

**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°19, LEGISLATURA 373ª, CELEBRADA EN JUEVES 10 DE ABRIL DE 2025, DE 09:45 A 13:17 HORAS.**

**SUMA**

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió a diversas autoridades y representantes de la sociedad civil de la Región de Los Lagos.

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, la diputada Emilia Nuyado, y los diputados Mauro González, Tomás Lagomarsino Daniel Lilayu y Jorge Saffirio.

En reemplazo del diputado Andrés Celis, asistió el diputado Héctor Barría.

**II. ACTAS**

El acta de la sesión 17ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 18ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

**III.- CUENTA<sup>1</sup>**

Se han recibido los siguientes documentos para la cuenta:

---

<sup>1</sup> [https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=345810&prmTipo=DOCUMENTO\\_COMISION](https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=345810&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION)

1.- Se ha recibido oficio de la Sala la cual, accedió a su solicitud en orden de prorrogar el plazo de funcionamiento hasta el 5 mayo del presente. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

2.- Se ha recibido documento del Diputado Andrés Celis el cual será reemplazo por el Diputado Héctor Barria. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

#### **IV.- ORDEN DEL DÍA**

**Se recibió a las siguientes autoridades y representantes de la sociedad civil de la Región de Los Lagos:**

- 1.- La SEREMI de Salud de la región de Los Lagos, sra. Karen Solis Hinojosa,
- 2.- El Director del Servicio de Salud de Osorno, sr. Rodrigo Alarcón Quesem<sup>2</sup>.
- 3.- El Director (S) del Hospital de Osorno, sr. Julio Vargas González.
- 4.- El Presidente Regional del Colegio Médico regional Osorno, sr. Francisco Horning Acuña
- 5.- La Presidenta de Fenpruss HPU-HRN, Vocera de la multigremial SSO, sra. Magaly Regina Paredes Cárdenas<sup>3</sup>.
- 6.- El representante de la Asociación de enfermeras y enfermeros de la Provincia de Osorno, sr. Diego Reinaldo Llancar Rivas
- 7.- El dirigente de FENATS Nacional, Daniel Barch
- 8.- La Presidenta del Consejo de la Sociedad Civil en Salud de Osorno, sra. María Eugenia Jaramillo Oyarzun.
- 9.- La Concejala de Osorno, Presidente de la Comisión de Salud de la comuna, sra. Natali Elizabeth Guissen Ibarra<sup>4</sup>.
- 10.- La Presidenta de la Red de Salud de Pueblos Originarios, sra. Elizabeth Sandoval Hurtado.
- 11.- La representante de la Asociación de Trabajadores de la Salud Hospital Base San José, sra. Dina Aburto Rupayan.

---

<sup>2</sup> [https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=345826&prmTipo=DOCUMENTO\\_COMISION](https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=345826&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION)

<sup>3</sup> [https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=345844&prmTipo=DOCUMENTO\\_COMISION](https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=345844&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION)

<sup>4</sup> [https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=345846&prmTipo=DOCUMENTO\\_COMISION](https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=345846&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION)

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 Director del Servicio de Salud Osorno, don Rodrigo Alarcón Quesem, con el objeto de que tenga a bien informar sobre el estado en que se encuentra el procedimiento sumario llevado en contra del actual Jefe del Centro Quirúrgico del Hospital Base San José Osorno, Dr. Alejandro Baeza Soto, y si dicho profesional habría adoptado el cargo a través de alta dirección pública.

2.- Oficiar al Director del Servicio de Salud Osorno, don Rodrigo Alarcón Quesem, al Director (S) del Hospital Base San José Osorno, Julio César Vargas González, y a la Secretaria Regional Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos, doña Karin Jacqueline Solís Hinojosa, con el objeto de que informen sobre las medidas y estrategias que se han desarrollado con el objeto de resolver la situación del clima laboral que se registra en el Hospital Base San José Osorno, don de se han registrado una serie de problemas vinculados con persecución sindical, acoso laboral, etc., considerando que aquello finalmente repercute en un correcto desarrollo de labores y por tanto en el aumento de las listas de espera.

Enviar copia a la Ministra de Salud, Ximena Aguilera y al Subsecretario de Redes Asistenciales, Bernardo Martorell.

3.- Oficiar a la Ministra de Salud, doña Ximena Aguilera, y al Director del Servicio de Salud Osorno, don Rodrigo Alarcón Quesem con el objeto de que tengan a bien informar sobre los motivos por los cuáles existen tantas subrogancias en cargos directivos de hospitales de la Región de Los Lagos y no hay titularidades en áreas críticas.

Asimismo, se refieran a los motivos por los cuáles no se habrían realizado todos concursos de alta dirección pública requeridos para poder ocupar los cargos como corresponde.

\*\*\*\*\*

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.<sup>5</sup>

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 13:17 horas.

**LEONARDO LUEIZA URETA**  
**Abogado Secretario de la Comisión**

---

<sup>5</sup> <https://www.camara.cl/prensa/Reproductor.aspx?prmCpeid=4622&prmSesId=79852>

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

Sesión 19ª, celebrada en la ciudad de Osorno,  
en jueves 10 de abril de 2025, de 09:36 a 13:27 horas.

Preside el diputado señor Tomás Lagomarsino.

Asisten la diputada Emilia Nuyado, y los diputados Héctor Barría, en reemplazo del diputado Andrés Celis; Mauro González, Daniel Lilayu y Jaime Sáez.

Concurren, en calidad de invitados, la seremi de Salud de la Región de Los Lagos, señora Karin Solís Hinojosa; el director del Servicio de Salud de Osorno, señor Rodrigo Alarcón Quesem; el director subrogante del Hospital Base San José de Osorno, señor Julio Vargas González; el presidente del Consejo Regional Osorno del Colegio Médico, señor Francisco Hornig Acuña; la presidenta de la Fenpruss Hospitales Purranque y Río Negro y vocera de la multigremial SSO, señora Magaly Paredes Cárdenas; el representante de la Asociación de Enfermeras y Enfermeros de la Provincia de Osorno, señor Diego Llancar Rivas; el secretario general de la Fenats Nacional, señor Daniel Bartch Sepúlveda; la presidenta del Consejo de la Sociedad Civil en Salud de Osorno, señora María Eugenia Jaramillo Oyarzún; la concejala de Osorno y presidenta de la Comisión de Salud de la comuna, señora Natali Elizabeth Guissen Ibarra; la presidenta de la Red de Salud de Pueblos Originarios, señora Elizabeth Sandoval Hurtado, y la representante de la Asociación de Trabajadores de la Salud del Hospital Base San José de Osorno, señora Dina Aburto Rupayan.

## 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).- Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra sobre puntos varios.

Tiene la palabra el diputado Daniel Lilayu.

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero agradecer a la Cámara de Diputados y también a usted por tener la iniciativa de llevar esta comisión a las provincias. Normalmente, las personas que somos y representamos a las regiones, a veces, somos invisibilizados en muchas otras temáticas.

El tema de la lista de espera quirúrgica claramente permea a todo nuestro país, pero también tenemos realidades locales y cosas que queremos visibilizar. En ese sentido, debo agradecerle a usted y también a las personas que están presentes, hay una gran asistencia. Veo a muchas personas que conocí cuando trabajé en el hospital de Osorno. Claramente, sé cuáles son las necesidades y los motivos que los anima a estar

presentes, en especial mejorar la salud de los habitantes de nuestra región.

Además de agradecer, quiero aportar algunos datos respecto de por qué hablamos de listas de espera y por qué se constituye esta comisión. La lista de espera quirúrgica es realmente un problema que ha permeado a toda nuestra sociedad, pero esto sigue. Al respecto, quiero hacer una crítica y una pregunta, dado que se encuentra presente la seremi.

Hace pocos días hubo un cambio de subsecretario de Redes Asistenciales, teóricamente un cambio de timón en la parte de gestión. No he escuchado absolutamente nada, ni una palabra ni una coma del nuevo subsecretario de Redes Asistenciales, señor Martorell, sobre qué se va a hacer con las listas de espera.

No se puede comenzar de cero, sino que se comienza con los datos, los antecedentes duros; de hecho, el Minsal los puso sobre la mesa.

En esa línea, señor Presidente, quiero dejar consignado en las actas mi reclamo o mi sorpresa en relación con que el subsecretario de Redes Asistenciales, señor Bernardo Martorell, quien, por lo demás, trabajó en esta zona, no tuviera un plan sobre cómo solucionar las listas de espera. No escuché absolutamente nada sobre el punto. A lo mejor, tengo desconocimiento de aquello.

Por eso, me gustaría saber si la seremi de Salud de nuestra región tiene algún instructivo o alguna bajada del subsecretario de Redes Asistenciales para poder trabajar y solucionar este problema; si la seremi lo sabe, que señale si existe una bajada también al Servicio de Salud de Osorno. Temo que aquí no hay ninguna estrategia.

Además, el 31 de diciembre de 2024, las listas de espera reflejaron un aumento significativo en comparación con 2023. Mientras que en 2023 se registraron 333.579 cirugías y

2.401.560 consultas especializadas en espera para finales de 2024 -estos son datos nuevos-, estas cifras subieron a 390.229 y 2.601.084, respectivamente.

¿Qué significa esto? Hubo un crecimiento de 56.650 cirugías pendientes, lo que equivale a 16,98 por ciento de aumento de las cirugías, y 199.524 consultas no atendidas, que equivalen a 8,31 por ciento; es decir, esto ha seguido aumentando desde que estamos preocupados por las listas de espera. Se ha incrementado considerablemente la carga de atención en el sistema de salud.

El tiempo de espera para una cirugía aumentó, pasando de 289 días en 2023 a 294 días en 2024.

En cuanto a las cirugías con más retraso, 427 días para cirugía cardiovascular y 414 días para una traumatológica.

La mediana de espera -esto requiere una explicación- para una consulta de radioterapia oncológica es de 69 días y para un oncólogo la lista de espera es de 96 días. Para una consulta de diabetología, la mediana de espera es de 131 días.

Hay que esperar más de un año para acceder a un pabellón. La cirugía digestiva tiene una mediana de espera de 391 días; la cardiovascular, 427 días, y la traumatológica, 414 días. Estos son datos que obtuve recién.

Quiero graficar los atrasos GES en cáncer por regiones. Me imagino que eso lo maneja la seremi, al igual que el director del servicio de salud. En las tasas por 100.000 habitantes, en Los Ríos son 174,2 prestaciones retrasadas, y en Los Lagos, de 59,9. Estamos en el medio; uno puede decir que estamos bien. Sin embargo, el hecho de que estemos un poquito mejor que en otras partes no significa que estemos bien. Habría que preguntarles a los osorninos y en general a los habitantes de nuestra región si se sienten conformes con las listas de espera.

Parto de la base -hay que ser correcto- de que hay listas de espera en todo el mundo, al menos en forma mínima, y como médico entiendo que siempre las habrá. Pero esto se nos fue de las manos.

Por lo tanto, dejo sobre la mesa esos datos y espero que sean contestados en algún momento por las autoridades de nuestra región.

Gracias.

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

Respecto de venir a Osorno, era algo que debía cuando presidí la Comisión de Salud. Recuerdo que en ese tiempo usted me pidió que viniéramos como Comisión de Salud a Osorno. Se acabó el período de mi presidencia y no alcanzamos, pero ahora cumplimos.

Del segundo tema, el servicio de salud y la seremi van a hacer una presentación. ¿Le parece que dejemos sus preguntas para que sean respondidas una vez que hayan concluido?

Tiene la palabra la diputada Emilia Nuyado.

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, en primer lugar, saludo a las diversas representaciones de los gremios presentes del Servicio de Salud Osorno, funcionarios y funcionarios; también a la presidenta del Cosoc, señora María Eugenia Jaramillo; a la representante de pueblos originarios, señora Elizabeth -tengo una confusión con su apellido-, y también a la seremi de Salud de Los Lagos, señora Karín Solís; al director del servicio de salud, señor Rodrigo Alarcón, y al director subrogante del Hospital San José Base de Osorno y, en particular, a los diputados presentes, a nuestro Presidente, diputado Tomás Lagomarsino, y al Secretario, abogado Leonardo Lueiza, quien cumple la función de ministro de fe en esta comisión.

Asimismo, valoro que esta comisión, que preside el diputado Lagomarsino, se haya constituido en algunos hospitales del país, según lo definimos los diputados y diputadas en la comisión. Por consiguiente, se ha podido escuchar la realidad de cada hospital, y los gremios han aportado soluciones para ir resolviendo esta situación que deja al descubierto el informe de la Contraloría, del 29 de noviembre, respecto de la situación de las listas de espera, en el que se menciona el Hospital Base San José de Osorno.

Conociendo esa realidad difícil, compleja, me imagino que también hoy tanto la seremi como el director del hospital y el director del Servicio de Salud podrán realizar una presentación para abordar esa difícil y dolorosa realidad que se tuvo que enfrentar acá.

Por otro lado, también hubo muchas sesiones en las cuales se escuchó al Colegio Médico, a expertos, al Ministerio de Salud, en las que también se han hecho diversos análisis de cuál sería esa propuesta para mejorar y resolver, de una manera mucho más ágil, esta situación, tanto de personas que hoy día tienen patologías, que deben atenderse con urgencia, como las personas que padecen cáncer, como también aquellas patologías que no han sido atendidas y que no están incorporadas dentro del GES.

En ese sentido, esta comisión debe tener la capacidad de hacer las recomendaciones para que la institución, en este caso el Ministerio de Salud, pueda incorporarlas.

Por consiguiente, tenemos una gran responsabilidad de entregar estas recomendaciones y hacer las revisiones exhaustivas del actuar que ha tenido el ministerio, porque lo que hacen las comisiones investigadoras es precisamente conocer dónde están estas falencias, por qué se han provocado, de qué

manera estas se pueden solucionar, y cómo han actuado aquellas instituciones del Estado que tienen la responsabilidad de entregar una salud digna, que es lo que esperan muchos hombres y mujeres, al ser operados de estas patologías graves, y también respecto de traumatología.

Hemos ido escuchando en diversas sesiones, pero también el Presidente y la Secretaría han tenido la oportunidad de revisar todas las intervenciones que han recomendado los diversos gremios, porque son los que trabajan directamente con los pacientes, sean doctores, enfermeros, TENS, funcionarios administrativos y, por lo tanto, esa recomendación nos va a servir.

Asimismo, la mirada del municipio, a través de la concejala que preside la Comisión de Salud, quien también va a exponer y a quien le damos la bienvenida. Ella nos entregará su mirada, lo cual agradecemos, para que todos tengamos la visión que se recoge desde la comuna de Osorno, pero también desde la provincia y la región, en la que también se van a incorporar diputados que son de la Región de Los Lagos, que representan a las provincias de Llanquihue y Chiloé, quienes también están preocupados por el actuar que han tenido diversos directores y la propia Seremi de Salud, en la responsabilidad que tiene respecto de la salud que debe entregarse a la ciudadanía.

Gracias, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Ofrezco la palabra a algún otro integrante de la comisión.

Ofrezco la palabra.

Iniciaremos el Orden del Día con las exposiciones de las autoridades locales de la región: la seremi de Salud y los directores del Servicio de Salud y del hospital.

Tiene la palabra la seremi de Salud de la Región de Los Lagos, señora Karin Solís Hinojosa.

La señora **SOLÍS**, doña Karin (seremi de Salud de la Región de Los Lagos).- Buenos días, señor Presidente. Por su intermedio, saludo a los honorables miembros de la Cámara de Diputados, al director del servicio de Salud y a todo su equipo, quien representa tanto al Servicio de Salud de Osorno como al Hospital Base San José de Osorno, y de todos los recintos asistenciales y de atención primaria de salud; a la representante del Cosoc y también de nuestro Consejo Asesor Regional, señora María Eugenia Jaramillo; a todos los representantes de los gremios y sindicatos del sector de nuestra red asistencial que hoy están presentes; a la representante de la comunidad indígena; a todas las personas que han querido presenciar esta comisión, sean todos muy bienvenidos.

Buenos días a todas y todos.

Como contexto general, quiero informar que nuestra región cuenta con una población de alrededor de 900.000 habitantes. Una de las mayores determinantes sociales es la dispersión geográfica, la insularidad, la gran población que vive en el sector rural y la pobreza multidimensional, que supera el 19 por ciento, es decir, supera al estándar nacional.

Sin duda, hacer salud en nuestra región es diferente a hacerlo en otras regiones. Por eso comparto este contexto que hoy manejamos. También tenemos una población envejecida, con una gran carga de enfermedad y, por ello, valoramos

tremendamente la oportunidad de mostrar y visibilizar todas las gestiones que se desarrollan en nuestros tres servicios de salud, y que todo es gracias a lo que hace cada uno de los funcionarios y funcionarias del sector de la red asistencial y desde la autoridad sanitaria de la región. Sin ellos, nada podría ser posible.

Sobreponerse a una pandemia fue difícil para nuestro país y es una historia que todos conocemos, en la que los actores, nuestros funcionarios de salud, tanto de la atención primaria como de la atención secundaria, fueron los héroes que salvaron las vidas de la población. Pero este trabajo continúa y todos los días salvamos vidas en nuestra región, todos los días hacemos y aportamos dentro del marco de esa responsabilidad para poder avanzar, y, ciertamente, el disminuir los tiempos de las listas de espera, como marco de acción, ha sido parte de la prioridad de nuestro gobierno y de nuestra directriz desde la ministra de Salud, y de ambas subsecretarías, las que, desde 2005, gracias a la reforma de salud, tienen distintos roles y distribuciones en su función, y que por función y rol en la rectoría nos compete el resguardo de la salud de la población, la conducción sectorial, y el marco del resguardo a la salud de las personas en la vigilancia, regulación, fiscalización de todo el ambiente que se genera para y por las personas.

En ese marco de acción, también hemos elaborado un plan en el que evidentemente hemos avanzado. Cuando hacemos una comparación desde 2021 -en plena pandemia aún- a 2024, a nivel nacional, hemos disminuido sobre 370 días en tiempo de espera en acción quirúrgica. La misma historia es respecto de la disminución de los días de espera en atención de especialidad, por sobre noventa días menos en tiempo de espera. Por lo tanto,

en este aspecto también, y así lo va a poder mostrar el director del Servicio de Salud Osorno, el trabajo que se ha llevado a cabo con todos los equipos, entendiendo que nuestra red también tiene brechas y falencias estructurales, que tenemos un solo hospital de alta complejidad en esta provincia, y lo mismo sucede en Reloncaví y Castro. Es claro que lo definido es insuficiente para lo que se genera diariamente. Si bien la lista de espera es un instrumento que obedece a una matriz que nos permite visibilizar los criterios de priorización, sin duda nos sirve para avanzar en este ejercicio y función. Sin embargo, también necesitamos establecimientos y una red estable y sostenible para abordar todas las problemáticas de salud de nuestra población.

Por ello, tenemos una gran inversión en infraestructura pública que hemos llevado a cabo tanto en el Servicio de Salud de Osorno como en el de Reloncaví y en el de Chiloé. Esta es una inversión no menor que, al término del gobierno, entregará proyectos finalizados a la población, relacionados con obras que vendrán a sostener nuestra red integrada de salud, con mayores servicios de resolutiveidad, equipamiento y mayor recurso humano, algo que hoy no tenemos.

No obstante, eso no es justificación para no seguir avanzando en sostener los establecimientos de salud con distintas estrategias, relacionadas con una mayor productividad de los pabellones quirúrgicos de los establecimientos que ya tenemos, la extensión de los horarios establecidos para ello y el fortalecimiento de la red público-privada. Recordemos que nuestra red y nuestro modelo de salud chileno son mixtos. Por lo tanto, trabajamos día a día en esa red público-privada. Gracias a ese trabajo, hemos tenido éxito en las dos últimas campañas de invierno.

Asimismo, no debemos olvidar que la implementación del anticuerpo monoclonal forma parte de este éxito, ya que no se registraron muertes de lactantes menores de un año durante el invierno pasado. Gracias a estas estrategias e intervenciones, podemos continuar fortaleciendo la respuesta para disminuir los tiempos de espera.

Los inviernos en nuestra región son mucho más difíciles que en otras. Por ejemplo, dado el carácter más lluvioso de nuestra zona hay mayor humedad y la temperatura ambiente es menor, lo que potencia una circulación viral más intensa y de manera mucho más anticipada que en el norte del país o en la Región Metropolitana.

Quiero dejar sobre la mesa todas estas condicionantes, ya que prevalecen durante todo el año y son parte de las determinantes sociales que debemos abordar de manera constante.

Con su venia, señor Presidente, le cederé la palabra al director del Servicio de Salud de Osorno, no sin antes valorar esta instancia de control social, pues nos permite visibilizar todas las herramientas del Estado que hemos puesto a disposición y que hemos implementado en un trabajo colaborativo con los funcionarios de la red asistencial.

