

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°22, LEGISLATURA 372ª, CELEBRADA EN JUEVEVS 17 DE MARZO DE 2025 EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO DE 09:45 A 12:43 HORAS.

SUMA

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió a autoridades y representantes de la sociedad civil de la Región Metropolitana de Santiago.

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

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

I. ASISTENCIA

Asistieron, de manera presencial, los diputados Tomás Lagomarsino, Hernán Palma y Agustín Romero.

En reemplazo de la diputada Emilia Nuyado y los diputados Mauro González y Patricio Rosas, asistieron las diputadas Mónica Arce, Ximena Ossandón y Daniela Serrano, respectivamente.

Jaime Araya, Andrés Celis, Mauro González, , Henry Leal, Enrique Lee, Daniel Lilayu, , Agustín Romero, Patricio Rosas, Jaime Sáez y Jorge Saffirio.

II. ACTAS

El acta de la sesión 21ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 20ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

III.- CUENTA¹

Se han recibido los siguientes documentos para la cuenta:

1.- Oficio del Ministerio de Salud (CP N°6928/2025), en respuesta a un requerimiento de esta comisión (Oficio N°020-B/2025), en que solicita fundadamente la ampliación del plazo de respuesta para poder recopilar desde los servicios de salud del país, toda la información requerida por la comisión. Respuesta Oficio N°: 19/131/2025. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

2.- Nota con que el Seremi de Salud Región Metropolitana, Sr. Gonzalo Soto Brandt manifiesta no poder asistir a la presente sesión a causa de una intervención médica impostergable. En su reemplazo asiste el Seremi (S), Dr. Jorge Vilches Apablaza. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

3.- Nota remitida desde la Bancada Renovación Nacional que informa que el diputado Mauro González será reemplazado en esta sesión especial por la diputada Ximena Ossandón. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

4.- Nota conjunta de la bancada de la Democracia Cristiana e Independientes y del Partido Socialista que informa que la diputada Emilia Nuyado será reemplazada en esta sesión especial por la diputada Mónica Arce. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

5.- Nota conjunta de la bancada Regionalista Verde Social, Acción Humanista e Independientes y Comité Frente Amplio e Independientes que informa que el Diputado Patricio Rosas será reemplazado en esta sesión por la Diputada Daniela Serrano. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

IV.- ORDEN DEL DÍA

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

1.- Directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente , Dra. Patricia Navarrete Mella.²

2.- Director del Hospital Sótero del Río, Dr. Ignacio García-Huidobro Honorato

3.- Seremi (S) de Salud de la Región Metropolitana, Dr. Jorge Vilches Apablaza.

4.- Presidenta Regional del Colegio Médico RM, Dra. Francisca Crispi Galleguillos.

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=346774&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

² https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=346795&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

5.- Jefe de Cirugía Hospital Sótero del Río, dr. Alfonso Díaz Fernández.

6.- Jefe de Intermedio Quirúrgico del Hospital Sótero del Río, Dr. Juan Pablo Ramos Perkis.

7.- Presidenta de la Asociación de Profesionales del Hospital Sótero del Río y Dirección del Servicio de Salud, doña Roxana Guajardo Vidal.

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.- Recibir durante la sesión a:

- Presidenta de la Asociación de Profesionales del Hospital Sótero del Río y Dirección del Servicio de Salud, doña Roxana Guajardo Vidal.

- Presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile, don José Luis Espinoza.

2.- Prorrogar la sesión hasta por 15 minutos.

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.³

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 12:43 horas.

LEONARDO LUEIZA URETA

Abogado Secretario de la Comisión

³ <https://www.camara.cl/prensa/Reproductor.aspx?prmCpeid=4622&prmSesId=79904>

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

Sesión 22^a, celebrada en Santiago, en jueves 17 de abril de
2025, de 09:45 a 12:43 horas.

Presiden el diputado Tomás Lagomarsino y, de manera
accidental, el diputado Hernán Palma.

Asisten las diputadas Mónica Arce, Ximena Ossandón y Daniela
Serrano, y el diputado Agustín Romero.

En calidad de invitados, la directora del Servicio de Salud
Metropolitano Sur Oriente, doctora Patricia Navarrete Mella;
el director del Hospital Dr. Sótero del Río, doctor Ignacio
García-Huidobro Honorato; el secretario regional ministerial
de Salud subrogante de la Región Metropolitana, señor Jorge
Vilches Apablaza; la presidenta del Consejo Regional Santiago
del Colegio Médico de Chile, doctora María Francisca Crispi
Galleguillos; el jefe de Cirugía del Hospital Dr. Sótero del
Río, doctor Alfonso Díaz Fernández; el jefe de Intermedio
Quirúrgico del mismo hospital, doctor Juan Pablo Ramos Perkis;
la presidenta de la Asociación de Profesionales Universitarios
de la Salud de dicho centro hospitalario y del servicio de
salud, señora Roxana Guajardo Vidal, y el presidente de la
Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros
de Chile, señor José Luis Espinoza Díaz.

TEXTO DEL DEBATE

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

El señor **PALMA** (Presidente accidental).- 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 **PALMA** (Presidente accidental).- Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra sobre puntos varios.

Tiene la palabra la diputada Mónica Arce.

La señorita **ARCE** (doña Mónica).- Señor Presidente, saludo a todos los presentes, así como a las organizaciones que veo en la parte posterior.

Si bien lo que quiero decir no tiene que ver específicamente con el tema que nos convoca, quiero hacer un punto respecto de las organizaciones que estaban afuera antes de que entráramos al auditorio. Imagino que los demás diputados y autoridades también se encontraron con estas, en especial con Aprus y Fenasenf, los que señalan que, ante varias problemáticas respecto de sus carreras funcionarias, han intentado tener reuniones y comunicarse con la ministra de la cartera, pero no han tenido una respuesta satisfactoria.

Sin embargo, más allá de eso, creo que debe haber un mínimo de respeto hacia los funcionarios. Si no existen respuestas o soluciones a sus demandas, el mínimo que se espera es dar la cara, poder reunirse, tener reuniones y coordinaciones constantes; o sea, políticamente, un ministro o una ministra es la representante del Ejecutivo y del gobierno ante la ciudadanía completa.

Al respecto, recuerdo que pasaba algo similar en cuanto a las familias con niños y niñas con enfermedades poco frecuentes, quienes también se quejaban mucho de que no tenían nunca una respuesta, y tampoco podían concretar reuniones.

Solo quiero dejarlo como reflexión y hago un llamado al Ejecutivo para que tenga respeto. Queda muy poco para terminar el período, poco para que ellos terminen de gobernar y creo que una mínima señal de todas aquellas organizaciones, que, por lo demás, apoyaron las campañas de este gobierno, es que den la cara y atiendan a las organizaciones.

Gracias, Presidente.

El señor **PALMA** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada Daniela Serrano.

La señorita **SERRANO** (doña Daniela).- Señor Presidente, saludo a todos los presentes.

Respecto de lo señalado por la diputada Arce, sería importante oficiar a la ministra, con copia a la subsecretaría de Salud Pública, para que nos diga, en particular, cuáles son las mesas de trabajo y cuáles son las jornadas de reuniones que han tenido con los dirigentes nacionales a propósito de la carrera funcionaria.

A mi juicio, lo mejor es tener esa información, que sea remitida a la Comisión de Salud, para que esto llegue a puerto y no solamente quede en manifestar una molestia.

Gracias.

El señor **PALMA** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada Ximena Ossandón.

La señora **OSSANDÓN** (doña Ximena).- Señor Presidente, espero que puedan tener esas reuniones. No se puede comprometer la agenda de la ministra, que probablemente está muy completa. Pero efectivamente es una demanda muy antigua y, como exmiembro

de la Comisión de Salud, sé que el tema de la carrera funcionaria, por distintos motivos, queda entrampado.

Siempre existe la oportunidad de seguir avanzando, a través de un buen trato y una buena disposición, y nuestro compromiso es el de tratar de hacer ese puente, tal como haremos cada uno de los presentes.

(Una diputada habla fuera de micrófono)

[...]

El señor **PALMA** (Presidente accidental).- Gracias.

Diputada, permítame dar inicio a la sesión de hoy.

Doy inicio a esta sesión especial, citada con el objeto de tratar materias relacionadas con el mandato de esta comisión, que dio origen a esta instancia, para dar respuesta a las observaciones, preguntas y solicitudes planteadas por los integrantes de la comisión, que es determinar las causas y la solución al problema de las listas de espera.

Esta es una comisión especial investigadora abocada a la investigación de esta materia. Pese a lo señalado, suscribo plenamente a las expresiones de mis antecesores y los invito a que, colectiva o individualmente, enviemos un oficio a la ministra de Salud, pidiendo que reciba a los representantes de los gremios y sean acogidas sus legítimas inquietudes.

Tiene la palabra la diputada Daniela Serrano.

La señorita **SERRANO** (doña Daniela).- Señor Presidente, para complementar la información.

En la carta se nos dice que se ha reunido con el subsecretario de Salud; entonces, creo que sería bueno que se pudiese explicitar en el oficio, aparte de la información de la reunión, cuáles son las medidas que se están tomando y cuál es el flujo de diálogo que han tenido con los dirigentes.

El señor **PALMA** (Presidente accidental).- Lo recojo plenamente, diputada Serrano. Lo haremos por la vía de un oficio de fiscalización.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Saludamos a nuestros invitados.

