listas de espera de segundo prestador con convenios con la red y con Fonasa. A la vez, estamos avanzando en trabajos colaborativos con distintos centros de salud de la región.

Dentro de las estrategias de mediano plazo, estamos incorporando innovación técnica y tecnología en la cirugía. Estamos implementando técnicas mínimamente invasivas, para que, por ejemplo, los pabellones se ocupen menos tiempo y para que a lo mejor podamos, incluso, dejar de usar un pabellón y optimizarlo y dárselo a otra persona, en el entendido de que los pabellones son escasos.

Estamos implementando una serie de estrategias de innovación y desarrollo de especialidades para fomentar un elemento que es clave: la retención de especialistas. ¿Cómo somos capaces de seducir a especialistas y también retener a los que están? Por consiguiente, estamos desarrollando programas de investigación, programas para que ellos mismos puedan desarrollar sus propias especialidades y equipamiento, que nos pueda servir tanto para la retención de especialistas como para

la seducción, y que puedan venir también a nuestro hospital público.

Como comentó nuestro director, en este déficit de pabellones electivos que tenemos, es muy necesario que aumentemos la capacidad quirúrgica instalada, y es por eso que ya estamos en el proyecto de construcción de cinco nuevos pabellones. Ya estamos empezando con un proyecto de mitigación, en el que, además, tenemos la colaboración del resto de los hospitales, y esto significa que distintos servicios nos tenemos que trasladar mientras estamos en este proceso de construcción de nuevos pabellones. Al respecto, ya tenemos el financiamiento autorizado y esperamos que, en el mediano plazo, también lo podamos tener a nuestra disposición, porque obviamente es una necesidad de nuestra población.

Asimismo, tenemos que superar las brechas de recurso humano especializado. Ahí estamos junto al servicio de salud en esta estrategia de seguir formando profesionales especialistas mediante convenios tanto con el servicio de salud como con la Universidad de La Frontera.

El Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena ha tenido un aumento importante, durante todo este tiempo, tanto de sus consultas como de sus controles; todos los años ha tenido un aumento significativo, lo que también habla de cómo el déficit que se puede tener en infraestructura no ha implicado que la producción haya seguido en aumento. Por ende, también quiero destacar este hecho que es importante.

¿Cómo estamos en las consultas de nuevas especialidades? Tenemos un número importante -52.040- de pacientes en lista de espera, lo que es un número significativo, y tenemos que hacernos cargo de eso. Las principales especialidades de las

listas de espera están en otorrinolaringología, en oftalmología, en neurocirugía y en urología.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Señor director, le agradecería si pudiera avanzar más rápidamente en su exposición.

El señor **SALINAS** (director del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena).- Queda poco, señor Presidente.

¿Qué estrategia estamos implementando?

Primero, creemos que debemos trabajar en una estrategia a corto, mediano y largo plazo.

Como comentó nuestro director, tenemos problemas de agenda. Por lo tanto, debemos mejorar la programación médica y realizar los ajustes correspondientes de acuerdo con las distintas orientaciones técnicas del Minsal. Creemos que, al mejorar ese proceso en sí, tendremos un significativo aumento en la oferta y en la producción de consultas nuevas.

Por otro lado, debemos potenciar el trabajo en red. Ya hemos mencionado la importancia de realizar un trabajo colaborativo y coordinado con la red asistencial. En este sentido, hemos trabajado con nuestros distintos nodos: el Hospital de Villarrica, el Hospital Intercultural de Nueva Imperial, el Complejo Asistencial Padre Las Casas, y seguimos colaborando de manera sinérgica con ellos para reforzar el trabajo en red.

También es necesario ampliar la oferta de atención ambulatoria. Para ello, debemos aumentar los espacios disponibles, por ejemplo, a través de la incorporación del Centro de Especialidades Médicas (CEM).

Aprovecho esta oportunidad para informar que mañana iniciaremos las atenciones en el Centro de Especialidades

Médicas. Quisiera expresar mi agradecimiento al seremi por su apoyo en el proceso de acompañamiento, lo que nos ha permitido avanzar en la implementación de este centro. Esto representa un desafío importante para nosotros, ya que contaremos con 47 boxes disponibles, lo que no solo incrementará la oferta para los pacientes, sino que, como parte de este proyecto de mitigación, contribuirá a reducir el impacto tanto en los pacientes como en los funcionarios.

Además, en este corto plazo, seguiremos realizando distintos operativos de atención ambulatoria en especialidades prioritarias.

Como nos comentó el director, en este establecimiento se presentan situaciones que no se observan en otros. Un ejemplo de ello es que los operativos son organizados por los propios funcionarios. Sin ir más lejos, el operativo de glaucoma realizado el sábado pasado fue coordinado por los tecnólogos médicos, en el marco del mes del glaucoma.

En muchos hospitales, a veces se organiza el día del glaucoma y se habilita un *stand* de atención, pero aquí no es así. Aquí organizamos operativos y llevamos a cabo acciones concretas, lo cual es posible gracias al espíritu de los funcionarios y las funcionarias de este hospital.

También es necesario fortalecer la atención a distancia, lo cual implica reforzar continuamente la estrategia de telesalud y telemedicina. Además, debemos mejorar la gestión de pacientes a través de la contactabilidad, ya que estamos convencidos de que esta es una herramienta sumamente eficaz. En este contexto, estamos implementando una campaña de contactabilidad orientada a la lista de espera, la confirmación de citas y el reagendamiento. Para ello, estamos utilizando tecnología

innovadora, pues todos sabemos que la inteligencia artificial ha llegado para quedarse. Así es cómo estamos trabajando a través de plataformas de mensajería, como WhatsApp, para localizar a nuestros pacientes. La inteligencia artificial consulta si el paciente asistirá, lo confirma, y en caso de no poder asistir, ofrece varias respuestas posibles, tales como: "sí", "no" y "por qué". Todo esto es gestionado por la inteligencia artificial.

Creemos que eso es una gran ayuda, porque nos permite sectorizar a los pacientes y luego establecer un contacto mucho más cercano, siempre asegurándonos de que haya una relación humana.

Por el momento, esta herramienta nos permite segmentar a los pacientes de manera efectiva, y hemos obtenido excelentes resultados, los cuales continuaremos replicando, ya que el uso de la inteligencia artificial llegó para quedarse y ha arrojado buenos resultados con nuestros pacientes.

¿Cuáles son las estrategias a mediano y largo plazo?

En primer lugar, debemos fortalecer el capital humano. En este sentido, es fundamental capacitar permanentemente a nuestro personal, tanto médico como administrativo. Además, tenemos que aumentar la dotación médica mediante la incorporación de programas, especialmente en áreas críticas y programas de formación. Esta es una tarea continua que llevaremos a cabo año tras año, ya que forma parte de las necesidades de salud, así como del crecimiento y desarrollo de la salud y la medicina en el siglo XXI.

Debemos seguir potenciando la integración con nuestra red asistencial, en el entendido de que somos el único hospital de alta complejidad para una población de más de un millón de

habitantes. Esto exige un trabajo colaborativo y coordinado con nuestra red asistencial y con los distintos nodos.

Por último, debemos optimizar la gestión de atención ambulatoria. En este sentido, estamos realizando un trabajo muy interesante en la gestión de los boxes de atención, mediante la implementación de tecnologías informáticas.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Señor director, podemos otorgarle dos minutos adicionales. De lo contrario, nos quedaremos sin tiempo para proseguir con la sesión.

El señor **SALINAS** (director del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena).- De acuerdo, señor Presidente.

Para concluir, me gustaría referirme a la lista de espera odontológica y resaltar que somos el único hospital que dispone de urgencia odontológica, operando de lunes a domingo. Este hecho también nos diferencia de otros establecimientos de salud.

Todas las estrategias que hemos mencionado son acciones concretas. Sin embargo, quiero concluir destacando que, como mencionó nuestro director, hace dos días recibimos el seguimiento de las observaciones de Contraloría. En este informe, se indicó que en varios hospitales hubo problemas con el registro, incluyendo el ocultamiento de cartas que terminaron en los basureros. Estuve en la Región del Maule y tuve la oportunidad de ser testigo de lo ocurrido en el Hospital de Talca. Sin embargo, en nuestro caso, hemos salido bastante bien. Creo que esto es digno de resaltar. Tanto el servicio de salud como nosotros hemos recibido un informe sin observaciones, aunque con algunos aspectos que debemos mejorar, los cuales ya han sido subsanados.

Solo quiero felicitar a los funcionarios y expresar que el hospital no es solo un edificio ni una infraestructura. Lo que realmente caracteriza a este hospital son sus trabajadores y trabajadoras, quienes han demostrado que, a pesar de los déficits que podamos tener, somos un hospital que, dentro de la eficiencia hospitalaria, tal vez se encuentre entre los mejores del país.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- A usted.

Tiene la palabra el diputado Jorge Saffirio.

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, esta comisión investigadora surge a raíz de un problema que enfrenta el país, relacionado con las listas de espera.

Hemos recibido muchos antecedentes, entre los cuales se incluyen los datos sobre la cantidad de pacientes que conforman el registro de listas de espera a nivel nacional, y la Araucanía Sur lidera en términos de cifras. Asumamos que es así.

De hecho, según este documento elaborado por la Dirección de Salud Araucanía Sur, en la región hay 235.767 personas en lista de espera, lo que representa el 8 por ciento de los 2.991.312 pacientes que reciben atención en la zona. Por lo tanto, estamos ante un problema grave, ya que hablamos de casi tres millones de personas que esperan que el Estado aborde y resuelva esta situación.

También quiero señalar que este no es un problema exclusivo de este gobierno, sino que proviene de mucho tiempo atrás. Sin embargo, si somos capaces de asumir las cifras y el problema, estoy convencido de que podremos superarlo.

En este sentido, quiero plantear algunas consultas en relación con ciertos datos proporcionados por la Contraloría, que no coinciden con lo que se menciona aquí. Por ejemplo, el 27 de enero de 2024 se reportó que el Servicio de Salud Araucanía Sur redujo en 10 por ciento las listas de espera. Además, según los datos entregados por la entidad de salud de Cautín, durante el año pasado se realizaron 75.403 operaciones -esto lo señala la Contraloría; no, yo-, lo que representa un aumento del 5 por ciento en comparación con 2023. No obstante, posteriormente, en negrita y mayúsculas, la Contraloría señala que no hay antecedentes que respalden dicha afirmación.

Eso es lo que nos llama la atención en cada sesión, ya que recibimos información y diagnósticos muy buenos; pero, en realidad, no sabemos qué pasa ni cómo entender esto; cuál es la verdad.

Al continuar analizando este documento de la Contraloría, que en esta sesión se refiere exclusivamente a La Araucanía, podemos ver que, según consta en el informe, en promedio, una persona sin contactos ni familiares en el sistema de salud mantiene una espera promedio de 1.628 días para ser atendida. Repito, esto lo señala la Contraloría. Sin embargo, el mismo órgano contralor determinó que, en el caso de las atenciones a funcionarios y sus familiares, este promedio se reduce a 87 días.

Entonces, tenemos un gran problema, ¿no les parece? Insisto, lo dice la Contraloría, no lo digo yo.

Me gustaría que esos temas delicados que metemos debajo de la alfombra y que nos complican a todos, los pudiéramos conversar acá también, porque la idea no es que nos presenten números, cifras y que nos digan que hemos avanzado -incluso,

se reconoce que se ha disminuido-, pero conversarlo con la verdad. ¿Por qué lo digo? Porque hay 3 millones de personas que están esperando que todos nosotros, de alguna manera, busquemos cómo mejorar este sistema.

Escuchábamos cifras de cuántas personas mueren cada año. Hace un rato, en una entrevista, nuestro Presidente daba los números. Son personas que fallecen, y los que estamos acá somos los que debemos buscar una fórmula que vaya mejorando este sistema, sin ocultar números, sin listas de esperas paralelas, sin datos que, muchas veces, no son muy certeros.

Gracias, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Coca Ericka Ñanco.

La señorita **ÑANCO** (doña Ericka).- Muchas gracias, Presidente.

Primero, quiero partir saludando a todos los funcionarios y funcionarias de la salud que día a día dan lo mejor en su trabajo para atender a los miles de pacientes y usuarios del sistema de la red de salud pública a nivel nacional.

En segundo lugar, quiero reconocer también el aumento de la capacidad productiva de la red, que son los números que nos mencionaban acá las autoridades. El trabajo territorial en las comunas más pobres de la región, pues bien sabemos que para aquellos sectores más empobrecidos es más difícil llegar a la salud pública. También lo digo como exusuaria de las postas rurales de Puerto Domínguez, por ejemplo, o de la posta rural de El Temo, en la cual me tuve que atender, prácticamente, toda mi infancia.

Por supuesto, el aumento de la capacidad resolutive de la atención primaria es uno de los puntos principales para

prevenir las enfermedades de base, más que atacarlas. Acá estamos con un constante aumento de enfermedades como diabetes, hipertensión, sistema cardiovascular o cáncer, que hoy se ha transformado en una de las principales causas de muerte a nivel mundial; ni siquiera es hablar solo de La Araucanía, sino que a nivel mundial. Estos temas se deben tratar con atención primaria, porque siempre vale más prevenir que lamentar, así me decían cuando era chica.

El desarrollo de la estrategia colaborativa con el gobierno regional también es uno de los puntos principales que se debe trabajar cuando hablamos de salud pública, porque bien sabemos que el gobierno regional tiene recursos que se han invertido para fortalecer el sistema de salud pública.

Por otro lado, ha habido un uso más eficiente de los recursos, lo que ha permitido llegar a más personas y usuarios, además de priorizar aquellas comunas con mayor ruralidad, como Galvarino, Saavedra y Carahue. Esos son puntos principales para atender a los pacientes de mejor manera.