Seguimos construyendo un mejor trabajo, y valoramos el compromiso y la responsabilidad de cada uno de los funcionarios que trabajan constantemente en la red asistencial y que reciben a la autoridad sanitaria durante todo el año.

Además, quiero destacar que, sin el trabajo de prevención y promoción que hoy se lleva a cabo a través de la APS Universal, no sería posible avanzar con paso firme en estas materias. Cada día que pasa es un día más en el que una persona se presenta con un problema de salud, ya sea de resolución quirúrgica o de

alta especialidad. Cada día, hay un nuevo ingreso con diagnóstico de cáncer, una realidad que nos golpea fuertemente. Por lo tanto, si no trabajamos en la prevención y promoción de la salud, no llegaremos a tiempo, a pesar de los cambios de gobierno y de la evolución de la historia en la salud pública.

Todos los grandes logros de la salud pública a lo largo de su historia son también el resultado del trabajo realizado en inmunización, lo que ha permitido erradicar diversas enfermedades. Esto ha sido posible gracias al esfuerzo diario de cada funcionario, así como a los nuevos desafíos y estrategias que el gobierno ha puesto a disposición, con una mayor inversión y un mayor enfoque en el capital humano, dado que la salud mental también ha sido una prioridad para nuestro gobierno.

Si queremos aumentar la productividad de los pabellones quirúrgicos, también debemos considerar la salud mental de quienes trabajan para resolver las problemáticas de salud, como son los funcionarios en esos pabellones, para así avanzar en la reducción de los tiempos de espera.

Sin más, los dejo con el director del Servicio de Salud de Osorno, quien presentará los datos objetivos sobre las estrategias implementadas en la provincia.

Muchas gracias, señor Presidente.

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

Tiene la palabra el director del Servicio de Salud de Osorno, señor Rodrigo Alarcón Quesem.

El señor **ALARCÓN** (director del Servicio de Salud de Osorno).- Señor Presidente, por su intermedio, agradezco a la comisión por acompañarnos y visitarnos hoy. Agradezco la presencia de

los diputados y diputadas integrantes, de las autoridades que nos acompañan y de los funcionarios, así como de sus representantes.

Para comenzar, quiero explicitar lo que ha hecho la red asistencial.

Nuestra presentación tiene dos componentes: el primero lo abordaré yo y el segundo lo expondrá el director del Hospital Base de Osorno.

En primer lugar, revisaremos las características de nuestra red asistencial, las estadísticas de producción, la situación de las listas de espera a nivel de servicio y la situación de nuestros recursos humanos, tratada como un tema más general.

La red asistencial de nuestra región se condice con la provincia de Osorno, que está compuesta por siete comunas y tiene una población aproximada de 250.000 habitantes. Su extensión longitudinal es relativamente corta, pero en términos del trazo cordillera-mar, es bastante extensa y presenta, en general, varias dificultades de comunicación, como veremos más adelante.

Además, es importante destacar que, en el índice de desarrollo humano, varias de las siete comunas que componen la provincia se encuentran en los últimos lugares. Esto implica un acceso limitado a las comunicaciones, malas condiciones viales, y una situación socioeconómica regular o baja. Asimismo, en algunos casos, sus habitantes no tienen acceso directo a la educación superior y media, y, en general, disponen de menos recursos que las comunas más urbanizadas o económicamente más solventes. Ciertamente, esto tiene efectos no solo sobre el acceso, sino también sobre la salud de las personas.

Nuestra red asistencial está compuesta por un hospital de alta complejidad en Osorno, que tiene 18 años y una superficie de aproximadamente 40.000 metros cuadrados. Sin embargo, los estándares actuales establecen que un hospital para una provincia como esta debería contar con entre 140.000 y 160.000 metros cuadrados. Por lo tanto, aunque este hospital no es obsoleto, sí es pequeño para la demanda actual, por lo que el ministerio ya ha autorizado su reposición mediante un proyecto en desarrollo, y esperamos tenerlo listo en el plazo más corto posible. Este nuevo hospital estará ubicado en el sector de Rahue, que es la zona de expansión de la ciudad de Osorno.

Contamos también con seis cesfam, dos cecosf y dos cosam. Es importante resaltar que Osorno tiene una red de salud extremadamente sólida. Tenemos dos cosam y estamos por inaugurar un tercero a fin de año, el cual comenzará a operar en enero del próximo año. Además, tenemos un centro de diagnóstico para adultos mayores con demencia, una unidad de acompañamiento para estos pacientes y una unidad de cuidados intensivos psiquiátricos (UCIP), que es la más grande de las dos en la región, con capacidad para ocho camas, mientras que la de Puerto Montt cuenta con solo seis.

Asimismo, con un centro regional de diagnóstico médico, administrado por la Municipalidad de Osorno, en términos de su edificio y equipamiento, y respaldado, en general, por convenios con el Servicio de Salud de Osorno. Por su parte, el Hospital Base de Osorno es el encargado de la prestación de servicios y del traslado de profesionales hacia dicho centro.

Adicionalmente, en Purrangué tenemos un hospital de mediana complejidad, que también está autorizado para su reposición. Actualmente, se encuentra en proceso la compra del terreno, y esperamos que, en un plazo no muy largo, esté disponible. Este

hospital tendrá una superficie aproximada de 30.000 a 40.000 metros cuadrados y brindará atención de mediana complejidad, con especialidades médicas básicas y algunas complementarias, totalizando probablemente entre nueve y once especialidades, además de contar con un cesfam, dos centros de salud comunitarios y ocho postas rurales.

Por su parte, Río Negro tiene un hospital de baja complejidad, con prestaciones de media, un Centro de Salud Familiar (cesfam), un centro comunitario de salud familiar (cecosf) y tres postas de salud rural.

El Hospital de Río Negro también irá a reposición en el nuevo modelo del ministerio, que consiste en hospitales de mayor resolutiveidad y que, probablemente, incorporen tecnologías mucho más complejas que las que tiene hoy, como mamógrafo, ecógrafo, escáner y otras, además de especialidades que nos permitan reducir la derivación y aumentar la resolución donde viven las personas.

En Río Negro hay un cesfam, un Centro Comunitario de Salud Familiar, y tres Postas de Salud Rural. En Puerto Octay es igual, cuenta con un hospital de baja complejidad, que hace también tareas de Atención Primaria de Salud (APS), y que irá a reposición con la misma lógica de mayor complejidad. También hay un cecosf en Las Cascadas y una posta de Salud Rural.

En Puyehue hay un cesfam, un cecosf y tres postas de Salud Rural. Es la única comuna que no tiene un hospital comunitario, pero en el plan de desarrollo, autorizado por el ministerio y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se contempla la instalación de un Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) y un Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta

Resolución, toda vez que esta es la comuna por la que atraviesa la ruta internacional CH-215, que llega a Bariloche.

San Juan de la Costa y San Pablo son algunas de nuestras comunas más postergadas, según el Índice de Desarrollo Humano, razón por la cual se construyeron hospitales interculturales de baja complejidad y que funcionan a plena capacidad. Quiero decir, además, que en todas estas comunas contamos con servicios de urgencia durante las 24 horas, atendidos por médicos y con acceso a laboratorio, y este año estamos terminando de implementar el acceso a radiología permanente, de manera que la resolutiveidad de urgencia se pueda producir en el servicio de urgencia y evitar la derivación.

San Juan de la Costa cuenta con dos cesfam, uno en Bahía Mansa, que está en reposición, y San Pablo también tiene un hospital intercultural de similares características, además de un cesfam y cuatro postas rurales.

También quiero mencionar, a propósito de lo que dijo la seremi, que hoy tenemos catorce obras en construcción, que logramos reactivar este último año y medio. Están todas en proceso y gozando de buena salud; algunas son financiadas por el gobierno regional y, la mayoría, por el ministerio. Contemplan dos cesfam con servicios de alta resolutiveidad de urgencia, un centro comunitario de salud mental (cosam), varios cecosf y postas, además de una serie de remodelaciones y reparaciones que hacemos habitualmente en los hospitales, fundamentalmente en Río Negro y Puerto Octay, y en los diferentes cesfam y postas de la red.

Respecto de nuestras características asistenciales como red, tenemos un hospital de alta complejidad, uno de mediana, cuatro de baja, y el centro de referencia provincial es el Hospital

Base San José Osorno. La concentración de especialistas únicos y subespecialistas para la atención está en ese hospital; una parte se distribuye en la atención primaria, una en la atención de Purránque y otra parte en la atención de Río Negro, pero, fundamentalmente, se ubican en la ciudad de Osorno.

A propósito de las características de la comunidad, tenemos serias dificultades para contactarnos debido a la carencia de redes digitales suficientemente sólidas. De hecho, en muchos lugares la telefonía celular es la única vía de comunicación, no existe internet. Por eso, también estamos trabajando en un plan para dotar de redes -a propósito de redes satelitales existentes hoy día- a todas nuestras postas y, eventualmente, por parte de los municipios, a todas nuestras estaciones médicas rurales para que puedan acceder no solo a comunicaciones, sino también a las fichas digitales de los pacientes, toda vez que hay información dispersa en la red, y esperamos que esté a disposición de los profesionales cuando atiendan a los pacientes.

La alta demanda que tenemos nos obliga a priorizar fundamentalmente por criterio biomédico.

Respecto de nuestra producción, en esta diapositiva hay series desde 2019 a 2024. Lo que ven al final es la variación de la comparación de 2019, prepandemia, con 2024, y las cifras tienen que ver con qué valores de producción hemos logrado, como cantidad, desde esa fecha.

Si se fijan, en 2020 y 2021 hubo un receso, una paralización muy importante en casi todas las prestaciones, pero en 2024 recuperamos y sobrepasamos esa cifra. Teníamos 161.000 consultas en 2019 y ahora son 170.000; crecimos un 6 por ciento.

En consultas odontológicas, bajamos de 56.000 a 49.000; es decir, perdimos con 13 por ciento, que no hemos terminado de recuperar, pero esperamos lograrlo en 2025, a propósito de ampliaciones que ya hicimos en el área odontológica del Hospital Base San José Osorno y, además, por la presencia de especialistas odontológicos en las comunas de Río Negro y Purranque.

En intervenciones quirúrgicas, teníamos 16.000 y llegamos a 20.000, subimos 22 por ciento en relación con esa fecha; en cirugías menores pasamos de 9.000 a 11.000, subimos 18 por ciento, y en las mayores subimos de 7.000 a 9.000, 29 por ciento de crecimiento.

En procedimientos, aumentamos de 385.000 a 478.000, un 24 por ciento más. Los procedimientos médicos y diagnósticos terapéuticos pasaron de 325.000 a 394.000, y los de apoyo clínico de 60.000 a 83.000, con un incremento de un 38 por ciento.

En los egresos hospitalarios, subimos un 5 por ciento, llegando a 19.000, y redujimos el promedio de días de estada, de 6,48 a 6,11, lo cual implica que hay una mayor disponibilidad relativa de camas.

Para esto hemos recibido el apoyo, entre otras cosas, del gobierno regional, con el que tenemos convenios en conjunto que nos han ayudado a la resolución de listas de espera.

Al respecto, quiero destacar que la provincia tiene un programa muy sólido de prevención y diagnóstico precoz de cánceres. En consecuencia, con el gobierno regional realizamos 749 intervenciones quirúrgicas, la mayoría en el hospital de Osorno y las demás en el de Purranque, y también 79

intervenciones quirúrgicas en esterilizaciones tubarias, a propósito de equidad de género.

También realizamos 1.076 consultas médicas nuevas y 809 consultas de ortodoncia, en odontología; tuvimos 825 procedimientos y 428 tratamientos de ortodoncia y alta integral para niños, niñas y adolescentes.

Además, como servicio somos pioneros en la aplicación del examen del virus del papiloma humano (VPH), que reemplaza en duración y certeza, en un porcentaje muy importante, al tradicional examen Papanicolaou (PAP), aspirando a tener al 80 por ciento de la población beneficiaria controlada con examen vigente, lo que nos garantiza una detección precoz de alteraciones que, eventualmente, podrían convertirse en cáncer cervicouterino, a lo que se suma también la realización de más de 7.000 ecografías mamarias.

Esto implica -me extenderé un poco en esto- que la provincia es capaz de detectar cualquiera de las 14 cepas que causan el cáncer cervicouterino y que se van a modificar, toda vez que ahora a la población adolescente es vacunada con tres cepas contra el cáncer cervicouterino. Entonces, cuando esta presencia viral como causa de enfermedad cambie, tendremos una historia muy larga que nos permitirá decir hacia dónde está migrando este cáncer, y, por lo tanto, podremos reaccionar y apoyar al país, en este caso, con la definición de cuál sería la característica para las nuevas vacunas necesarias.

En términos de compra de servicios, en la presentación se observan valores actualizados a 2025. Así, en 2019 tuvimos 1.077.000.000 de pesos; hemos ido recuperando esa cifra. En 2021 y 2022 hubo una reducción muy significativa, pero una parte se recuperó durante 2023 y 2024. Esperamos que siga

aumentando, porque, como veremos más adelante, estamos un poco al borde de nuestras capacidades de actividad.

En cuanto a inversiones por parte del servicio, ejecutadas con recursos propios, fueron de 478 millones de pesos en 2024, y esperamos concretar 2.087.000.000 millones de pesos durante este año, ya que ahí están las necesidades más relevantes, urgentes y ya muy arrastradas.

En algún momento estimamos -y así se lo hicimos saber al ministerio, a la comunidad y también a los diputados cuando lo conversamos- que nuestra brecha es de alrededor de 9.000 millones de pesos para ponernos al día en términos de la antigüedad y las características de nuestro equipamiento, y para eso se requiere toda la ayuda posible.

Con el gobierno regional, también, a propósito de estos programas, una parte de estos, que suman alrededor de 2.500 millones de pesos en prestaciones, se invierten en compra de equipamiento. Hemos avanzado con 625 millones de pesos más, los que, si se suman a los otros 200 millones de pesos, implica que en equipamiento llegamos a poco más de 800 millones de pesos durante el año pasado.

También quiero decir que, si bien no nos alegra, por lo menos nos reconforta un poco que, a diciembre de 2024, 26.598 personas esperaban consultas nuevas de especialidades y, al corte del 7 de abril de este año, eran 24.205; es decir, logramos reducir aproximadamente 2.300 casos.

Las consultas nuevas de especialidad odontológica eran de 11.659, la que está en crecimiento; lo veremos de manera permanente, dado que se trata de una oferta nueva, que recién se viene generando. Sin embargo, esta se redujo o, por lo menos, se mantuvo en 11.195 personas.

En intervenciones quirúrgicas es mucho más difícil, por las complejidades implícitas. Así, en diciembre de 2024, teníamos 8.939 casos, y a abril de este año hemos crecido en alrededor de 500, que es más del 5 por ciento, en términos de demanda de intervenciones quirúrgicas que se van incorporando a nuestra red como necesidades que debemos resolver.

En relación con los tiempos de espera, cabe señalar que, al comparar los años 2019 y 2024, 2019 fue el mejor año registrado, antes de la pandemia. En cuanto a las listas de espera, se puede apreciar que, en 2020, 2021 y 2022 hemos ido progresivamente reduciendo los tiempos en forma significativa, aunque todavía estamos un 23 por ciento arriba de lo que era 2019, tanto en promedio como en mediana. Si se fijan, el número de casos ha subido un 37 por ciento desde 2019.

En odontología, los casos pasaron de cerca de 7.000 a alrededor de 12.000, lo que representa un crecimiento de 60 por ciento. No obstante, el promedio de espera para estos pacientes, comparado con 2019, se ha reducido casi un tercio, un 28 por ciento, mientras que la mediana también se ha reducido, pero en 3 por ciento.

En lo que respecta a las intervenciones quirúrgicas, el número de casos en lista de espera ha subido de 6.328 a casi 9.000 a diciembre de 2024, lo que equivale a un incremento de 41 por ciento. El promedio de las intervenciones quirúrgicas subió al valor que tenemos hoy, 35 por ciento, habiendo estado, en algún momento, en los 560 días, que es prácticamente un año y diez meses.

En cuanto a los procedimientos, hemos empezado a hacer un gran esfuerzo, ya que, si bien en 2019, 2020 y 2021 existían registros, no eran parte del desafío. Hemos empezado a realizar

el registro e incorporado casos; por lo tanto, lo que hay son pacientes, donde nuestra oferta es bastante baja. Estos procedimientos incluyen ecografías, endoscopías, mamografías, ecografías mamarias y Holter, entre otros procedimientos. Nuestra tarea también tiene que ver con resolver, ya que hay muchos procedimientos asociados a diagnósticos que, en algún momento, alimentarán algunas de las listas de espera que están arriba.

También es importante la comparación año con año respecto de cuántas personas ingresaron y cuántas salieron de las listas de espera. En 2019, ingresaron 48.154 personas, además de la rémora de años anteriores, y egresaron 43.000. En 2020, hubo una caída significativa. En 2023, ingresaron 61.697 personas y egresaron 55.545, mientras que en 2024 ingresaron menos personas que las que egresaron, por primera vez en muchos años.

Esto hace que la lista de espera haya crecido en 27 por ciento, pero los egresos aumentaron en 42 por ciento; es decir, en el tiempo, hemos ido egresando a más personas que las que han ingresado.

En odontología, la misma cosa. Hoy estamos con una lista en crecimiento. Desde 2021 venimos creciendo de 7.000, 12.000, 14.000 a 16.000 personas. Hemos ido subiendo los egresos de 11.000, 12.000 a casi 15.000, y esperamos, para 2025, equilibrar esta lista, de modo que nuestros egresos superen los ingresos del año. Es una de las formas de entender que estamos teniendo una posibilidad real de resolver la lista de espera y bajar los tiempos de espera.

En materia de intervenciones quirúrgicas, crecimos 36 por ciento en cantidad de pacientes en lista de espera por año. Sin embargo, al mismo año, subimos 43 por ciento en

intervenciones. Cabe destacar que no logramos hacer más intervenciones que las que ingresan, pero ciertamente vamos subiendo año con año.

Respecto de los procedimientos, que son consultas más recientes, a 2024 llegamos a un poco más de 50 por ciento de la demanda, lo que pone un acento en términos de lo que tenemos que abordar y resolver. Cabe señalar que el ítem de procedimientos está muy asociado a tecnología, recintos y recursos humanos.

En lo que respecta a las listas de espera de consultas de nueva especialidad en el país, Osorno ocupa el segundo mejor lugar, después de Arica. La medición está hecha considerando las listas de espera superiores a dos años, y nosotros tenemos una cantidad muy escasa de pacientes que llevan más de dos años en lista de espera, en comparación con otros servicios de salud.

En lista de espera odontológica a nivel país estamos en el segundo lugar. La antigüedad de las listas mayor de dos años es sumamente pequeña en este servicio. Entonces, nuestro plazo promedio máximo, efectivamente está dentro de los dos años, lo cual, en comparación con el resto de los servicios, denota el esfuerzo que hemos hecho localmente, el cual ha rendido frutos en términos de orientación de las tareas y resultados.

En cuanto a lista de espera quirúrgica, como lo han planteado, este es probablemente el espacio más difícil de abordar. Estamos en la medianía de la tabla, con aproximadamente 20 por ciento de personas que llevan esperando más de dos años, mientras que el 80 por ciento restante espera menos tiempo.

Respecto del cumplimiento GES, somos uno de los servicios de salud con cumplimiento ciento por ciento. Esto significa que no tenemos casos incumplidos ni problemas en general con el cumplimiento GES. Se hace un esfuerzo diario muy potente. El promedio país fue de 97,9 por ciento, lo que hace que seamos los segundos, en términos de cantidad, en lograr cumplir con la lista GES. Hacemos un esfuerzo constante para que se cumpla con esta garantía legal, que es obligatoria para todos nosotros.

Otra de las formas de medición son los Comges, que corresponde al conglomerado de Compromisos de Gestión, que implica compromisos financieros, técnicos, clínicos, de ausentismo, de financiamiento y de producción. El servicio cumplió con 86,5 por ciento, siendo el mejor del país, mientras que el promedio es de 78,17 por ciento, con la variabilidad interna que eso tiene.

Otra forma de medir el servicio es el cumplimiento de los desempeños de la Alta Dirección Pública (ADP), que impone las metas del Estado al servicio de salud. Este sistema implica elementos parecidos al Comges. En este contexto, el director, en este caso yo, en el primer resultado de evaluación de gestión, obtuvo la evaluación más alta a nivel país, con un 92,7 por ciento. Por su parte, el subdirector administrativo del Hospital Base de Osorno, quien actualmente está realizando la gestión como director subrogante, logró un 96,1 por ciento en su segundo año de evaluación.