Se encuentran presentes el director del Hospital Dr. Sótero del Río, doctor Ignacio García-Huidobro; la directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, doctora Patricia Navarrete Mella; el seremi (s) de Salud de la Región Metropolitana, doctor Jorge Vilches Apablaza, y la presidenta regional del Colegio Médico Región Metropolitana, doctora Francisca Crispi Galleguillos.

Además, estaban invitados el alcalde la Municipalidad de Puente Alto, señor Matías Toledo Herrera; la directora de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto, señora Juliette Figueroa; el jefe de Intermedio Quirúrgico, del Hospital Dr. Sótero del Río, doctor Juan Pablo Ramos Alfonso, y el jefe de Cirugía, del Hospital Dr. Sótero del Río, doctor Alfonso Díaz Fernández.

Damos la más cordial bienvenida a todas y todos a esta sesión especial de esta comisión especial investigadora, que está abocada, desde hace bastante tiempo, a esclarecer, investigar y sacar las conclusiones pertinentes respecto de esta grave crisis de las listas de espera.

Por haber sido el Hospital Dr. Sótero del Río el foco de origen de esta crisis, nos pareció pertinente tener una sesión acá y escuchar a las autoridades del caso.

Entiendo que el director del hospital va a hacer una presentación, así como la directora del servicio.

Tiene la palabra la directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, doctora Patricia Navarrete Mella.

La señora **NAVARRETE**, doña Patricia (directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente).- Señor Presidente, quiero partir entregando brevemente un contexto general para todos los invitados.

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente es un servicio muy grande, que tiene siete comunas, y también tiene cuatro grandes hospitales, treinta y cinco cesfam, veinte SAPU y cinco SAR.

Nuestra población corresponde al 8 por ciento de la población del país, equivalente a 1.519.000 usuarios, pero acceden a nuestra red 2.600.000, que en algún minuto son atendidos.

En cuanto a producción, nuestro servicio de salud es uno de los que tiene mayor producción del país. Tenemos el 7,8 por ciento de la producción en consultas de especialidades; el 8,1 por ciento de la cirugía mayor, y el 7 por ciento de los egresos del país, constituyéndose en uno de los servicios con mayor producción del país.

Respecto de las listas de espera, actualmente ustedes pueden ver la evolución que hemos tenido como servicio en las listas de espera, concentrándonos en la mediana.

En el caso de las consultas nuevas de especialidad, desde el año 2020 al 2024, hemos disminuido en 37 por ciento la antigüedad y la espera en esta materia. En odontología, hemos disminuido 47 por ciento, y en el caso de las intervenciones quirúrgicas, hemos disminuido 37 por ciento.

Si hacemos un análisis respecto de las listas de espera que tenemos en relación con la población -por eso me detuve para describir el gran volumen que tenemos-, podemos ver que nuestro servicio tiene una tasa de espera de 97 por cien mil habitantes, en tanto que el país tiene 129; es decir, somos uno de los servicios que en relación con la población tiene menos listas de espera, considerando que son ingresados de la misma manera

que en todo el país en los registros. Lo mismo pasa con la lista de espera de odontología, que es de 28 en relación con 32 del país y cirugía que es de 20 en relación con 24 del país.

Eso es solo para tener en consideración de qué servicio estamos hablando: mayor producción. Tenemos un volumen alto de listas de espera, pero si uno lo lleva a la población y lo mira en el contexto país, es uno de los que tiene menos tiempo de espera.

Les recuerdo que partimos en 2023, cuando el servicio detecta irregularidades en el proceso de egresos de lista de espera en los sistemas locales del registro del Hospital Dr. Sótero del Río, tras lo cual se decide solicitar una auditoría que arroja el informe N° 4 de esta investigación o análisis y del que se desprende, en marzo de 2024, un sumario con base en los resultados de esta auditoría.

Después de esto, ingresa la Contraloría, haciendo sus análisis en todos los establecimientos de la red del servicio. Y tenemos, entonces, que aparecen los informes finales de la Contraloría números 471, por el complejo Doctor Sótero del Río; 724, por el Hospital de la Florida; 470, por el CRS, y 907, por el Hospital Padre Hurtado.

Los problemas allí detectados fueron fundamentalmente de registro, incongruencias entre las causales de egreso, debilidades en el control interno, porque no hay formalización de los procesos; por supuesto, las intervenciones quirúrgicas a familiares y funcionarios -lo que dio origen a varios procesos sumariales-, y problemas de interoperabilidad de los sistemas.

Las respuestas de estos fueron enviadas a la Contraloría mediante los respectivos oficios.

En el caso de La Florida, después de cinco observaciones, se instruye un proceso sumarial. Se emite la resolución exenta N°

7, del 7 de enero de 2025, que, en este momento, se encuentra en proceso para las situaciones detectadas más graves.

Después, tenemos las del Hospital Padre Hurtado, nuevamente con seis observaciones, para la cual se emite la resolución N° 5, del 10 de enero de 2025, también en proceso sumarial.

Enseguida, la del CRS, con ocho observaciones que son catalogadas como graves o complejas, además de la resolución exenta N° 1.622, del 6 de septiembre de 2024, cuyos resultados están en proceso.

La última es la del Dr. Sótero del Río. Cuando ingresó a la Contraloría, además de lo que había observado el servicio, ellos detectaron ocho observaciones de alta complejidad e instruyeron que estas se recogieran en el proceso sumarial que el servicio había instruido en la resolución exenta N° 491 del 19 de marzo de 2024. Este proceso ya está terminado.

El servicio concluyó este informe en octubre de 2024, y en este momento está en la Contraloría General de la República para que pueda emitir el visto bueno y pueda ser publicado.

A partir de esto, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, como medida, para que no vuelva a ocurrir todo esto, a partir del segundo semestre, va a implementar auditorías cruzadas en estos mismos establecimientos, con muestras, de tal manera que nos permita ir monitoreando lo que acontece para que no vuelva a pasar lo mismo.

En relación con estas auditorías, no solo se detectaron estos problemas graves, sino también una serie de otras observaciones que han sido trabajadas por los distintos establecimientos y han sido subidas como corresponde a la plataforma que tiene Contraloría, donde se da cuenta de cómo se va avanzando y cumpliendo con lo que ha solicitado cada uno de ellos.

Pondremos a disposición de esta comisión investigadora una clave para que puedan acceder a los avances reales de cada una

de estas observaciones, en detalle, porque sería en realidad muy pesado verlas todas, una por una. A través de un oficio, podemos disponer esa posibilidad para la comisión investigadora.

¿Qué estamos haciendo, como servicio, para resolver este tema? Estamos trabajando en estandarizar un modelo de gestión de la demanda de la red. Nos toca coordinar el funcionamiento de todos los establecimientos. Hemos afinado la cartera de servicios, el mapa de derivación y, por supuesto, que está instalado un comité de referencia y contrarreferencia que esté permanentemente dictando la normativa y monitoreando cómo se derivan los pacientes a través de la red.

En el ámbito de la tecnología y la interoperabilidad tenemos un trabajo bastante extenso, pero, dentro de esto, estamos trabajando en la integración de la interoperabilidad y, en particular, con el ministerio, porque el Sigte 2.0 está entrando en funcionamiento. Es un trabajo que estamos haciendo específicamente con una comisión del servicio y de los establecimientos. Particularmente, tenemos un canal único de derivación que está en desarrollo y lo hemos ido actualizando con toda la red. Tenemos un visor abreviado del usuario que permite información, portales de pacientes, maestros de pacientes para mejorar la contactabilidad, pues uno de los problemas que tenemos para abordar la lista de espera es que no logramos localizar a los pacientes porque cambian de teléfono y dirección.

Estamos en coordinación con la atención primaria para abordar esto y utilizar los programas que el ministerio ha implementado en el territorio, como las UAPO/Uaporrino, y con especial énfasis en la programación de las horas médicas para optimizar su desarrollo y la coordinación con el agendamiento.

Y en el nivel secundario, nos interesa muchísimo el sistema de gestión de interconsulta a través de este canal único de derivación y de las estrategias de eficiencia de atención, entre las cuales quiero destacar el acto único, los navegadores en red, respecto de los cuales el ministerio nos mandó recursos específicamente para el Hospital Dr. Sótero del Río, a fin de mejorar la gestión de las listas de espera.

Por otra parte, para resguardar la oferta de especialidad, tenemos un comité de programación y una plataforma de programación que nos va a permitir mejorar y optimizar las horas médicas. Tenemos una estrategia de 33.000 horas que el servicio financia para que los establecimientos puedan contratar más horas y resolver la lista de espera más antigua. Además, estamos en coordinación con el Fonasa para mandar también pacientes al sector privado para resolución de pacientes que lo requieren.

Ahora, es importante siempre tener claro que la mayor resolución de las listas de espera la ofrece el sistema público, por complejidad y por volumen.

En el ámbito quirúrgico, que es un tema también importante para nosotros, estamos trabajando en los tres ámbitos. En ese aspecto, estamos fortaleciendo la productividad de los pabellones, maximizando la ocupación de los quirófanos, disminuyendo la suspensión y potenciando la cirugía mayor ambulatoria. Somos uno de los servicios que tiene el primer lugar en producción de cirugía mayor ambulatoria.