Sé que hay muchas cosas que debemos trabajar y para eso estamos acá, no solamente para trabajar en esta comisión especial, sino también porque es una labor que nos corresponde asumir año a año en la ley de Presupuestos. Valoro que estén los diputados de oposición en esta mesa, porque espero que, de esa manera, podamos también llegar a un acuerdo para aumentar los recursos para el sistema de salud pública.

Ahora bien, el sistema de copago cero ha permitido que miles de personas se puedan atender en el sistema de salud pública sin tener que pagar ni un peso, y acá también quiero dejar una experiencia.

El año pasado tuve una hemorragia intrauterina, un pólipo en expulsión. Ese día iba a viajar a China a un gran evento, invitada por el gobierno chino. Finalmente, no pude asistir; bueno, por algo son las cosas.

La verdad es que casi me morí ese día, me encontraron desmayada en el hotel donde me quedé esa noche. También fue de porfiada, porque siempre me enseñaron que había que trabajar y, a veces, uno deja un poco de lado la enfermedad pensando en que debe seguir haciendo sus cosas. En ese momento no fui consciente del nivel de gravedad que estaba sufriendo.

Acudí a mis amistades y cercanos para que me ayudaran, porque estaba en Santiago y, antes de irme de acá, me desmayé en el aeropuerto. En la Dirección General de Aeronáutica Civil (DGAC) me dijeron que era conveniente que no me fuera. Dije: No, me voy a ir, porque tengo el viaje, no me lo puedo perder, debo estar allá, tengo que trabajar. Me respondieron: Tome una ambulancia y váyase al hospital regional. Insistí: No, porque tengo que trabajar. Me voy a Santiago.

Cuando llegué a Santiago, me quedé durante toda la noche en un hotel, porque no me pude ir, no me sentía en condiciones. Me quedé en Santiago y traté de buscar la mejor alternativa para que me atendieran, porque uno piensa, erróneamente, que el sistema privado es mucho mejor en atención de salud, ya que también me recomendaron ciertas clínicas -que no voy a nombrar- para que pudiera ir a atenderme en ese proceso de hemorragia que estaba viviendo.

Llamé a las clínicas y me dijeron: No podemos atenderla. Por cierto, soy Fonasa, nunca he dejado de tener esa previsión de salud. Entonces, cuando me expresaron que no podía atenderme, porque era Fonasa, dije: Chuta, vale. ¿Y qué hago? Porque me

siento mal, y la verdad es que no me puedo parar. No me podía levantar de la cama en la que estaba, porque sangraba y sangraba, tenía un pólipo intrauterino que se estaba desprendiendo en ese momento y no lo sabía, pensaba que era un período "normal" de una menstruación "normal", y después me di cuenta de que no era normal.

Luego de eso, como pude, traté de llamar a una ambulancia. Me explicaron que no me podían atender -era una ambulancia privada, por cierto- y me dijeron: Debe pagar esta cantidad de dinero para poder ser trasladada y que la podamos rescatar. Dije: Bueno, ya, no es la plata lo que me afecta en este momento, pero necesito que me vengán a buscar. Y no me fueron a buscar.

En ese momento, traté de llamar a mis cercanos, a mis amistades e intenté pedir ayuda, porque, además, Santiago es tan grande y hay tantos lugares donde uno se puede atender, pero no conocía un lugar en específico. Las clínicas ya me habían cerrado la puerta, así que dije: Bueno, voy a un hospital. Prefiero entregar mis recursos a la salud pública que a la salud privada, que tampoco me está atendiendo.

En ese momento, de la DGAC me llevaron a una ambulancia. En esa ambulancia me fueron a rescatar y, finalmente, terminé siendo atendida en el Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, uno de los mejores hospitales ginecológicos en Chile, que atiende miles de partos todos los días.

Fue una situación en la que igual dije: Chuta, me van a atender acá, voy a confiar en el sistema de salud pública. Y la verdad es que fue bueno, porque recibí una de las mejores atenciones que pude haber tenido y terminé sin pagar ni un

peso, aunque soy Fonasa D. Ahí me di cuenta de que el sistema de copago cero funciona, y funciona para todos.

Solo quería saludar a los funcionarios de la salud pública, que todos los días atienden miles de casos. Todavía nos queda mucho por avanzar y vamos a seguir avanzando en esa línea.

Mi compromiso es con ustedes, porque ustedes son los que están día a día dando la batalla para atender a los miles de chilenos y chilenas en estos hospitales y en el sistema de salud pública, así que les agradezco.

Ahora me tengo que ir.

Muchas gracias, nos vemos en otra oportunidad.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Gracias, diputada Ñanco.

Tiene la palabra el diputado Miguel Mellado.

El señor **MELLADO** (don Miguel).- Muchas gracias, Presidente.

En su exposición, el director nos habló que se requieren 48.000 millones más del presupuesto normal para poder terminar con las listas de espera que hoy tienen.

¿Cuál es la cantidad de listas de espera que sacan anualmente, sin esos 48.000 millones más? O sea, ¿en cuántos años? Porque me acaba de escribir una persona que está viendo la sesión con mucho interés y me dice: Mire, hace cinco años que estoy esperando una hora para el médico otorrino, y me llaman una vez al año para preguntarme si todavía necesito la hora; o sea, ¿a cuántas personas más les pasa lo mismo?

Entonces, esto se va llenando con más listas de espera, pero, ¿cuántos, realmente, van saliendo de listas de espera sin este mayor presupuesto?

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

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

Me voy a referir al objeto de esta sesión. Estamos convocados hoy a sesionar en una comisión investigadora para indagar respecto de responsabilidades políticas en las listas de espera, y para proponer proyectos de ley o soluciones para resolver este problema.

Quiero referirme a las exposiciones en general. Si no conociera nada del tema y estuviese en esta sala escuchando las exposiciones, diría que está todo impecable y me iría feliz a la casa. Sin embargo, sé que esa no es la realidad y los colegas que están acá también lo saben, porque todos los días nos llaman personas para decirnos que están esperando hace dos o tres años.

Es verdad que estas listas de espera no son de este gobierno, eso es un hecho de la causa, vienen de atrás. Sin embargo, nunca habíamos tenido el nivel que tenemos hoy; eso también es una verdad.

Si estamos acá sesionando es porque, en mi caso, como diputado, el diputado Lagomarsino en su región empezó a recolectar firmas, consiguió las firmas necesarias en la Cámara de Diputados para constituir una comisión investigadora, y yo también conseguí las 52 firmas que se requerían para formar esta comisión. Así, fusionamos ambas y constituimos esta comisión que hoy está sesionando en Chile.

Nuestro objetivo no es buscar la cabeza de ninguna persona ni solicitar al gobierno la renuncia de nadie. Lo que queremos es que se sepa la verdad, que se transparente, que sepamos

cuáles son las listas de espera y que podamos conocer la propuesta de la autoridad.

Quiero preguntarle al director cuál es la realidad en la región y hacer algunas precisiones sobre las cifras, porque los datos son datos; uno puede tener sus opiniones, pero no sus propios datos.

Nosotros contamos con la glosa 6, la cual nos informa la ministra todos los meses. Al 30 de diciembre, no me cuadran los datos con las cifras que usted expuso, director. Usted menciona que son 235.000 los casos en lista de espera, pero esa no es la cifra correcta. La cifra real para Araucanía Sur es de 246.000, correspondiente a nuevas especialidades, y no 166.000. Existen 23.000 cirugías pendientes y más de 6.000 casos de listas de espera GES.

La lista de espera en Araucanía Sur hoy es de 275.000 casos. Esa es la cifra, no la que usted expuso. Insisto, uno puede tener sus opiniones, pero no sus propios datos. Esta cifra fue la que la ministra entregó al Senado y a la Cámara de Diputados. Quiero dejar constancia de ello.

Ahora bien, quiero preguntarle al seremi, en primer lugar, si tiene alguna incidencia en las listas de espera. ¿En la estrategia y en los planes, tiene facultades? ¿Incide de alguna manera como autoridad política o no incide en nada en materia de listas de espera?

En segundo lugar, quiero que informe a la comisión sobre cómo se prioriza la lista de espera. ¿Es por antigüedad? ¿Por gravedad? ¿Quién decide esa priorización? ¿O queda a criterio simplemente de un médico, quien determina qué casos se deben atender y cuáles no?

Una vez una persona que trabaja en este ámbito, a quien no nombraré, me dijo que los médicos piden que lleven solo "los filetes" para operar, término que se usa para referirse a las operaciones no complejas, mientras que las más complejas van quedando de lado.

Entonces, ¿quién decide? ¿Quién prioriza? ¿Es por antigüedad? ¿Por gravedad? ¿Hay un comité? ¿Son varios médicos o es una sola persona quien decide a dedo qué casos sí y cuáles no? Quiero saber el criterio que se utiliza.

Por otro lado, esta pregunta es la más importante que quiero que me respondan: quiero conocer la meta. De estas 275.000 personas, ¿dónde estaremos en seis meses? ¿Vamos a bajar 5 o 10 por ciento? Porque desde las cifras de septiembre a las de diciembre no mejoramos nada. La baja ha sido prácticamente marginal. Por lo tanto, quiero saber cuál es la meta.

En otro orden de cosas, me llamó la atención una cifra: hay 2.247 personas que se han ido al sistema privado, ya que nunca llegaron a ser atendidas; es decir, decenas, incluso miles de personas en esta región, se aburren esperando una hora y terminan yéndose a clínicas privadas. Las familias gastan lo que no tienen para ser atendidas, debido a que no hay respuesta del sistema público. Me preocupa esa cifra.

Respecto de los pabellones, el director mencionó que la productividad diaria de los mismos es de 5,1 en promedio, lo que está por sobre el promedio. ¿Tienen las cifras del sistema privado? ¿Cuál es la productividad de las clínicas privadas? ¿Cuál es la productividad de la Clínica Alemana, por ejemplo? Si existe esa cifra sería bueno comparar, aunque sé que no podemos compararnos con las clínicas privadas.

Nuestro cuestionamiento no es en absoluto hacia los funcionarios. Vaya todo nuestro reconocimiento personal hacia la labor que realizan los médicos y los funcionarios. El problema no es el personal. Quiero que vayamos a la raíz del tema. ¿Faltan especialistas? ¿Cuántos faltan? ¿Faltan pabellones? ¿Cuántos faltan? ¿Cuánto cuesta eso?

Nosotros tenemos que hacer propuestas y proponerle al gobierno soluciones para resolver el tema de los especialistas, ya que ese es un problema. En lo personal, no me parece justo que un especialista se forme con una beca y luego aporte bien poco al sistema público. Por eso, siendo una persona de oposición, estoy trabajando en una propuesta respecto del tema de las especialidades, porque actualmente la clínica privada paga una multa y se lleva al especialista a trabajar con ellos. En consecuencia, vamos a presentar un proyecto de ley para que eso sea distinto; que no sea por recursos, sino una obligación. Necesitamos definir un plazo de entre tres, cuatro, cinco años [...]. Debemos tener gente dispuesta a trabajar al menos por tres o cuatro años en el sistema público. Y si no cumple, el proyecto de ley debería establecer la suspensión de su licencia de especialidad; es decir, debería haber una obligación de aportar al sistema privado, al menos, por tres o cuatro años.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Miguel Ángel Becker.

El señor **BECKER**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo a todos los presentes.

Agradezco este espacio para conversar y presentar algunas propuestas.

Quiero referirme también al tema que nos convoca. No soy parte de la comisión especial investigadora, pero quise venir,

precisamente, por tratarse de nuestro hospital regional y, por supuesto, de nuestra gente de la Región de La Araucanía.

Quiero referirme a algo que también mencionó el diputado Henry Leal, a propósito de que debemos fijarnos metas. Si nos convocamos acá dentro de un año y las listas de espera siguen igual o peor, significaría que perdimos el tiempo y todos tenemos otras cosas que hacer también.

Por lo tanto, considero importante que nos pongamos metas. Esto no es de este gobierno ni del anterior, porque vengo escuchando hablar sobre este tema desde que era alcalde; a partir de 2004, cuando postulaba, comencé a escuchar sobre las listas de espera y de la complejidad del tema, lo cual entiendo, al menos en parte, a propósito de lo que me correspondió hacer dentro de los cesfam, cuando quisimos mejorar la atención primaria hasta el punto de lograr que no todo se derivara a los hospitales, sino que lográramos parar algunas cosas dentro de la misma. Esto incluyó el aumento de atención odontológica y laparoscopías, lo que no era parte de las funciones del municipio, pero la idea era colaborar precisamente con lo que ustedes hacen, que sé que implica un gran esfuerzo.

Se lo dije a nuestro director, el señor Mauro Salinas, mi madre estuvo internada aquí durante diez días y la atención que recibió fue espectacular. Mi madre sigue viva gracias a la atención recibida en el hospital.

Dicho eso, quiero plantear una pregunta y una propuesta. Debemos trabajar con nuestras universidades. Las universidades de la región, especialmente la de Temuco, tienen odontología y otros ámbitos del quehacer de la medicina. Están disponibles para trabajar; lo conversé con la Universidad de la Frontera y, recientemente salí de una reunión con la Universidad

Católica, con Marcela Momberg. Además, he conversado con el rector Teodoro Ribera. Las universidades están disponibles para ver de qué forma pueden aportar, probablemente con algunos recursos, para que a ustedes se les aliviane la carga. Sé que hoy la situación es muy compleja, ya que se habla de alrededor de tres millones de personas esperando atención.