¿Qué cosas han cambiado, a propósito de la consulta sobre cómo seguiremos avanzando? Los criterios técnicos que estuvieron vigentes hasta el año pasado...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Le pido que vaya redondeando su presentación.

El señor **ALARCÓN** (director del Servicio de Salud de Osorno).- Estoy casi concluyendo, señor Presidente.

Los criterios técnicos de priorización hasta 2024 contemplaban la prioridad sanitaria, el riesgo vital, la secuela funcional grave, los trasplantes, el GES, que, en rigor, es una obligación; los usuarios del Sename, los usuarios de Prais de primera generación y los usuarios con más dos años de antigüedad en lista de espera no Ges.

Los criterios técnicos para 2025 se enfocan en el criterio médico por impacto en la progresión de la enfermedad y las complicaciones de impacto en discapacidad. Esto nos obliga a ir desarrollando internamente modelos de gestión de lista de espera que contemplen las características de cada paciente, de manera de poder ir tomando decisiones. Así, cuando el riesgo es una discapacidad o complicación, tendremos que ver la forma de reubicar a esos pacientes en la lista de espera, en la medida de los recursos que tengamos.

Se cambian el Sename y el Prais por los grupos de especial protección, de acuerdo con las obligaciones jurídicas del país.

Por último, cambia la antigüedad en las listas de espera, estableciendo un tope de un año. En este sentido, como vimos, aún falta por cumplir 20 ciento en cirugías, pero en las otras estamos bastante cerca de llegar.

Esta es una cuestión bien compleja, porque al final del día todo este esfuerzo reposa en los hombros de las personas que trabajan acá. Por lo tanto, hay una serie de líneas de desarrollo y cuidado que siempre van a ser probablemente

insuficientes, pero, entre ellas, contemplan programas de apoyo a funcionarias víctimas de violencia de pareja y expareja, que ocurren incluso al interior del servicio. Hoy tenemos 27 casos, algunos judicializados y otros en fase de atención o tratamiento.

El desarrollo de procedimiento de movilidad interna para conciliar tanto los estudios como los lugares de trabajo, permite que ordenadamente los trabajadores de las diferentes comunas de la red se vayan desplazando donde efectivamente les resulte más cómodo por su estado de vida. Si quieren venir a Osorno o ir a otra comuna, debemos buscar la forma de reubicarlos.

En cuanto al programa de reconocimiento a funcionarios, reconocemos todo lo que hacen nuestros funcionarios, como promociones, ascensos, cuando ingresan a planta, cuando se titularizan, cuando se van y cuando jubilan.

También estamos reaplicando herramientas diagnósticas que indica la Superintendencia de Seguridad Social, a propósito de los riesgos psicosociales.

Desde hace bastante tiempo, estamos haciendo talleres especializados para tener fiscales de Prevención de la Violencia en el trabajo, Acoso Laboral y Sexual (VALS). Tenemos una larga historia de acoger y favorecer las denuncias, lo que hoy funciona en forma bastante eficiente, pero necesitamos tener más fiscales y procedimientos más rápidos.

Existe un programa de trabajo tendiente a reducir el ausentismo laboral, que en este servicio está en la medianía del ministerio, en alrededor de 33 días.

El fortalecimiento de la unidad de Salud Funcionaria (SAFU), que es una de las pocas que existe en Chile.

También existen programa de autocuidado, políticas de buen trato laboral y decálogo institucional, que lo venimos desarrollando desde hace varios años.

Asimismo, conversatorios con las comunidades funcionarias, asesorías técnicas a equipos de trabajo y liderazgos, capacitación, diplomados a jefaturas intermedias, que es donde solemos tener la mayor cantidad de dificultades, y acompañamiento a unidades con situaciones de conflicto.

Señor Presidente, esa es mi presentación.

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

Tiene la palabra el señor Julio Vargas.

El señor **VARGAS** (director subrogante del Hospital Base San José de Osorno).- Por su intermedio, señor Presidente, les doy la bienvenida a nuestro Hospital Base San José de Osorno a todas las autoridades parlamentarias y regionales, a la comunidad civil que nos acompaña y, por supuesto, a funcionarios y representantes de los funcionarios de nuestro establecimiento y de la red asistencial de salud de la provincia de Osorno.

Haré una breve descripción de lo que es el Hospital Base San José de Osorno, para entender las dimensiones en relación con la población que señalaba el director.

Nuestro hospital tiene hoy día 374 camas. Recordemos que fue normalizado hace 18 años y hoy contamos con estas mismas 374 camas. Tenemos 13 box de atención en la urgencia y 12 camillas de observación.

No voy a describir todo lo que dice la lámina.

Cabe señalar que uno de nuestros principales orgullos, a modo de gestión, es el trabajo que se ha logrado hacer en las unidades de emergencia de nuestro hospital. No hace más de dos o tres años en urgencia teníamos hasta 70 pacientes hospitalizados e, incluso, en las camillas de urgencia, situación que, lamentablemente, se ve en otros recintos hospitalarios.

Sin embargo, nuestro hospital, gracias al acompañamiento del Ministerio de Salud y al trabajo de nuestros profesionales, principalmente los especialistas que están llevando a cabo esta estrategia, al día de hoy y desde hace más de un año no tenemos ningún paciente hospitalizado en los pasillos, lo cual era una situación alarmante y, por supuesto, que fue nuestra principal preocupación.

Respecto de los pabellones, tenemos diez pabellones, dos de los cuales hemos destinado a las urgencias y dos más a la estrategia de resolutiveidad regional. Por lo tanto, contamos con seis pabellones para atender a toda nuestra población beneficiaria. También tenemos algunas camillas que nos permiten hacer el pre- y posoperatorio.

Contamos con 42 box de atención ambulatoria. Tenemos 55 especialidades en nuestro establecimiento. Un solo pabellón de cirugía menor, lo cual todas las personas que saben de salud, como las autoridades, podrán comprender que es demasiado bajo para toda la población.

Es por eso que estamos solicitando, con el acompañamiento de las organizaciones gremiales, de los funcionarios y de nuestras autoridades, la pronta reposición del Hospital Base San José de Osorno.

En cuanto a nuestra producción, de 2023 a 2024 nuestras cirugías aumentaron 12.7 por ciento; las cirugías de urgencia se incrementaron en 12 por ciento; las compras de servicio las incrementamos en 5 por ciento; los exámenes de laboratorio, que tienen que ver con el desarrollo tecnológico y la mayor capacidad de recursos humanos, los logramos aumentar en 5 por ciento y las atenciones odontológicas se han incrementado en 11 por ciento.

De los principales indicadores de gestión, una de las grandes metas a nivel mundial es llevar a los establecimientos de salud a resolver cirugías de forma ambulatoria.

Hay un programa que ha liderado el ministerio que decía que, en el período 2026-2027, los hospitales debían cumplir con el 50 por ciento de sus cirugías ambulatorias. Con mucho orgullo podemos decir que ya en 2024 superamos el 50 por ciento y tenemos casi el 52 por ciento de cirugías ambulatorias, lo cual favorece tremendamente a nuestra población beneficiaria.

Sobre los índices de cirugía, estamos haciendo 4,3 cirugías por pabellón, uno de los indicadores más altos también a nivel nacional.

Respecto de la lámina que están viendo, quiero hacer un llamado a la comunidad. Nosotros cumplimos con la meta nacional de 10 por ciento. Pero si uno piensa que ese porcentaje de atenciones de consultas de especialidad tienen pacientes que no se presentan, estamos hablando de más de un mes de producción que estamos tirando a la borda como sistema. Son más de 15.000 atenciones que no estamos realizando, porque el paciente no se presenta, a pesar de tener campañas que nos permiten disminuir estos números y que la gente no pierda sus horas. Nos está pasando lo mismo en el pabellón. Tenemos estrategias, vehículos

y funcionarios que van a buscar a los usuarios hasta su propia casa, pero muchas veces los usuarios no se presentan ni el día de su cirugía ni el día de su consulta de especialidad, lo cual acarrea una gran pérdida de recursos. Respecto de las listas de espera, ocurre lo mismo.

En resumidas cuentas, les podría decir que el análisis que hacemos como equipo técnico de la dirección del hospital es que, a pesar de tener, por ejemplo, un 50 por ciento más de atenciones y de egresos en el policlínico de especialidades, nuestras listas de espera son aún mayores. ¿Qué significa eso? Que nuestra demanda supera nuestra oferta y que nuestra capacidad de cubrir esa demanda hoy está insatisfecha.

Tenemos que hacer hincapié en esto, porque si con la misma cantidad y dotación de funcionarios hoy estamos produciendo aproximadamente un 50 por ciento más de lo que producíamos en 2019, nuestras listas de espera están superando el ciento por ciento que teníamos en 2019. Eso ocurre en la consulta nueva de especialidades.

Asimismo, tenemos 55 especialidades, pero en 6 de ellas concentramos más del 50 por ciento, o sea, la ley de Pareto se cumple a la perfección. Tenemos las especialidades faltantes, en las que, principalmente, por una cuestión de disponibilidad de pabellones, capacidad técnica con respecto a los funcionarios o a los médicos especialistas con las subespecializaciones, como, por ejemplo, en traumatología, cirugía para adultos, neurocirugía y oftalmología, existe una mayor brecha y donde nuestras listas de espera componen más del 50 por ciento para la consulta de especialidad.

Lo mismo ocurre en la consulta de nuestra lista de espera quirúrgica. En la odontológica hemos aumentado en 52 por ciento

la cantidad de egresos, pero en nuestra lista de espera pasamos de 6.000 a 10.000; por lo tanto, estamos casi llegando a duplicar las listas de espera en volumen.

Algo que también habla de la gestión que están haciendo los equipos técnicos de la dirección del servicio de salud y de la dirección del hospital es que, a pesar de que nuestras listas de espera han aumentado en volumen, los tiempos de espera son menores, ya que pasamos de 349 a 195 días de espera. Hemos sido más certeros a la hora de atender a los pacientes más antiguos, cuestión que requiere de mucho esfuerzo y de recursos informáticos.

También tenemos un programa para tratar de desarrollar nuestro sistema informático, que por todos es sabido que es una de las grandes dificultades que tenemos a nivel ministerial y, por supuesto, también provincial.

Con respecto a las listas de espera quirúrgicas, lo mismo, pasamos de 5.000 a 8.000 personas, pero el promedio de los tiempos de espera es de 399, a pesar de que tenemos una composición en nuestra tabla quirúrgica que supera el 40 por ciento de pacientes en listas de espera. Esto no es habitual en los hospitales, estamos colocando la gente que hay que colocar en los pabellones o en las consultas de especialidades, muchas veces posponiendo los controles, que es una situación que preocupa en demasía a los equipos. Lo mismo pasa con las listas de espera quirúrgicas.

La composición de las listas de espera se repite; son las mismas especialidades en las que necesitamos formar y traer más especialistas. La formación de especialistas no es una cuestión que dependa de los hospitales ni de las direcciones

de servicio, tanto en cupos como en la especialidad que se necesita formar.

Por lo tanto, con las subdirecciones de recursos humanos de ambas instituciones, solicitamos la formación de especialistas, pero muy pocas veces tenemos la capacidad, a nivel nacional, de formar a todos los especialistas que se requieren, como señalaba el diputado Lilayu. Principalmente, en las provincias, la realidad es muy distinta, pues la oferta de especialidades disminuye considerablemente.

En cuanto a lo que nos lleva a terreno hoy, que es el informe de auditoría N° 387 de la Contraloría, los principales hallazgos son que tenemos debilidades en el control interno; que hay intervenciones quirúrgicas que fueron realizadas a funcionarios o familiares de funcionarios en menor tiempo al promedio de la población en general; la intervención quirúrgica de una usuaria, que es familiar de un directivo; pacientes con intervenciones de patologías GES, incluidos en las listas de espera; pacientes intervenidos quirúrgicamente, estando hospitalizados; casos no resueltos quirúrgicamente; fichas médicas incompletas; diferencia en los registros informáticos, principalmente inconsistencias en las fechas de salida y antecedentes incompletos en las fichas.

¿Qué hicimos respecto de este informe? Principalmente, nos ha permitido enfocarnos y resolver problemas relacionados con los sistemas informáticos y la capacidad que tienen nuestros funcionarios para desarrollar bien sus labores.

La otra área principal de la auditoría se enfocó en los procedimientos administrativos, para los cuales se han llevado a cabo sendos procedimientos disciplinarios, llámese sumarios,

a los funcionarios involucrados en estas posibles malas prácticas.

Nosotros replicamos esta auditoría a requerimiento de la dirección del servicio. No solo tenemos la auditoría de 2023, sino también la replicamos de modo interno con nuestros equipos de auditoría, tanto del hospital como del servicio, donde podemos apreciar que se repiten muchas de estas falencias sobre las cuales tenemos que hacer un arduo trabajo.

Hay que señalar que en el informe de la Contraloría se nos objetan 56 atenciones que realizamos y que no deberían corresponder; pero de esas 56, 11 eran urgencias diferidas. Por ejemplo, se nos cuestiona el haber operado un tendón de Aquiles en dos días, porque el promedio de la traumatología está cercano a los 400 días. Por supuesto, es observado, pero se trata de una urgencia, y la urgencia no la podemos hacer esperar 400 días.

En cuanto a la priorización clínica, tenemos doce casos; por ejemplo, un túnel carpiano que venía siendo controlado desde 2021. Tenemos patologías GES, incluidas en las listas de espera, lo que no debería ser así. Por eso, se solicitaron los sumarios respectivos, porque ciertos funcionarios tenían la posibilidad de ser eliminados como pacientes del GES, se eliminó esta posibilidad de informática, se están llevando a cabo los sumarios a las personas que hicieron esto. Lo más importante es que las personas fueron atendidas y se cumplió con su garantía GES por parte de nuestros funcionarios; es decir, los pacientes fueron atendidos como correspondía, pero en el registro GES alguien las eliminó, para, quizás, descartar algún proceso administrativo, pero esa es materia del sumario y lo estamos llevando a cabo. Lo importante es que el paciente fue atendido y se dio cumplimiento a la garantía.

Cabe señalar que finalmente tuvimos siete procedimientos, no pacientes, en 2023 y tres en 2024, sobre los cuales no hay antecedentes clínicos que permitan determinar la razón por la cual fueron atendidos antes, y sobre estos tres casos, tenemos los sumarios. Los antecedentes fueron entregados a la Contraloría y entendemos que a través de esta también a la fiscalía, porque se trata de prácticas que no permitimos y que no debemos permitir, y debemos poner las barreras de control para que esto no ocurra.

El plan de mejora con respecto al informe de auditoría. Solo deseo hacer un pequeño... Sé que muchos vamos a coincidir acá en que es una lástima que, estando segundos a nivel nacional con el cumplimiento de nuestras listas de espera, siendo los primeros en gestión a nivel nacional, tengamos estos inconvenientes.

Lamentablemente, entendemos que esto mancha toda la gestión que hemos estado haciendo a través de los años, porque esta no es una cuestión de dos o tres años, sino una política de trabajo que llevan los funcionarios y un ordenamiento que tiene este servicio de salud de más de diez años, en que hemos dado continuidad a las buenas prácticas, y seguramente tendremos que trabajar con más fuerza para eliminar las prácticas que no corresponden.

Como les decía, con respecto al plan de mejora, se han instruido los sumarios correspondientes, se han enviado los antecedentes a las entidades fiscalizadoras que corresponden, así como a la Cámara de Diputados. Se ha eliminado la posibilidad de marcaje o desmarque de pacientes con GES, se han elaborado los protocolos de priorización de listas de espera que corresponde a nivel del servicio de salud y se han realizado los procedimientos de compra, de acuerdo con la ley

de presupuestos y de compras públicas. Se ha actualizado el manual de funciones de la unidad de listas de espera, las medidas para evitar suspensiones atribuibles a la institución.

Tenemos un hospital que ya tiene 18 años, y no solo su infraestructura, sino también su equipamiento. Por lo tanto, tenemos un número elevado de suspensiones, que tienen relación con los años de vida útil que tiene el equipamiento y los insumos quirúrgicos, sobre los cuales la dirección del servicio de salud ha presentado los proyectos al Gore, ha presentado los proyectos de financiamiento también a nivel central.

Sabemos que, a pesar de necesitarlos hoy, porque se trata de proyectos de inversión, no los vamos a obtener, en nuestro hospital, antes de seis o siete años. Por lo tanto, tenemos que ver qué hacemos de aquí a los siete años que nos faltan para poder sustituir o mejorar estas deficiencias de infraestructura que tenemos como establecimiento.

En cuanto a las estrategias de abordaje, optimizamos la utilización de los pabellones, fortalecimos la Unidad Prequirúrgica y estamos aumentando el monitoreo en la Tabla Quirúrgica, que es donde se pueden incorporar o sacar pacientes; pretendemos seguir optimizando el uso de los pabellones y tenemos estrategias colaborativas con el gobierno regional, con los equipos médicos externos, con fundaciones, que son principalmente gestiones que realiza la dirección del servicio de salud, funcionamiento con los consultorios adosados a especialidades. Al no tener capacidad de inversión, procederemos al arriendo de equipamiento que nos permita cubrir las falencias ya descritas.

Tenemos un gran trabajo, como lo señalaba. En muy pocas palabras, estamos yendo a buscar a los usuarios, incluso hasta

sus domicilios, para que vengan a ser atendidos, pero aun así tenemos números muy altos de pacientes que no se presentan.

Señor Presidente, esa es la presentación.

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

Tiene la palabra el diputado Daniel Lilayu.

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, por su intermedio quiero agradecer la exposición que hizo la seremi, el servicio de salud y el director. Pero, en verdad, mirando esto, tengo la impresión -puedo estar equivocado- de que esta es una cuenta pública. La cuenta pública, como lo dice, habla de las cosas que hay.

Nosotros estamos aquí específicamente para cosas concretas de cómo poder solucionar y conocer cuáles son las estrategias respecto de las listas de espera.

Agradezco lo que dice el director del servicio cuando se refiere al personal, para reconocerlo. Creo que, fundamentalmente, la salud no se hace con clavos, cemento ni tablas, que son los hospitales, que hay que construirlos. Estamos atrasados en el hospital de Graneros, estamos atrasados en el hospital de Puerto Octay, para ocho o diez años el hospital de Rahue. Espero que se hagan en algún momento. Eso es la estructura, pero lo más importante es la gente.

Entonces, veo que el director de servicio se felicita, pero según los datos que hay acá de ninguna manera podría decir que es el mejor de Chile. El hospital está en cuarto o quinto lugar y, bueno, debe ser verdad. Son parámetros que hace el ministerio y de eso no voy a cuestionar nada. Pero, en verdad, como parlamentarios nos toca fiscalizar y existe un gran descontento con el señor director del servicio de salud por el

mal trato que tiene con mucha gente. La salud se hace con la gente.

Entonces, aun cuando me pongan datos ahí -que son espectaculares-, quiero ver cuál es la autocrítica que se hacen como directivos. Acabo de leer que, en Valparaíso, le pidieron la renuncia al director del hospital, porque los datos son pésimos y la gente también se empezó a molestar, el personal de salud.

En ese sentido, creo que aquí falta autocrítica, porque si tenemos descontento al personal que da salud, hay que tomarlo en cuenta. Es delicado lo que está pasando en nuestra región y hay que hacer una autocrítica.

Repito, no he visto hechos concretos para dar salud a quienes están en listas de espera oftalmológica, psiquiátrica o lo que usted quiera. Debemos tener una estrategia. ¿Qué es lo que está haciendo el servicio de salud o los hospitales para traer más especialistas? Una cosa concreta. Y no solo médicos, también estoy hablando de enfermeras, porque el equipo es mucho más. Yo planteé cómo poder traer más especialistas, pero aquí no veo nada de estrategias a nivel local para atraer a especialistas que vengan acá a trabajar: más cirujanos, más traumatólogos, más psiquiatras, etcétera. No veo ninguna estrategia local sobre eso. Eso me gustaría haber escuchado.

Segundo, sobre el sumario, aquí están las listas mencionadas rápidamente. Quiero decir que este diputado, hace nueve meses, pidió a la Contraloría un informe de las listas de espera y, para mi sorpresa, no esperaba que Osorno estuviera metido en esto y que se saltaran la lista de espera. Esperaba que no sucediera. Para mí, fue una sorpresa. Y bueno, ahí está la

Contraloría investigando a todos los servicios de salud, labor que también tenemos los parlamentarios.

Pero específicamente acá -no voy a dar nombres, porque todos sabemos lo que pasó-, la Contraloría detectó que habían operado a un familiar, lo cual es una actitud -perdonen la palabra-grosera, saltarse la lista de espera cuando hay gente que se está muriendo.