Quiero destacar también la estrategia de los Centros Regionales de Resolución (CRR), que está liderada por el ministerio. Es una estrategia que permite optimizar el uso de los pabellones ambulatorios, principalmente extendiendo el horario, pero sus principios son aplicables para toda la utilización de pabellones de la red.

Finalmente, deseo contarles que el 27 de marzo de este año partimos con una jornada sobre gestión de la demanda, donde convocamos a toda la red. Nos estamos centrando en fortalecer tres grandes ámbitos, no solo el modelo de gestión de demanda, sino la gestión clínica, el registro, porque ahora tenemos que adecuarnos a la norma 118 actualizada, que el ministerio está emitiendo, y, por supuesto, los sistemas informáticos, que tienen que interoperar al interior del servicio y con el ministerio, que es la falla que ha encontrado muy frecuentemente la Contraloría en todos los análisis.

Gracias.

El señor **PALMA** (Presidente accidental).- A usted.

A continuación, tiene la palabra el director del Hospital Dr. Sótero del Río, señor Ignacio García-Huidobro.

El señor **GARCÍA-HUIDOBRO** (director del Hospital Dr. Sótero del Río).- Señor Presidente, buenos días a todos. Muchas gracias por la invitación. Agradezco a mi equipo directivo y a mis gremios, quienes nos acompañan hoy.

Sumándome a la presentación de la doctora Navarrete, de la cual el Hospital Dr. Sótero del Río, evidentemente, es integral de todo lo que ella ha comentado, quiero hacer énfasis en algunos temas que para nosotros son extremadamente relevantes.

El Hospital Dr. Sótero del Río es el más grande de Chile. No solo somos el servicio más grande, sino que el hospital más grande de Chile. Esto es un comparativo de 2023 -no tengo la información actualizada- en el que pueden ver que tenemos la mayor cantidad de egresos del país y el mayor número de egresos por cama. Voy a entrar a lo relevante de eso.

Somos un hospital que tiene la máxima actividad y también la máxima complejidad. Con máxima complejidad me refiero a que hoy nuestro peso medio GRD es de 1,24, que nos compara con cualquier hospital público o incluso privado desde el punto de

vista de las complejidades. Nuestras unidades productivas hospitalarias son cercanas a los 46.000 egresos al año, lo que nos pone, por lejos, como el hospital con la mayor productividad y de los hospitales más complejos del país.

Además, debo destacar que tenemos una tasa de hospitalización promedio de 5,9 días, lo que para un hospital de esta complejidad es una tasa de hospitalización tremendamente bien gestada y controlada. Eso lo respaldan el Índice de Funcionamiento (IF) y el Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA) de los GRD, que hablan de una gestión que ahorra al hospital del orden de los 17.000 a 18.000 días cama con base en la gestión, con distintas estrategias.

Desde el punto de vista de la demanda de urgencia que tiene este hospital, es el hospital más demandado de Chile. Tenemos entre 190.000 a 200.000 consultas al año respecto de las atenciones de urgencia y, como ven, tenemos un comparativo con todos los grandes hospitales del país. Por lejos, somos el hospital que tiene una mayor demanda, lo que, en relación con las listas de espera, también tiene un efecto, porque, evidentemente, la urgencia compite, en el buen sentido de la palabra, respecto de las atenciones electivas.

En cuanto a las cirugías, como comentaba la doctora, quiero destacar que con el Grant Benavente siempre estamos peleando qué hospital tiene mayor productividad quirúrgica del país. Por lejos de las mejores, con rendimientos de 1.100 o 1.200 cirugías al año por pabellón, lo que para un hospital de alta complejidad es muy bueno.

Asimismo, debo destacar que este hospital es el centro más importante del país de trasplante hepático. Hacemos del orden de 90 trasplantes hepáticos al año. Somos referentes nacionales y le resolvemos el tema de trasplante hepático no solo a la Región Metropolitana, sino que a varias regiones.

Además, destacamos en el mundo de la cardiocirugía. Hemos llegado a tener un número de cardiocirugías que le compite al Instituto Nacional del Tórax, desde el punto de vista de la actividad. Nos sentimos muy orgullosos por contribuir a resolver los problemas de la población.

Entrando a las consultas, en listas de espera somos el hospital que hace más consultas del país y, evidentemente, nos genera un desafío aún más grande en el sentido de que debemos seguir trabajando para superar esto.

En relación con lo que comentó la doctora Navarrete, como bien saben, diputados y diputadas, respecto de los procesos que vivió el hospital, hubo distintas acciones administrativas desde el punto de vista de sumarios y de auditorías. Me voy a referir a la auditoría que nos hizo la Contraloría General de la República.

La Contraloría General de la República se refiere a trece puntos generales muy relevantes. Algunos tienen que ver con el capítulo 2, que habla del control interno, en distintos numerales. El detalle también lo tenemos; se lo podemos entregar, para que la sesión no sea tan larga. Les quiero comentar que todas las observaciones que nos hizo la Contraloría están cumplidas.

Distintos puntos de control interno están cumplidos. Estamos trabajando de la mano con el ministerio, como lo voy a mostrar más adelante, en todos los temas de control de listas de espera, pero también de interoperabilidad en relación con el Sigte y el Sigte 2.0.

En relación con el capítulo 3, entramos a las distintas materias auditadas con las diversas observaciones que nos hizo la Contraloría desde el punto de vista de los egresos. También están todos los ítems cumplidos y todas las observaciones

cumplidas. Como les digo, están todos con sus números respectivos y con sus cumplimientos realizados.

Para terminar, si bien el título señala gobernanza en la gestión de listas de espera, quiero destacar que a partir de noviembre de 2024 asume el nuevo equipo directivo en el Hospital Dr. Sótero del Río.

En lo primero que nos hemos esforzado es en darnos una nueva gobernanza hospital, un nuevo ordenamiento, con un nuevo equipo directivo, con un trabajo muy cercano, con focos claros. Uno de esos es este, con un trabajo muy cercano con los funcionarios, con el mundo médico, con nuestros gremios, en busca de dar respuesta a los requerimientos y a los distintos indicadores que nos miden.

En relación con la gobernanza de listas de espera, esta se cambió completamente. Como dije, tenemos un nuevo equipo directivo. De las cosas a destacar, firmamos con los jefes de Centros de Responsabilidad y con las jefaturas convenios de desempeño.

Parece poco importante, pero es extremadamente relevante, porque en estos convenios de desempeño vienen distintos indicadores de desempeño (KPI) y distintos indicadores que los jefes respectivos son responsables de cumplir y, como equipo directivo, somos responsables de monitorearlos e ir identificando aquellas áreas donde tenemos déficit en los cumplimientos. En esa lógica, estos convenios tienen un seguimiento mensual.

Otro de los cambios importantes es que la unidad de gestión de listas de espera era una unidad de registro. Hoy es un departamento que tiene capacidad de gestión. Quiero hacer mucho énfasis en esto: gestiona, toma a los pacientes según riesgos biomédicos, riesgo de antigüedad, etcétera. Gestionan junto con otro de los cambios que hicimos, que es una nueva jefatura

del centro de responsabilidad ambulatorio, para que las horas sean dadas en relación con las indicaciones y los requerimientos de los pacientes.

Es así como también hemos optimizado la oferta médica programática. Respecto de 2023 y 2024, estamos generando más oferta médica en las consultas y estamos en un proceso de reprogramación. Incluso, nuestra expectativa es aumentar la oferta médica que tenemos respecto de lo que generamos de programación a diciembre de 2024.

También nos permite identificar aquellos nodos o brechas que tenemos. Les hablo de números bien generales, pero, evidentemente, cuando entramos en alguna área específica pudiésemos tener y, de hecho, tenemos algunas áreas en que hay que ver cómo vamos a reforzar y dar respuesta a las distintas listas.

De igual modo, tenemos reuniones semanales, primero, como Hospital Dr. Sótero del Río, que las lidera el subdirector del hospital, con los distintos equipos, con los distintos jefes de Centros de Responsabilidad, para identificar las brechas y avanzar en los compromisos. Hoy estamos con el foco de ir resolviendo el 75 por ciento de las listas; los pacientes están completamente identificados por especialidad, por área y con un plan de trabajo. Además, tenemos reuniones semanales con el servicio para hacer estos mismos seguimientos, y quincenales con el ministerio, que nos acompaña y nos va ayudando en resolver aquellos nudos que tenemos.

Como les comenté, tenemos una estructura nueva respecto del Centro de Responsabilidad Ambulatoria, y hemos implementado distintas estrategias administrativas que buscan dar mejor respuesta.

Para muestra, un botón. Señores diputados, diputadas, por su intermedio, Presidente, ya empezamos a tener resultados, que

es lo que estamos haciendo en este nuevo gobierno, ya empieza a tener resultados. Aquí están enumeradas todas las especialidades médicas, con sus medianas a diciembre de 2024, y ahora, a abril de 2025.

En resumen, lo que ustedes pueden ver, es que pasamos de una mediana de 376 días que teníamos en diciembre del 2024 a 211 días. Eso significa que hay una reducción de 165 días, una reducción porcentual de 44 por ciento en nuevas especialidades médicas.

En el mundo odontológico, también tenemos resultados, no tan importantes como ha sido en el mundo médico, pero tenemos reducciones y seguimos trabajando y avanzando para ir dando respuesta a los requerimientos.