Francamente, considero que la mayoría de las personas que trabajan en el área de la salud lo hacen de manera profesional, de buena forma, y le ponen empeño todos los días. Hay grupos, por supuesto, como los hay en todos lados, incluso entre los diputados, a los que no les interesa hacer la pega, pero eso será motivo de otra conversación.

Pero lo que quiero sugerir es que nos contactemos con las universidades y avancemos en este tema, para que puedan colaborar en reducir las listas de espera. Para eso, debemos establecer tareas: ¿cómo estaremos el 31 de diciembre de este año? ¿Qué sucederá en 2026? Probablemente, algunos de nosotros ya no estaremos aquí, quizás algunos de ustedes tampoco van a estar. Algunos habrán jubilado o ya no estarán ejerciendo esta labor. Sin embargo, esta tarea supera los espacios de cuatro años de los diputados o de los gobiernos correspondientes. Es nuestra comunidad a la que debemos atender; debemos preocuparnos por ella. No podemos ser insensibles ante una situación de salud tan compleja.

¡Dios nos bendiga en esta tarea, a todos, para que podamos hacer mejor nuestro trabajo!

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Esta comisión investigadora recoge dos puntos: el volumen y las

características de las listas de espera, y, en segundo lugar, los informes de la Contraloría.

Entiendo que ayer recibieron el informe de seguimiento de la Contraloría, les agradecería que nos lo mandaran, porque hoy tenemos ante nosotros el original y no decía cosas muy buenas. El informe de la Contraloría señalaba que dos personas fueron egresadas por fallecimiento, pero no estaban fallecidas; que había 1.310 registros de consulta de nueva especialidad ingresados al repositorio local, que no estaban en el sistema nacional Sigte; para intervenciones quirúrgicas, 16.000, y registros de egresos sin estar en el Sigte, 5.072 para consulta de nueva especialidad y 1.790 para intervenciones quirúrgicas. Esto significa que ambos sistemas claramente no están conversando, así que no estaban aparejados. Además, dos pacientes que fueron egresados por atención realizada ya habían sido atendidos en el extrasistema, de acuerdo con la documentación que estaba cuando Contraloría revisó las fichas, entre otros tantos datos.

De hecho, quiero destacar lo que dije del Hospital de Temuco, pero hay un caso muy aberrante de una paciente del Hospital de Angol, para la cual se había solicitado el pabellón el 26 de octubre de 2016 y entró al repositorio local de lista de espera, no al Sigte, el 1 de junio de 2023; es decir, estuvo 2.409 días entre que se solicitó el pabellón y que ingresó al repositorio local de lista de espera.

Tenemos el informe de la Contraloría, que trae una docena de casos similares.

En ese caso fueron 2.409 días. Hay otro en que se solicitó el pabellón el 7 de abril de 2016 y la persona fue ingresada al repositorio local el 1 de junio de 2023; es decir, transcurrieron 2.611 días entre la solicitud de pabellón y la

entrada al repositorio local de lista de espera para que exista esa solicitud de pabellón. Hay más casos. Todos tienen a la vista dicho informe. No me voy a extender más respecto de eso, pero es importante saber qué se está haciendo para corregir esto.

Hoy citamos al director del servicio de salud y al director del Hospital de Temuco, porque este último es el servicio más grande y el que absorbe la gran demanda de la región. Pero el seremi algo tendrá que decir también respecto de la realidad del hospital de Angol, por cuanto se debe enviar un papel desde la solicitud de pabellón hasta que se ingresa al repositorio local; más encima, después ni siquiera son cargados, de acuerdo con lo que informa la Contraloría, pues hay 16.645 casos de intervención quirúrgica y 1.310 de consulta de nueva especialidad.

Este servicio de salud puede tener una productividad, ya que es el tercer servicio de salud a nivel de país con el mayor promedio de espera en consultas de nueva especialidad. El que mayor promedio tiene es el Servicio de Salud Metropolitano Norte con 650 días; Antofagasta, con 555, y Araucanía Sur con 492. Evidentemente, eso nos levanta una alerta, independientemente de la productividad.

Hay algunos datos que, por lo menos a mí, en particular, no me son muy coherentes, porque el director del servicio dice que los egresos son 105.904 de consultas de nueva especialidad para 2024, pero el informe de listas de espera, para el mismo ítem y período, habla de 96.587 egresos. Entonces, ¿estamos hablando de egresos por causal 1, es decir, atención efectivamente realizada, o hay otros números ahí adentro? Lo digo, porque estuve tratando de sumarlos con los de odontología y quirúrgica, y evidentemente no daban los números. De hecho, en intervención quirúrgica, ustedes hablan de 26.212 egresos,

pero el informe del ministerio nos refiere a 21.120 egresos. Es decir, ¿por qué tenemos esa diferencia entre el ministerio y los egresos con respecto a ustedes? ¿Estamos hablando de atenciones efectivamente realizadas o comprendemos dentro de eso algunas otras causales de egresos de las listas de espera?

También es importante indicar que es el segundo servicio con mayor suspensión de pabellón a nivel nacional, solo superado por el Metropolitano Sur Oriente, que tiene 3.110 suspensiones de pabellón en 2024 y Araucanía Sur con 1.937 suspensiones de pabellón.

Hay una cuestión, y con esto voy terminando, que me llama mucho la atención, en términos de la lista de espera quirúrgica entre mayo y junio.

En términos de mediana de tiempo de espera, ustedes indicaron que en mayo tenían 641 días de mediana de espera y al mes siguiente 268 días de mediana de espera. Pero si uno se va a los números -de hecho, ni siquiera comparémoslo con el mes inmediatamente anterior, sino con marzo para comparar peras con peras-, la mediana de tiempo de espera quirúrgica era de 655 días en marzo y de 268 días en junio. Pero si uno va al volumen de registro de espera quirúrgica en el mismo período, pasamos de 13.566 a 21.417 casos en lista de espera quirúrgica, según informe del Ministerio de Salud.

Entonces, no me es coherente un quiebre de la mediana de tiempo de espera de tales características con un aumento del volumen de estas características, para ser superhonesto. De hecho, si vamos a la mediana del informe del Minsal, son 655 días de espera en marzo versus 268 en junio, que tampoco calzan exactamente. Es decir, no calza exactamente el período de marzo, pero sí el de junio.

Ahora bien, esta es la cuarta sesión en terreno. A decir verdad, nadie de los que están en este auditorio quiere avanzar

en esta materia. Lo quieren ustedes como autoridades, director de hospital, servicios, seremis, como también los funcionarios y nosotros. Todos queremos avanzar en esto; incluso, a veces uno es muy autocomplaciente en salud. Como trabajé en salud, de repente entre las paredes del hospital, que entra, que sale, que va de turno a su casa, uno cree que lo está haciendo todo maravilloso y de repente no lo estamos haciendo tan maravilloso.

Estando acá -lo tomo de la presentación que hizo la directora del Servicio de Salud de Arica-, puedo señalar que la última diapositiva era la pedida. Esto es lo que necesitamos.

Efectivamente, nosotros conocemos los números, los tenemos en la glosa y los estudiamos. Aquí los diputados integrantes de la comisión han hecho un buen trabajo de estudio. Yo lo vengo haciendo desde hace muchos años, pero ellos se metieron en el tema.

Desde esa perspectiva, ¿qué es lo que necesitan? ¿En qué podemos colaborar desde el Poder Legislativo para empujar con el ministerio? Porque a veces el director del hospital no quiere quedar mal con el director del servicio de salud, y el director del servicio no quiere quedar mal con el subsecretario, y el subsecretario no quiere quedar mal con la ministra, y todos dicen: "No, está todo perfecto".

¿Qué necesitan? Lo señalo porque, finalmente, la gracia no es hacer un informe que diga que todo está bien y no se necesita nada.

Con eso termino.

A continuación, ofreceré el uso de la palabra en el mismo orden y terminamos este bloque.

Tiene la palabra el señor Ricardo Cuyul.

El señor **CUYUL** (secretario regional ministerial de Salud de la Región de La Araucanía).- Señor Presidente, como autoridad

sanitaria, tenemos funciones de fiscalización, regulación y rectoría. No obstante, según el ordenamiento jurídico de la ley orgánica del Servicio de Salud, la ley de autoridad sanitaria, el Código Sanitario, no tenemos facultades para fiscalizar y regular, por ejemplo, la materia de la incumbencia de esta sesión.

Muchas gracias.

El señor **LAGORMASINO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Vladimir Yáñez.

El señor **YÁÑEZ** (director del Servicio de Salud Araucanía Sur).- Señor Presidente, agradezco la pregunta, porque nos va a permitir clarificar algunos aspectos.

En primer lugar, efectivamente, este es el informe final de seguimiento a las observaciones de la Contraloría N°428-2024, del 20 de marzo de 2025, y aquí están todas las observaciones subsanadas de este servicio y de este hospital, todas.

(El director del Servicio de Salud Araucanía Sur muestra un documento)

Eso significa que, con la respuesta que preparamos, en conjunto con los equipos, se dio respuesta a las observaciones de Contraloría. Podemos compartir esta información, para que ustedes lo tengan, porque se trata de un documento oficial y nosotros no mentimos. Somos funcionarios públicos, y la integridad es un valor que se refleja a través de actos administrativos.

Insisto, la función pública debe ser valorada y validada en ese sentido.

Efectivamente, cabe señalar aquí que las fuentes de información pueden ser distintas. La fuente de información con la cual trabajamos es la fuente oficial, Sigte. Los datos que

obtenemos son de Sigte, y usted bien sabrá, Presidente, que el Sigte ha tenido algunas dificultades, que es un repositorio. Nosotros no digitamos en Sigte, sino que esta plataforma absorbe la información desde nuestro sistema Ssasur. Hay que señalar que el Sistema de Salud Araucanía Sur es potente, porque absorbe 18 de las 21 comunas de esta provincia. Por lo tanto, la información tiene trazabilidad y coherencia.

Cuando nosotros hemos contrastado información con el Sigte, hemos encontrado que el 93 por ciento de las dificultades en términos de información no es de Araucanía Sur, sino del Sigte, y eso es importante. Si usted me pregunta qué deberíamos fortalecer. Respondo que la herramienta Sigte, para tener información oportuna y de calidad. Al día de hoy, estamos trabajando con fuente Sigte de diciembre de 2024, y estamos en marzo.

Por lo tanto, hay un desafío en el cual trabajar para avanzar en aquello, y sé que el Ministerio de Salud, la ministra, en particular, y el subsecretario están comprometidos con aquello. Entonces, creo que por ahí puede haber algunas diferencias, pero, como le digo, la fuente es Sigte y la podemos entregar en cualquier instante.

Después, en relación con los costos de las listas de espera, que es una de las estrategias que evidentemente queremos fortalecer, queremos trabajar con nuestros propios equipos de funcionarios en horario no funcional. Creo que los recursos son necesarios para ello. Tenemos una alianza estratégica en desarrollo con la Universidad de La Frontera, con la Universidad Mayor, la Universidad Autónoma, y pronto nos estaremos vinculando con la Universidad Católica de Temuco, puesto que era la única con la que no teníamos un convenio

asistencial docente para la formación de especialistas y subespecialistas.

¿Por qué? Como la formación de especialistas es un proceso centralizado, no regional, si nosotros aquí, en el Hospital Doctor Hernán Enríquez Aravena, formamos un oftalmólogo al año, porque se forma uno, ese oftalmólogo puede ser derivado a Arica o puede ser derivado, desde el nivel central, a Puerto Montt. Entonces, lo que estamos pidiendo es que las estrategias sean de carácter territorial, y eso favorecería la formación de especialistas, subespecialistas y de todo.

Al respecto, quiero hacer una distinción, que sucede a menudo con el uso del lenguaje. Nosotros, como equipo, no hablamos de ley médica y ley no médica, sino de personas que trabajan en salud. ¿Por qué lo digo? Porque comenzar desde la negación de la profesión de otro, no me parece adecuado. Porque la forma de resolver, por ejemplo, la salud oncológica, tiene que ver con potenciar la enfermería oncológica. Señalo esto, porque tenemos dos oncólogos en este hospital, y, si usted se da cuenta, la producción aumentó en 2023 y 2024. Ahí está la razón de por qué nos demoramos más. Porque tenemos dos oncólogos.

¿Por qué tenemos problemas en genética? Porque en esta región no había genetista hasta ahora, que trajimos uno. El único que había no trabajaba los viernes. Sin embargo, cuando hablamos de oftalmología, tenemos varios oftalmólogos, pero trabajan once horas.

Entonces, son situaciones que necesitamos, como fortalecer la formación, y a quienes formamos en esta región, que es el 76 por ciento de los estudiantes de medicina o de cualquier carrera de la salud, se quedan con nosotros cuando son formados aquí. Los que se van son los que no están formados en la

Universidad Mayor, en la Universidad de La Frontera, en la Universidad Autónoma y, prontamente, en la Universidad Católica, porque aquí hay arraigo, porque aquí hay compromiso con la región.

Lo que queremos hacer es que la carrera comience, como se hace en la educación dual, como en el modelo alemán o suizo, en que, si comenzamos a hacer prontamente esa cercanía en lo cultural y en la formación, vamos a poder retener a esos especialistas. Eso debemos hacer.

Y no está todo impecable, diputado. Porque nosotros sabemos perfectamente el dolor que sufren las personas en la espera, porque mis padres se atienden en la salud pública.

Nuestra meta es la formación de 120 especialistas y subespecialistas. Esa es la meta de formación, que es la brecha que tenemos hoy.

La brecha en diez años son cuatrocientos especialistas en esta región. ¡Cuatrocientos especialistas a diez años! En eso se considera el flujo normal de ingreso y salida de especialistas, y también cuál es la necesidad del aumento de la población. Esa es la condición con la que nos enfrentamos hoy día.