Desde ese punto de vista, independientemente de lo que pasó, que haya más funcionarios, eso no puede suceder. Reitero, no he visto ninguna autocritica al respecto, porque sé lo que se hizo.

Tengo antecedentes -puedo estar equivocado, pero quiero que me expliquen- de que el mismo subdirector fue sacado de la dirección del hospital, pero sigue siendo jefe del Centro de Responsabilidad Quirúrgica. Independientemente de la respuesta, como imagen no puede ser.

Sé que hay sumarios que tienen que terminar, lo mismo que la investigación del Consejo de Defensa del Estado y de la fiscalía, ya que Contraloría pidió fiscalizar todo. No sé en qué está todo eso.

Por lo tanto, señor Presidente, pido que recabe el acuerdo para oficiar a esas instituciones para que nos informen en qué están los sumarios respecto de esas jefaturas; asimismo, quiero saber si el cargo de jefe de cirugía del Centro de Responsabilidad Quirúrgica fue otorgado mediante concurso por Alta Dirección Pública. Quiero ver el decreto.

Para finalizar, solo quiero decir que la salud no se hace con cemento y clavos, sino con la gente que está acá.

Gracias.

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

¿Habría acuerdo para solicitar los oficios pedidos por el diputado Lilayu?

**Acordado.**

Tiene la palabra el diputado Jaime Sáez.

El señor **SÁEZ**.- Señor Presidente, muy buenos días a toda la comisión, a las autoridades de salud, a la seremi, a la dirección del servicio del hospital, al público que nos acompaña y a los dirigentes sindicales.

No tengo tanto conocimiento de la situación particular de este servicio ni de este hospital, porque soy de más al sur, y por eso mismo estoy más enterado de lo que sucede en el Servicio de Salud de Reloncaví, entonces, no podría hacer juicios tan tajantes como los que ha expresado el colega Lilayu.

Sin embargo, quiero saber cuál es la situación presupuestaria de este hospital y del servicio de salud para lo que resta del año. En virtud de lo que sabemos, ¿cómo se ha padecido el ajuste fiscal solicitado por la oposición, por más de 700 millones de dólares a enero de este año? Vemos con preocupación que pudiera todavía haber un segundo ajuste en el mes y medio posterior. Esperemos que eso no suceda. Pero me gustaría saber si efectivamente la situación presupuestaria, tanto de este hospital como de la red correspondiente al servicio de salud de Osorno, es de cierta suficiencia para cumplir con las obligaciones comprometidas.

Si no pueden responder con precisión en este momento, que lo hagan mediante oficio en forma posterior.

Por otro lado, una segunda interrogante tiene que ver con el clima laboral, tanto dentro de este hospital como en el

servicio en general. ¿Cómo lo describen, no solo por los sumarios, sino también porque ha sido de público conocimiento, a través de las redes sociales, que ha habido situaciones complejas, como la persecución sindical, entre otras cosas?

(Aplausos)

No aplaudan, no es necesario. No estoy emitiendo juicios, solo es una consulta. ¿Cómo describen aquello, desde la mirada que tienen ustedes?

Para cerrar, nosotros estamos llegando a la fase final de esta comisión investigadora, *ad portas* de las conclusiones.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tenemos hasta el 5 de mayo.

El señor **SÁEZ**.- Esta comisión ha sesionado en terreno en varias oportunidades y hemos recibido a exministros de salud, a exautoridades del ministerio, a académicos, a dirigentes gremiales y, en general, nos hemos formado una apreciación sobre las listas de espera y, sobre todo, de los tiempos de espera, más que de las listas, porque estas siempre van a existir. Los tiempos de espera son los que nos importan.

Acá se entregaban valores que, en general, coinciden con lo que ocurre a nivel nacional, pero no son tiempos aceptables; o sea, esperar 400 días por una atención, a mí, al menos, no me parece aceptable. Pero, en definitiva, lo que ha quedado evidenciado a lo largo de toda esta comisión es que esto es multicausal, como la falta de especialistas, sobre todo en territorios que son "poco atractivos", dada su oferta habitacional, educativa, etcétera. Hay un montón de variables que hacen que los especialistas médicos, en definitiva, no se interesen por ir a trabajar a determinadas zonas. Recuerdo muy

claramente que se hablaba de Calama, por ejemplo, donde nadie quiere ir a trabajar, o de Arica.

Entonces, es necesario poner atención en eso, poner atención también en cuestiones de carácter tecnológico, el hecho de que toda la comunicación o los sistemas no sean interoperables entre la salud primaria y la salud secundaria. Aquí se mencionaba que se iba a buscar a la gente a la casa, pero así y todo hay un montón de gente que no se presenta y eso es, básicamente, porque los sistemas no conversan entre sí. Esa es una cuestión que se le ha hecho ver a la ministra Aguilera en distintas ocasiones.

Entiendo que el ministerio está llevando adelante una estrategia piloto para poder avanzar en bases que conversen, que sean interoperables, guardando, por supuesto, toda la confidencialidad de datos, etcétera; pero, en definitiva, eso es relevante porque, si no, se corta la comunicación y ahí se agiganta el tiempo.

Por otra parte, la gestión dentro de los servicios y dentro de los hospitales es también una tercera causa, creo yo, de por qué en algunos lugares los tiempos de espera evolucionan de mejor forma y en otros, no. Entonces, para todo el público presente debiésemos tener esa consideración, porque este no es un fenómeno que responda únicamente a una variable, sino que tiene bastantes implicancias. Es fácil decirlo, pero remando para el mismo lado, evidentemente se contribuye a una mejoría; sin embargo, no basta solo con aquello, sino que tiene que haber medidas más estructurales a nivel nacional para atender en un tiempo más razonable; o sea, esperar algunos meses, puede ser, pero más de un año, para ninguna persona es aceptable.

Gracias, señor Presidente.

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

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, es complejo cuando uno llega a un hospital y, como señalaban quienes me han antecedido en el uso de la palabra, uno espera que existan respuestas para aquellas personas que tanto esperan ser atendidas en una lista que se incorpora con especialistas, con una serie de patologías, y estas personas no son atendidas.

Por lo tanto, esta comisión pretende dar respuesta a todas aquellas personas, donde las direcciones de los hospitales y las seremis deben estar trabajando para aquello. Veo el esfuerzo que ha hecho el director y veo el esfuerzo que ha planteado la seremi, pero eso no se nota en la ciudadanía. Cuando uno se reúne con una junta de vecinos, se reúne con comunidades indígenas, nos dicen a veces... y ahora veo lo que señalaba el director del hospital, en el sentido de que han ido a buscar a personas a su casa y, sin embargo, no las han encontrado.

¿Qué ha sucedido en muchas ocasiones y es lo que hemos escuchado en esta comisión? Que algunos hospitales, que son muy pocos, tienen llamadas permanentes con una enfermera o con una persona administrativa para conocer, efectivamente, cuáles son los números de aquellos pacientes. Sin embargo, no nos encontramos en todos los hospitales con esa situación.

Por lo tanto, me gustaría preguntar al director en cuántos casos han ido a buscar a personas a sus casas, desde 2023 o ahora en la implementación 2024, y se han perdido esas horas. Eso me parece grave y no sé qué central hay, porque también hay personas que dejan un número, posteriormente por diversas razones eso se va modificando. Y me preocupa, porque si él dice

que han ido a buscar de este hospital, no he escuchado en otros hospitales que lo hayan hecho.

Pero, como señalaba el diputado Lilayu, para desarrollar un trabajo en un servicio de salud, uno espera que todos los estamentos estén coordinados, articulados, dialogando. Siento que eso todavía no ocurre aquí, y quiero saludar al exdirector Nelson Bello, quien también tuvo dificultades, pero siempre resolvió las cosas a través del diálogo, lograron escucharlo y, por lo tanto, se pudo trabajar armónicamente. Yo era dirigente en esos tiempos, también le criticábamos y le dijimos muchas cosas, pero él tenía la capacidad y la altura para resolverlas.

No entiendo, y esa es mi preocupación; veo que el director del servicio, señor Rodrigo Alarcón, ha hecho muchas gestiones y se ve en las gestiones la capacidad de avanzar en tener diversas obras, de querer generar más recursos para estos hospitales, nos encargaba la posibilidad de tener más tecnología adaptada a esta realidad, pero me gustaría que la seremi, el director del hospital, señor Julio Vargas, y el director del servicio de salud, puedan resolver la situación del clima laboral.

Con un clima laboral como el que han descrito, que lo he escuchado en los medios, que me lo han hecho saber y al diputado Lilayu también, creo que a todos los parlamentarios que estamos acá la situación nos preocupa, porque han dicho: hay problemas de persecución sindical, hay acoso laboral, hay personas que se han suicidado, hay una serie de situaciones que no he escuchado en otros hospitales con respecto al clima laboral. Sí he escuchado que no hay recursos para los insumos, que no se están utilizando todos los pabellones para tener cirugía en las tardes, que no hay especialistas y que no se ha tenido la

posibilidad de incrementar mayores recursos, con el fin de seguir operando, pero también de realizar convenios.

Es un tema presupuestario, y en temas presupuestarios todos debieran ir para el mismo lado. Los gremios lo debieran solicitar, las organizaciones de la sociedad civil, los representantes de pueblos originarios y la ciudadanía; todos tras esta demanda. Pero hay un tema que es interno, sobre el cual la seremi también debiera tomar conocimiento y resolver en esta región, porque los funcionarios no pueden estar viajando permanentemente a encontrarse con el subsecretario, con la ministra o con el nuevo subsecretario, porque son horas de viaje y también son horas de trabajo.

Entonces, de una vez por todas, las autoridades de la región, de la provincia y el director deben resolver esa situación en este hospital. No puede ser que existan funcionarios que permanentemente estén reclamando. Veo que en otros lados los reclamos son por recursos, por presupuesto, por gestión, por esas cosas, pero no por clima laboral. A mí me preocupa y me imagino que todos tienen que colocar de su parte.

Por eso, la experiencia del exdirector, señor Nelson Bello, me recuerda que existen conflictos, pero se solucionan y todos tienen que avanzar, porque aquí necesitamos que el administrativo conteste bien, que el administrativo entregue las horas correspondientes y puedan llamar a esas personas. Necesitamos que la enfermera cumpla con su rol, necesitamos que el director lo haga, que los especialistas lleguen a las horas de atención, que los cirujanos operen en los momentos en que está planificada una operación.

Por lo tanto, es una red de trabajo y la ciudadanía nos dice a los parlamentarios que hay que fiscalizar, porque resulta

que están perdiendo sus horas; que hay que fiscalizar, porque los tienen en espera dos años y no pueden, por ejemplo, tener una prótesis de cadera, porque no pueden operar a esa persona.

Hay una serie de situaciones. Gente muy joven que dice: yo no tengo la posibilidad de ser operada, estoy en la lista de espera y no sé si estaré bien evaluada o no, porque a lo mejor no estoy ni siquiera en la lista de espera para ser atendida.

Entonces, ¿cómo se soluciona eso? Esa es la respuesta que esta comisión tiene que encontrar. Todos rabeán y pueden tener los problemas internos con su director y con su seremi, pero hay que buscar soluciones. He escuchado durante mucho tiempo, y entendí este tema zanjado, y hoy vuelvo a escuchar la misma situación y, por lo tanto, la seremi tiene que cumplir un rol relevante para articular esto y resolver. No podemos seguir así el resto del año, porque aquí los únicos que están perdiendo con todo esto, ¿quiénes son? La ciudadanía, las mujeres, los hombres que están a la espera de que tengamos resoluciones más ágiles.

Invito a todos a contribuir, a resolver, a ordenarnos y a decir que, a partir de ahora, seguiremos en estas condiciones o va a pasar otra cosa. Pero necesitamos también el compromiso de ustedes, los gremios, que son los que hacen que a un hospital le pueda ir bien o medianamente bien o mal, no necesariamente los directores, es también todo el equipo que está coordinado para entregar un buen servicio a nuestra ciudadanía.

Me preocupa el clima laboral, no vi las estrategias, vi el problema así planteado, pero no las estrategias para resolver este asunto.

Por lo tanto, como esta comisión lo ha detectado, pido enviar oficio para tal efecto, a fin de tener alguna respuesta.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Diputada Nuyado, el oficio respecto de qué, concretamente.

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, concretamente, porque hemos escuchado tanto esto, pero alguien tendrá que decir que se hará algo de tal manera y ver cuál es la estrategia...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Para abordar la lista de espera.

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- [...] para resolver y abordar la situación de la crisis laboral que tenemos y que termina afectando el trabajo que se tiene que hacer con las listas de espera.

Esa es mi propuesta.

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

**Acordado.**

Tiene la palabra el diputado Héctor Barría.

El señor **BARRÍA**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo a todas y todos, a nuestros colegas, al equipo de Secretaría de la Cámara y a cada uno de los presentes, concejales, dirigentes, usuarios y representantes de la sociedad civil.

En este importante espacio quiero partir diciendo que lo medular de esta comisión investigadora tiene que ver con cómo respondemos a las listas de espera, con el esfuerzo y el trabajo que eso significa.

Sin perder el fondo, acá hay que trabajar para lograr este objetivo desde el servicio público, porque cuando se empiezan a generar debilidades respecto de esta función, aparecen los iluminados planteando la idea de que les entreguen un vóucher

para que vayan a canjearlo a la clínica que les parezca, y eso sí que sería fatal. Y no es una amenaza, es simplemente que no comparto esa idea, esa propuesta.

Por lo tanto, el único camino que nos queda es mejorar la respuesta a las listas de espera desde un servicio público, y para eso todos debemos poner de nuestra parte, porque el *ring* es para boxear, pero no podemos terminar echándolo abajo.

Todos tenemos intereses particulares y también hay intereses gremiales legítimos, pero eso no puede sobrepasarnos y llevarnos a terminar rompiendo el sistema de salud pública, que, insisto, a fines de este año va a ser puesto en cuestionamiento y va a aparecer la idea, y la comunidad va a simpatizar con eso, de que la gente vaya a canjear su operación a la clínica X, porque de esa forma vamos a jibarizar el sistema público, lo que no podemos permitir.

Lo anterior no significa que debamos renunciar a nuestras aspiraciones, pero debemos tener claro que esa es una real posibilidad. Ha pasado en otros países y en nuestro país se ha ensayado en algunos procesos, en otros gobiernos, lo que ha generado más problemas que aciertos.

No es lo mismo tener una infraestructura como corresponde en nuestros hospitales para desarrollar este trabajo de manera permanente, que hacerlo de manera excepcional, cada cierto tiempo, con el fin de entregar una especie de señal a la comunidad y empoderar al sector privado, que después empieza a cobrar más caro, no respeta los convenios, no respeta al Fonasa y hoy ni siquiera respeta los convenios con las isapres.

Quiero colocar eso como un elemento por considerar en esta comisión investigadora, porque sería fatal que finalizáramos esta comisión diciendo que el servicio público no responde a

las necesidades de la comunidad, y eso podría pasar si encontramos que todo está mal. No queremos eso. No lo quiero. Por lo tanto, se requiere que todos pongamos de nuestra parte, que haya trabajo, compromiso y procesos de escucha, porque no podemos quedarnos toda la vida así, hay que hacer cambios para que las cosas mejoren. Habrá que hacer los necesarios.

Solicito, tal como lo hicieron los demás diputados, que el servicio y el hospital se enfoquen en uno de los elementos que dieron a conocer acá, pero con números, es decir, que nos digan cuántos recursos y personal implica; cómo logramos implementar estrategias reconociendo que se ha hecho una buena labor -parto de esa base-, tanto de los profesionales, las enfermeras y tens. Todos han hecho su esfuerzo, pero hay que enfocarse en la propuesta, cuánto significa eso, cuántos recursos. Sé que hay gestión, pero este también es un tema de recursos, más aún cuando estamos en un hospital o servicio con temas por mejorar, con todo lo que ello requiere.

El tema referente al clima laboral ha quedado expuesto acá, y hay que verlo de manera objetiva y buscar cómo mejorar.

Para finalizar, quiero insistir en que, más allá del diagnóstico, es positivo que se den a conocer los esfuerzos que se están realizando por mejorar hospitales e infraestructura en Puerto Octay, Río Negro, Purrunque, considerando también la propuesta del nuevo hospital para Osorno, que es algo que debemos aprovechar de aclarar en esta comisión investigadora. ¿Es otro hospital? Porque yo estoy de acuerdo en que haya un hospital más y espero que no terminemos con el mismo problema de Puerto Montt, donde se creó un nuevo hospital y ahora se está buscando habilitar camas en el hospital viejo.

A mi parecer, la provincia de Osorno merece tener dos hospitales de alta complejidad; no, uno solo. Por consiguiente, debemos poner mucha atención a la letra chica, porque, de repente, nos podríamos encontrar con la sorpresa de que un nuevo hospital en Rahue signifique que el de acá se transforme en un espacio para guardar las camillas y las sillas de ruedas que ya no sirven.

Insisto, pido que el Servicio de Salud de Osorno, la Seremi de Salud de Los Lagos y el hospital de Osorno informen sobre la propuesta que aborda las listas de espera, la estrategia que están implementando y que apareció en la presentación, cuántos recursos significa, para complementar los datos que ya tenemos en esta comisión investigadora. La idea es que en la discusión de la ley de presupuestos efectivamente podamos mejorar y buscar la fórmula para inyectar los recursos necesarios para que esto avance mucho más rápido.

Hay que dejar superclaro que todos debemos poner de nuestra parte, no nos vayamos a encontrar con la sorpresa, tal como ya dije, que nos digan que la solución o la conclusión de esta comisión investigadora sea que el hospital, en vez de ser un brazo armado, el gestor principal para solucionar el problema de las listas de espera, se transforme en un elemento secundario o de tercera.

Eso es todo, señor Presidente.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Gracias a usted.

Tiene la palabra el diputado Daniel Lilayu, hasta por un minuto.

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, voy a discrepar un poco de lo que ha dicho mi colega Barría, por una cosa: no quiero que a la salud le quiten los patines, que es lo que pasó con la educación. Se destruyó el sistema de educación y ahora estamos viendo lo que está ocurriendo en los colegios emblemáticos, que eran a los que la clase media y la gente con menos recursos podía acceder. Fueron muchos y esos colegios están destruidos.

Quiero dejar claro que el ministerio trazó una línea con la cual estoy de acuerdo, la conjunción público-privada. Esto no se trata de defender a las clínicas privadas. Durante la pandemia muchos chilenos se salvaron y están vivos, porque el sistema público funcionó como una columna vertebral y el sistema privado ayudó, es decir, todos trabajaron, y me refiero a personal médico, enfermeras, no a las clínicas, que también trabajan y eso no hay que dejarlo de lado en ese contexto.

Lo que nos apura en estos momentos son las listas de espera. Hay gente muriendo. Cinco mil mujeres murieron el año pasado por cáncer de mamas estando en listas de espera; 48.000 chilenos murieron en listas de espera. No estamos hablando de personas que pueden esperar 200 o 300 días para operarse de la vesícula o de várices, acá estamos hablando de gente que está muriendo.

Entonces, si en estos momentos tuviera que salvar a una persona que no se puede operar en el sistema público porque el GES no cumple, yo no tengo ningún problema en que tengamos que ponernos la mano en el bolsillo para salvarle la vida; da lo mismo dónde se operen.

Quiero dejar claro eso, que el sistema público-privado ha existido y el sistema público merece el mayor respeto. Durante

la pandemia también hubo enfermeras, médicos, auxiliares y tens que se enfermaron y murieron. Hay que reconocer a la gente que trabaja en el extrasistema. Esta es la estrategia que está siguiendo el Minsal: salud pública y privada.

Obviamente, en primer lugar, debemos fortalecer el sistema público. Debemos darle preferencia a nuestro sistema. No quiero que les quiten los patines a los hospitales, pero tampoco a la salud pública.

Gracias.

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

También tengo preguntas dirigidas a las autoridades locales.

En primer lugar, respecto del nuevo hospital de Osorno, quiero saber si ya se concretó el estudio preinversional hospitalario (EPH) o todavía se está en esa etapa o previo a ella.

En segundo lugar, nos hicieron una presentación del departamento de formación, el martes en la mañana, y la doctora Hoffmann, del Ministerio de Salud, nos informó que dos especialistas en períodos asistenciales obligatorios renunciaron a su devolución en 2024 en este servicio de salud. ¿Ustedes saben qué especialidades tienen esos dos especialistas que incumplieron con su devolución? ¿Qué se está planificando para subsanar esa brecha que no va a ser resuelta con motivo de esas dos renunciaciones?