Por último, destaco que la auditoría que nos hizo el servicio evidenció que había 19.291 pacientes que no estaban incorporados en el Sigte. Ya se incorporaron, lo que, evidentemente, hizo que creciera la lista de espera del Hospital Dr. Sótero del Río. Ahí está la gestión que hemos hecho con esos 19.291 pacientes, de los cuales ya han egresado, por diversas causas -algunas administrativas-; otros ya han recibido la atención, etcétera, 18.395, y nos queda gestionar los últimos 243 pacientes.

Eso es lo que yo les quería contar.

Muchas gracias, Presidente.

El señor **PALMA** (Presidente accidental).- Muchísimas gracias, doctor.

Solicito el acuerdo para dar paso a las otras dos presentaciones, terminar el ciclo y después pasar a las preguntas.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra al seremi de Salud subrogante de la Región Metropolitana, doctor Jorge Vilches Apablaza.

El señor **VILCHES** (seremi de Salud subrogante de la Región Metropolitana).- Muchas gracias, señor Presidente.

Desde la Seremi de Salud de la Región Metropolitana, queremos referirnos al trabajo intersectorial para poder aportar en la resolución de los tiempos de espera. Tenemos relación con los seis servicios de salud metropolitanos que gestionan la red asistencial de la Región Metropolitana, y con ello buscamos estrategias de soporte y de apoyo con el intersector, como dije al inicio; principalmente, con el gobierno de Santiago, con el que hemos estado trabajando durante los años 2023 y 2024 en materia de proyectos, en especial, de problemas de salud no GES, aquellos que tienen dificultades en la resolución dentro de la red asistencial para contar con recursos.

Durante 2023 se avanzó en la resolución de 300 casos de prótesis de cadera que no pertenecían a patologías GES, y durante 2024, en 600 casos de prótesis de rodilla, también patología no GES. Esto a través de financiamiento del gobierno de Santiago, con Desafío Levantemos Chile; esta fue una estrategia que se implementó en los seis servicios de salud de la Región Metropolitana.

También ya estamos trabajando con la División de Desarrollo Social y Humano del gobierno de Santiago para este nuevo período del plan de trabajo, que tiene priorizado justamente el aporte a la resolución en los tiempos de espera de la red asistencial para la Región Metropolitana.

Aquí, como Seremi de Salud, brindamos soporte técnico y, por cierto, que esto está sustentado en el trabajo que realiza la red asistencial para priorizar algunos problemas de salud y avanzar en su resolución. Hemos estado [...] servicios de salud

para tratar de identificar principalmente lo que es patología no GES de resolución quirúrgica o de procedimiento [...]

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

Tiene la palabra a la doctora María Francisca Crispi, presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio de Chile.

La señora **CRISPI**, doña María Francisca (presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile).- Muchas gracias por la invitación a esta comisión investigadora.

Las listas de espera son de nuestros temas principales, y han estado en el centro de la preocupación del gremio. Tenemos más de tres millones de personas esperando en Chile y eso es un dolor; como médicos, cada una de esas historias nos duele. Son nuestros pacientes a quienes vemos con la frustración de no poder atenderse a tiempo, por lo que toda acción de investigación, toda comisión investigadora y de seguimiento que aporte a mejorar el problema de listas de espera es muy bienvenido por nuestro gremio.

Lamentablemente, vemos cómo la problemática de las listas de espera hoy está en un momento crítico. Como Colegio Médico, estamos participando de la Comisión de Seguimiento del Ministerio de Salud sobre listas de espera, y vemos cómo los números no mejoran al ritmo que se necesita. No se ha priorizado lo suficiente en términos presupuestarios para poder dar respuesta a todas las personas que hoy están esperando. Así, vemos cómo la falta de recursos hoy es un tema crítico.

La salud pública no puede seguir esperando, y el tema presupuestario hoy está haciendo finalmente que los hospitales estén en situaciones muy complejas que, como Colegio Médico, debemos plantear en esta instancia.

En el contexto de la discusión de la ley de Presupuestos se planteó que había una expansión de presupuesto de 4,2 por

ciento; sin embargo, esa expansión fue absorbida por las deudas hospitalarias que los centros asistenciales arrastraban del año anterior. Durante el año hemos visto un manejo del presupuesto por parte de la autoridad que hace imposible a los equipos gestores gestionar los centros de salud como hoy lo necesita la salud pública.

Hoy, esperamos tener una red de salud pública funcionando ciento por ciento dentro de su capacidad, que los pabellones estén funcionando en horario continuado, hasta tarde, como en algún momento se hizo en este gobierno; que también estuvieran funcionando los fines de semana, ocupando toda nuestra red asistencial para hacernos cargo de este problema de salud pública. Sin embargo, hemos visto acciones desde el Ministerio Hacienda que no han dado resultados, y del Ministerio de Salud, que no han sido capaces de defender el presupuesto para resolver las listas de espera al ritmo que necesitamos.

El año pasado se tomó la decisión de destinar presupuesto a la externalización a centros privados de listas de espera con una ejecución de ese presupuesto que fue paupérrima. En el sector privado, si bien celebramos que pueda colaborar con este desafío, no es ahí donde se va a resolver el problema de las listas de espera, sino en la salud pública, y si no tenemos acciones concretas para fortalecerla, con presupuesto adecuado y con medidas de gestión, este problema solo va a seguir empeorando.

Como gremio, queremos ser siempre parte de la solución, así lo hemos planteado en la discusión presupuestaria. Hoy, los recursos que se han comprometido, no han llegado; es imposible para los gestores gestionar la salud pública sin los recursos apropiados.

Sabemos que hay temas de gestión que están pendientes, pero quiero dejar claro que la salud pública en Chile responde a

recursos. Equivocadamente, en muchos lugares, se ha tratado de instalar que la salud pública es ineficiente y que, pese a todo recurso que entra, la salud pública no responde. Por eso, quiero dejar claro que no es así. La salud pública responde a recursos, responde a mejoras de gestión.

Solo en la salud pública vamos a encontrar la solución a este problema de listas de espera, pero tiene que haber una decisión por parte del Ejecutivo de destinar los recursos necesarios, valorizar las listas de espera como corresponde y destinar esos recursos para que, en el plazo de este año, avancemos en disminuir los números, que hoy son catastróficos. Así lo hemos visto en la Comisión de Seguimiento.

Por eso, agradezco que esta comisión especial investigadora y la labor parlamentaria se sumen a las solicitudes que hemos dirigido al Presidente de la República y a la ministra de Salud, con el objetivo de que se destinen los recursos necesarios para enfrentar la problemática de las listas de espera y se encuentre una vía de solución que hoy no vemos. Esta una situación urgente para los pacientes, y confío en que podamos abordarla con la gestión y el financiamiento adecuados.

Muchas gracias.

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

A continuación, abriremos una ronda de preguntas por parte de los integrantes de la comisión.

Tiene la palabra la diputada Ximena Ossandón.

La señora **OSSANDÓN** (doña Ximena).- Señor Presidente, en primer lugar, agradezco las exposiciones de nuestros invitados, todas las cuales han sido muy interesantes.

Creo que esto da para mucho más que una sola reunión. Ojalá tuviéramos más instancias de conversación sobre estas materias,

porque lo que ocurre en el Hospital Dr. Sótero del Río es muy representativo de lo que pasa en Chile.

A mi juicio, si bien este no solo es el hospital más grande, sino también el mejor que existe en el país, el verdadero desafío radica en la capacidad de acceder a su atención. En el fondo, cuando una persona ya está siendo atendida, no cabe duda de que se trata de un muy buen hospital. Siempre lo he dicho y no lo repito solo porque hoy estoy aquí. Además, ustedes saben que uno no anda con mentiras en este tipo de cosas.

No obstante, hay una realidad innegable, por cuanto un porcentaje muy alto de personas mueren estando en las listas de espera, muchas de las cuales simplemente no logran ser atendidas. A menudo, no hay una coordinación adecuada con la atención de salud primaria, y me gustaría que esos fueran los temas que abordáramos ahora.

Por otra parte, si bien la doctora Crispi mencionó que esto es solo un tema de recursos, es crucial que estos sean bien utilizados.

Por eso, me permití solicitar la presencia del doctor Alfonso Díaz, un reconocido médico cirujano, con una vasta experiencia y con quien sostuve una reunión muy clarificadora para mí respecto de la situación que está viviendo Chile en general. Aun cuando salí con preocupación, también tuve la convicción de que el problema de las listas de espera se puede solucionar.

Lamentablemente, creo que en el país estamos entrampados en querer ser lo que no somos. En ese sentido, lo primero es tener claro —y lo aprendí tras esa reunión— que Chile tiene una esperanza de vida más alta que la de Estados Unidos. Sin embargo, curiosamente, aspiramos a copiar ese modelo con certificaciones americanas y queriendo pertenecer a la OCDE cuando hablamos en términos económicos, lo que a veces nos

juega en contra, porque existen economías domésticas hospitalarias, que, finalmente, nos han hecho perder el rumbo.

Ahora bien, me encantaría que la comisión pudiera escuchar la exposición del doctor Díaz, porque, si bien las cifras de este hospital parecen ser muy elocuentes y, efectivamente, vemos que han ido mejorando, tengo entendido, aunque puedo estar equivocada, que, desde 2018 hasta la fecha, se registra una cantidad importantísima de cirugías que no se han realizado. Esto no se debe a que el hospital no quiera hacerlas, sino a que la reglamentación impuesta termina por hacerlas impracticables.