Cabe señalar que nosotros somos Araucanía Sur, diputado, y no tenemos incidencia en Angol, que corresponde a Araucanía Norte. A nosotros también nos hubiese gustado que estuviera presente el Servicio de Salud Araucanía Norte, porque es necesario comprender que el trabajo colaborativo y en conjunto favorece la atención de las personas, porque nosotros también atendemos a los pacientes de Victoria, Traiguén y Angol.

Las características de los egresos, efectivamente, tienen una condición de atención, tanto administrativa como en producción, en algunos aspectos, y en lo otro tiene que ver con causa 1. Entonces, podríamos revisarlo después o desagregar cuáles son los que tienen algunas diferencias.

Los criterios de priorización están claros, porque la ley así lo establece. El primer criterio de priorización es biomédico. El primero es la patología asociada y la gravedad de la misma, y eso está fortalecido, además, por la propia ley, la ley GES, cáncer y la urgencia. Después de eso, en nuestra realidad, está la condición territorial a la cual nos enfrentamos, porque eso también es una realidad distinta. Por eso, el desarrollo con los hospitales de mediana complejidad. La priorización, por tanto, responde a aquello. No tiene otra condición.

Tampoco, en este hospital, fuimos el caso que se hayan relevado o encontrado familiares de pacientes o funcionarios atendidos antes que el resto de pacientes en listas de espera. Eso ocurrió en el hospital de Angol, que depende del Servicio de Salud Araucanía Norte.

Sabemos que tenemos una brecha importante en salud mental y que debemos fortalecer lo oncológico. Hemos atraído, como nunca, especialistas y estamos buscando a otras personas que quieran allegarse, y lo que necesitamos, si ustedes me preguntan por algo concreto, es, primero, la modificación específica en términos de la formación de especialistas y la posibilidad de aumentar esa capacidad formadora, porque en nuestro territorio las universidades están disponibles para hacerlo.

Tenemos dificultades en términos de la capacidad desplegada en los hospitales de mediana y baja complejidad. Para eso, estamos elaborando una estrategia de desarrollo de especialidades en esos nodos, como también, como nunca, porque ese es el trabajo que se está haciendo, los médicos, odontólogos, profesionales de este hospital, de los hospitales de Nueva Imperial y de Villarrica están yendo a operar a Cunco, a Puerto Saavedra, a Carahue y, prontamente, a Galvarino, con el uso de sus propias instalaciones para aumentar la resolutividad en esos establecimientos y usando pabellones que hoy no tienen esa tasa de uso.

La meta es una que nosotros queremos comprometer, una de aumento. Hoy estamos en un 17 por ciento de la línea base de 2019 y queremos comprometernos con el 25 por ciento de la rebaja en listas de espera. Eso es lo que queremos ver.

En días, habría que ver, no los he calculado, para tener las medianas y tener eso claro, y que, obviamente, que no sea por egresos administrativos, sino por atención, principalmente. Aunque los egresos administrativos bordean normalmente el 18, el 17 y hasta el 20 por ciento en nuestro servicio, que es menor a otros servicios de salud.

Efectivamente, tenemos un número importante de suspensiones, pero porcentualmente eso representa menos del 5 por ciento.

¿No sé si hay otra consulta?

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

El señor **LEAL**.- Señor Presidente, el Servicio de Salud Araucanía Sur tiene más de 2.100 suspensiones de cirugías, o sea, gente que lleva esperando entre tres y cinco años, llega

al hospital y le avisan el día antes que se le ha suspendido su cirugía.

Entonces, me gustaría conocer el plan que tiene el director para evitar estas suspensiones porque son más de 2.000 casos. Cuál es su estrategia. Insisto, hasta ahora no he escuchado ninguna autocrítica del director -y lo personalizo en usted, porque el seremi no tiene facultades en este tema- diciéndonos que aquí han fallado. Por el contrario, para él todo está fantástico, pero creo que no es tan fantástico.

Nosotros reconocemos los esfuerzos de los funcionarios, pero aquí hay un tema de gestión, no todo es recurso, también es gestión. Y le deseo, director, que le vaya muy bien. Usted llegó hace un mes, y ojalá le vaya muy bien, y vamos a estar disponibles para apoyar, porque, al final, para qué estamos acá, porque queremos que haya menos listas de espera y menos tiempo de espera, simplemente eso y que el tema mejore, nada más que eso. Eso nos motiva.

No veo ninguna autocrítica de verdad, y uno quisiera escuchar dos cosas: autocrítica y las metas. Ya sabemos por el director que hay 25 por ciento en las listas de espera. Esa es una buena meta y esperamos que se cumpla, y vamos a ayudar para que se cumpla, pero no nos digan que está todo bien porque no está todo bien.

Cuando voy al Hospital de Carahue, que es mi comuna, donde vivo, y le pregunto a la directora qué le falta y me responde que no le falta nada, me sorprende, porque la gente reclama que llega a las cuatro de la mañana y que los exámenes demoran seis meses.

Entonces, lo que pasa es que los directores de hospitales le tienen miedo al director del servicio, por eso no transmiten lo que está pasando en los hospitales. Esa es una realidad.

-Manifestaciones en la sala.

[...]

Perdón, señor Presidente, le pido que llame al orden, porque esto no es una asamblea, es una sesión de comisión. Si a alguien no le gusta mi opinión puede después rebatirme.

Como digo, eso es lo que pasa, porque eso es lo que no transmiten en privado. Es la realidad, y eso no puede ocurrir, porque acá queremos mejorar.

Por consiguiente, quiero saber qué va a hacer el director para reducir los tiempos de espera, porque somos el tercer servicio, después de Santiago, que tiene más tiempos de espera en especialidad, y, también, qué va a hacer para evitar la suspensión de las cirugías porque es un tema muy complejo.

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

El señor **MELLADO** (don Miguel).- Señor Presidente, sin esos 48 mil millones para terminar las listas de espera ¿cuánto vamos a avanzar? Bueno, dijo un 25 por ciento, o sea, 59.000 ¿Cómo se desglosa eso? ¿En consultas de especialidad, cirugías, consultas integrales odontológicas? ¿Dónde van a ir esos 59.000? Y de esos, ¿cuántos nuevos ingresan? A lo mejor van a ingresar más. Entonces, ¿cómo paramos este tema?

Por otra parte, cómo abordan las listas de espera, porque, según la Contraloría, los parientes de los funcionarios esperan 87 días, en tanto que quienes no tienen contactos esperan 1.600 días. Entonces, cómo funciona el tema de las listas de espera.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el director señor Mauro Salinas.

Pido el acuerdo para prorrogar hasta las 13:00 horas.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

El señor **SALINAS** (director Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena).- Señor Presidente, primero, agradezco los buenos deseos y la oportunidad de tener esta instancia. Nosotros lo estamos viendo así, transparentemente, como una oportunidad, tanto el servicio de salud como nosotros, como hospital.

Para dejar claro, nosotros no somos de los que no reconoce que hay cosas que mejorar, lo tenemos absolutamente claro; pero sí debemos ser enfáticos en que hay factores que van más allá de lo que uno pueda gestionar. Cuando hablamos de que tenemos doce pabellones y de que hay hospitales que tienen el doble de pabellones, bueno, ahí hay un tema que es mayor.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Disculpe, director, ¿puede sentarse junto a nosotros? Es por un tema de transmisión.

El señor **SALINAS** (director Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena).- Como dije, hay factores que debemos tener claros.

En primer lugar, no estamos diciendo que no haya cosas que mejorar; hay muchos aspectos que mejorar. Los declaramos en acciones a corto, a mediano y a largo plazo, que fue la exposición que se dio y, si gustan, se la vamos a enviar para que esas acciones sean concretas. Ahí pueden encontrar desde la contactabilidad, desde el reservar el uso de pabellones, hay varias acciones concretas que estamos mostrando y se las vamos a enviar para no entrar en detalle y no hacer la

presentación nuevamente, pero son acciones concretas de cómo pensamos hacer uso y optimizar los pocos recursos que tenemos, que nos obliga a priorizar.

Hay varios criterios de priorización, y el director fue sumamente enfático. Señaló, primero, el riesgo vital, y ese es el primer síntoma, el riesgo sanitario. Entonces, obviamente, dentro de esa priorización tenemos que después avanzar en lo que son las listas de espera y siempre pensando en lo más antiguo.

Cuando hablamos de metas, fuimos enfáticos en señalar que esto necesita recursos, y esta fue la pedida que nosotros hicimos, está clara, está concreta, está contabilizada, porque costeamos cuánto nos iba a salir, y otras estrategias más que también están.

Entonces, creo que también es interesante reconocer que no estamos bien en todo, que tenemos cosas que mejorar, pero aquí también necesitamos el apoyo, de ustedes, como comisión, como Cámara de Diputados, para que podamos avanzar en esta materia. Y cuando me preguntaron cuánto hacía el mundo privado, les puedo traer esos datos, pero lo único que les puedo transmitir es que nosotros, como públicos, somos referentes del mundo privado en lo que es producción de pabellones. La Clínica Alemana, la Clínica Las Condes, que particularmente conozco, hacen dos a tres por pabellón, nosotros hacemos 5,2.

Por lo tanto, ahí estamos viendo que efectivamente el sistema público funciona, y funciona bien, y particularmente funciona bien aquí en Temuco.

Y cómo queremos bajar esas suspensiones, que son bastante más bajas -después podemos revisar el dato en general-, sobre todo porque tenemos un 97 por ciento. Siempre nos hemos

organizado, como dijo el director, con cifras oficiales, y la cifra oficial en este caso es del Sigte al 31 de diciembre de 2024.

Hay montones de acciones que van en esa línea, desde la contactabilidad, desde la preparación, desde los controles de los pacientes, etcétera. Es así como estamos funcionando, pero eso no amerita que tengamos aún cosas que cambiar, desde el agendamiento, desde ciertas orientaciones que nos tienen que dar y esos son los mecanismos que estamos resolviendo como establecimiento.

Con eso creo haber contestado, en parte, sus preguntas.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Muchas gracias, señor seremi, señores directores, les agradecemos por haber estado con nosotros.

Enseguida, pido que pasen a la mesa el presidente regional de Temuco del Colegio Médico, doctor José Marcos Cuminao; el representante de la agrupación Enfermos Cáncer Hospital Regional de Temuco, señor Orlando Cotal, y a la presidenta de la Asociación de Funcionarios del Hospital Temuco, señora Teresa Saavedra.

Tiene la palabra el diputado Henry Leal.

El señor **LEAL**.- Señor Presidente, solicito el acuerdo para que la multigremial también pueda hablar.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo?

Acordado.

Entonces, les pido que se identifiquen antes de hacer uso de la palabra. Diez minutos, idealmente, y en el mismo orden.

El señor **CUMINAO** (presidente del Consejo Regional Araucanía del Colegio Médico de Chile).- Muy buenas tardes, mi nombre es José Marco Cuminao. Soy médico, presidente del Colegio Médico Regional Araucanía, porque representamos a toda la Región de La Araucanía.

Quiero agradecer la presencia de los honorables diputados en esta tremenda instancia. Para nosotros es muy importante saber que nuestras autoridades están bajando a terreno y que están intentando conocer la realidad local, en la búsqueda de una solución a un problema tan complejo y tan doloroso para todos, como alguien dijo, en el sentido de que en la resolución de la lista de espera hay gente que está en este momento tratando de resolver un problema de salud, que siempre son complejos.

En primer lugar, desde el punto de vista gremial, con mucha responsabilidad -tenemos autocrítica-, puedo afirmar que este es un hospital donde los funcionarios hacen la pega. Tenemos esa sensación todos los días, en los distintos niveles de acción en los que estamos, y, por supuesto, el trabajo se hace de buena forma, se hace de la mejor manera posible, con los recursos que existen y con las condiciones laborales que existen que, por cierto, siempre pueden mejorar.

Hace exactamente un mes, como el señor director acaba de mencionar en el acto de cuando llegó el nuevo director del hospital, aquí estaba lleno de funcionarios, representantes, y el director de servicio dijo: ¿Cuáles son las metas? ¿Cuáles son las expectativas de los funcionarios? Y en una asamblea rápida, salió el tema de las listas de espera, de la oncología y de la salud mental. Esos fueron los tres puntos que se mencionaron acá, desde el punto de vista de los funcionarios.

Solamente quiero decir que la salud mental es como el hermano olvidado de toda esta historia. Por favor, no olvidar en toda esta discusión, desde el punto de vista de las atenciones de especialistas, como también de las atenciones hospitalarias, que la salud mental está siendo olvidada. Después de la pandemia hemos tenido un aumento increíble, porque muchas de nuestras camas están ocupadas por pacientes de salud mental y no necesariamente están siendo bien manejados, porque no existen todos los recursos necesarios. Así que es una de las cosas muy importante que les quería decir.

Segundo, se mencionó al pasar el tema de los médicos que devuelven o no devuelven su especialidad. Quiero decir que eso está definido por ley y que hay una instancia que se llama PAO, en que cada especialista que postula a una beca tiene que devolver el doble de los años que la hizo; o sea, una beca de tres años, significan seis años de devolución y eso se cumple, prácticamente, en el grueso de los de los médicos y, excepcionalmente, algunos médicos pagan o una institución les paga para irse, eso es una excepción. Está calculado, es aproximadamente un 3 por ciento, no es relevante creemos nosotros. Como colegio tenemos que ver algunas solicitudes de colegas que se quieren cambiar de lugar, porque están casados, tienen devoluciones distintas, asuntos familiares, problemas que a veces son de mucho peso, como enfermedades, en fin. En esos casos hacemos alguna intervención para solicitar los servicios o algún cambio. Pero, en realidad, estamos en la línea de que los colegas cumplan lo que tienen que cumplir. Y quiero ser muy claro en eso.