En tercer lugar, quiero plantear algo que hemos ido vislumbrando en la medida que recorremos las distintas regiones. Puede ser o no el caso, pero hay ciertos servicios de salud que remiten parte de sus listas de espera a otros servicios de salud, lo que finalmente lleva a que su lista de

espera esté, en parte, imputada a ellos mismos y otra parte esté imputada a otro servicio de salud. Por ejemplo, pasa con los hospitales de Arica, Iquique y Antofagasta, donde la lista de espera oncológica, no quirúrgica, sino de radioterapia y de quimioterapia, está imputada al Servicio de Salud Antofagasta, que tiene el centro oncológico. Así también sucede, por ejemplo, en el caso de la lista de espera para cirugía de labio leporino y otras áreas. Algo similar ocurre en la Región de La Araucanía, donde el Servicio de Salud Araucanía Norte tiene imputada parte de su lista de espera al Servicio de Salud Araucanía Sur.

En ese sentido, me gustaría saber si es posible determinar qué parte de la lista de espera del Servicio de Salud de Osorno está imputada al Servicio de Salud de Reloncaví, donde está el Hospital Puerto Montt. Porque, a lo menos, se empiezan a ver servicios de salud que están muy bien, como el de Arica y ahora el de Osorno, pero cuando se desglosan los antecedentes, dadas las características de las prestaciones que están implementadas para otorgarse, se observa que dichas listas de espera terminan siendo derivadas a otros recintos asistenciales. Agradeceré si ustedes se pueden explayar un poco al respecto.

Al hablar de productividad, ¿se refieren a las atenciones efectivamente realizadas o a egresos en general, y si estas incluyen o no a aquellos pacientes que son egresados por no tener contactabilidad o por recibir atención en extrasistema?

En último lugar, creo que ustedes dan cuenta de un elemento fundamental y que, finalmente, es el meollo del trabajo de esta comisión investigadora. En los últimos años, ha habido un aumento de la productividad hospitalaria en comparación con la prepandemia en cirugía, en consultas de especialidad, en atenciones odontológicas, entre otras; sin embargo, aquello no

logra satisfacer la demanda con la oferta que tenemos. Entonces, desde esa perspectiva, ¿qué estrategia ven ustedes que permitiría avanzar para satisfacer esa demanda? ¿Existen las condiciones para, eventualmente, satisfacerla si hubiera más recursos? De repente, creemos que todo se soluciona con más recursos, pero eso también implica tener box, pabellones, etcétera. Es decir, si se dispone de más recursos, ¿se podría ofrecer suficientes servicios para satisfacer esa demanda?

Con eso terminamos la ronda de preguntas.

Ofrezco la palabra a quien desee responder las inquietudes de los parlamentarios.

Tiene la palabra el señor Rodrigo Alarcón.

El señor **ALARCÓN** (director del Servicio de Salud de Osorno).- Señor Presidente, respecto de las estrategias, vemos que el servicio está llegando al tope del uso de los recursos que tiene; o sea, un pabellón utilizado al 87 por ciento es una infraestructura utilizada completamente.

Hay dos formas de ampliar la oferta: una de ellas es la compra, que, en general, tiende a ser un poco más cara, y la segunda es ampliar los servicios. Estamos en condiciones de hacer trabajar nuestros seis pabellones, más nuestros dos pabellones de los centros regionales de resolución (CRR), hasta después de las cinco de la tarde, incluso hasta las ocho de la tarde, durante los sábados y domingos. Pero eso probablemente no se puede hacer ni con las mismas personas, ni con los mismos médicos, ni con el mismo recurso.

Por lo tanto, si uno lo mira, y en este servicio ocurre así, el lugar más débil de la cadena de servicios que entregamos a nuestros pacientes es la resolución quirúrgica, de manera que

una de las alternativas que tenemos en vista y costeadas y que la podemos presentar es hacer funcionar pabellones después de las cinco de la tarde.

De hecho, a propósito de los CRR, nos llegó dotación médica, de enfermería y de técnicos para que nuestros pabellones no cierren a la hora de almuerzo, porque, en definitiva, en una jornada laboral completa los trabajadores, sí o sí, tienen que almorzar, por lo que se produce una pérdida. Entonces, con una segunda dotación, o una dotación "en espejo", permitiría que aquello no nos ocurriera y lograríamos aumentar un poco más la actividad, pero, en definitiva, eso no va a resolver el problema. Los nueve pabellones más del de Purranque sumarían diez, pero la realidad es que aun así no serían capaces de resolver la lista de espera que tenemos.

En consecuencia, una alternativa de corto plazo sería la implementación de un horario extendido, a propósito de recursos, que nos pudiera ayudar con eso, en el entendido de que este servicio, en particular, puede demostrar y acreditar que el uso de los pabellones que tiene está prácticamente en su nivel máximo de ocupación. Esa es una alternativa que vale para las consultas de especialidad después de las cinco de la tarde.

También sería aconsejable realizar una inversión en equipamiento y en recursos humanos para cerrar las brechas de procedimiento. Esto significa que las máquinas, en general, son operador-dependiente, es decir, ninguna hace exámenes por sí sola. Por lo tanto, si queremos aumentar la resolución de personas y la velocidad de resolución de las listas de espera en consultas o en procedimientos, necesitamos contar con más personas y más equipo, aunque no necesariamente con más espacio, por lo menos en la situación en que estamos hoy. En

el largo plazo, no cabremos en el hospital; de hecho, ya no cabemos, y por eso planteamos la eficiencia del uso de jornadas horarias. Ese es el desafío que tenemos. No vamos a sacar mucho más de lo que ya estamos haciendo, considerando el 85 por ciento de uso de pabellones, cinco pabellones por día, una reducción en la rotación de las camas, menos días de uso, una urgencia que, en general, responde a la comunidad en lo que tiene y se fortalece en invierno.

Dicho sea de paso, estamos en un proceso de desarrollo para la compra de un nuevo sistema modular para el servicio de urgencia pediátrica, porque en pandemia tuvimos que separarlo y nos "comimos" el área de rehabilitación. Por lo tanto, hemos licitado una ampliación para poder sacar las carpas que están afuera del hospital; al final, tenemos personas que están trabajando allí en condiciones bastante desmedradas, lo que esperamos resolver durante este año; no obstante, el hospital tampoco tiene más espacio legal constructivo. El hospital está topado en su posibilidad de ocupación por las regulaciones de construcción.

Viendo esto con una mirada de futuro, el hospital base, a diferencia de otros hospitales de la región, es un centro que no está agotado desde el punto de vista de su infraestructura, pues funciona, está bien cuidado en general y tiene buenos espacios, pero aun así es pequeño. Entonces, una alternativa a largo plazo, que hemos conversado en alguna ocasión, es replicar lo que hacen otros países y tener hospitales de listas de espera. Perfectamente, podemos tener un hospital base, que haga lo que ha hecho siempre el hospital base, y un hospital de listas de espera, porque, si operamos un año completo, obtendremos cifras menores al cabo de ocho meses y lograremos

el equilibrio, y obviamente después habrá que mirar qué otro servicio u hospital lo necesita.

Quiero hacer la siguiente precisión: considerando que el sistema de salud es exitoso, con las dificultades obvias que presenta, estamos viviendo en promedio 81 años de edad. Antes atendíamos gente de hasta los 60 o 70 años de edad. Sin embargo, si bien hoy la población es la misma, la cantidad de prestaciones que requiere aquella es muchísimo mayor y las razones por las cuales fallece son diferentes. Si miramos treinta años hacia atrás, la población moría de enfermedades infectocontagiosas, pero hoy no es así, la gente muere a causa de afecciones cardiovasculares o de cáncer.

Lo otro que también es relevante mencionar -reitero- es que necesitamos seguir fortaleciendo nuestra red de salud mental. Dicha red es la que se enfrentará a las patologías del futuro. Al respecto, hemos contemplado la construcción de cuatro centros comunitarios de salud mental (cosam), por lo que tendremos cuatro con el de Purranque, aun cuando necesitamos un quinto. En eso sí hemos sido apoyados y tenemos una red fuerte.

Por último, eso también se da sobre una red de atención primaria sólida. Si la red de atención primaria no es sólida, no ataja ni previene el daño, no evita que las cosas ocurran y los hospitales se llenan y revientan, sean del tamaño y de la complejidad que fueren.

Al respecto, también hemos hecho muchos esfuerzos por mantener esta atención primaria, que es histórica en esta provincia, efectivamente es muy buena y tiene los mismos dolores que tenemos: que nos faltan cesfam, que nos faltan espacios, porque si no tenemos más gente -ahí no funciona el

público privado, en la atención primaria-, si no tenemos más funcionarios en la atención primaria es porque tampoco tenemos donde ponerlos. Y uno debe garantizar -es algo que también el servicio hace- el espacio de trabajo; es decir, nosotros no contratamos personas si no tenemos un lugar adecuado para que trabajen, porque, de lo contrario, lo que hacemos es generarnos problemas a nosotros mismos y a las personas que contratamos.

Eso es todo, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿El hospital nuevo está...?

El señor **ALARCÓN** (director del Servicio de Salud de Osorno).- Esto fue autorizado en agosto del año pasado.

Hoy estamos en dos líneas: la primera corresponde al estudio de compra del terreno. Hay terrenos ofertados para la compra del hospital, que están ubicados en el sector de Rahue Alto, que reúnen las condiciones, y hoy se están haciendo los análisis técnicos, como son, primero, que cumpla con las obligaciones de la Ley General de Urbanismo y Construcciones, que el valor esté dentro de lo que corresponde, que se haga estudio de suelo, la tasación y la compra.

Por otro lado, estamos en el diseño, en la primera etapa, que es el modelo de gestión del hospital actual y ver cuál es la brecha que queremos abordar en el hospital futuro.

Respecto de este punto, nos ha informado el ministerio, lo cual nos favorece, y no creo que afecte el diseño del hospital, pero la nueva línea de hospitales comunitarios de los cuales tenemos dos, viene con mucha más alta resolutiveidad y con muchos más especialistas. Es una especie de hospital complejo, ubicado en la comunidad, y eso también va a mejorar un poco la oferta que tenemos territorialmente y permitirá cerrar la brecha territorial.

Por lo tanto, durante este año, esperamos contratar y empezar el estudio preinversional para definir ya el tamaño que debería tener el hospital, para, posteriormente, pasar, durante 2026, a los procesos de diseño, y durante 2027, al proceso de licitación, inicio y construcción.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Y respecto a los dos especialistas que renunciaron?

El señor **VARGAS** (director subrogante del Hospital Base San José de Osorno).- Señor Presidente, voy a proceder a dar respuesta a algunas de las inquietudes de los parlamentarios.

En cuanto a la consulta que realizó la diputada Emilia Nuyado respecto de la contactabilidad del hospital hacia la comunidad, quiero contarles que se hicieron más de 55.000 llamadas telefónicas, que se realizaron 2.046 visitas a terreno. A pesar de aquello, tuvimos más de 16.000 pacientes que no se presentaron a su atención de policlínico, y 70 pacientes que no llegaron a su intervención quirúrgica.

Respecto de la salida de dos especialistas, justamente quiero señalar que en los últimos dos años ha habido dos especialistas que estaban en su período de devolución: uno de ellos fue judicializado y fue sentenciado para la devolución de lo que corresponde, por lo que estaba contratado en su formación. A pesar de lo problemático de esta situación, se llevó adelante el juicio y el resultado fue favorable para el servicio de salud y para el hospital, según, entendemos, como corresponde.

El otro caso es el de un especialista que se fue a la Región de Valparaíso y, al mismo tiempo, así como esos dos especialistas se quisieron ir, desde ese mismo servicio de salud trajimos a nuestra región dos anestesistas, que es una de las necesidades de las especialidades que también se requiere; es decir, se llegó a un acuerdo. Se fue un

especialista cardiólogo y llegaron dos anestesiistas del mismo servicio de salud. Eso es lo que se refiere a su consulta, señor Presidente.

En cuanto a qué estamos haciendo respecto de la falta de especialistas, que señalaba el diputado Lilayu, quiero decirles que hoy, a la fecha, la red tiene 48 especialistas en formación para las distintas especialidades, porque, como les comentaba durante la presentación, lamentablemente la cantidad de médicos que se están formando no depende exclusivamente del hospital ni de la dirección del servicio, sino que corresponde a una definición de una estrategia a nivel nacional.

Además, de aquí a fin de año tendrían que llegar nueve especialistas que se encuentran en formación, los que llegarán principalmente al Hospital Base San José de Osorno. También quiero señalar lo que mencionaba la seremi respecto a que este hospital base, a pesar de que nos queda chico, hemos tenido la capacidad de resolver atenciones de pacientes de Punta Arenas, Coyhaique, Chiloé, Temuco y Valdivia, principalmente, en campaña de invierno, cuando los niños están muy graves, se traen a nuestro hospital; lo que es lamentable, por una parte, pero también nos enorgullece la calidad y el trabajo que realizan los profesionales de nuestro establecimiento.

Por último, respecto de lo que hemos estado trabajando. Sé que ustedes, como parlamentarios, están muy preocupados, en cuanto a lo que ocurre con los pacientes de psiquiatría que tienen relación con el Poder Judicial. Este es un problema que hoy lo sufren principalmente nuestros funcionarios, porque tienen pacientes derivados por el Poder Judicial, que no tienen un diagnóstico, pero, lamentablemente, nos llega la instrucción directa de que sean hospitalizados, incluso, nos señalan en qué servicio los tenemos que hospitalizar, muchas veces quitándole la oportunidad a un paciente que está diagnosticado

o que viene o que cumple correctamente con su derivación desde la APS y que está diagnosticado y que necesita esa cama.

Lamentablemente, por una capacidad de psiquiatría forense, principalmente del Poder Judicial, desde donde se nos derivan a esos pacientes, muchas veces los debemos tener en urgencia o en las salas de hospitalizados con un gran problema, porque tenemos que bloquear esa habitación por completo, debido a que nuestros funcionarios deben atender a usuarios que normalmente tienen una conducta violenta. Por esa razón, pedimos, por su intermedio, señor Presidente, que, como sistema público de salud, se nos apoye desde la Cámara para resolver esta situación que hoy complica mucho el andamiaje de las unidades de urgencia y de hospitalizados de los pacientes, con pacientes que no tienen un diagnóstico, y que, por una cuestión de capacidad de otro servicio público, entendemos, llegan a nuestro servicio, tal como ocurrió hace mucho tiempo en el sistema público de salud con los pacientes sociosanitarios, donde terminábamos atendiendo pacientes que no ameritaban una hospitalización, pero, como Estado, no le podíamos dar otra solución, al final estos pacientes recaían en los hospitales.

Muchas gracias, Señor Presidente.

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

El señor **SÁEZ**.- Señor Presidente, yo hice dos preguntas bien concretas que no han sido respondidas.

Pregunté por la situación presupuestaria para el resto del año y por una descripción que nos pudieran dar las autoridades locales sobre la situación laboral en general, en este hospital y en la red.

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

El señor **ALARCÓN** (director del Servicio de Salud de Osorno).-

Señor Presidente, como todos los servicios, probablemente los servicios de salud históricamente han excedido su presupuesto. Y lo han excedido en 20 o 25 por ciento, y se ha producido un proceso de ajuste, que no es fácil, donde el año pasado el exceso de gastos de la red de servicios, particularmente el nuestro, fue de alrededor de 11 por ciento, y este año también se plantea -por un ajuste presupuestario- que cumplamos el presupuesto que nos han indicado que viene convenientemente reajustado, pero que, nosotros sabemos, sigue siendo insuficiente.

Esto siempre se expresa como una deuda que termina a fin de año, que se arrastra al año siguiente, que, en el caso del año pasado, fue de alrededor de 5.000 millones sobre un presupuesto total de 160.000 millones.

Esto genera varios problemas. Primero, definir que está garantizado el pago de las remuneraciones y el pago de todos los derechos de los funcionarios, pero termina afectando a los proveedores, y además no deja margen de inversión. Entonces, si la administración del servicio dispone de 160.000 millones y una deuda, la deuda solo puede ser destinada -esto es obvio- a pagar deuda con proveedores y, por lo tanto, no podemos hacer inversión, reposición ni expansión.

También hay que entender que la expansión de cargos -la mayor cantidad de trabajadores- solo se produce en forma importante cuando abrimos establecimientos nuevos o cuando ampliamos establecimientos existentes; no hay una línea relevante. Por ejemplo, si solicitamos trescientos cargos, que es nuestra brecha, el Estado no nos va a poder enviar los trescientos; nos enviará treinta, cinco, qué sé yo. No ocurre así, como dijo

el director, con el caso de la formación médica, en la que efectivamente hay una línea de formación y una línea de complejización, que, para nosotros, en los próximos años, significa la llegada de 48 especialistas más, pero sin olvidar que en ese periodo también se producen jubilaciones de profesionales.

Entonces, una parte de esos especialistas es reposición. De hecho, la última crisis tuvo que ver con la renuncia y el paso de modalidad a contrato de un anestesista, lo que nos puso en una situación muy compleja, que, al final, nos ayudó a resolver el Colegio Médico, el Servicio de Salud de Osorno y el Ministerio de Salud, a través de su subsecretaría. Finalmente, los profesionales médicos se quedaron e hicimos un canje, porque cada servicio tiene sus propias necesidades. Por ejemplo, si autorizo que un médico, por alguna razón, se vaya a otro servicio, en recursos humanos se produce una suerte de compensación, ya sea por un cargo o por un funcionario que se viene.

También quiero decir que nuestro problema, hoy, más allá del hecho de que no tengamos médicos que se quieran venir, es que no tenemos cargos para ofrecer. O sea, la lista de médicos, que tiene Gabriela Hoffmann, que han terminado su especialización, que son de la zona y plantean que quieren volver, existe. Ahora, estos médicos necesitan un pabellón, una sala de hospitalización, un box y una serie de cosas que también tenemos que ofrecer para que tengan donde trabajar. Pero, efectivamente, en esta oportunidad aparecieron, a pesar de que son escasos, anestesistas, cirujanos, psiquiatras, nefrólogos, que no es que se quieran venir de otros servicios, porque ellos no tienen obligaciones con el Estado, ya hicieron su estadía como médicos generales de zona, prepagaron su especialización, se formaron y quedamos

empatados como Estado, pero ellos dicen: "quiero volver". De hecho, hay médicos que son de la zona, que trabajan en otra parte, que vienen a colaborar, hacen operativos de su especialidad, visitan nuestras comunas, están comprometidos. Pero hay especialidades donde es más difícil.

Quiero precisar que nuestras derivaciones a Puerto Montt, fundamentalmente, a Valdivia y Temuco, tienen que ver con la red oncológica compleja y la red vascular compleja, es decir, cardiocirugías, baipás, apoyo hemodinámico complejo, ECMO, que se derivan a Concepción o Temuco -de hecho, también estamos pensando en dotarnos de ECMO, que es un apoyo circulatorio bastante importante-, y neurocirugías, referidos los casos más complejos al hospital de Puerto Montt. Pero en las otras especialidades, más bien mirado desde el punto de vista de las listas de espera, los grandes números que mostró el director están en las especialidades que tenemos en la zona.

En relación con el clima laboral, tenemos diferencias con los dirigentes de los trabajadores y, en virtud del mismo clima laboral, no creo que sea prudente ventilarlo acá, pero tenemos diferencias que debemos corregir.

Ahora, este servicio, como muchos, tiene alrededor de 80 dirigentes sindicales, el equivalente a la dotación completa de un establecimiento, y por diferentes atribuciones jurídicas, legales, laborales, tenemos una diferencia real de cómo se utilizan esos permisos, y esa diferencia -lo digo con honestidad- no la vamos a zanjar acá, porque hay temas legales. Nunca los dirigentes han recurrido contra este director, ni a la Inspección del Trabajo ni a un tribunal laboral ni a la Contraloría, para que anoten y para que vayan...

*-Manifestaciones en la Sala.*

[...]

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Los llamo al orden.

El señor **ALARCÓN** (director del Servicio de Salud de Osorno).- Y si no lo han hecho, habrá que establecer si efectivamente hay un derecho que se está conculcando o es una apreciación de derecho.

Eso es todo, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- En nombre de la comisión, quiero agradecer a la seremi de Salud de Osorno, al director del Servicio de Salud de Osorno y al director subrogante del hospital de Osorno, por sus respectivas presentaciones. Los dejamos liberados para que puedan seguir acompañándonos.

¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión hasta las 12:30 horas?

**Acordado.**

Tiene la palabra el diputado Daniel Lilayu.

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, quiero dejar constancia de que la actitud del director del Servicio de Salud de Osorno no se condice con un buen clima laboral.