Con el hecho de que hoy todo tiene que ser desechable, se botan toneladas de insumos, porque tenemos que estar siempre a la altura de los americanos. Pero, ¿por qué antes se podían hacer esas cirugías? Insisto, tenemos una esperanza de vida mayor que la de los estadounidenses.

Por eso, esta conversación es muy importante, porque, más allá de lo que estamos buscando como comisión especial investigadora, tras estos hallazgos podríamos crear una mesa de trabajo con actores relevantes, tanto funcionarios como médicos, que están en el día a día y que, muchas veces, tienen las soluciones para retomar el camino que Chile seguía antes en esta materia.

Si le parece, señor Presidente, propongo que escuchemos a personas que son muy respetadas en este hospital, que tienen una amplia trayectoria y que han sido testigos de por qué estamos atendiendo a menos pacientes, a pesar de contar con más recursos. En el fondo, dado que las exigencias de acreditación son tan altas, estamos sacrificando a personas que hoy podrían estar vivas, porque no pudieron ser atendidas a tiempo.

Sin duda, tenemos un tremendo hospital que atiende a muchísima gente. Incluso, me atrevería a sugerir al gobierno que lo considere como un hospital piloto para reencauzar la senda que Chile debe tomar en esta materia.

Más allá de determinar si se atendió o no a familiares de funcionarios, hechos que, por supuesto, deben ser aclarados, lo más relevante, considerando que un gran porcentaje de personas no logra acceder a atención, es avanzar en la reducción de las listas de espera, al menos en los casos más críticos. Esto último es fundamental, porque si bien muchas personas figuran allí, no todos los casos revisten la misma urgencia. Lamentablemente, hay pacientes con situaciones graves a quienes el servicio no termina llegando por distintos motivos.

No soy experta en estas materias ni doctora, sino una profesora. No tengo experiencia en este campo, pero me interesa mucho abordar la problemática.

Como parlamentaria y dado que trabajo desde hace muchos años en este distrito, he recibido muchísimas quejas y expresiones de dolor de las familias afectadas. Incluso, a veces, uno se debe quedar callado, para no acrecentar el sufrimiento de una familia cuyo ser querido, por diversas razones, no pudo ser atendido y terminó falleciendo.

Sin perjuicio de aquello, tengo la satisfacción de saber que, cuando las personas logran ingresar al hospital, quedan muy contentas con la experiencia y, en general, obtienen buenos resultados.

La pregunta es cómo mejoramos el acceso. Si contamos con esta infraestructura, ¿cómo podemos potenciarla y que sea un ejemplo para Chile en materia de buena atención hospitalaria? Debemos transformar este recinto en lo que fue antes: no un hospital percibido como enemigo, sino un hospital amigo. Porque hoy,

con todas las trabas que existen —una interconsulta por aquí, otra autorización por allá, no sé cuántos requisitos más— se pierde muchísimo tiempo. Creo que hemos intentado convertirnos en una especie de copia de Estados Unidos, a pesar de que lo estábamos haciendo bien. De hecho, nuestras estadísticas indican que Chile tiene una esperanza de vida mayor que la de ese país.

Sé que es difícil retroceder en estos temas, pero debemos mirar lo bueno que tenemos en el país y reconocer lo que hemos hecho bien, y el hospital Dr. Sótero del Río es un gran ejemplo de ello. En este caso, debemos potenciarnos, aprovechar la experiencia de los médicos, de los TENS, de los enfermeros y de las enfermeras, para conformar una buena mesa de trabajo. Incluso, no necesitamos más recursos, sino que lo que debemos hacer es utilizarlos bien y gestionar con eficacia lo que ya tenemos.

Asimismo, debemos eliminar las trabas que impiden que las personas ingresen al hospital. ¡No podemos seguir con las interconsultas! Si le preguntamos a cualquier persona que requiere atención, nos responde que primero debe tener una interconsulta, lo que solo alarga los tiempos de espera. ¿A quién se le ocurrió ese sistema? No tengo idea. Pero son aspectos que, sin duda, debemos mejorar.

Señor Presidente, después de que los parlamentarios formulen las preguntas, me gustaría escuchar las experiencias de médicos con amplia trayectoria del Hospital Dr. Sótero del Río, para que podamos sacar conclusiones sobre lo que realmente somos y lo que podemos llegar a ser.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).— Muchas gracias, diputada Ossandón.

En la citación hemos incluido a los doctores Juan Pablo Ramos y Alfonso Díaz, quienes fueron propuestos por usted, y serán escuchados en un segundo bloque.

Agradecemos que nos haya hecho llegar esa solicitud y, como corresponde, escucharemos a ambos con atención.

Tiene la palabra la diputada Daniela Serrano.

La señorita **SERRANO** (doña Daniela).- Señor Presidente, saludo a quienes se están incorporando a esta sesión de la comisión especial investigadora, la cual, sin duda, reviste gran importancia.

Quiero comenzar haciendo algunas reflexiones sobre cómo surgió la necesidad de crear esta comisión y de impulsar una arremetida comunicacional significativa, con el objetivo de visibilizar lo que estaba pasando en los hospitales públicos, poniendo principalmente la responsabilidad en los funcionarios.

Digo esto, porque, cuando se publicó el informe de la Contraloría, gran parte de los medios de comunicación hicieron un *zoom* en la eliminación de las listas de espera, o en lo que algunos denominaron "listas de espera VIP", a propósito de familiares de los funcionarios. Sin embargo, si abordamos esto responsablemente, especialmente como parlamentarios, debemos ser muy cautelosos con la información que difundimos y asegurarnos de ir a la fuente antes de hacer eco de estas noticias. Es fundamental saber exactamente qué ocurrió con los funcionarios. A lo menos, ese fue uno de los ejercicios que me tocó realizar cuando se publicó el informe y empezó a viralizarse el caso del Hospital Dr. Sótero del Río como uno de los epicentros, a propósito del tema de las listas de espera; pero en ese momento también era muy importante venir a conversar con ustedes. De hecho, hubo una asamblea muy importante de los funcionarios y funcionarias para dar cuenta

de esta información, y gran parte de lo que se expuso ahí era -yo creo que hay que abordarlo a propósito del problema estructural que tiene la salud pública hoy día- que se buscaba procesar esos datos y nunca hubo la intención de eliminar gente de las listas de espera, para hacerlo hoy como parte de un indicador que mostrara que, en particular, este hospital lo estaba haciendo bien o que el servicio no estaba cumpliendo con la meta de eliminar gente de las listas de espera, sino que era todo lo contrario, tenía que ver con cómo unificar las listas que existían, además de casos duplicados que no eran informados por algunos de los funcionarios que estuvieron haciendo esa tarea.

Entonces, la conclusión era que, si no era solamente el Hospital Dr. Sótero del Río y había once hospitales con ese mismo caso, se trataba de un problema estructural, y ese problema estructural es el que debemos abordar en esta comisión especial investigadora. Porque, cuando esto sale orquestado, muchas veces, por los medios de comunicación -uno no dice que no cumplan su rol, pero no tienen toda la información-, se va formando un sesgo contra la salud pública, diciendo que acá van a borrar a gente de las listas de espera o que van a atender primero a familiares de los funcionarios, y se pierde la importancia.

Al respecto, coincido con la diputada Ossandón en relación con la importancia de la salud pública, y, en particular, del Hospital Dr. Sótero del Río, que es uno de los mejores hospitales de Chile. Creo que todos los presentes lo reconocemos así, y por eso estamos acá; o sea, creemos que hay cosas y reflexiones muy importantes que pueden salir de este hospital para saber cómo enfrentar la actual crisis de la salud pública.

Voy a volver al tema del problema estructural, porque hay algunas medidas que ya mencionó el director, de las que me alegro, como que ya no sea solamente una unidad, sino también el departamento para empezar a gestionar los datos, lo que nos permite, de muy buena manera, decir que acá se hace gestión con los datos de las listas de espera y no solamente se tiene una lista más.

No obstante, creo que el problema más estructural tiene que ver con los recursos, y así lo expuso la presidenta del Colegio Médico, en cómo hoy día nos vamos a poner en un plan, tanto el gobierno como el Parlamento, de invertir mayores recursos para empezar a sacar estas listas de espera y gestionarlás mucho más rápidamente.

Esto tiene que ver con cómo lo hacemos, porque cuando nosotros y nosotras damos este debate dentro del Congreso Nacional, cada vez que nos toca discutir sobre gasto público, esto se ve como un gasto y no como la inversión que conlleva y lo que nos vamos a ahorrar como Estado atender estas situaciones, porque, detrás de una persona que está en lista de espera, hay una persona que está envejeciendo mal o que tiene una enfermedad catastrófica, que con el tiempo se irá agudizando. Entonces, nosotros vemos esto como una inversión.

El llamado no es solo a que el Ministerio de Salud defienda el presupuesto ante Hacienda, sino también a la voluntad que tenemos distintos legisladores, porque cada vez que discutimos sobre el presupuesto de la nación no le ponemos recortes, tal como ha sido la tónica que tuvimos en la discusión presupuestaria pasada. Sé que hay recursos que se pueden gestionar de mejor manera. Y creo que acá todos compartimos eso y usted es una muestra de aquello, de lo que hacen en la gestión del Hospital Dr. Sótero del Río. Sin embargo, si no hay una mayor inversión de recursos -un tema que sería

importante que nuestros expositores pudieran profundizar-, va a ser muy difícil poder gestionar estas listas de espera, que no tienen que ver solo con el caso de la eliminación, sino con los recursos que están llegando y cómo enfrentamos esta crisis.