Por otro lado, sobre la lista de espera, que hay tanto que decir y que es una mirada con tantas variables, hay que tratar de orientarse, tal como decían acá, sobre qué es lo que nos

falta para poder resolver esto. Hemos tenido distintas experiencias como el informe de Contraloría, conocimos el informe de septiembre de 2024, que mencionan los diputados, pero no conocemos este último que salió acá, y cuando uno revisa los datos -y ahí va el primer análisis, la primera solicitud-, hay un problema con los datos, claramente. Hay un problema, porque no puede ser que en algún momento los datos ministeriales se crucen con los datos del servicio y que no haya una coincidencia real, me consta que muchas veces el ministerio también comete errores, lo he vivido en distintas situaciones. Por lo tanto, para hablar de listas de espera es fundamental definir nuestro N, definir las listas de buena forma, depurarlas para entender cómo se tiene que resolver esto.

Por otra parte, una vez resuelto el problema de los datos, creemos que hay un problema de gestión que tiene que ser resuelto en los niveles que corresponda. Como colegio hemos estado permanentemente colaborando, no nos compete hacer gestión sobre el tema, pero sí colaborar. Y quiero detenerme ahí un minuto, porque el año pasado, después de vivir la peor crisis financiera que este hospital ha vivido, hicimos una campaña como Colegio Médico nacional y como Colegio Médico local, le consta al diputado Miguel Mellado, con quien estuvimos, como miembro de la Comisión de Salud, reuniéndonos para buscar una solución a este tema, y finalmente el Colegio Médico hizo una propuesta: vamos a valorizar la lista de espera actual. Y se valorizó, según los organismos técnicos del Ministerio de Salud, con otros economistas, en 750.000 millones. Y el Colegio Médico dijo: ¿qué tal si valorizamos eso? Lo aceptamos y decimos: dividamos en tres cuotas y enseguida trabajamos en tres años, y en tres años liquidamos

este problema. Resulta que se llevó a la Cámara de Diputados y se aprobó y entendemos que también se aprobó que hubiese una comisión que regulara este gasto, porque entendemos que este gasto tiene que ser evaluado. Formamos parte de esa comisión, pero no sabemos qué pasó.

En algunos servicios esto funciona, en otros servicios no, pero quiero dejarlo establecido acá, porque es un acuerdo político superimportante, donde se generaron 750.000 millones frescos de presupuesto para resolver la lista de espera.

Entonces, hay que revisar en qué está; entiendo, como digo, que a nivel nacional sí está funcionando, pero no sé dónde está esa plata y lo hemos conversado en nuestra buena relación que tenemos con los directores de servicio y esta información no ha bajado. O sea, no es la información que aparentemente han bajado los distintos servicios.

Por último, para ir terminando y dejar espacio para los demás, creemos que...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Todavía tiene cuatro minutos.

El señor **CUMINAO** (presidente del Consejo Regional Araucanía del Colegio Médico de Chile).- Perfecto.

Entonces, creemos que el tema de la brecha de especialistas se debe resolver a través de la creación de concursos locales y ahí tomo las palabras del director, lo compartimos, lo hemos conversado en todos lados. Hemos ido a La Araucanía norte y allá tienen el mismo problema. El problema de La Araucanía norte es aún más serio, pues tienen menos especialistas que acá. La única solución para eso, es que la gente que se va a formar estén arraigados en la sociedad, en la comunidad, de lo

contrario, no se van a quedar, van a devolver sus seis años o sus cuatro años, según corresponda, y luego se van a ir. La única manera es tener gente formada a nivel local, que se comprometa con la comunidad. Y hay gente dispuesta a eso, pero hay que dar una mirada distinta.

Para ir terminando la idea, el tema financiero y el tema presupuestario, nos parece fundamental cualquier cosa que hagamos y que definamos en términos de labor, hay que preocuparse del financiamiento, porque sin invertir extra no hay forma de resolver esto, como dije recién respecto de esta propuesta que hicimos y que fue acogida.

Una cosa que me preocupa cuando revisamos los datos locales, que comparto en gran medida -hay algunos datos que no conozco- es el de la ocupación de pabellones. Si ustedes ven que hay una ocupación de pabellones alta, ¿cómo resolvemos la lista quirúrgica, si los pabellones ya están ocupados casi en un ciento por ciento o al menos un noventa por ciento? Hay que hacer más pabellones, pero eso tarda tiempo, necesitamos tiempo y ponernos una meta respecto de qué hacer mientras estos pabellones se llevan a cabo.

Por otro lado, es necesario echar una mirada a los convenios, a la compra de servicios o al extrasistema y tener fondos para ello, para poder financiar este extra, porque no es posible aumentar la productividad actual, quirúrgica, sin meterle fondos. Esta es una medida concreta.

Finalmente, quiero comentarles que existe una brecha enorme de especialistas. Creo que la mayor es la de Araucanía Norte, lo cual nos afecta directamente porque todos los casos complejos de pacientes, finalmente se resuelven acá, y eso

significa que ellos tienen una buena lista de espera -o menos compleja- y nosotros una mala.

En el fondo, si no resolvemos la complejidad o la capacidad de resolución de Araucanía Norte, la nuestra también se va a ver complicada.

Eso, por ahora, señor Presidente.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la presidenta de la Asociación de Funcionarios del Hospital de Temuco, señora Teresa Saavedra.

La señora **SAAVEDRA**, doña Teresa (presidenta Asociación de Funcionarios Hospital de Temuco).- Señor Presidente, buenas tardes. Por su intermedio, saludo a toda la concurrencia y a los diputados que nos acompañan. Es un privilegio que ustedes estén aquí y que conozcan nuestra mirada.

Voy a referirme a la mirada interna, que dice relación con cómo está trabajando nuestro hospital para proyectarse en resolver un tremendo desafío.

Hoy estamos en una situación muy crítica. Este hospital ya no da para construir. Creo que llegó el momento en que, en este hospital, así como en otros, de otras regiones, se llame a la normalización.

Hemos creado un Frankenstein. Se corren paredes, se hacen agregados, se interrumpe la atención y eso afecta, por supuesto, al usuario. Me refiero específicamente a la construcción de los cinco pabellones, que es algo que hemos conversado.

Los directores saben cuál es nuestra mirada, nuestro análisis. Estamos afectando a tres servicios que están en un primer piso, con casi 1.200 metros cuadrados. Dos de ellos, los servicios de traumatología y de urología, se irían a un séptimo piso, con 700 metros cuadrados, con una disminución de camas importante, considerando que debemos resolver las listas de espera.

No tenemos presupuesto. Sin embargo, nosotros hemos propuesto arrendar espacios, y que se pida financiamiento al ministerio para la salida de las áreas administrativas.

Esto es algo que venimos hablando por diez años. Presidente. Esto no es de ahora. Se trata de la gestión poco participativa respecto de nuestras propuestas. Como multigremial lo hemos analizado, lo hemos debatido. Don Mauro recién lleva un mes, pero nosotros lo hablamos muchas veces con el exdirector, sin embargo, no hemos visto que esto haya hecho eco respecto de cómo vamos a resolver las mitigaciones que están afectando en lo físico y en lo psicológico a los funcionarios.

En el servicio de traumatología, más del 70 por ciento de los pacientes hay que bajarlos a imagenología, que está en la planta baja, y los ascensores están en pésimas condiciones. Hay días en que tenemos en uso menos tres o menos dos ascensores y hay que recorrer todo el hospital buscando un ascensor para bajar. Esta es una situación que no se ha considerado.

Respecto del pabellón, hemos conversado. Hemos tenido reuniones con el personal de pabellón para saber cómo están trabajando, cómo ven esta situación y qué proponen; por supuesto, todos están con la camiseta puesta para resolver esto, sin embargo, tenemos un tremendo ausentismo que hay que analizar, porque no se visualiza. Se trata de un personal único

y preparado; me refiero a la planta de enfermería, tanto a los tens como a las enfermeras, donde aumentó -desde febrero de 2024 a 2025- en 167,74 por ciento el ausentismo por licencias médicas.

Y cuando uno mira las licencias médicas -acá lo dijo el presidente del Colegio Médico-, salud mental es la causa prioritaria, seguida por traumatología, donde también tenemos un importante número de funcionarios esperando atención; no se ha priorizado, siguen esperando. Algunos llevan entre uno y tres años esperando. ¿Y saben qué han tenido que hacer? Junto a sus familias han tenido que reunir los recursos para operarse, algunos, en el extrasistema. Eso también hay que abordarlo, señor Presidente.

Por otro lado, está la dificultad del personal de pabellón para pedir permisos: feriado legal y permisos administrativos. No hay recambio, porque hay que formar no solo a los médicos, sino también al personal tens, y al personal que es prioritario y que hoy es escaso respecto de los servicios de apoyo, porque las listas de espera necesitan servicios de apoyo para sacarlas adelante.

Respecto del servicio de esterilización, ¿alguien ha hablado aquí de esto? No. Tenemos equipos que están casi obsoletos. Hace un mes, después de tanto tiempo, nos llegó el dispositivo autoclave para esterilizar materiales, pero no tenemos actualización de material. Muchas veces, se suspenden las cirugías porque el material no está en condiciones y los médicos, por supuesto, necesitan lo óptimo para poder intervenir a un paciente. Este es otro punto que hay que analizar.

Esas son las cosas que queríamos que ustedes conocieran, para que vean que esto no solo tiene que ver con un espacio físico, sino también con el recurso humano que está trabajando al interior.

En cuanto a ropería y lavandería. Si bien es cierto que se normalizó, no tenemos un plan para el equipamiento que está ahí, para las lavadoras y las secadoras. En algún minuto se tiene que elaborar un plan de evaluación para el recambio, porque son artefactos que ya llevan bastante tiempo. Ahí tenemos a un personal importante -que, como está en la planta baja del hospital, no lo vemos o no lo queremos ver- contratado como compra de servicios, haciendo turnos extenuantes, trabajando en condiciones bastante complejas; muchas veces, el calor no se soporta, pero ahí están ellos, haciendo patria y preguntándonos cuándo será su oportunidad para tener un cargo y pasar a contrata. Esto tiene que ver con presupuesto y con la realidad que tenemos hoy. Hay casi 380 puestos de trabajo por compra de servicios.

Igualmente, quedan entre 44 a 46 funcionarios a honorarios, quienes todavía piden respuesta sobre qué va a pasar con ellos este año, si van a pasar a contrata o no, porque la ley de presupuestos ni siquiera los mencionó. Nosotros no tenemos presupuesto para traspasos. Tiene que haber algo extra para eso. Estas personas están consideradas en la ley: profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares, personal importante.

Queremos que ustedes conozcan también nuestra realidad presupuestaria. Aquí se ha hablado de la compra de servicios. Tuvimos una tremenda crisis el año pasado, quedamos sin presupuesto. Este año nos han dicho que tenemos presupuesto hasta junio. Los funcionarios del Hospital Hernán Henríquez

estamos preocupados, pero no hemos tenido claridad por parte de la autoridad; no sabemos si es así o no. Se habla de una disminución de más de 600 mil millones para el sector salud.

Es una preocupación constante la situación de la compra de servicios, lo que, entre 2022 y 2023, representó más del 25 por ciento del presupuesto de este hospital. En un minuto eran compras, compras y más compras. Nosotros entendíamos que era para resolver las listas de espera, pero si uno escucha a los colegas y a sus familiares, que son Fonasa, ellos sostienen que nunca han sido prioridad médica.

Por eso, hay que revisar la ley, porque hoy día la prioridad biomédica -como lo han dicho quienes me antecedieron en el uso de la palabra- va por sobre todo. Pero, ¿qué pasa con el que lleva dos o tres años esperando? Si no es prioridad, ¿cuándo lo vamos a evaluar?

Aquí, en algún minuto, se habló de que había una doble lista de espera. Fui muy criticada cuando se lo planteé al exsubsecretario, pero ese fue el reporte que a mí me hicieron las funcionarias de la unidad prequirúrgica y me mostraron cómo se estaba llevando. Eso se corrigió porque alguien, en algún minuto, en el ministerio dio esta instrucción. Eso nos preocupa.

Está bien que haya compra de servicios, pero que se haga a un valor razonable. No se trata de mandar al mercado, lo cual hicimos en algún minuto, como hospital público, después de las cinco de la tarde, a nivel de las clínicas particulares. Cabe recordar que a los médicos, a los anestesistas, se les cancelaba entre 50 y 100 mil pesos. Esa es la realidad. Así, nuestro presupuesto va mermando.

Por eso, insisto, ustedes tienen que saber cómo se está trabajando, porque nosotros vemos que no todos cumplen.

El marcaje es un tema muy discutido. Cuarto año de marcha blanca para la ley médica. El presidente del Colegio Médico está presente y sabe lo que hemos expuesto.

La resolución exenta N°38 establece el marcaje biométrico obligatorio y es lo que nos corresponde para registrar el cumplimiento de la jornada laboral. Al que incumple el horario, se le descuenta, pero la ley médica no establece descuentos; eso no puede continuar.

Como he visto algunas sesiones de la comisión, sé que esto no ocurre solo en este hospital, sino también en el Hospital Regional de Antofagasta, dado que lo presentó un dirigente. Al respecto, tenemos que sentarnos para llegar a un acuerdo, por los pacientes. ¿Por qué? Porque también tenemos reportes de nuestros compañeros y compañeras de trabajo de pabellón respecto de que no se cumple el horario de inicio de las cirugías, lo que implica una pérdida de tiempo; es decir, las cirugías no comienzan a las ocho de la mañana. Esas son cosas sobre las que tenemos que hablar. Cuando ustedes dicen "transparentemos", era precisamente esto sobre lo que yo quería hablar.