*(Aplausos)*

El señor **LILAYU**.- No me gustan los aplausos, perdón que lo diga. Pero creo que si en este momento la gran mayoría, para no decir casi todos, de los directivos que representan a los trabajadores están criticando, bueno, vamos a escuchar la posición del director del Servicio de Salud de Osorno, lo que no es menor. Vuelvo a decir, este es un carro del que tenemos que tirar todos para un mismo lado, pero si tenemos al director del Servicio de Salud de Osorno, que en este momento tiene a todos los funcionarios, a todas las directivas, desde este punto de vista y, en este momento, tiene esta actitud, creo que es criticable.

Por lo tanto, señor Presidente, solicito que se informe mediante oficio a la ministra de Salud sobre lo que está

sucediendo acá. La Comisión Especial Investigadora tiene esa finalidad: ver el problema de las listas de espera, y las listas de espera tienen que ver también con el clima laboral.

Reitero, solicito que se oficie a la ministra de Salud.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Señor diputado, ya acordamos un oficio respecto de eso.

El señor **LILAYU**.- Pero directamente por el Servicio de Salud de Osorno, porque justamente acá estamos viendo la confrontación, con copia a la ministra de Salud y al subsecretario de Redes Asistenciales.

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

**Acordado.**

Tiene la palabra la secretaria regional ministerial de Salud de Osorno, señora Karin Solís.

La señora **SOLÍS**, doña Karin (seremi de Salud de la Región de Los Lagos).- Señor Presidente, solo para cerrar, y como representante de la ministra en la región, quiero decir que nuestro gobierno está haciendo grandes avances por las personas y para las personas. Ese es el foco. Ese es el foco y es el giro de negocio que tiene la salud pública en nuestra región y en todo el país. Por ello, vamos a seguir construyendo mejor salud, en los territorios, con las determinantes sociales que tenemos, abordando y disminuyendo esas inequidades en el territorio. Si falta diálogo, generaremos el diálogo. Todos los representantes de los gremios y sindicatos que hoy día están presentes, saben que las puertas de la seremi siempre están abiertas para seguir en ese diálogo. Hay muchas personas que están acá y que pueden dar fe de ello.

Es importante dialogar, es importante el consenso para poder seguir contribuyendo a lo que realmente necesitan las personas de nuestro territorio, y en ese afán no vamos a descansar como gobierno ni como Ministerio de Salud.

Muchas gracias, señor Presidente.

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

Enseguida, pueden pasar a la mesa el presidente regional del Colegio Médico de Osorno, doctor Francisco Hornig Acuña; la presidenta subrogante de la Confederación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (Fenpruss HPU-HRN), señora Magaly Paredes; el representante de la Asociación de Enfermeras y Enfermeros de la Provincia de Osorno, señor Diego Llancar, y la presidenta del Consejo de la Sociedad Civil en Salud de Osorno, señora María Jaramillo Oyarzún.

Vamos a partir con el doctor Francisco Hornig, quien tendrá el uso de la palabra por diez minutos.

El señor **HORNIG** (presidente regional del Colegio Médico de Osorno).- Señor Presidente, muchas gracias por haber venido a Osorno. Saludo a todos quienes están presentes acá.

Para mí es un tremendo honor estar en esta mesa y compartir la visión que tiene el gremio médico con respecto al trabajo en salud que se está realizando.

No tengo una presentación formal, sino que les voy a hablar desde el corazón, desde el cariño que tiene alguien que trabaja en este hospital desde hace muchos años, y que además de eso tengo que confesar que tengo un conflicto de interés, porque yo soy subjefe del Centro de Responsabilidad Quirúrgica. Entonces, aparte de mi labor gremial, también tengo un cargo de relativa jefatura dentro de este hospital, y conozco bien el tejemaneje de adentro.

Voy a comenzar conversando y mostrándoles un poquito la realidad del lado médico de Osorno.

Primero, decir que Osorno es una provincia chica y tenemos una distribución de pacientes Fonasa y pacientes Isapre,

donde el 95 por ciento de los pacientes son Fonasa, lo que significa que tenemos una tremenda población que inexorablemente tiene que venir a atenderse con el sistema de salud público. Entonces, a medida que Fonasa va aumentando su recepción de afiliados, va aumentando también el número de pacientes que tenemos que asumir.

Estamos en la parte nueva que se construyó arriba del hospital base antiguo. En la década del 90 comenzó la idea de construir o de hacer la reposición del hospital, en la década del 2000 se empezó a construir y se terminó entregando en 2010. Eso significa que empezamos a usarlo ya con treinta años de desfase con respecto a lo que se había ideado. Por eso, es superimportante que lo que estamos planificando para el futuro sea realmente mirando hacia desear más, no menos.

Este hospital también tuvo un gran problema, y es que cuando se construyó a los directivos de la época se los engrupieron con el concepto de que la salud ambulatoria iba a ser mucho más potente y que se iban a necesitar menos camas de hospitalización.

Por lo tanto, en el fondo, este hospital tiene menos camas que el hospital antiguo; tenemos muchos más pabellones, pero menos camas y, al final, ¿cuándo lo notamos? En la pandemia.

Durante la pandemia realmente no teníamos donde hospitalizar gente; teníamos una UCI que en ese momento eran ocho camas y pasamos de golpe y porrazo a armar sesenta camas UCI. Teníamos en los pabellones, que no estaban operando, y que eran UCI, donde cada pabellón, cada quirófano, era una UCI con su ventilador y todo el asunto. Entonces, claramente hubo un *shock* tremendamente violento que se vio producto de la pandemia.

Ahora bien, voy a hablar de traumatología para ir mostrando un poquito los números. Cuando volvimos de la pandemia me tocó ser jefe del servicio de Traumatología; medio cacho en el que

me metí. El servicio de Traumatología tenía en ese momento una lista espera de alrededor de 1.900 pacientes; o sea, un número que da susto de solo pensarlo. El problema está en que estos 1.900 pacientes estaban esperando cirugía, pero Traumatología tiene pacientes todos los días, pues todos los días hay accidentes y todos los días hay fracturas.

En este momento en nuestra tabla quirúrgica el 70 u 80 por ciento terminan siendo patologías de urgencia. ¿Por qué? Porque el servicio de urgencia, con todos los esfuerzos que hace, no es capaz de absorber esa demanda, por lo que terminan quedando en la lista quirúrgica del servicio de Traumatología.

¿Por qué los traumatólogos que están en la urgencia no lo pueden resolver? Porque resulta que quedan a la cola de las urgencias de cirugía, de las *Escherichia coli* agudas, de las apendicitis, de los aseos quirúrgicos, de las necrosis, etcétera, y el hueso termina quedando al final.

Eso es tremendamente difícil para Traumatología absorberlo y no tenemos por dónde, porque como servicio en una muy buena semana operamos 40 pacientes. O sea, 1.800 pacientes en espera y operamos 40, fundamentalmente de urgencia, no los podíamos dejar de lado.

La única forma que tenemos para salir adelante es que a esta cuestión se le meta plata; tiene que haber recursos para gestionar, para comprar servicio, para hacer que este hospital se conceptualice como un avión: el avión pierde plata cuando está parado en la losa. Por tanto, tenemos que tratar de que este hospital funcione la mayor cantidad de horas posible. Sin embargo, hay una complejidad mayor, que los cirujanos lo sabemos, en el sentido de que mientras más operamos más tenemos que controlar, lo que significa que también tengo que destinar horas de policlínico para los

controles y, además de eso, el que no opera no tiene complicaciones; son los que operamos quienes tenemos complicaciones. Por tanto, mientras más operamos, más complicaciones eventuales vamos a tener, lo que también va a ser algo extra que no teníamos planificado.

Tenemos pésimo sistema de registro en salud a nivel nacional, y eso lo sabemos todos. Es imposible pensar que en el siglo XXI no tengamos un sistema único de registro. Por ejemplo, si tengo un evento de salud en Arica, y me pasa algo, debería quedar automático en la ficha clínica. Es decir, todos deberíamos tener una ficha clínica única, y no puede ser que el hospital no tenga acceso a la base de datos del Registro Civil, por tanto, uno no sabe si el paciente que falleció estaba en la lista espera o no. Por eso pasa que se llama a un paciente y resulta que murió hace dos años. Por tanto, claramente es impensable que eso no exista.

Tenemos pocos especialistas para las necesidades que debemos afrontar, pero fundamentalmente es un problema país, porque tenemos una muy mala distribución de especialistas en Chile, donde el 40 por ciento de los especialistas están en la Región Metropolitana, el 10 por ciento está en la Región de Valparaíso, otro 10 por ciento está en Concepción, y el resto del país nos comemos el 20 por ciento.

Lamentablemente no tenemos una facultad de medicina formadora de especialistas. La facultad de medicina de la Universidad Austral le cambió la cara a la atención primaria acá, en Osorno. ¿Por qué? Porque cuando empezaron a salir médicos generales formados en Osorno, ellos decidieron quedarse en Osorno; le cambió la cara a la atención primaria. Sin embargo, no tenemos esa posibilidad con los médicos especialistas, y si vemos los números de la OCDE, por ejemplo, hoy día ya no es tan terrible la falta de medicina general, sino que es mucho más terrible

el déficit de especialistas, porque ya pasamos ese grado de complejidad de la patología, y eso es lo que nos complica ahora.

En traumatología tenemos un número importante de patologías que hay que resolver, pero ¿saben cuál es el gran problema? Es que esa patología requiere de subespecialistas y esos subespecialistas a veces no es fácil encontrarlos en regiones. Me refiero a pacientes que ya no necesitan la cirugía más sencilla, sino que necesitan una segunda cirugía más compleja o necesitan combinaciones de actos quirúrgicos, lo que aumenta la dificultad. Además, mientras más compleja la cirugía, un paciente no se puede pasar a la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA), porque ese paciente va a estar hospitalizado y se va a quedar más días hospitalizado. Por tanto, también le pone complejidad al sistema.

Me encanta la UCMA, pues viene el paciente, se hospitaliza en la mañana, se opera y después se va para la casa; es genial y es una cuestión ideal. Los países del primer mundo lo tienen muy avanzado, porque tienen sistemas de seguimiento domiciliario al callo.

Nosotros tenemos una estrategia, el Hospital Domiciliario (Hodom). Nos funcionó muy bien durante mucho tiempo y nos amplió en forma virtual armar la cantidad de camas que tenemos disponibles para el hospital; pero para las cirugías complejas, Hodom no va a ser tan útil, porque necesitamos más tiempo de hospitalización viendo al paciente.

Como Colegio Médico, y para finalizar, lamentablemente no somos parte de los que arman las leyes, no somos parte de los que gestionan los recursos, pero sí estamos dispuestos y hemos sido majaderos en el sentido de decirles que estamos disponibles, que queremos trabajar, que queremos fortalecer

las cosas, que tenemos las instancias, conexiones y redes, por lo que queremos aportar y queremos ser parte.

Soy vecino de Osorno, nacido y criado en Osorno; me formé en Santiago, pero dije que iba a volver a Osorno, porque si logro que un paciente, que yo veo en la consulta o en el hospital, no termine yéndose a Santiago, esa cuestión ya es un éxito. Afortunadamente, y gracias a Dios, lo he logrado con muchos pacientes, por lo que estoy supercontento.

Creo que Osorno es una ciudad muy bonita. Creo que este hospital tiene un grupo humano tremendamente bueno y valioso, y eso hay que fortalecerlo.

¿Problemas de relaciones humanas? Sí, los tenemos. ¿Para qué nos vamos a pisar la capa entre superhéroes? Tenemos problemas de gestión y de recursos humanos. A veces, faltan las habilidades blandas. Tenemos que sentarnos a conversar. Pero en el fondo vamos hacia el mismo lugar. Hay cosas que suceden porque "pueblo chico, infierno grande". Somos todos conocidos y aquí, en Osorno, se conocen antes las malas que las buenas. Esa es una cuestión importante a considerar.

Me molesta mucho que algunos colegas hayan salido a la palestra por algunas cosas. Sé que hay investigaciones en curso y hay que dejar que las instituciones funcionen y hagan su pega. Soy médico -en esta la mesa también hay colegas- y puedo decir que es difícil serlo en Chile. Es difícil ser médico en cualquier parte del mundo. Así que, claramente, tenemos que trabajar entre todos. Si trabajamos juntos, vamos a salir adelante.

Otra cosa importante es que el Servicio de Atención al Funcionario (SAFU) marcha muy mal. Sé que los colegas y los funcionarios que trabajan en el SAFU le tienen amor a su labor, pero lamentablemente no son capaces de asumir y absorber todo, sobre todo los temas quirúrgicos. ¿Por qué? Porque eso cae en

la famosa lista de espera. Los pacientes que llegan al SAFU son funcionarios y lo más probable es que el 90 por ciento de la población del Fonasa sea también beneficiario de nuestro hospital. Entonces, todos ellos entran a engrosar la misma lista de espera. Si no lo sanamos, ese paciente, que es funcionario, va a seguir con licencia médica. ¿Y vamos a esperar a que llegue a los 180 días o a los dos años para aplicarle el artículo correspondiente? No me acuerdo del artículo. Entonces, tenemos que ser proactivos con el paciente que está enfermo. La gran mayoría de los enfermos necesita soluciones y si, nosotros, que somos los encargados de entregársela, no lo hacemos, ¿quién lo va a hacer?

Después de haber tirado la pelota y haber dejado la cagada con ese último comentario, me despido.

Muchas gracias.

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

Le damos la palabra a doña Magaly Paredes, hasta por diez minutos.

La señora **PAREDES**, doña Magaly (presidenta de la Fenpruss Hospitales Purranque y Río Negro, y vocera de la multigremial del Servicio Salud Osorno).- Buenos días a todos y todas.

En este momento mi rol es de representante-vocera de la multigremial que agrupa a los cuatro gremios más grandes dentro de la red del Servicio de Salud Osorno.

Afortunadamente, muchas de las cosas que están en nuestra presentación ya fueron develadas. Como tengo solo diez minutos para exponer, no me voy a detener en aquello que ya fue mencionado.

Qué bueno que volvió el director, porque luego de su presentación, nos mirábamos y pensábamos que estábamos en otro servicio, en otro mundo. Después, con la presentación del director del hospital base, con la última parte, llegamos

a pensar que estábamos casi compartiendo mundo en algunas cosas. Pero al escuchar las preguntas de los parlamentarios, nos quedó claro que no. El mundo en el cual estamos es justamente sobre el que los parlamentarios requirieron mayor información, porque hay algo que no cuadra, que no tiene lógica.

En nuestra presentación nos enfocaremos en lo que esta comisión necesita, que es saber qué nos impide avanzar. ¿Es por los recursos? ¿Es por la gestión o porque alguien se saltó la lista? Ya se ha entregado información al respecto y nosotros identificamos que son las barreras las que nos impiden avanzar. El concepto de barrera tiene distinta naturaleza. Cuando estamos pensando en definir estrategias para avanzar efectivamente en las listas de espera, debemos tener claridad respecto de qué es lo que tenemos que mejorar, qué es lo que hay que cambiar, qué es lo que hay que quitar y, luego, qué es lo que hay que incorporar.

Así, nosotros calificamos todo eso con el término de barreras. Obviamente, pabellones y esterilización, entre otras cosas. No recuerdo si se mencionó, pero hay que tener una claridad mediana al respecto. No sirve que el pabellón crezca. No sirve que tengamos tres, cuatro o cinco pabellones más. Hoy mismo, el pabellón no podría mejorar su productividad mientras tengamos la esterilización que tenemos, porque no existe una capacidad de respuesta. Por lo tanto, si vamos a aumentar la producción de pabellón, eso tiene que llevar de la mano el cómo vamos a hacer para que lo que se requiere, ese apoyo entre esterilización y pabellón, se cumpla.

El tema instrumental, lo pusimos aparte, pero en el fondo es para ir generando la idea que se repitió aquí en más de una oportunidad, que la solución es multifactorial. No sacamos nada con pensar en eso porque no va a servir. Solo va a servir para

la prensa decir que aumentamos los pabellones, pero, en la práctica, eso no va a tener ningún resultado.

Sobre los especialistas, se entregó bastante información al respecto; personal, sistemas de registro, control, ingresos y egresos.

La pandemia, para nosotros, es algo que nos empujó a estar peor. Pero la verdad es que, terminada la pandemia, hace un buen rato, ya no es excusa para nada.

Pabellones es la unidad central para poder avanzar en la lista de espera. Esta es nuestra realidad y aquí se mencionó. Tenemos diez pabellones. En días y horas hábiles funcionan los seis, de 8:00 a 17:00 horas. Pabellones de urgencias, que también fueron mencionados, hay dos y funcionan las veinticuatro horas del día, pero para el tema de lista de espera no aportan, porque están para las urgencias. En día hábil, de 17:00 a 20:00 horas, teníamos información de uno, pero después vi que había dos. Entonces, son seis los pabellones de alta resolutiveidad, que funcionan de 8:00 a 17:00 horas, y son los CRR que se mencionaron aquí.

Los fines de semana, funcionan pabellones cuando hay alguna licitación que se pueda abordar a través de esa vía, que no entra a competir en la semana. Esa también es una brecha o un espacio en el cual se puede crecer.

Prioridades de pabellón. Se mencionó el tema de las listas que llegan a los pabellones. No es solo la lista de espera, y de eso también hay que tener conciencia porque nos hace cambiar un poco nuestra opinión al respecto. Hay una urgencia diferida, una patología oncológica, un GES y una lista de espera.

Se mencionó también el cambio que se está realizando. En la circular N° 9 del hospital base se priorizó la urgencia clínica oncológica no GES y la antigüedad.

El último criterio que llegó del nivel central, de marzo 2025, que ya se está aplicando o que se va a implementar ahora, es una forma distinta de calificar y de ponderar el estado del paciente meritorio de cirugía antes que otro.

Esterilización, no me voy a detener en ese tema porque ya lo mencioné; Instrumental quirúrgico, lo mismo.

Decimos que estamos así por el aumento de la población, por las características y por todo lo que aquí se habló. Sin embargo, cuando decimos que hay instrumental quirúrgico no funcional, que ya cumplió con creces su tiempo útil, no estamos hablando de pandemia ni de qué nos falta. Porque incluso, parte de lo que hay, no sirve y da la falsa ilusión de que hay. Lo mismo ocurre con los equipos médicos, algo de lo cual mencionó el doctor, en el sentido de que están siendo utilizados con una vida útil expirada. ¿Qué le pasa a un equipo médico de alta complejidad que está funcionando más allá de su vida expirada? Deja de ser eficiente, pero aquí necesitamos eficiencia.

En relación con los especialistas, sucede lo mismo. Anotamos esa frase en la presentación, porque coincide con la realidad país que alguien compartió: "La reina de la lista de espera es la traumatología".

Respecto del personal, también hay consenso en que no podemos avanzar en esto si no hay inversión ni recursos, lo que, sin duda, trae aparejado al personal. En eso estamos disponibles, por ejemplo, para el tema de honorarios. Ustedes saben que nosotros, como sindicalistas, nos oponemos al empleo precario, a la inestabilidad laboral, como ocurre con los honorarios, pero en este caso, como dijimos, tenemos que aunar voluntades. Entonces, se entiende que esta es una medida extraordinaria, mientras logramos tener todo de manera definitiva y con el respaldo que corresponde. También incluimos, por ejemplo, la compra de servicios en la misma lógica.

En cuanto a los sistemas y el registro de control de ingresos y egresos, en el servicio de salud y, más precisamente en el hospital base, se está abordando desde hace un buen tiempo la gran debilidad que existe en todo nuestro sistema informático.

Finalmente, alguna de nuestras reflexiones son las siguientes:

La solución es multifactorial e involucra voluntades y muchos recursos, pues no sirve derribar una o dos barreras.

Las evidentes mejoras en la infraestructura y el equipamiento que se requieren involucran un tiempo que las personas en lista no tienen.

Lamentablemente, también se ha mencionado que el fortalecimiento de nuestra salud pública no ha dado cuenta de los cambios y las crecientes necesidades de salud de la población. En consecuencia, en el intertanto, se han de proveer los recursos necesarios para la compra de servicios.

La pandemia hace rato que no se sostiene como excusa. Consideramos que las autoridades y toda persona que ha tenido y tiene la facultad ligada inevitablemente a la responsabilidad para tomar decisiones en esta materia, debería pedir disculpas públicas al país. No estamos hablando de lista cero, pues todos sabemos que eso no existe. Sin embargo, lo que está sucediendo al respecto con nuestra ciudadanía es una vergüenza.

Consideramos, además, que el 48 por ciento de las causas de suspensión no corresponden a los pacientes, y ese es un dato, no un relato.