Presidente, digo esto como una reflexión general, porque creo que se habían generado muchas expectativas sobre cómo íbamos a abordar esta comisión especial investigadora. Creo que el problema no es solo la gestión de las listas, sino también con la inversión que hacemos para sacar estas listas de la mejor manera posible, no solo a través de esta eliminación -que fue un caso muy bullado-, sino con resultados específicos que impliquen que la gente sea atendida, que la gente pueda optar a sus cirugías.

Gracias.

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

El señor **PALMA**.- Presidente, voy a tratar de ser lo más acotado posible.

En primer lugar, quiero dar testimonio como puentealtino y médico de esta zona desde que inicié mi desempeño profesional, del esfuerzo que hace este hospital frente a una demanda y a una sobrecarga asistencial, que es crónica e histórica. Eso es lo primero.

Lamentablemente, en el tiempo, uno ha visto cómo se ha estigmatizado a este hospital, y así como hay gente que se refiere a Puente Alto como "Puente Asalto", hay gente que se refiere al Hospital Dr. Sótero del Río como "Soterror", lo que lamento profundamente y me molesta, porque creo que esa manera de estigmatizar a esta zona, que es una de las más populosas del país y de la Región Metropolitana, con la carga asistencial que tiene este hospital, me parece que no ayuda ni contribuye en nada, y lo único que hace es estigmatizar y violentar los

espacios de trabajo. Eso era lo primero que quería decir testimonialmente.

En segundo lugar, quiero decir que en esta comisión especial investigadora hemos tenido la oportunidad de escuchar diferentes referentes expertos en distintas materias, como los informes de la Contraloría General de la República, en los que hemos conocido situaciones patéticas que ocurren en algunos servicios del país. También hemos escuchado a los proveedores y las deudas que hay con ellos, y, además, hemos escuchado el tema de las especialidades médicas y la crisis de la distribución de la carga de especialidad. En fin, hemos escuchado a distintos actores y eso nos ha permitido irnos ilustrando sobre el tema.

Quiero detenerme en un aspecto que mencionó el director y que me parece no menor, como es el tema de la interoperabilidad. Si se resuelve la falta de diálogo entre los distintos sistemas de información que existen hoy, tanto en la atención primaria como en la secundaria -como nos explicó latamente la doctora May Chomali, connotada epidemióloga-, probablemente eso va a permitir gestionar de mejor manera, agilizar los procesos y dar la cobertura que se requiere.

Finalmente, Presidente, y para no extenderme demasiado, me gustaría demandar del Ejecutivo que, con la misma prontitud y celeridad que enfrentó la crisis de las isapres, apurándonos con una ley corta, que lo único que hizo fue salvar al mundo de la industria, ponga el pie en el acelerador para atender la salud pública de este país.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Quiero pedirle al público que los aplausos y otras expresiones sean más breves, para que no se pierda tanto tiempo de la sesión.

Tiene la palabra, diputada Arce.

La señorita **ARCE** (doña Mónica).- Muchas gracias, Presidente.

No puedo estar más de acuerdo con las palabras del diputado Palma, como puentealtina y usuaria del sistema.

Tres de mis cuatro hijos nacieron acá, en esta maternidad; hace poquito estuve en urgencia debido a un pequeño accidente domiciliario -un corte-, y mi mamá ha sido operada acá muchas veces, porque tiene problemas de salud.

¿Por qué saco a colación mi caso personal? Porque, como usuaria, puedo mirar y darme cuenta de varias problemáticas, como la infraestructura, las condiciones de los trabajadores de la salud, pero con esmero y cariño tratan de sacar adelante la salud pública.

Pasa algo parecido con la educación pública, que, finalmente, el Estado pone la responsabilidad de dar curso a estos servicios públicos sobre los hombros de los trabajadores públicos. Lamentablemente, el sistema obliga y somete a los trabajadores públicos a ser responsables de entregar un buen servicio, cueste lo que cueste y en las condiciones que sean.

Es por eso que tengo muchísimas preguntas y también muchas críticas contra el sistema, como cuando se dan las cifras de las bajas en las listas de espera, cuando se hacen cuentas públicas a nivel ministerial -lo que me molesta mucho-, pero teniendo en cuenta que, si borramos las listas de espera, evidentemente vamos a tener un avance en ellas. Entonces, no nos estamos haciendo cargo del problema; estamos tratando de mostrar las cifras bonitas.

En ese sentido, sé que no lo solicité formalmente, quiero pedir la unanimidad de esta comisión para que se les otorgue la palabra a los dirigentes de las dos organizaciones que están hoy presentes en la Sala. Me refiero a la señora Roxana Guajardo Vidal, de la Asociación de Profesionales Universitarios del Hospital Dr. Sótero del Río y del Servicio de Salud, y al señor

José Luis Espinoza Díaz, de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile (Fenasenf).

Si bien tengo muchas críticas y muchas preguntas, basadas en mi experiencia personal, considero importante escuchar la voz de los trabajadores de la salud, quienes, finalmente, son los que tienen en sus hombros la responsabilidad de dar curso a la salud pública completa, así como el tema de las listas de espera.

Es importante señalar que ellos no siempre están invitados a las mesas de trabajo ni se consideran sus opiniones, pese a que tienen muchísimo que decir sobre este tema.

Por ello, solicito la unanimidad de esta comisión para darles la palabra, dentro de los tiempos disponibles, a estos dos dirigentes de organizaciones tan importantes.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para acceder a la solicitud de la diputada Mónica Arce?

Acordado.

Entonces, los incorporaremos después de la segunda parte.

El objeto de esta comisión investigadora son las listas de espera, entendiendo que deben referirse a la materia pertinente.

Tiene la palabra el diputado Agustín Romero.

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, saludo a los funcionarios del hospital, del Servicio de Salud, al seremi, a los trabajadores y al cuerpo médico. Gracias por invitarnos a su casa.

Quiero hacer algunas precisiones. El propósito de esta comisión investigadora es hacernos cargo de investigar y ver cómo, desde el Parlamento, podemos ofrecer mejoras a Chile en nuestra legislación, para hacernos cargo de este drama, que son las listas de espera.

Parto de la base de que ninguna persona tiene interés en perjudicar a los pacientes, y quiero ser superclaro en esto. El doctor Lagomarsino y la gente que está en la Comisión de Salud lo han dicho públicamente, al igual que el doctor Palma, cuál es mi posición. Los funcionarios de la salud son, por así decirlo, "la tropa", quienes están disponibles para atender a nuestros pacientes, sin tener ninguna injerencia en la gestión del pabellón, de las consultas, del servicio, del hospital, ni en el financiamiento. Ellos están disponibles para turnos larguísimos, y, muchas veces, cuando van saliendo, se les informa que falta un compañero y que deben quedarse. En ese momento, probablemente postergan a sus familias y sus temas personales. Muchos de ellos deben tener otra pega. Salen de sus turnos para ir a cuidar gente; es decir, se sacan la mugre. Por ello, todo mi respeto.

Por eso, hay que desmitificar ciertas cosas. No se trata de estar a favor o en contra de la salud pública, sino de la vida de los pacientes. Todos estamos de acuerdo con que el derecho a la salud no es un derecho a tener salud pública, sino que es un derecho a tener salud, a poder atenderse y sanarse.

Por suerte, en este país podemos contar con grandes recursos humanos, profesionales, médicos y personal; por lo tanto, en general, cuando un paciente entra a un hospital o a una clínica, se sana. A veces, tenemos inconvenientes médicos, a veces no sanan, pero en Chile la gente se mejora de las patologías más comunes; probablemente, algunas muy extrañas tendrán que buscar atención en el extranjero, pero un chileno con una patología normal no tiene que salir al extranjero a buscar una solución, sino que la encuentra en Chile. Según las cifras que se muestran en este hospital, la gran mayoría la encuentra aquí.

Lo que me sorprende un poco son algunos comentarios que se hacen respecto de la necesidad del Estado de fortalecer y que

nos pongamos de acuerdo en asignar más recursos a la salud. En circunstancias que, como a usted le consta, Presidente, el año pasado, transversalmente, hicimos un esfuerzo en todas las bancadas políticas, desde los republicanos hasta, quizás, algunos sectores del oficialismo. Todos rechazamos varias veces las partidas presupuestarias del Ministerio de Salud, precisamente, porque los recursos que se asignaban eran bajos, paupérrimos, en materia de atención primaria de salud. Los cesfam deberían ser la primera línea, para, de esa manera, descomprimir un poco las urgencias de los hospitales; ya que cuando no encuentran solución allá, se vienen todos para acá. ¿Y la culpa, finalmente, de quién es? Del hospital. Pero no es así. También es necesario tener una red en la salud municipal.

Lo que sí me llama poderosamente la atención es que, en cada una de las presentaciones que se hacen en los hospitales y servicios, vemos siempre reacciones a las cosas, pero no veo indicadores claros de gestión. Veo que se hacen registros y se mejoran protocolos, pero, en definitiva, tampoco veo cuáles son los compromisos. ¿Cuánto bajará? Las personas dicen que han cumplido con esto, pero nosotros no venimos como fiscalizadores de la Contraloría, sino a visibilizar la situación que está ocurriendo. No obstante, finalmente, cuando escuchamos que se hicieron registros y que se creó un departamento, surge una pregunta: antiguamente, el tema de las listas de espera, ¿no era importante? ¿No había un departamento?