No tenemos por qué dudar de los datos que entregaron nuestros directores, porque, si lo hiciéramos, estaríamos en una situación de quiebre de las confianzas; hay que tener confianza y uno confía en los datos. Hay que hablar de esto, porque la comunidad nos está pidiendo que, por favor, solucionemos las situaciones de falta de respuesta en lo quirúrgico.

En cuanto a la unidad prequirúrgica, hubo un momento en que casi el 50 por ciento de su personal solicitaba cambio del

servicio. ¿Por qué? Porque ya no tienen fundamentos para dar respuesta a las suspensiones. Los pacientes llegan el mismo día, pero hay que decirles que no los va a operar el médico, dando cualquier excusa, como que la pinza salió mala, que la caja no se esterilizó bien, etcétera. Nos reunimos con ellos y nos dijeron que ya no tenían excusas para las suspensiones, por lo tanto hay que evaluarlo. Creo que se debe hacer una fiscalización en ese sentido y, si hay que reformular la ley, entonces hay que revisarla.

Vengo de la dirigencia antigua, señor Presidente. En ese tiempo, los dirigentes de la Confenats, quienes ya no están, dijeron que Chile había sufrido una crisis, una reforma, la cual hay que analizar y modificar.

También hay que ver que la fiscalización sea efectiva, porque, de lo contrario, no avanzaremos, ni siquiera con todo el presupuesto que ustedes puedan asignar. Si no tenemos un control de todos al hacer este trabajo, no saldremos adelante.

En cuanto al tema oncológico -por todos es conocida la situación que estamos viviendo-, queremos saber cuál es la mirada del ministerio en relación con los estudios oncológicos, pero ha habido silencio. Sabemos que se instruyó un sumario por la doctora Paola [...]. Todos estamos esperando que ese sumario termine. Pero el tema que hay que abordar es por qué no está contratado el ciento por ciento de los médicos. Ella tuvo que suspender a dos oncólogos, pues seguían realizando la misma práctica y derivando pacientes a estudios en esa clínica privada. Digamos las cosas por su nombre. Esa es nuestra realidad y por eso tenemos menos oncólogos. Además del retraso en las atenciones en oncología durante febrero, se autorizó a todos los médicos a irse con feriado legal. Esa es la realidad que viven los pacientes.

También tenemos compañeros con cáncer. Se retrasa el inicio de los tratamientos, pero el cáncer no se detiene en febrero, sino que continúa avanzando. Entonces, hay que abordar ese problema.

En materia dental, es un tema tan requerido que parece que no se visibiliza, al igual que la salud mental.

En salud mental hay que pensar en construir un espacio fuera del hospital, dado que esta área no tiene el espacio requerido para desarrollar la rehabilitación de pacientes. Ellos están encerrados entre cuatro paredes, con un patio de 2 por 3 metros, una cosa muy pequeña. Es necesario que esos pacientes puedan ser rehabilitados en un espacio mucho mejor y acorde con la realidad actual.

En materia dental tenemos una situación bastante compleja que no sé cómo. Ahí no sabemos cómo los directivos ven el problema de la gestión. Si bien es cierto que los directivos que tomaron esta decisión no son los que están actualmente en este hospital, se sacó el box de atención dental de urgencia, en el servicio de urgencia, y se llevó a la planta baja, al espacio de atención dental, donde los pacientes deambulan por el interior del hospital. La farmacia está en urgencia, y si hay que poner un medicamento, el medicamento tiene que subir y el paciente ir a buscarlo. Es un deambular que tampoco se ve que afecte a los pacientes.

Tampoco tenemos pabellón. El centro de responsabilidad odontológica está pidiendo desde hace 10 años un pabellón para hacer la extracción del tercer molar, algo para lo que tenemos una lista de espera que ustedes ya conocen. Hoy se arrienda un espacio en la Universidad Mayor, pero la idea es no siempre estar arrendando.

Por eso, señor Presidente -y vuelvo a reiterar el llamado-, este hospital tiene que entrar en una etapa de normalización, o sea, la construcción de un nuevo hospital.

El fin de semana pasado estuve en Puerto Montt y quedé anonadada con el hospital regional, ya que es un tremendo edificio que ocupa casi una manzana, mientras nosotros hacemos que este Frankenstein crezca con agregados y afectando a todos.

Gracias, señor Presidente.

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

Créame que sé lo que es un Frankenstein, porque vengo de Valparaíso, donde está el hospital Carlos Van Buren, que está más o menos igual. Ese es otro Frankenstein, con las torres médica y quirúrgica.

¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión, a fin de terminar de escuchar a nuestros invitados?

Acordado.

Tiene la palabra el señor Claudio Carrasco, que asiste en representación de la multigremial del Servicio Salud Araucanía Sur.

El señor **CARRASCO** (presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile Araucanía Sur).- Señor Presidente, mi nombre es Claudio Carrasco, enfermero, presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeros de Chile (Fenasenf) Temuco. Hoy me presento ante la comisión, en representación de mis compañeros de la multigremial del Servicio Salud Araucanía Sur.

Señor Presidente, honorables diputados, agradecemos la invitación a participar en esta instancia y la oportunidad de

exponer ante la comisión en representación de la multigremial y de sus trabajadores ante la grave situación que enfrenta la red de salud pública en la Región de la Araucanía, particularmente el Servicio Salud Araucanía Sur respecto de la lista de espera quirúrgica. Este no es un problema reciente ni tan solo local, como hemos dicho durante toda esta jornada.

Asimismo, esto tampoco es solo una cuestión de números, porque estos se traducen en pacientes que ven afectada su calidad de vida, en trabajadores de la salud sobrecargados de trabajo y en un sistema hospitalario que no da abasto, lo que no es una novedad. Si bien este es un problema nacional, en La Araucanía la situación es aún más alarmante que en las demás regiones, por varias razones, entre ellas, porque el único hospital de alta complejidad de la región enfrenta una enorme presión que no se da en otras regiones, pues más del 44 por ciento de los egresos hospitalarios requieren cirugía. Además, más del 47 por ciento de los ingresos provienen de la unidad de urgencia, lo que, sin duda, dificulta la programación de distintas cirugías.

Por su parte, la ocupación de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) alcanza a más del 92 por ciento, lo que impide que se realicen más intervenciones, evidenciando así un sistema "urgencializado", que tiene, *per se*, dificultades para atender cirugías planificadas.

La situación es aún más crítica para los pacientes oncológicos -algo se ha conversado y a lo que mis compañeros se refirieron-, quienes enfrentan una falta de acceso oportuno, retraso en derivaciones o, incluso, como bien mencionó Teresa, derivaciones inapropiadas a privados y ausencia de resolutiveidad. En realidad, este es un problema que se da a nivel nacional, algo que hemos hecho saber a la ministra, sin

recibir una respuesta oportuna hasta el momento. Como representante de la multigremial del Servicio de Salud, consideramos que, obviamente, esta crisis tiene múltiples causas que requieren un abordaje integral y que van más allá de la sola búsqueda de responsabilidades individuales.

Dentro de las causas, me gustaría comentar el déficit en infraestructura y equipamiento.

La falta de pabellones es una realidad a nivel regional, no es algo nuevo. Además, la creciente "urgencialización" de los pabellones electivos agrava el problema en la programación de cirugías. A lo anterior se suma el aumento en el número de cirugías oncológicas GES y no GES que deben ser priorizadas.

También existe un déficit en las unidades de apoyo en todos los hospitales, como de esterilización, imagenología y lavandería, proyectos que son de conocimiento del nivel central, que se han conversado con los directivos, y para que se concreten, obviamente se requieren recursos desde el nivel central.

Tenemos equipamiento obsoleto y en mal estado, que aumenta la carga del personal de estas unidades e impacta en la eficiencia de los procesos. Una vez más, se requieren recursos para aquello. Igualmente, existe una alta ocupación de camas críticas, así como de camas quirúrgicas de cuidados medio-mayor, lo cual refleja un déficit de las camas posoperatorias.

Por otro lado, tenemos la falta de financiamiento y recursos. Es una realidad que el presupuesto es insuficiente para atender la alta demanda de cirugías, consultas, renovación de equipamiento y también de insumos. Asimismo, existe una creciente dependencia de los servicios externalizados para complementar la atención médica, lo que, obviamente, requiere

y exige una mayor fiscalización en el día a día. Además, la gestión y la baja resolución hospitalaria es un tema que a los trabajadores de la salud nos preocupa, que queda evidenciado en una alta carga desde la urgencia, que impide una programación adecuada; es decir -con esto vuelvo a insistir-, somos una red altamente urgencializada.

Lo anterior se agudiza con la falta de derivaciones efectivas a hospitales de menor complejidad, lo que sobrecarga ciertos centros de mayor complejidad, como bien lo explicaron los directores de servicios del hospital, por lo que se requiere fortalecer el trabajo en la red. Por supuesto, los trabajadores de la salud vemos que buscar la tercerización, como una única alternativa, ha generado un gasto creciente, no sostenible para el sistema público, que no resuelve los problemas estructurales de base.

Hemos dicho en múltiples ocasiones que la salud pública no puede resolverse a costa del endeudamiento del Estado y tampoco privilegiando ciertos sectores privados, lo que, además, ha quedado evidenciado en el impacto que ha tenido el cese de cirugías por esta vía, desde 2024.

En relación con el déficit del personal y con la sobrecarga laboral, no solo hay falta de médicos especialistas, que es una realidad, sino que también es una realidad que existe falta de personal de enfermería, otros profesionales, técnicos, auxiliares, administrativos, muchos de los cuales están vía licitación, pero sin ese personal es imposible sostener las atenciones diarias.

Los trabajadores se han manifestado ante el ministerio, a través del servicio de salud. De hecho, hoy existe una marcha

nacional en busca de recursos, ya que el ministerio ha cerrado la puerta a los distintos trabajadores del sector salud.

Por otro lado, hemos dicho que el ausentismo es una causa que impacta en el proceso quirúrgico. La salud mental no solo afecta a la población, sino también a nuestros funcionarios. Solo en febrero de 2025, la tasa de ausentismo acumulada por licencias médicas, en este hospital, alcanzaba a 5.17 días por funcionario. Los problemas de salud mental y osteomuscular se encuentran dentro de las principales causas de ausentismo.

¿Qué sucede con este tema? Acarrea problemas de clima laboral, sobrecarga del personal, e impacta, sin duda, en la eficiencia de los equipos de salud.

En cuanto al Plan Nacional de Salud Mental, hemos solicitado al ministerio reforzarlo; esa es una deuda pendiente. No podemos dejar de mencionar el aumento de la demanda pospandemia que generó atrasos en cirugías suspendidas y la mayor demanda por el envejecimiento y deterioro de la población. Esto lo vemos día a día, y se ve reflejado en la categorización de riesgo/dependencia que realiza el personal de enfermería en los distintos establecimientos.

A pesar del esfuerzo del personal de salud, la crisis persiste y requiere soluciones sostenibles, no solo apuntar sobre las responsabilidades. Por esto, como multigremial, solicitamos a esta comisión que se impulsen medidas, tales como avanzar en la construcción y modernización de los pabellones quirúrgicos con la debida renovación de equipos, aumento de camas posoperatorias en la red, lo cual debe ir acompañado del fortalecimiento de las unidades de apoyo, siendo esterilización e imagenología las áreas críticas por resolver.

Además, se requiere el fortalecimiento del Complejo Asistencial Padre Las Casas, Villarrica, Nueva Imperial, Lautaro y Pitrufquén, para la resolución quirúrgica apropiada, con recurso humano correspondiente para descentralizar las cirugías, trabajo en el cual esperamos seguir avanzando junto con la dirección del servicio. Fortalecimiento del trabajo en red y mejor gestión hospitalaria para la optimización del uso de pabellones y la reducción de suspensión de cirugías y, sin duda, las derivaciones efectivas a los hospitales de la red.

También esto trae de la mano mayor fiscalización de la externalización para asegurar calidad, cumplimiento de los estándares en la atención, a través de mayor supervisión y control de las horas tercerizadas, priorizando la producción institucional. Por supuesto, los trabajadores vemos como una muy buena medida la creación de centros regionales de resolución en hospitales estratégicos con personal y equipamiento adecuados.

Señor Presidente, honorables diputados de la comisión, la crisis de listas de espera quirúrgica en la región no es algo nuevo, y requiere soluciones integrales y estructurales. A pesar de los enormes esfuerzos del personal de salud y de los trabajadores aquí presentes, la falta de inversión y planificación, desde el nivel central, nos ha llevado a esta situación.

Por esto, solicitamos a esta comisión que impulse políticas de financiamiento, modernización de infraestructura, fortalecimiento del personal de salud y de la salud pública, lo cual, sin duda, se acompaña de mayor y mejor gestión institucional.

Ya hemos dicho que la salud de nuestra población requiere soluciones a largo plazo que trasciendan los ciclos políticos y que garanticen una atención digna, oportuna para todos los pacientes de nuestra región, y siempre avanzando de la mano de los trabajadores.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Antes de ofrecer la palabra, quiero proponer enviar algunos oficios. Por ejemplo, uno para solicitar información sobre el estado de los cinco pabellones y de los ascensores. Otro respecto del servicio de esterilización, del estado o condiciones del instrumental quirúrgico, el proyecto de normalización del hospital y el estado del proyecto del angiógrafo biplano.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Lamentablemente, el presupuesto de salud, que es muy complicado -no sé si alguno de ustedes alguna vez se ha metido a ver el presupuesto-, es un enredo y hay que descifrarlo.