¿De quién es la responsabilidad en Osorno? En los otros servicios uno puede hacerse la misma pregunta. ¿Es del director del hospital base? ¿Tiene calidad de suplente y no ha podido ejercer, a lo mejor, la autogestión? ¿O requiere

del visto bueno y la tutela del director de servicio? ¿Del subdirector médico del hospital base Osorno? ¿Quién asume la responsabilidad de tener suplencias en los cargos más importantes para estas materias?

Esta organización multigremial, conformada por la Fenats Unitaria, la Fenpruss, la Asenf y la Fenats Nacional, que reúne entre todos sus socios y socias a más del 80 por ciento de los funcionarios de la red de salud del Servicio de Salud de Osorno, en mérito de que hay decisiones que debieron tomarse hace más de un año y de que resulta impresentable mantener a un subdirector médico que no solo se saltó la fila -abuso de poder o le podríamos llamar prevaricación-, sino que además participaba en las licitaciones, declara que todo ello constituye una falta grave a la probidad y lo seguimos teniendo de jefe.

Si no es por las acciones realizadas por los gremios, por las mantenciones de las carpas en nuestro establecimiento, nuestros usuarios lo más probable es que tendrían que aspirar, a lo más, a tener carpas nuevas.

A pesar de las graves prácticas antisindicales que vivimos por meses y que seguimos viviendo en esta administración, con un director afín a este gobierno, aquí estamos presentes.

Indudablemente, nos equivocamos al pensar que una persona que por años ha recorrido el país en cargo de responsabilidad, dejando a su paso un rastro de cuestionamientos, podría haber cambiado.

En mérito de todo lo señalado, requerimos el alejamiento inmediato del señor Alarcón del cargo que ostenta.

*(Aplausos)*

Nuestra comunidad funcionaria, pero también nuestros usuarios, merecen tener la posibilidad de avanzar y mejorar su calidad de vida.

Gracias, señor Presidente.

*(Aplausos)*

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

La señora **PAREDES**, doña Magaly (presidenta de la Fenpruss Hospitales Purranque y Río Negro, y vocera de la multigremial del Servicio Salud Osorno).- Señor Presidente, no mencionó al compañero David, quien también está anotado para intervenir.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Señora Paredes, ya ocupó completamente su tiempo. Tenemos a siete personas que escuchar. Necesito seguir con las invitaciones. Si nos da el tiempo, podríamos darle la palabra.

Tiene la palabra el representante de la Asociación de Enfermeras y Enfermeros de la Provincia de Osorno, señor Diego Llancar Rivas.

El señor **LLANCAR** (representante de la Asociación de Enfermeras y Enfermeros de la Provincia de Osorno).- Señor Presidente, esta es la primera instancia que se da en este hospital en que todos estamos reunidos. Parto agradeciendo la presencia de ustedes, la Cámara de Diputados, para poder intervenir, porque es la única forma de llegar a una solución concreta y en la cual se integre a todos los agentes involucrados.

Está el antecedente, por ejemplo, de que hace un par de años la urgencia estaba colapsada y tuvo que haber una intervención ministerial. Hoy sabemos que hay listas de espera y tiene que estar aquí una comisión revisora que dé cuenta de ello.

Debo mencionar que todos tenemos una jurisprudencia, un grupo de gente del cual estamos a cargo, como los diputados, los gremios y la Dirección. Entonces, la integridad que

tengamos en nuestra vida pública, en nuestra función pública, es clave.

Personalmente, y como vocero en este momento junto con Magaly Paredes, nos parece realmente que la confianza de la ciudadanía se pierde con el hecho de saltarse la lista de espera, donde no hay real transparencia. Esto no es culpa de los funcionarios, porque ellos son parte de este barco, que es el hospital base y el servicio de salud, porque la "brújula del capitán" no ha indicado la dirección que corresponde.

Entonces, así como se apretó hace un par de años para descongestionar la urgencia, tal como se está llevando esta mesa, esperamos que no quede solamente en un llamado de atención, en unas clases de ética, sino que realmente haya sanción para las personas que están encargadas de dirigir este barco. Ese es mi llamado de atención y mi intervención a modo de reflexión.

Debo agradecer nuevamente, porque, sin duda, van a empezar a funcionar mejor las cosas en este hospital y es lo que queremos. Gracias.

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

Tiene la palabra el señor Daniel Bartch hasta por 8 minutos.

El señor **BARTCH** (secretario general de la Fenats Nacional).- Señor Presidente, como dijeron los colegas que me antecedieron, hoy quedó evidenciado cómo se trata a los dirigentes de esta región.

Vemos a un director que le falta el respeto no solo a la comisión de salud que está sesionando y que valoramos como organización que esté en el territorio, sino también a quienes están hoy presentes.

Si vamos a hablar de lista de espera, hablemos también de cómo hoy los trabajadores se están sintiendo con el trato,

maltrato y las prácticas antisindicales de parte de ese director.

Creemos que es tiempo de que dé un paso al costado, entendiendo el grado de hostilidad en los establecimientos. Para nosotros, como organización, acompañados de cada una de las otras organizaciones que representan más del 70 por ciento de trabajadores de este servicio de salud, no es grato tener que evidenciar lo que acabamos de ver, que un director de servicio actúe de forma tan desafiante hacia los dirigentes y los trabajadores, y es el momento de que también el Ministerio de Salud se haga responsable y llame al orden y pida la renuncia, en forma inmediata, a este director de servicio.

*(Aplausos)*

No podemos continuar de esta forma. No podemos tratar a quienes salvan la vida de los pacientes, a quienes hacen responsables los pacientes por esta lista de espera, que sigan resguardando a los familiares, que sigan resguardando a los amigos políticos, para continuar, de una u otra forma, haciendo mal uso de cada uno de sus cargos de direcciones y de jefaturas que se generan.

Creemos que es importante, además, que se informe al ministerio sobre la situación que acaba de ocurrir hoy, y también es importante que el director de servicio no mantenga esta cotidianidad en contra de los trabajadores, porque acaba de decir: "Pueden irse en mi contra en ámbito jurídico".

En algún momento fuimos a la Comisión de Salud en el Congreso, y planteamos que este es el director que en su discurso ha señalado que tiene infiltrados o tiene amigos dentro de la Contraloría General de la República. Eso es lo que hoy nos tiene aquí, como organización de carácter nacional, y pudimos evidenciar, ver y mostrar que hoy día

también está en el extracto que comunicacionalmente se debe mostrar en cada una de las plataformas.

Por último, más allá de que el ministerio entienda que en la primera evaluación de 2024 pudo haber un buen *ranking*, eso no significa que fue el año completo, pero también hay que pensar en cómo están las habilidades de manejo de los equipos, el liderazgo y las relaciones con los trabajadores y trabajadoras, que en este servicio acaba de quedar evidenciado que no existen.

Pedimos la renuncia del director del Servicio de Salud como Fenats nacional y apoyamos a la multigremial desde nuestra organización.

Gracias, Presidente.

(Aplausos)

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

Tiene la palabra la presidenta del Consejo de la Sociedad Civil, doña María Eugenia Jaramillo.

La señora **JARAMILLO**, doña María Eugenia (presidenta del Consejo de la Sociedad Civil).- Buenos días a todas y todos los presentes. Un afectuoso saludo a los diputados que hoy nos acompañan.

Como muy bien lo dice el señor Presidente, yo soy la presidenta del Consejo de la Sociedad Civil, no solo de la provincia de Osorno, seremi y servicios, sino que a nivel regional, y también, vicepresidenta nacional de los usuarios de la salud pública; además, integro la Comisión Reforma de Salud, cargo que me permite ir periódicamente a Santiago a las reuniones presenciales, por lo que conozco bastante del tema; no me es ajeno.

Voy a hablar un poquito de mi vida profesional. Fui directora de establecimientos de educación, y también teníamos diferencias con los profesores y colegas. Pero, en verdad,

nunca los colegas dejaron de hacer el trabajo por estar en la vida como gremialistas. Siempre cumplieron, primero, con la jornada de trabajo para la cual fueron contratados, y después de esas horas hacíamos -porque también fui dirigente del Colegio de Profesores- nuestra labor gremial. No hay que confundir.

Me disculpo por si lo que acabo de decir no les gusta a algunas personas, pero tengo que responder por el trabajo con el cual me gano la vida. Hoy ya estoy fuera del servicio público, solo estoy dedicada a ser dirigente social y en forma voluntaria. Quería aclarar eso.

Estamos aquí para ver cómo resolvemos esto de las listas de espera. He visto los esfuerzos, no solamente en este servicio. Recorro hartos el país y tengo la suerte, por este cargo, de ir a otras regiones, de conversar con los dirigentes, de saber; pero también esto de las listas de espera tiene un triángulo: los profesionales, el personal que trabaja en los establecimientos y la sociedad civil.

Ayer, le contaba a la subdirectora que también estoy en una lista de espera por una operación, y conversaba con la comunidad, y una señora me contó que esta es la tercera vez que la llaman para operarse. La primera vez no lo quiso hacer, porque estábamos en pandemia; la segunda, porque estaba trabajando. Y sabemos la vulnerabilidad de la población que se atiende o acude a un servicio público que no tiene los recursos, y peligraba su trabajo si ella se operaba. Ayer, fue la tercera vez, después de más de cinco años en que han sucedido todos estos hechos, en que, por fin, ella tomó la decisión porque ya dejó de trabajar.

Entonces, no es algo que solamente sea que la función o quién está dirigiendo. La verdad es que el sistema tiene que avanzar sin importar quién esté a la cabeza de una

organización. Es cierto que tiene, lo hablo por los establecimientos de educación, si no importa el director, los profesores tenemos que seguir haciendo nuestro trabajo, y creo que, sobre eso, también se puede hacer una diferencia o un paréntesis de lo que hay.

Tengo muchos apuntes respecto de la resolutividad, para lo cual estamos convocados. Pero creo que las personas que me antecederon en el uso de la palabra, ya lo han dicho. Tengo la resolución de la mesa N°1 de la reforma de salud en que se habla de todas las posibles propuestas que hace la sociedad civil para mejorar esto.

Lo que sucedió aquí en la ciudad de Osorno es un hecho lamentable, porque nos sacó a la palestra a nivel nacional, aun cuando no creo que haya sido el único caso. Los otros han estado calladitos, y no es la primera vez que sucede este hecho.

Podría seguir, pero dicen que quedan por intervenir más personas. Podría haber traído una presentación con muchos de estos casos, porque los conozco por el hecho de ser vicepresidenta nacional. Tenemos una tarea pendiente, que es ir hacia Valparaíso.

Pasando a otro punto, cuando se pidió que los cinco días hábiles que tiene la comunidad para aceptar o rechazar la respuesta a través de OIRS, la han implementado, nosotros decíamos veinte, y ahora nos dimos cuenta de que son treinta días los que están pidiendo para que la sociedad o la comunidad pueda responder a esa solicitud que se hizo a través de OIRS.

Por consiguiente, nos visitaremos o nos veremos en Valparaíso, próximamente. He hablado desde el corazón, espero que haya sido representando lo que la gente siente, y deseo que se solucionen sus problemas.

Muchas gracias.

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

¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por treinta minutos?

**Acordado.**

Ofrezco la palabra a las señoras diputadas y a los señores diputados.

Tiene la palabra el diputado Jaime Sáez.

El señor **SÁEZ**.- Señor Presidente, agradezco las últimas exposiciones.

De las intervenciones de los dirigentes gremiales de la salud de Osorno, podemos concluir que aquí queda una situación bien compleja, porque se contrapone bastante con lo que nos pudieron exponer las autoridades locales, y esa situación debe ser aclarada.

Imagino que, en virtud del tiempo disponible, no será este el momento para hacerlo. Sin embargo, quisiera solicitar el acuerdo de la comisión para generar algunos oficios.

En primer lugar, me gustaría saber por qué hay tantas subrogancias durante tantos años y por qué no se han logrado titularidades en los cargos directivos. Esta situación resulta llamativa. Entiendo que el Servicio Civil funciona de manera deficiente, pero no me parece razonable que, durante casi cuatro años, no tengamos titularidades en áreas tan críticas.

En segundo término, el director del servicio ya expresó su postura previamente, lo que originó el intercambio que aquí se produjo. Sin embargo, quisiera saber si las denuncias graves planteadas, como los conflictos de intereses que se mencionaron en su presentación, han sido formalmente denunciadas y constan por escrito en las instancias correspondientes. Han señalado no solo fallas

administrativas, sino que, según su exposición, también se trataría de ilícitos. Por ello, quiero saber si estas denuncias han sido presentadas formalmente, ya que me parece relevante para las conclusiones que podamos establecer.

Finalmente, quiero señalar que me llama mucho la atención el nivel de hostilidad que existe entre quienes conducen o administran este servicio y los funcionarios y dirigentes gremiales. No lo había observado antes. Si bien en Puerto Montt hemos tenido problemas, con la salida del director del hospital hace unas semanas, este nivel de conflictividad me resulta especialmente llamativo.

Muchas gracias, señor Presidente.

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

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero decirle al diputado Sáez que todo esto ya fue informado en la Comisión de Salud.

Abordamos estas materias en esa instancia, y los dirigentes expusieron sus puntos. La ministra está al tanto, al igual que el exsubsecretario de Salud, con quien hablé personalmente.

Ahora bien, el nivel de conflictividad realmente es inadecuado, y ese es precisamente el problema. Las autoridades lo saben y no hay nada más que añadir al respecto. Todo esto ya ha sido denunciado, y el ministerio ya está al tanto; lo sabía el exsubsecretario de Salud y lo sabe el actual. Ahora está en manos del gobierno tomar cartas en el asunto.

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

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, soy miembro de la Comisión Presidencial para la Paz y el Entendimiento, cuyo trabajo no ha sido fácil, pues busca alcanzar el entendimiento sobre la lucha y la pérdida

territorial del pueblo mapuche. En esta instancia, además, participan otras cuatro personas con perspectivas e intereses diversos, lo que complica la generación de acuerdos.

No obstante, cuando uno se plantea un bien mayor, que es lo que nos mandató el Presidente de la República, a pesar de ser cuatro integrantes mapuches y cuatro representantes de la derecha, y de que los demás miembros no tienen ninguna tendencia política, debemos poner todo de nuestra parte, lo cual no es tarea fácil. Aunque soy militante socialista, y a pesar de las numerosas diferencias y de que no siempre hemos logrado tratarnos bien ni alcanzar acuerdos fácilmente, la clave está en contribuir a una sociedad que necesita reencontrarse.

Ahora bien, lo que he observado aquí, tras haber conversado con los dirigentes -quienes, por supuesto, han hablado más con el diputado Lilayu, debido a que es doctor y está permanentemente vinculado al área de la salud-, así como con el actual director, con la ministra y con el subsecretario, es que la dificultad radica en que las conversaciones que se han mantenido no han generado confianza en ninguna de las partes. Por lo tanto, cuando esa relación se quiebra, resulta muy difícil recomponerla.

Lo que debería hacer la seremi -y esto lo conversé personalmente con ella- es ver la posibilidad de generar una nueva reunión con los dirigentes. Sin embargo, tal vez esto no resuelva nada entre ellos, ya que la situación es realmente compleja.

El bienestar común, tal como señaló la presidenta de estos cuatro grandes gremios, que representan la mayoría, es el bienestar de los ciudadanos, de las personas a quienes se debe proporcionar esta atención. Ese es el objetivo que ella plantea.

Además, menciona que, para lograr ese fin, están buscando la salida del actual director, pero esa podría no ser la única solución. Tal vez también sea necesario considerar otras acciones, como el nombramiento de un nuevo subdirector, ya que los gremios no confían en el actual debido a que abusó de su poder al otorgar atención a uno de sus familiares, además de tomar decisiones que afectaron tanto a la ciudadanía como a la imagen y a la probidad del establecimiento.

Ante esta situación, aunque el director mencionó que se han tomado medidas al respecto, lo cierto es que los gremios no confían en esas soluciones. Entonces, ¿cómo podemos hacer que las medidas propuestas por el director sean consideradas por los gremios como coherentes con las acciones que ellos han planteado?

Desde esta perspectiva, tanto para mí como para el diputado Lilayu, quienes conocemos la región, aunque cada uno tenga una opinión diferente, resulta complejo que esta comisión resuelva la problemática. Sin embargo, sí puede ofrecer algunas orientaciones para que las autoridades competentes, como el nuevo subsecretario, la ministra y la seremi, puedan generar una resolución al respecto. Todo esto debe ir de la mano con un trabajo orientado hacia un objetivo común: las personas que han sido afectadas.

Ya hemos solicitado los oficios correspondientes, y tal vez se podría destinar una sesión final para conocer las medidas acordadas por parte de las autoridades, con el fin de llegar a acuerdos en esta comisión. De lo contrario, este clima no cambiará, tal como señaló el representante del Colegio Médico.

Existen problemas, y debe haber flexibilidades; si estas no se están dando, seguiremos enfrentando dificultades. Es cierto que los grupos humanos deben dialogar y buscar soluciones, pero

debo reconocer que no tengo sugerencias específicas al respecto.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Si le parece a la comisión, se remitirá al Ministerio de Salud y al Servicio Civil el oficio solicitado por el diputado Sáez, relativo a la realización de concursos de Alta Dirección Pública para las autoridades de los servicios de salud y hospitales de Osorno.

¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

Respecto de la pregunta del diputado Sáez, quiero señalar que esta comisión especial investigadora tiene por objetivo principal abordar la situación de las listas de espera. De hecho, nuestro Secretario me lo ha recordado en varias ocasiones, aclarando que el mandato de la comisión está centrado en las listas de espera y no en cuestiones laborales.

Si bien es cierto que, en un mismo hospital, ambas temáticas están estrechamente relacionadas, no es facultad de esta comisión especial investigadora pronunciarse sobre la continuidad o no de un director de un servicio de salud o de un hospital. Esa es una prerrogativa de la ministra de Salud y del subsecretario de Redes Asistenciales.

Este ha sido, sin duda, un espacio democrático en el que ustedes han tenido la oportunidad de exponer sus puntos. Sin embargo, es evidente que corresponde a la ministra tomar las decisiones, siempre que, a su juicio, y tras ponderar los diversos elementos, lo considere necesario. Mientras esa decisión no se tome, es importante recalcar que las instituciones deben seguir funcionando, y, en ese sentido, este hospital debe continuar operando con normalidad.

Dicho aquello, el diputado Sáez me consulta respecto de los conflictos sobre los que usted preguntaba si había más antecedentes. ¿Si habían sido remitidos a alguna parte?

El señor **SÁEZ**.- Claro, el diputado Lilayu dice que efectivamente fue puesto en la Comisión de Salud, pero mi pregunta era más sencilla; era respecto de órganos de control.

Presidente, la pregunta era si estos antecedentes han sido puestos en los órganos de control administrativo, tanto en la Contraloría, el mismo ministerio y, eventualmente, la fiscalía, si fuese pertinente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Cuál fue la respuesta del diputado Lilayu?

El señor **SÁEZ**.- El diputado me contestó que sí, que se ha puesto, pero en la Comisión de Salud.

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

El señor **SÁEZ**.- Pero mi pregunta era si existían denuncias formales.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Existen denuncias formales?

El señor **HORNIG** (presidente regional del Colegio Médico de Osorno).- Como Colegio Médico, no tenemos antecedentes.

En ese sentido, no hemos expuesto en la justicia ni en la Contraloría ni nada de eso, porque sí creemos en la conversación, en las mesas de trabajo y en que nos podemos sentar en una mesa para conversar, debatir y encontrar la solución a nuestros problemas laborales.

Por lo menos, esa es mi postura como Colegio Médico.

La señora **PAREDES**, doña Magaly (presidenta de la Fenpruss Hospitales Purrangue y Río Negro, y vocera de la multigremial del Servicio Salud Osorno).- Internamente, son las investigaciones que corresponden, que en lo público son los

sumarios administrativos. Esos se están realizando y fueron informados en los datos que entregaron los dos directores.

Como organizaciones gremiales, hemos hecho diversos planteamientos en la Contraloría y los tribunales respecto de lo escandaloso que resultó para nosotros, no solamente lo de la lista de espera, sino que una de esas personas se saltó la lista de espera, que es el subdirector Médico.

Así que hemos realizado acciones en ese sentido, y en este momento estamos canalizándolo también a través del Instituto Nacional de Derechos Humanos, porque, finalmente, a quien se vulnera es a un usuario o usuaria.

El señor **SÁEZ**.- Presidente...

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

El señor **SÁEZ**.- Solo para solicitar que si esas denuncias se han realizado por parte de ustedes, como organizaciones, también puedan ser remitidos los documentos a la comisión para tenerlos como respaldo.

La señora **PAREDES**, doña Magaly (presidenta de la Fenpruss Hospitales Purranque y Río Negro, y vocera de la multigremial del Servicio Salud Osorno).- Sí, de acuerdo.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Agradecemos sus intervenciones, pueden volver a sus puestos.