Echo de menos que exista una posición de los servicios que exprese cómo anticiparse a estas cuestiones. A mi juicio, falta una gestión estratégica. Si no fuera por la Contraloría, no estaríamos conversando este tema. Así de claro.

Encuentro inaceptable lo que se mencionaba, no sé si el doctor Palma, respecto de la interoperabilidad de las fichas o de los sistemas. Es inaceptable en el siglo XXI.

Quiero recordar que el presupuesto de salud es el segundo más alto en Chile. Es el único en que nadie se niega a entregar recursos. Por ello, encuentro increíble que todavía surja como hallazgo el problema de las fichas.

Creo que esto es transversal en todos los servicios. No veo que se involucre la participación ciudadana. Escucho a muchos parlamentarios que les encanta hablar de la participación ciudadana para algunas cosas, pero acá nadie informa a los usuarios, que son los más importantes para todos los que trabajan en salud, sobre cómo va mejorando la gestión de su hospital. ¿Cuánta gente está todavía en listas de espera? Sería fundamental que la gente supiera. Por ejemplo: en este hospital tenemos cero en consulta y tanto en pediatría. Sin embargo, muchas veces, en Chile se avanzó, como en el caso de los accidentes de trabajo. Por ejemplo: en esta empresa, en tanto tiempo, no ha habido accidentes laborales. Para que la gente sepa.

Hay una percepción -en eso comparto las aprensiones- de que el funcionario está flojeando, pero no es así. En salud, me consta, ya que trabajé muchos años en salud, el personal siempre está profundamente dedicado a este tema, muy estresado y atento a las necesidades de la gente.

Me cuadra lo que estoy diciendo con algunos aspectos que señaló la diputada Ossandón: cuando alguien entra al hospital, sale contento. Porque, efectivamente, la vocación del funcionario y del personal de salud es absolutamente indudable.

Señor Presidente, debo hacer una crítica que pensaba plantear en la Comisión de Salud. Me parece insólito que ya estemos terminando este gobierno, han pasado prácticamente casi cuatro

años y no se ha avanzado nada en el Libro V del Código Sanitario. Eso demuestra que hay un *lobby* espantoso que está impidiendo que muchos profesionales que intervienen en las atenciones de salud puedan trabajar y ayudar en la resolución de estos problemas a un costo menor. Sin embargo, algo pasa que, cuando entra la indicación, no se les da ninguna urgencia, cero, a esos temas, lo cual afecta a muchos profesionales que nos podrían ayudarnos a mejorar esta situación.

Invito a que, en las próximas presentaciones, podamos venir a este hospital, que no tengo la menor duda de que está absolutamente estresado, y que su personal está haciendo todo lo posible. Asimismo, es importante que se asuman compromisos.

Me gustaría saber la ocupación, porque ello podría demostrar que este hospital quedó chico; es decir, por muy grande que sea la infraestructura, si deben atender a un millón ochocientas mil personas, significa que se quedó chico. Hay que ver cuánta es la ocupación que tienen en camas, cirugías y todos esos temas.

Esa sería mi exposición, señor Presidente, y agradezco a todas las personas que están presentes en esta sesión.

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

También quiero hacer algunas consultas.

Es importante relevar que este es el sexto hospital que visita la comisión especial investigadora. Partimos en el Hospital de Antofagasta, continuamos con el Hospital de Coyhaique, el Hospital de Arica, el Hospital de Temuco y el Hospital de Osorno. Hoy estamos en el Hospital Dr. Sótero del Río, a solicitud del diputado Hernán Palma; la próxima semana estaremos en el Hospital de Maipú, a solicitud del diputado Agustín Romero, y, finalmente, la semana subsiguiente visitaremos el hospital Carlos van Buren de Valparaíso, que es

de mi distrito, por lo demás. El Presidente siempre para el final.

Hasta ahora hemos visto una situación que no es un factor común, pero ha habido directores de hospitales y directores de servicios que nos han mostrado exclusivamente lo que están haciendo y la situación actual. Hay dos directores, en dos de estas visitas, que nos han planteado qué necesitan.

Eso es algo muy relevante, porque si estamos aquí no es para conocer las cifras, pues las conocemos a través de la glosa presupuestaria respectiva, cada cuatro meses, y también uno hace sus propios análisis.

La pregunta es qué necesita el Hospital Dr. Sótero del Río, a juicio del director del hospital y del director del servicio de salud.

Por ejemplo, en el Hospital de Antofagasta nos plantearon que se requería una intervención, porque el hospital es concesionado y muchos problemas de las listas de espera son producto de la concesión.

En otros hospitales que hemos visitado nos han planteado que tienen problemas con equipos, que les falta avanzar en tener un servicio de cirugía mayor ambulatoria, como pasó en Coyhaique, si la memoria no me falla.

Entonces, más allá de qué están haciendo y cuál es la situación actual, la primera pregunta es qué necesitan.

Tengo entendido que actualmente hay dos equipos con fallas en el servicio de cardiología, a propósito de lo que planteó el Presidente del Senado, el senador Manuel José Ossandón, quien hace poco visitó el Hospital Dr. Sótero del Río.

Si nos pudieran detallar cuáles son esos equipos, cuál es la situación actual y cuándo estarían operativos nuevamente. Esa sería la segunda pregunta.

En tercer lugar, efectivamente este no es el servicio de salud con más listas de espera. Es el tercero a nivel nacional, pero es el de la Región Metropolitana con más listas de espera, en volumen neto y absoluto, solamente superado por el Servicio de Salud Araucanía Sur, donde estuvimos la semana antepasada, y por el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

Entonces, desde esa perspectiva, en el último informe de listas de espera, a diciembre de 2024, hoy tenemos 150.225 consultas de especialidad en espera, 23.960 cirugías en lista de espera y 5.469 garantías de oportunidad retrasadas.

En el período exactamente anterior, diciembre de 2024, teníamos 3.321 garantías retrasadas, hoy tenemos 5.469; es decir, un crecimiento de un poco más de 2.000 garantías retrasadas en este servicio de salud. Y en el período exactamente anterior, diciembre de 2024, teníamos 18.505 cirugías en listas de espera versus las 23.900 actuales; o sea, un crecimiento de cerca de 5.000 cirugías en listas de espera de un año a otro.

Respecto de consultas de especialidad, crecimos de 124.471, a diciembre de 2023, a 150.225 a diciembre de 2024. Entonces, hoy estamos avanzando en lo que se ha denominado tiempos de espera.

Sé que el Ejecutivo ha hecho un esfuerzo importante por disminuir los tiempos de espera. No me cabe duda de aquello, sobre todo resolviendo las patologías de aquellos pacientes que llevan más esperando y que permite de forma lógica ir bajando la mediana y el promedio de tiempo de espera, que nadie cuestiona que han ido disminuyendo. Aquello es una realidad. Pero vemos en los hechos que el volumen de pacientes en espera ha ido creciendo y eso es indiscutible.

Debido a ese volumen, finalmente, va a llegar un momento en el cual ya nos vamos a poder eliminar más pacientes que llevan

un largo período de tiempo esperando; vamos a llegar a aquellos que ingresaron más recientemente y están esperando en el centro de la campana de Gauss. Por lo tanto, el tiempo de espera será un indicador que no nos va a reflejar ninguna mejoría.

De hecho, hemos visto en los últimos tres años que la disminución en los tiempos de espera se ha ido desacelerando justamente porque estamos llegando al centro de la campana de Gauss, donde está el grueso del volumen de los pacientes.

Entiendo que este no es un servicio de salud como Coyhaique o Arica, donde no existe alternativa. En Arica está el Hospital de Arica y después no hay nada más; en Coyhaique está el Hospital de Coyhaique y después no hay nada más. Pero aquí hay una red donde también está el Hospital Padre Hurtado, que no deja de tener falencias y así lo hemos escuchado varias veces en la Comisión de Salud.

Por lo tanto, ¿cómo se puede enfrentar este volumen de pacientes que, a la vez, es un volumen con una vulnerabilidad muy significativa de los servicios que hemos detectado del Índice de Desarrollo Humano, solamente comparable con el Servicio de Salud Osorno respecto a índice de vulnerabilidad?

¿Cómo la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente enfrenta este volumen de crecimiento? Si bien no es el más grande, sí es uno de los más grandes del país, el más grande de la Región Metropolitana y el que ha tenido uno de los crecimientos más elevados en cuanto a volumen. ¿Cómo enfrentan aquello? ¿Qué necesitan para enfrentarlo de mejor forma?

Finalmente, una pregunta que tiene que ver con la disponibilidad del subtítulo 22. Sabemos que, en 2024, desde larga historia, todos los años, el tercer y cuarto trimestres para los servicios de salud son fundamentales presupuestariamente, porque llega una remesa, una expansión

presupuestaria, que viene a aliviar la deuda hospitalaria y permite terminar el año.

En 2024 no llegó la expansión presupuestaria el cuarto trimestre, como habitualmente llegaba todos los años anteriores. De hecho, tenemos citado al ministro de Hacienda el martes de la próxima semana a esta comisión especial investigadora, para conocer por qué sucede esto y también por otro elemento fundamental, que es que hasta marzo de 2023 teníamos el mecanismo de pago automático.