El presupuesto de 2024 para el Fonasa era de 12,7 billones de pesos. Este año lo subimos a 16 billones de pesos; es decir, lo aumentamos significativamente. Esto se encuentra dentro, pero no es un ítem exclusivamente para listas de espera.

De hecho, el único ítem individual para listas de espera, al menos en el presupuesto de la nación, es uno que está en el ítem de Fonasa, que es sobre financiamiento de prestaciones médicas, que es para segundos prestadores y que el año pasado eran 17.000 millones, y este año pasaron a ser 14.000 millones.

Obviamente, todas estas son materias de competencia del Ejecutivo. Normalmente, nosotros siempre empujamos hacia

arriba, al igual que el Ministerio de Salud, pero el Ministerio de Hacienda dice: "para abajo".

Por lo tanto, como integrantes de esta comisión, también buscamos visibilizar esta situación, para que el ministro de Hacienda, que tiene bien apretada la mano -tiene unas pelusitas, incluso- la abra y se ponga con la salud.

Tiene la palabra el diputado Saffirio.

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, tuve la impresión de que me iba a ir de esta sesión con un cierto grado de frustración. Sin embargo, al escuchar a los dirigentes -que ponen nuestros pies en la tierra- sobre los problemas reales que tenemos, y se pueden expresar acá libremente, surge de nuevo la posibilidad de que podamos sacar adelante un tema tan complejo como este, cuando se habla de lo que tenemos que solucionar y de los problemas reales que tenemos.

Lo he dicho más de una vez, en las comisiones, generalmente, que quienes invitamos nos hacen presentaciones con números, con datos, que son solo papel, y que de repente no cuadran unos con otros, por lo cual nos hemos pasado bastante tiempo y perdido horas escuchando información que realmente no sabemos si es fidedigna o no, como lo dije hace un momento, y eso no es poner en duda a nadie, es repetir lo que la Contraloría General de la República nos dice.

Entonces, yo pediría no solo a los parlamentarios, sino también a quienes dirigen estas instituciones, como las direcciones regionales, que tengan un poquito más de humildad para enfrentar los temas reales que estamos viviendo hoy día, y lo digo con mucho respeto, mirando las cifras que tenemos en La Araucanía, y lo digo pensando en los tres millones de personas que siguen esperando.

Director, no he visto que nadie acá le haya faltado el respeto en ningún momento, pero usted estuvo a punto de faltar el respeto a un diputado de la República.

Gracias, señor Presidente.

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

El señor **LEAL**.- Señor Presidente, tengo la misma sensación que el diputado Jorge Saffirio, y la comparto plenamente, hasta que cuestionó a los dirigentes gremiales y nos aterrizó a lo que todos sabemos. Por eso, a esta Comisión Especial Investigadora las bancadas normalmente envían médicos; el Presidente de la comisión es médico. Pero en nuestras bancadas tomamos el acuerdo de que a la Comisión Especial Investigadora no fueran médicos y eso se cumplió, y vamos a indagar en profundidad, tenemos todos los informes de la Contraloría, tenemos todos los datos y vamos a concluir con un informe que va a ser categórico y contundente. Tengan la tranquilidad de eso.

Respecto de la señorita que se expresó espontáneamente, quiero solidarizar con ella. Personalmente, tenía ese requerimiento, no sé si estará presente el doctor Mendoza o no, porque él sabe sobre este tema, ya que falta ese instrumento, el angiógrafo.

Entonces, adhiero a ese oficio, y espero que nos den una respuesta, que nos digan cuándo va a estar, no si lo van a comprar, sino cuándo va a estar. Y espero que podamos invitar a la sesión que tengamos en el Congreso de Santiago a la ministra o al subsecretario para que nos den fechas concretas respecto de cuándo estará ese instrumento, porque se requiere en la región con urgencia.

Simplemente, quiero agradecer. No es el ánimo entrar en polémica con nadie, pero me quedo con las palabras de ambos dirigentes gremiales, porque sé que esa es la realidad.

Gracias.

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

El señor **MELLADO** (don Miguel).- Señor Presidente, primero, agradezco a todos los dirigentes que expusieron, porque nos entregaron la mirada de que es un hospital que efectivamente está estresado, pero no solo por infraestructura, sino también por la gente que trabaja y que la tienen estresada por la fuerza que tiene el hospital y lo que tiene que sacar adelante.

Pero no me contestaron cómo van a bajar las 59.000 personas en listas de espera ni en qué parte lo harán, si en las especialidades, en las listas quirúrgicas, en las consultas integrales o contactológicas, porque, claro, se van a construir cinco pabellones, pero son construcciones aisladas, más que ver un tema general, para ver también lo que sucede con las personas que trabajan.

Al inicio, leí una carta que señala que hay personas que trabajan, incluso, por menos del sueldo mínimo por hora, acá, en este hospital. Y nos dicen que van a sacar las listas de espera, pero a qué costo. O sea, la esclavitud ya pasó hace tiempo. El tema es que, a esas personas, el anterior director no las consideraba como trabajadores del hospital, porque no las atendía tampoco y espero que el nuevo director las atienda, como para unificar, porque en otros hospitales pasa distinto, tienen otro sistema, en el cual efectivamente tienen un sueldo, pero acá no, acá lo tienen por hora. Creo que ese es un tema importante que hay que ver, porque no es solo la inversión

física, y ya lo decían muchos acá, sino también la salud mental, el ausentismo. Creo que es importante cuidar, porque un trabajador contento trabaja mejor, es más productivo.

Entonces, director, creo que acá hay dos áreas: la inversión física, muy importante, y la Ley de Presupuestos, donde tenemos que colocar atención en esto. Pido a los parlamentarios que lo veamos en la discusión de Presupuestos, específicamente, y preguntar a la subsecretaria, que tiene que defender este presupuesto, cómo lo va a hacer para responder a este requerimiento. Pero también debemos tener claro que los 48.000 millones de pesos que se necesitan para terminar con las listas de espera no van a estar para este año. No hay plata en el país.

Hay 70.000 millones de pesos más, que sacamos del presupuesto, cuando apretamos el presupuesto en la discusión del año pasado, para las listas de espera.

Por lo tanto, el punto es que nosotros tenemos que escuchar lo que ustedes nos están diciendo, porque esa es la realidad del hospital, y espero que las autoridades también escuchen la realidad, para ir de la mano, no solo con la visión de arriba hacia abajo, sino que también ver de abajo para arriba, porque creo que entre todos se puede sacar adelante.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tengo algunos comentarios y preguntas.

El primero de ellos es que, efectivamente, la cifra de especialistas que renuncia postbeca está en torno al 30 por ciento y que el 20 por ciento de quienes terminan su especialidad piden cambio. Obviamente, el que está destinado a

Magallanes o a La Araucanía, pide cambio a la Región Metropolitana, y en muchos casos se concede, pero no es lo mismo cuando a un servicio de salud de regiones le cambian a un cirujano infantil o a un psiquiatra infantil, que se ha demorado tres años en formarse, por un médico de familia. Ustedes lo saben. Como dije, en torno al 20 por ciento de quienes terminan su especialidad piden cambio, y muchos se concretan, y por ese cirujano infantil, por ese oncólogo, etcétera, el hospital tiene que esperar otros tres años del ciclo de destinación. Ese es un punto que va a estar dentro de las recomendaciones de esta Comisión Especial Investigadora, tanto el tema de la renuncia como del cambio.

Ahora, usted, doctor, como presidente del Colegio Médico, habló de problemas de gestión. ¿Puede ser más específico en su planteamiento? Lo mismo le pido respecto de que sea: la peor crisis financiera del hospital, según su opinión. Obviamente, sabemos que la situación está compleja a nivel país. De hecho, todos los directores de hospital saben que la cuarta remesa que llegaba en el cuarto trimestre llegó mucho más baja de lo que siempre llegaba y eso hizo que la deuda hospitalaria de 2024 terminara mucho más alta de lo habitual y el presupuesto de 2025, que, si bien se ha aperturado en los términos que siempre lo hace, los recursos a la cuenta corriente del hospital no llegan en los mismos tiempos que se apertura el presupuesto.

Me gustaría que pudiera ahondar sobre en qué ha impactado esa crisis financiera del hospital. Soy de la región de Valparaíso, todavía tenemos las 63 camas del servicio de Traumatología ocupadas con 63 pacientes que entraron por urgencia, la más antigua con 110 días, con una fractura de cadera, porque el hospital no le ha pagado al proveedor de

implantes, pero no hay implantes, no hay clavos kirschner, no hay placas de osteosíntesis, no hay tornillos, no hay líneas arteriales en la UCI.

¿En qué se ha reflejado esta crisis financiera respecto de lo que ustedes disponen para realizar?

Hago extensiva la pregunta a los demás invitados.

Respecto de la lista de espera de estas dualidades, de estos como servicios madre, con un servicio más pequeñito al lado, nos pasó lo mismo y ya lo tenemos planteado, ya está como concepto al menos el informe de la comisión especial investigadora, porque lo vimos, probablemente incluso más profundo que acá, entre Arica y Antofagasta. Arica tiene los mejores números del mundo, tiene cero retraso en GES, pero porque todos los GES los termina resolviendo Antofagasta o Iquique.

Entonces, en vez de los ariqueños estar imputados a la lista de espera del Servicio de Salud Arica, están imputados a la lista de espera del Servicio de Salud Antofagasta. Es lo mismo que les pasa a ustedes, probablemente lo mismo que pasa con el Servicio de Salud Ñuble y otros servicios a lo largo del país. Lo planteo para que tengan la tranquilidad de que está reportado, está levantado.

Me gustaría que el director muy brevemente nos comente cuánto del presupuesto del subtítulo 22 le ha llegado. Yo estaba viendo que el hospital de Temuco tiene un presupuesto de 173.487 millones, que eso debe ser entre el subtítulo 21, el subtítulo 22 y el subtítulo 29, que es mantención, remuneraciones, y 22 que es compra de servicios, donde está la anestesista de 100.000 pesos.

¿Cuánto le ha llegado a la caja? ¿Cuánto es su subtítulo 22 para 2025? ¿Y cuánto le ha llegado a la cuenta corriente del hospital respecto de ese presupuesto?

La "urgencialización" también es muy relevante, y ahí efectivamente hay un tema, como en la Atención Primaria de Salud (APS), donde compite la morbilidad con el control, en el hospital compite lo electivo con la urgencia.

Con eso tengo suficiente, pero creo que sería importante que nos pudieran ahondar en la crisis financiera, y cómo lo avizoran para el término de año, porque también eso nos va a servir a nosotros, dado que ya estoy hinchando para que en mayo nos aprueben en el Hospital Van Buren la expansión presupuestaria.

Creo que la expansión presupuestaria va a tener que ser para hartos hospitales más, así que vamos a necesitar la ayuda de todos los colegas para pelear la expansión presupuestaria para los hospitales. Así que, si pudieran referirse, por un lado, respecto de qué les falta, qué no se ha podido eventualmente comprar o que no esté disponible, y que el director pudiera referirse al subtítulo 22 y cómo ha estado disponible en la cuenta corriente del hospital.

El señor **CUMINAO** (presidente del Consejo Regional Araucanía del Colegio Médico de Chile).- Señor Presidente, la verdad es que este año cumplí 30 años de médico, soy cirujano pediatra, y soy clínico; de hecho, mi labor gremial la hago en mi tiempo, entre comillas, más o menos libre. Ahora mis colegas me están cubriendo para poder estar aquí.

Entonces, nuestra sensibilidad tiene que ver mucho con el trabajo diario y, lo digo responsablemente, hemos tenido varias crisis. Diría que este es un hospital que en general se manejó

aceptablemente con el marco presupuestario, pero siempre sentimos una presión económica, que creo que es esperable dentro del sistema público. Sin embargo, este año ha habido otras crisis donde estuvimos muy apretados. ¿Dónde lo notamos? Como cirujano, lo noto cuando empiezan a faltar los insumos; así de simple.

Nosotros hacemos cirugía laparoscópica, este es un hospital que tiene un trabajo tecnológicamente muy alto, hacemos cirugía mínimamente invasiva en niños, en la urgencia incluso, y nos empiezan a decir que no hay trócares, que no hay bolsas para sacar los apéndices. Muchas veces nos avisaron que todo el material que se ocupa en las cirugías se agotó.

Debo reconocer, y creo que hay que ser muy justo en esto y responsable, que en ese momento había un cambio de dirección y hubo un director subrogante y nuestro director subrogante, que ahora es subdirector administrativo, realmente se comprometió, por lo menos en lo que tiene que ver con el pabellón, estuvo todos los días ahí; me consta que llegaban remesas a la semana, lo que, como dije al principio, tuvo que ver con gestiones compartidas. Nosotros también salimos a pedir plata para el hospital. Nunca lo habíamos hecho, y nos pareció que era el momento, porque realmente se puso en riesgo la vida de muchos pacientes.

No puedo decir que falleció gente en esto, y es una situación muy grave de plantear, pero sí hubo escenarios muy límites, en donde hubo que cambiar estrategias, hubo que esperar, y por suerte las cosas salieron más o menos bien, gracias al esfuerzo del entonces director y del director del servicio que nos recibía todo el tiempo. Nosotros íbamos a reclamarle, él llamaba, nosotros hacíamos nuestros propios llamados y nos

ayudaban desde el nacional, y muchos de ustedes nos ayudaron y nos llegaban remesas. Y por eso yo creo que nos arreglamos.