Nos faltan tres personas por escuchar, la primera es la concejala de la comuna de Osorno y presidenta de la Comisión de Salud del municipio, señora Natali Guissen Ibarra. La segunda es Elizabeth Sandoval Hurtado, presidenta de la Red de Salud de Pueblos Originarios de Chile. Y, finalmente, la representante de la Asociación de Trabajadores de la Salud Hospital Base San José, Dina Aburto Rupayan.

Tiene la palabra, por diez minutos, la concejala Natali Guissen.

La señora **GUISSEN**, doña Natali (concejala de Osorno).- Por su intermedio, Presidente, quiero saludarlos y agradecer esta oportunidad.

En honor al tiempo, vengo a aportar desde lo que tiene que ver con la Atención Primaria de Salud (APS), pero también soy presidenta de la Comisión de Inclusión. Entonces, desde ahí quiero sumar un elemento importante, relacionado con las listas de espera en los casos de usuarios en situación de discapacidad.

Para contextualizar, muy brevemente, la Organización Mundial de la Salud nos indica que las personas en situación de discapacidad mueren veinte años antes que una que no presenta una situación de discapacidad, y que, además, las dificultades para acceder a los establecimientos de salud se multiplican seis veces, y quince veces más las dificultades para acceder a través de los transportes públicos a estos dispositivos.

Sumado a eso, tienen dos veces más de posibilidades de desarrollar depresión, diabetes, asma, problemas de salud bucodental y de salud mental, junto con todas las otras determinantes sociales asociadas a la estigmatización y a la discriminación, ya que aproximadamente el 50 por ciento de las personas en situación de discapacidad presenta una situación de pobreza. Hay que considerar también que anteriormente habíamos indicado que el 90 por ciento de los usuarios del sistema de salud pertenece a Fonasa, y de acuerdo con la territorialidad que tenemos en la zona, existen distintas dificultades de exclusión que tienden a generar mayores determinantes que complejizan esta situación en particular.

A partir de lo anterior, la atención primaria y el Ministerio de Salud establece, a través de la ley N° 20.584, que debe haber una atención preferente para las personas mayores de 60 años y en situación de discapacidad. Además, a partir de la

ley N° 21.380, se sumó a los cuidadores y cuidadoras para que tuvieran atención preferente, en este caso, también en las listas de espera.

Asimismo, el Departamento de Salud Municipal de Osorno cuenta con un protocolo, diseñado en 2023, el cual establece que en las consultas médicas debe haber porcentajes de cupos reservados y que deben tener prioridad en las atenciones de urgencia, interconsultas, prescripción y dispensación de tratamientos farmacológicos, procedimientos y toma de exámenes más complejos.

Ahora viene la parte complicada de todo esto. De acuerdo con los centros de referencia que corresponden a la salud municipal, para las distintas intervenciones que ahí se realizan, en promedio hay 250 días de espera para las atenciones en centros de atención secundaria o terciaria, donde la atención primaria instala continuamente -como señalaban hace un rato- la prevención y la promoción.

Por tanto, estos dispositivos esperan para la atención secundaria, pero luego vuelven a esperar, eventualmente, para la atención quirúrgica, cuyos periodos son los que mencionamos.

Ahora bien, el ordinario N°536, como también se señaló en otras presentaciones, establece un criterio que menciona la situación de discapacidad, pero también habla de grupos protegidos, en los que no se encuentran las personas en situación de discapacidad, sino los niños que forman parte del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, y las personas adheridas al Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (Prais).

Entonces, solamente quedamos sujetos a este criterio técnico. Sin embargo, ese criterio técnico -como dijo el doctor Hornig- dependerá de cuántas subespecialidades tenga

el profesional para determinar si la persona en situación de discapacidad tendría o no una preferencia por sobre la otra. Por lo mismo, hay una cifra negra importante, ya que en los datos estadísticos no aparecen las listas de espera específicas para las personas en situación de discapacidad.

Eso nos trae aparejado una serie de problemas, y con esto avanzo a las conclusiones. Las personas en situación de discapacidad sufren la interseccionalidad. ¿Qué significa eso? Que tenemos una serie de determinantes sociales en salud que se cruzan y complejizan las condiciones sociales, porque hay que recordar que la discapacidad se construye en función de los entornos, no del estado biomédico.

Por tanto, en los sectores rurales de nuestra zona costera, donde además sumamos interculturalidad, género e infancia, nos encontramos con que aumentan los porcentajes de discriminación, exclusión y acceso a la salud. Además, tenemos un círculo vicioso entre la salud de los cuidadores y las personas en situación de discapacidad; para esos casos la solicitud es que la persona tenga la credencial de discapacidad, sin importar el porcentaje.

Eso es muy importante, porque hay procedimientos médicos a los cuales no pueden ser sometidos algunas personas en situación de discapacidad. En esa circunstancia, bajo el criterio médico se prioriza la vida; sin embargo, la persona termina postergada en función de una persona en situación de salud normal. Si debemos priorizar a una persona que tiene un 60 por ciento de riesgo vital al someterse a una cirugía, y otra sin situación de discapacidad y que no tiene este riesgo, se priorizará a la persona que no se encuentre en situación de discapacidad.

Por otro lado, cabe mencionar que una de las principales causas de discapacidad de aquí a 2030 será la salud mental, las condiciones de depresión.

Respecto de los cuidadores, el 80 por ciento son mujeres, es decir, hay una brecha de género en esa labor.

Adicionalmente, hay que considerar que actualmente hay personas en situación de discapacidad que mueren 20 años antes que el resto.

Por tanto, es importante que se incorpore esta característica a las listas de espera, probablemente agregarla a los grupos protegidos junto con generar registros estadísticos al respecto.

Muchas gracias, señor Presidente.

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

¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por quince minutos?

**Acordado.**

Tiene la palabra la señora Elizabeth Sandoval Hurtado, presidenta de la Red de Salud de Pueblos Originarios.

La señora **SANDOVAL**, doña Elizabeth (presidenta de la Red de Salud de Pueblos Originarios).- *Mari mari*, señor Presidente; *mari mari* a los diputados, a los directores, a la seremi, a los gremios y a todos los presentes.

Represento al Consejo de Pueblos Originarios de la provincia de Osorno, que abarca las siete comunas. Trabajamos en salud.

Siendo sincera, todo lo que diré en esta sesión será dicho desde mi *piwke* -corazón-. No tengo nada escrito. Del mismo modo, les pido que sean empáticos conmigo y si hay algo que no les guste, por favor, respétenlo. Lo digo porque que me sentí muy mal cuando la *lamngen* -hermana- que coordina el otro consejo de la sociedad civil fue objeto de murmullos de

parte de quienes no estaban de acuerdo con lo que ella decía. Sé que ustedes tienen un problema complejo y sé que su *piwke* está molesto, porque hay cosas que no corresponden.

Nosotros, los pueblos originarios, siempre hemos estado en lucha, siempre hemos debido enfrentar cosas que no corresponden y hemos tenido que luchar, pero lo hacemos conversando, dialogando. A lo mejor también nos enojamos y peleamos, pero debemos llegar a un acuerdo. Eso es lo que quiero hacerles sentir.

Hace uno o dos años fui invitada a la entrega de diplomas a los gremios. Me sorprendió ver que el director les entregara diplomas. ¡Qué bien! -pensé-; sin embargo, hoy me doy cuenta de que hay otra cosa detrás.

Por otro lado, en cuanto a la salud, hemos luchado muchos años para lograr una atención con pertinencia en el hospital, que se valore nuestra cultura, nuestra forma de vivir y nuestra salud. Eso nos costó muchos años. Lo logramos, pero fue un proceso paso a paso y una lucha constante. Hoy contamos con el artículo 7, que nos otorga un derecho y estamos trabajando en ello. De hecho, este hospital ha sido el que ha tenido mayores avances en este modelo. Sin embargo, nos falta avanzar en materia de listas de espera. De eso hablo.

Como pueblos originarios, también sufrimos debido a las listas de espera. El director está presente. Cuando realizamos el consejo le contamos el caso de una *lamngen* que estaba en puerta para ser operada, pero la mandaron a su casa, porque hubo un problema. Esos problemas deben ser dialogados, porque hay que arreglarlos. Por eso estoy acá, para compartir la mirada de nuestro pueblo. Nuestra gente también sufre. Muchos piensan que nuestra gente es solo población rural, pero muchos han tenido que migrar a la ciudad, lo cual es doloroso, pues

para nosotros vivir en nuestra *ñuquemapu* -madre tierra- es importante.

Ojalá puedan solucionar el tema de las listas de espera, para que sean menores los tiempos de espera. Yo también estuve en una lista y esperé tres años y recién me llegó la hora para el cirujano. Sin embargo, el *lawen* -hierba- me ha ayudado.

Señor Presidente, *mañum* -gracias- por permitirme estar aquí, y a mi diputada Emilia Nuyado por haberme invitado.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra la señora Dina Aburto Rupayan, representante de la Asociación de Trabajadores de la Salud del Hospital Base San José.

La señora **ABURTO**, doña Dina (representante de la Asociación de Trabajadores de la Salud del Hospital Base San José).- Señor Presidente, agradezco a la Cámara de Diputados por la invitación. Me siento honrada de participar en esta instancia. Vengo en representación de aquellos que no tienen voz.

Como funcionaria del área de la salud del Hospital Base San José Osorno fui invitada a la comisión sobre las listas de espera, realizada por la Cámara de Diputados y hoy vengo a aportar en esa materia.

Todos hablamos de números, de ingresos y de egresos y pedimos que avance la lista de espera, que operen y que los funcionarios entreguen el protocolo para el control, sin embargo, hay un grupo de recursos humanos que ha vivido las consecuencias, y no son menores las dificultades de las listas de espera no GES. Si bien hay denuncias que han terminado en sumarios administrativos, lo que significa que

determinada su culpabilidad, esa persona es castigada, no debemos enlodar a todos los funcionarios de la salud.

Hay que buscar soluciones que nos permitan avanzar. Trabajo en el área informática y colaboro con las listas de espera GES junto con Claudia Saavedra, y día a día veo las falencias que existen en el sistema informático.

No se puede dejar de lado la responsabilidad que le compete al Ministerio de Salud. A nivel país hay muchos sistemas informáticos, algunos funcionan bien y otros no. En este momento, la parte informática del Hospital Base está desintegrada. Todo va por canales como los sumarios administrativos. Sin embargo, se debe seguir avanzando y trabajando.

No debemos culpar a una sola persona. Hay funcionarios que han sido agredidos, porque los pacientes que vienen de afuera y llevan mucho tiempo esperando una hora, llegan enojados. Ayer lo viví en la lista GES. La gente tiene derecho a reclamar, porque como mencionó un médico esta mañana, hay muchos ingresos.

Como señaló el doctor Hornig, podrían operar y operar, pero luego, para el posoperatorio se deben asignar horas para controles y no hay médicos, ya sea porque están de vacaciones o con licencia, porque son seres humanos.

Concuerdo con lo que se dijo sobre el Centro de Atención Integral al Funcionario (CAIF), si un funcionario está enfermo cómo va a atender a la comunidad. Primero debemos sanarnos nosotros para poder atender al usuario externo. Es fundamental que todos trabajemos juntos. Las cosas se deben arreglar.

En la actualidad, acogiéndose a la ley Karin, denuncian hasta porque creen que los miran mal y a los denunciados no los dejan defenderse.

Ese es mi aporte, señor Presidente.

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

Tiene la palabra el diputado Daniel Lilayu.

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, quiero agradecer a nuestra concejala de Osorno por abordar el tema de la discapacidad. Es muy importante la mirada que ella ha dado.

En ese sentido, me gustaría proponer que haya un criterio en las listas de espera para las personas con discapacidad.

Iba a hacer una pregunta respecto de la salud mental.

Como usted dijo, toda nuestra provincia y nuestro país necesitan poner especialistas en eso, pero con mayor foco en las personas que tienen un grado de discapacidad, porque se sienten postergadas y limitadas con su cuerpo. Claramente, hay que dar una mirada preferencial a las personas con discapacidad en nuestro hospital.

Por último, quiero hacer un aporte al diputado Jorge Sáez. Los funcionarios de la multigremial de la salud hicieron una exposición en enero para solicitar a la Contraloría todos esos antecedentes, los cuales ya puedo entregar.

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

El señor **SÁEZ**.- Señor Presidente, gracias al diputado Lilayu por esa información.

Quiero agradecer la presentación de la concejala, porque me parece que es un tema que no habíamos abordado en ninguna de las sesiones anteriores, que han sido ya más de una decena. Entonces, eso constituye un hecho nuevo y sería interesante analizarlo más en profundidad en las siguientes sesiones que vayamos a tener en Valparaíso. Sería bueno que la Secretaría nos ayudara a proponer el nombre de expositores que abordaran específicamente la variable de la discapacidad. Se hablaba de una lista negra que queda como en una nebulosa. Reitero, como se trata de un hecho nuevo, me parece pertinente que

podamos abordarlo más en profundidad en las sesiones siguientes.

Agradezco la concurrencia de todas las autoridades, de los dirigentes de la salud y de las dirigentes sociales que también comparecieron ante esta comisión. Yo tenía la duda de venir a este encuentro, pero la diputada Nuyado me convenció y creo que fue un buen acierto haberla acompañado.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Ha sido un acierto en las cinco regiones.

Tiene la palabra la diputada Emilia Nuyado.

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, doy las gracias al señor Secretario de la comisión por haber tenido que trasladarse en tan poco tiempo desde otra región. Muchas gracias también a los diputados Sáez, Lilayu y a los que estuvieron anteriormente.

Invité muy encarecidamente al diputado Sáez, porque generalmente, cuando llegamos al término de cada sesión, debemos tomar acuerdos, pero siempre nos falta *quorum*. Así que le agradezco que se haya quedado hasta el final, porque había muchas solicitudes de oficios.

Es importante valorar la exposición de cada uno de los invitados que han estado aquí, como también de los representantes de las organizaciones gremiales. Asimismo, fue muy clara la exposición de la concejala de Osorno y presidenta de la Comisión de Salud de la comuna, señora Natali Guissen Ibarra, por cuanto consideró la variable que usted señalaba, tanto de la discapacidad como de la variable cultural, que también fue reforzada por nuestra representante de los pueblos originarios, al decir que la ruralidad, las comunidades mapuches y las personas con discapacidad han estado excluidas en estas variables que no están siendo consideradas.

Por lo tanto, para esta comisión es muy relevante lo que ustedes y la presidenta han señalado muy claramente.

Asimismo, valoro mucho lo que hace la señora María Eugenia Jaramillo, porque no solo representa a la provincia y a la región, antes como profesional, sirviendo a la comunidad, y actualmente como una persona integrante de la sociedad civil, pero con una mirada desde lo profesional y desde la realidad de muchas mujeres que integran organizaciones, diversos consejos de la salud y juntas de vecinos y comunidades, que escuchan y manifiestan todas las dificultades que se les presentan.

Además, quiero agradecer a la señora Dina Aburto por su valiosa contribución, ya que los funcionarios y las funcionarias reciben el enojo y la rabia de un sistema que no les ha entregado una solución y que el Estado se comprometió a resolver, pero ello no se ha logrado. Valoro mucho esa defensa de funcionarias y funcionarios, que tienen que decir directamente a las personas que tal vez tendrán una hora de atención de un especialista en un tiempo lejano o que no hay una hora disponible para que puedan operarse de manera urgente por su patología. Por lo tanto, cada funcionario y funcionaria debe mantener esa actitud.

Pero como señalaron la concejala y las dos personas de la sociedad civil y de pueblos originarios, si dialogamos más y el Estado llega a informar a los diversos territorios, juntas de vecinos, comunidades y organizaciones de la discapacidad, donde se requieren mayores recursos, es posible que ellos vengan y estén más informados.

Como también manifestaron nuestra concejala y el presidente del Colegio Médico, es importante considerar las recomendaciones que hacen los médicos, porque hay una patología que requiere una atención ahora, en este minuto.

Por eso, si a uno le dicen que "el orden de ingreso a esta lista de espera resulta que es tal", pienso que muchas personas que solicitan especialistas no debieran estar en la misma lista de espera en igualdad de condiciones que el que requiere la atención inmediatamente.

Un dirigente de nombre Sonia dijo lo siguiente: "Miren, nos toca a nosotros revisar un tipo de sistema". Sin embargo, el Ministerio de Salud señaló que iba a tener un sistema más complementario. Por su parte, el presidente del Colegio Médico indicó que le interesaba saber que, si alguien que viene con un informe de otra región, tenga una base de datos, qué pasa realmente con esa persona, qué ocurre si viene a recibir su atención en especialidad y cuál es su historial de salud. Lamentablemente, eso no se conoce, porque este sistema es tan variable y no da la respuesta que la ciudadanía quiere de manera inmediata. Ojalá que los doctores puedan tener en el historial las revisiones e indicaciones correctas.

No quiero dejar pasar, e insisto en ello, que el clima laboral se tiene que solucionar a través del diálogo. Como dijo la señora Elizabeth Sandoval, la disposición que deben tener los funcionarios y las funcionarias debe ser de absoluto respeto. No nos gustan muchas decisiones que otros puedan tomar, pero, si se plantean en el marco del respeto, vamos a poder avanzar. Si eso no es así, nos vamos a quedar estancados, sin poder avanzar y muchos se irán perjudicando más en el plano psicológico, porque hay que abrirse a resolver punto a punto lo que está pasando.

De modo que dejo planteado un gran desafío tanto para la seremi y el director, como para quienes representan al Ministerio de Salud y han venido desde Santiago. Debo decirles, además, que podemos resolver esta situación dialogando, tomando decisiones, pero también colocando el principal valor y

objetivo en las personas, a las cuales hoy tenemos la responsabilidad de atender.

Señor Presidente, muchas gracias por recorrer todo Chile.

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

Tiene la palabra el diputado Daniel Lilayu.

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, agradezco a usted que haya elegido Osorno y no Puerto Montt. Gracias por aceptar nuestras gestiones, porque Osorno queda siempre en la mitad del sándwich. Siempre he dicho que la mitad del sándwich son Valdivia, Osorno y Puerto Montt. En realidad, siempre se ha dicho que el Servicio de Salud o la parte de salud de Osorno -trabajé como médico aquí hasta hace siete años- era como que nadie hablaba, porque éramos del medio. Nuestro servicio de salud siempre se ha distinguido por ser bueno en todos los gobiernos, porque los funcionarios también son buenos. No es por el aplauso ni mucho menos, porque trabajé como cuarenta y tantos años como médico.

Cabe señalar que en este momento hay un problema entre la jefatura y el personal, y esto es totalmente transversal. En ese sentido, hay que escuchar bien lo que ha sucedido en este momento. Prácticamente todos los representantes gremiales del Servicio de Salud de Osorno han ido a mi oficina parlamentaria, sabiendo que políticamente no soy de ese mismo signo. Es importante que la ministra de Salud escuche lo que están pidiendo los trabajadores.

Aquí no hay ningún tema personal, pero en el tema de la salud, en Osorno, hay un gran malestar. Y los que se ocupan de brindar salud, sí, son los directivos, pero también es la gente de base que está aquí. No soy populista, pero esa es la gente que está en los pabellones, en los diferentes lugares de los hospitales y, en este momento, en salud, hay una gran molestia por los directivos actuales.

Dije lo que tenía que decir, aun cuando no soy de este ministerio. Pero creo que se debe escuchar a las bases, como dicen algunas personas.

Gracias.

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

Para concluir la sesión, quiero agradecer a todos los que estuvieron presentes: a los asistentes al auditorio, al diputado Daniel Lilayu y a la diputada Emilia Nuyado, que no me dieron alternativa de no venir a Osorno; al diputado Jaime Sáez, que se quedó hasta el final, a los diputados Héctor Barría y Mauro González, que también nos acompañaron en un momento de la sesión.

Asimismo, a nuestro Secretario. Yo voy a todos los hospitales con gusto, porque me encanta; pero a él no le queda otra, por lo que pido un aplauso para nuestro Secretario, que nos ha acompañado fielmente a los cinco hospitales que hemos recorrido.

*(Aplausos)*

También agradezco al equipo que ha venido del ministerio, que no me cabe duda de que han anotado todos los planteamientos, y a ustedes, por supuesto, por seguir trabajando por una mejor salud pública, que es, finalmente, el objetivo que todos tenemos, independiente de nuestras diferencias, sean estas laborales, políticas, ideológicas o de cualquier índole, y es lo que nos motiva a seguir trabajando de esta forma.

Muchas gracias.

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

*-Se levantó la sesión a las 13:27 horas.*

**CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,**

Redactor

Jefe Taquígrafos Comisiones.