Finalmente, lo que ocurrió después, incluidas líneas arteriales, los colegas de la UCI nos hicieron una carta diciendo que nosotros teníamos que hacer ver esto, porque era poco ético para ellos, como "ucistas", no tener todos los antibióticos que debían tener, ni todos los insumos para poder manejar pacientes críticos.

Lo otro que recuerdo ahora es que hubo un momento en que se produjo retraso en las quimioterapias. En ningún momento podemos decir que no se le dio quimioterapia al paciente, pero hubo retraso; eso ocurrió y hubo reclamos de pacientes por eso, lo que es muy complejo, por la importancia de los ciclos de quimioterapia.

Sobre la gestión, cuando planteamos esta idea nacional, que con mucha frustración veo que no se está cumpliendo por distintas razones, dijimos que queríamos un fondo extra, que era como aceptar que era el valor real con el cual podemos resolver las listas de espera. Sin embargo, dijimos que este dinero tiene que ser manejado y tiene que ser supervisado por un ente externo. ¿Por qué? Porque estábamos metidos en un lío económico gigante, teníamos deudas y necesitábamos que ese dinero se gastara en lo que tenía que gastarse.

Al respecto, dijimos que tenían que estar los servicios de salud, distintas instancias, incluidos nosotros; nos ofrecimos y nos aceptaron. Algunos diputados nos dijeron: ¿Están claros que ustedes se están haciendo responsables de esto? Dijimos: Sí, nosotros nos hacemos cargo de esto. Y hasta donde entendí, esto sí iba a funcionar; incluso, en Santiago se reúne cada cierto tiempo la presidenta nacional en una comisión que está

trabajando en esto. Entonces, me sorprende escuchar lo que me dicen ahora, me frustra un poco.

Creo que el tema de la gestión pasa por tener la información un poco más transparente para todos nosotros, para todos los actores. Hablo ahora como clínico, por tanto, como clínico, cuando yo estoy viendo mi lista de espera, espero ayudar en la gestión, de tal forma de decir que la toma de decisiones es de la jefatura, de las subdirecciones y, en general, la unidad prequirúrgica ha venido a ayudar mucho en esto. Esto es relativamente nuevo en este hospital, la unidad prequirúrgica, por lo menos en niños, y quisiéramos tener un poco más de posibilidad de gestionar, porque de repente nos aparecen pacientes que están atrasados y que desconocíamos, porque nosotros no tenemos un acceso tan fácil a la lista de espera.

Entonces, quisiéramos tener un poco más de gestión, buscar la fórmula para tener una instancia de participación sobre la lista de espera y poder gestionar este tema en conjunto con la autoridad.

Es a eso a lo que me refiero sobre la gestión.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Claudio Carrasco.

El señor **CARRASCO** (presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile Araucanía Sur).- Señor Presidente, quiero agregar que en La Araucanía, todos los hospitales, incluido el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, sobre todo en los nodos, se ha fortalecido la atención, y obviamente para optimizar el proceso quirúrgico a través de la compra de servicios, desde personal, profesional, enfermería, técnicos y auxiliares, porque sin ellos es imposible dar la atención y sostener la atención.

Sin embargo, es importante señalar que este tipo de personal compite con otros bienes y servicios, por lo tanto, muchas veces para los directivos, subdirectores de Desarrollo de las Personas, subdirector de Gestión del Cuidado, y la subdirección médica quedan en una disyuntiva: ¿Compramos bienes, servicios, camas, insumos o damos de baja al personal? Es un *loop*, se podría decir que, sin el personal no podemos dar atención y sin bienes ni servicios, tampoco.

Somos conscientes. Con la multigremial se ha trabajado, año a año, en las brechas, no solo de recurso humano, sino también de asignaciones. Se envían al ministerio y, vuelvo a insistir, la ministra no nos ha respondido. Hoy en día, estamos en la marcha, también nuestros compañeros afuera, por lo mismo.

Esto no solo tiene que ver con un tema de mayor incremento de recursos para este subtítulo, también tiene que regularizarse la brecha de recurso humano en este sentido ¿Por qué? Porque sin eso vamos a seguir compitiendo por la cama y los insumos con el recurso humano y, créanme que ambos ítems son necesarios.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Teresa Saavedra.

La señora **SAAVEDRA**, doña Teresa (presidenta Asociación de Funcionarios del Hospital de Temuco).- Señor Presidente, quiero hacer hincapié en que este hospital necesita de la red.

Tenemos cuatro hospitales que son de mediana complejidad como los de Villarrica, Pitrufquén, Lautaro e Imperial, más el hermano menor. Los funcionarios del hospital Hernán Henríquez le llamamos el hermano menor al hospital de Padre Las Casas. Fui parte de la lucha por construir ese hospital desde la ciudadanía de Padre Las Casas. Lo que queríamos era que se

definiera la cartera de servicios y que no se hiciera casi lo mismo. Ese es un tema relevante. Si existe esta red, queremos realmente funcione.

Vemos acuerdos de parte del director del servicio y fotos que se sacan con los directivos de la red, pero a la hora de que un médico que está de turno en la urgencia o un servicio necesita hacer la contrarreferencia, no hay. Eso es lo que igualmente se debe fiscalizar.

Hay un exdirector de servicio que trabaja en este hospital, que es el doctor Moya, y los colegas de medicina nos cuentan que él llama y hace hincapié en el cargo que tuvo anteriormente y, finalmente, fuerza a que reciban a los pacientes. Es el único que lo hace, me dicen. El resto no se atreve.

Está aquí el subdirector médico de la red. Entonces, eso se debe fiscalizar y ustedes deben tener esa información. Sin eso no podemos resolver la demanda que tenemos de camas, porque también hay que decidir qué y cuándo se va a operar.

Entonces, por la urgencialización de nuestro hospital.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Director, respecto del tema del subtítulo.

El señor **SALINAS** (director Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena).- El subtítulo 21 es de recursos humanos. Para entender cómo se compone un poco el presupuesto, tenemos 107.319 millones de pesos y fracción. Obviamente, eso se consume completo porque el recurso humano finalmente no se toca.

En el subtítulo 22, nuestro presupuesto es de 68.000 millones de pesos y fracción. Lo que gastamos el año pasado fue cerca

de 98.000 millones de pesos. O sea, bastante más en esa línea, y mucho de eso era compra de servicios.

Así, la brecha de recurso humano, y por ahí alguien lo comentó, con el subtítulo 22, se suplía. Son los mecanismos que hemos tenido para que el personal siga trabajando, porque finalmente es una necesidad. Y como no lo tenemos en el subtítulo 21, lo tenemos que hacer por compras del subtítulo 22. Ahí tenemos un presupuesto de 68.000 millones de pesos y gastamos alrededor de 98.000 millones de pesos el año pasado.

Hasta el momento, nos han llegado poco más de 35.000 millones de pesos; 38.000 millones y fracción, creo que es el valor. Obviamente, tenemos una deuda de arrastre de 15.700 millones de pesos.

Esa deuda de arrastre nos permite -y quiero destacar el trabajo porque, finalmente, cuando hay una factura pendiente, uno tiene que pagarlas- ir avanzando en ese sentido.

Sí, destaco que efectivamente fue un año difícil y pese a todo, al tema presupuestario, el hospital bajó las compras de servicios y aumentó la producción. Y eso es un ejercicio que también se debe hacer. Se puede hacer gestión. La continuidad de la atención siguió. La reunión con la tabla, con el subdirector administrativo y el director, para ver qué insumos se necesitan para no perder el paciente, son ejercicios que yo creo que hay que seguir haciendo.

Ahora, el escenario es complejo, pero también sentimos que es un poquito más ordenado, lo cual que nos va a permitir seguir avanzando en esa misma línea.

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

El señor **LEAL**.- Presidente, cuando hice uso de la palabra, hablé del doctor Peldoza. Es un tema sensible. Sé que no está contemplado que él hable, pero quiero transmitirle que, por una paciente, Javiera, de Gorbea, él hizo presente el requerimiento. Usted tiene esa información.

Quiero que sepa que esta comisión está preocupada por el tema y que va a hacer seguimiento y fiscalización al requerimiento del angiógrafo. Es un tema que nos importa mucho y, al menos en lo personal, me voy a preocupar mucho de eso.

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

El señor **YÁÑEZ** (director del Servicio Salud Araucanía Sur).- Voy a referirme al proyecto. El doctor Peldoza junto con Javiera como paciente, ambos presentes, son parte del proyecto que estamos trabajando en conjunto con la dirección del servicio para lograr el financiamiento del nuevo angiógrafo. El 20 de abril es la fecha comprometida para el término del proyecto, para el ingreso de la pertinencia técnica al Minsal.

El doctor Bravo, líder en imagenología en Chile, está de acuerdo también con este proyecto, porque esto tiene que ir de la mano con la formación de especialistas y otros técnicos para que pueda funcionar. Así que eso está andando. En la comisión participa el doctor Peldoza, Javiera, el subdirector médico y el doctor Bravo.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Tiene RS?

El señor **YÁÑEZ** (director del Servicio Salud Araucanía Sur).- No, estamos iniciando el proyecto.

-Una señora asistente pide la palabra.

[...]

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- No puedo darle la palabra si no está registrada en la lista de los invitados. ¿Ustedes pertenecen a algún gremio?

La señora **VÁSQUEZ**, doña Fernanda (presidenta de movimiento social de pacientes).- Sí. Es una organización social de familias de pacientes. Soy hermana de una paciente que [...] hace seis años. Las autoridades no quisieron...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Solo la estamos escuchando, no va a quedar registro de esto.

La señora **VÁSQUEZ**, doña Fernanda (presidenta de movimiento social de pacientes).- [...]

Gracias a él estamos acá, pero si no fuera...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo de prolongar la sesión por dos minutos?

Acordado.

Para que conste, ya nos extendimos mucho en el tiempo. Estábamos citados hasta las 12:30, nos pasó en Antofagasta, Arica y Coyhaique.

Informo que el diputado Mellado se tiene que ir porque tiene un compromiso que atender. El diputado Becker también se tuvo que retirar, pero nos consta que ambos hicieron todo el esfuerzo por quedarse hasta el final de la sesión.

Tiene usted la palabra.

Identifíquese, por favor.

La señora **VÁSQUEZ**, doña Fernanda (presidenta de movimiento social de pacientes).- Muchas gracias por el espacio. Nosotros somos un movimiento social de la sociedad civil. Soy la

presidenta Fernanda Vásquez. Hemos estado muchas veces con las autoridades. Lamentablemente, este es el tercer año y aún no hemos tenido acciones concretas.

Como les comentaba, soy hermana de una paciente que estuvo durante seis años aquí, donde, lamentablemente, la falta de protocolo, servicios y personal finalizó con una vulneración de derechos y tortura, situación que gatilló el primer fallo, por salud mental, con el INDH. Ellos vinieron este hospital a hacerse presentes. La Corte de Apelaciones y la Corte Suprema instruyeron que en ese ínfimo espacio -bien dijeron que la salud mental es el hermano perdido, pequeño y olvidado de la salud- hubiese una mayor dotación de profesionales. Respecto de esos treinta usuarios adultos a nivel de toda la región, se concluyó que el espacio de esos 7 cupos de cama infantojuvenil era muy reducido, por lo que se instruyó hacer un mayor espacio; sin embargo, lamentablemente, los protocolos no existen.

Como movimiento social, todos los días recibimos vulneraciones de derechos dentro de las urgencias en cuanto a salud mental. Eso todavía ocurre dentro del servicio de salud mental del hospital y de esta región, y lo hemos hecho saber. Hace una semana tuvimos una reunión con el delegado presidencial y todos los equipos de los servicios, pero, lamentablemente, la respuesta ha sido ambigua.

Queremos solicitar a todas las autoridades que, por favor, en el proyecto de salud mental integral podamos incluir esas situaciones, que están sucediendo no solo en nuestro hospital y en esta región, sino también a nivel país. Queremos que los protocolos de salud mental también estén en todas las unidades de pacientes con distintas enfermedades, como, por ejemplo, pacientes de parto porque no existen.

Como sabemos, en 2030 se proyecta una segunda pandemia, la de salud mental. Es hora de que nos hagamos cargo de esto. Es hora de que como sociedad civil las autoridades nos inviten a estos espacios. Hemos estado durante tres años solicitando que nos inviten a socializar, a construir, a reconstruir, pero, lamentablemente, eso ha quedado solo en promesas.

También hemos entrevistado a los profesionales de este hospital, donde su capacidad y su profesionalismo no se ha visto condicionado por las condiciones laborales. Como se dijo, no han comentado la cantidad de licencias médicas extendidas.

Si no comprometemos una buena condición laboral a las personas que trabajan en este hospital, es muy difícil que el servicio para los pacientes sea eficaz. Necesitamos mayores esfuerzos económicos y que se nos visibilice, que no se nos oculte.

Muchas gracias por la invitación.

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

Finalmente, en nombre de la comisión, agradezco a todas y todos quienes estuvieron presentes y, por supuesto, a los directivos y a los diputados Saffirio y Leal. Damos las gracias por hacernos venir como comisión investigadora a la región; de hecho, yo insistía en eso todas las semanas.

Desde luego, hemos cumplido, pues fuimos a Antofagasta, a Coyhaique, a Arica y hoy estamos en Temuco. La próxima semana iremos a Osorno.

Como siempre, también agradezco a nuestro Secretario. Por mí, iría a sesionar a todos los hospitales de Chile, pero él me tendría que acompañar.

También doy las gracias a quienes transmitieron por televisión y a aquellos que nos ayudaron en la parte técnica y logística.

Asimismo, informo a los asistentes que esta comisión investigadora elaborará un informe que todos podrán leer.

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

-Se levantó la sesión a las 13:43 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.