Como deben saber bien los directivos del hospital, los servicios de salud podían licitar por la totalidad de su gasto presupuestario del subtítulo 22. Obviamente, adjudicaban, realizaban la orden de compra, facturaban, y eso se mandaba a la Dipres, hasta antes de marzo de 2023, y la Dipres pagaba directamente a los proveedores.

El pago automático se terminó. Hoy se está aperturando paulatinamente en la gran mayoría de los hospitales el presupuesto 2025 del subtítulo 22, que es algo fundamental para todos los hospitales en cuanto a compra de insumos, de implantes, de artículos médicos en general, de medicamentos, compra de servicios, etcétera.

¿Cómo ha afectado el término del pago automático al Hospital Dr. Sótero del Río o al servicio de salud en general?

No sé si la directora del servicio de salud quisiera referirse a ello y cómo terminó este hospital con la deuda hospitalaria de 2024; es decir, ¿cuánta fue la deuda hospitalaria al 31 de diciembre de 2024, y cómo están hoy las finanzas del hospital para enfrentar 2025, todo el año asistencial, en función de la situación presupuestaria en el subtítulo 22?

Ofrezco la palabra.

Tiene la palabra el diputado Agustín Romero.

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, con ocasión de lo que está señalando, quiero preguntar a las autoridades del hospital o a quien me pueda contestar. Siempre he tenido una duda y la he planteado al ministerio y al director del Fonasa. Hablaron de grupo de riesgo bajo (GRB), pero tengo entendido de que acá funcionan con GRD. El grupo relacionado por el diagnóstico (GRD) supone la compra de una solución de salud, es como un paquete, por así decirlo.

Eso tiene un desafío tremendo para los hospitales, porque en el fondo no se pueden salir de ese paquete. En el fondo, si logras adecuarte al pago que está envuelto en cuanto a insumos y a honorarios dentro del GRD, estaría todo perfecto. Pero el problema, en general, es que si no se lleva un control muy exhaustivo o si por cualquier razón -o riesgo, incluso- se salen del paquete, se empieza a generar una deuda y empieza a generarse una situación en contra del servicio.

¿Cómo les ha afectado a ustedes este cambio? Lo consulto, porque creo que la modalidad del uso del GRD, que ha sido muy promocionado por el Fonasa, coincide con el pago automático que se daba antiguamente en la Dipres.

Entonces, le pregunto si esto tiene algo que ver con esa situación; si, eventualmente, no se logran ajustar los riesgos, ¿se podría producir un problema de derivación de costos?

Eso, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Para acotar, de los 29 servicios de salud de Chile, solamente 5 siguen con pago automático y entiendo que el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente no lo tiene; solamente tendría ese sistema el Servicio de Salud Metropolitano Norte, donde afortunadamente no tienen este problema.

Tiene la palabra el director del Hospital Dr. Sótero del Río, doctor Ignacio García-Huidobro Honorato.

El señor **GARCÍA-HUIDOBRO** (director del Hospital Dr. Sótero del Río).- Señor Presidente, muchas gracias por las preguntas. Voy a tratar de dar respuesta a todas.

En relación con lo que preguntó el diputado Agustín Romero, quiero decir que en este hospital hacemos mucha gestión, lo que, evidentemente, no está en la presentación, pero en algún momento podríamos hacerle llegar la información respectiva.

Destaqué, como un hito muy relevante, el hecho de haber firmado convenios de desempeño con las respectivas jefaturas. Esos convenios de desempeño tienen un itemizado de distintos tópicos con metas, objetivos y distintas variables, algunas económicas, algunas que tienen que ver con la satisfacción usuaria, otras que tienen que ver con indicadores de calidad, otras que tienen que ver con indicadores de [...], donde las listas de espera son una variable más. A eso, nosotros les hacemos gestión y seguimiento mensual con los respectivos equipos, y vamos viendo cómo vamos evolucionando.

Para ser bien concreto hay un aspecto que es muy difícil de llevar, y voy a enlazarlo con la otra pregunta suya, que es la categorización de los pacientes C2 en la urgencia, que debiesen estar un tiempo "X" en la urgencia y luego ser hospitalizados. Ese es un indicador muy difícil de cumplir, respecto del cual debiésemos estar sobre el 85 por ciento, y estamos bordeando el 45-50 por ciento, dado que el hospital tiene una ocupación de sus camas cercana al ciento por ciento.

La UCI tiene una ocupación, señor diputado, del ciento por ciento. Cien por ciento de ocupación de la Unidad del Paciente Crítico Adulto, con 100 por ciento de pacientes ventilados, a diferencia de lo que ocurre en el mundo privado, donde uno puede ver pacientes que están en una UCI, pero no están conectados a ventilación mecánica. Aquí, lamentablemente, nuestros pacientes son extremadamente graves y tenemos una

ocupación altísima de esa unidad, lo que hace que tengamos pacientes fuera de la unidad crítica, buscando prontas resoluciones y, evidentemente, eso exige gestión del equipo directivo.

Para ahondar más en su pregunta, quiero decirle que nosotros, en promedio, tenemos entre 50 y 60 pacientes hospitalizados en servicio de urgencia, lo que habla de que, pese a la rotativa que tiene el hospital y a la baja estancia media, evidentemente el número de camas es un tema importante. Por eso, con mucha alegría y esperanza, vemos que nuestro hospital va en buen camino y el cruce está pronto.

Así, hay una serie de indicadores, como ocupación de pabellones, horario de inicio de pabellones, causa de suspensión de pabellones, etcétera. Llevamos muchos indicadores, tenemos *dashboard*, que hemos ido actualizando, que nos permiten tener información lo más actualizada posible, a fin de poder hacer las intervenciones necesarias.

¿Se puede hacer más gestión? Evidentemente, sí. Ese es un desafío para este equipo directivo. Como comenté, llevamos cuatro meses, desde que asumimos esta gestión, y nos estamos esforzando por ir dando respuesta a los distintos desafíos que tiene la institución.

Respecto de la participación ciudadana, efectivamente la comunidad es muy relevante para nosotros y es por eso que, desde que asumí la gestión del hospital, tenemos reuniones mensuales con los gremios y con la comunidad, donde abordamos distintos tópicos.

Cabe señalar que mi compromiso con la comunidad y también con ustedes, señores diputados, es ver todas estas preocupaciones que ustedes tienen reflejadas en mi cuenta pública, donde vamos a transparentar los distintos temas que debemos ir superando.

Tengo un primer período como director de este hospital hace más de diez años. En esa época, nosotros transparentábamos en la cuenta pública nuestras listas de espera, nuestras brechas y, efectivamente, mostrábamos a la comunidad los desafíos que teníamos por delante.

Así que, insisto, el compromiso, y así lo hemos conversado con el equipo directivo, con nuestros gremios y con la comunidad, es que nuestras cuentas públicas tienen que reflejar todo esto. Eso nos obliga a mostrar qué cosas estamos haciendo bien, qué cosas no hemos hecho bien y cómo podemos mejorar y qué desafíos tenemos en conjunto hacia adelante.

En relación con la pregunta del diputado Lagomarsino: ¿qué necesitamos? Necesitamos el subtítulo 29. Ustedes ya lo han visto, nuestra infraestructura es vieja.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Para quienes no lo sepan, hay tres subtítulos que manejan los hospitales: 21, que corresponde a remuneraciones; 22, compra de servicios, y 29, equipamiento y mantención.

El señor **GARCÍA-HUIDOBRO** (director del Hospital Dr. Sótero del Río).- Efectivamente, tenemos un déficit en el subtítulo 29.

Comparto los comentarios que han hecho los señores diputados de que esto es más que las listas de espera, porque nosotros damos respuesta a muchas otras cosas.

Respecto de los equipos de cardiología, tenemos dos ecocardiógrafos no funcionales, y ya estamos trabajando para dar respuesta a ese requerimiento y a otros más. Tenemos todo un plan de abordaje respecto de aquellos equipamientos y hay situaciones que la institución tiene que resolver para dar respuesta a los pacientes.

En cuanto a su comentario sobre las listas de espera, también tengo la misma preocupación. Evidentemente, tenemos una

población que está envejeciendo, que se va a ir enfermando más y que va a tener más requerimientos de salud. Evidentemente, el trabajo cercano con la comunidad y con la atención primaria son estrategias que tenemos que abordar; eso es parte de las gestiones y obligaciones que tiene este hospital de acercarse a la atención primaria y hacer un trabajo conjunto.

Pero, evidentemente, como Hospital Dr. Sótero del Río, tenemos la obligación, y en eso estamos trabajando, de identificar nuestras brechas de especialistas, cómo formamos distintos especialistas en las distintas áreas. Hay áreas de las listas de espera donde tenemos pocos especialistas. A veces, hay uno, a veces dos; se enferma uno, e y so tiene impacto. Evidentemente, la gestión de la actividad de los médicos y de los profesionales deber ser lo más focalizada y eficiente posible para dar respuesta a esto. En esa lógica hice el comentario de que estamos "remirando" las agendas médicas en un trabajo conjunto con cada una de las jefaturas.

Asimismo, quiero hacer énfasis en que no es que la dirección dé indicaciones, sino que trabaja con sus jefaturas de la mano. Tenemos conversaciones no fáciles a veces, pero estamos tratando de ponernos de acuerdo con cómo todos nuestros esfuerzos van aunados para responder a los requerimientos de la comunidad y cómo somos capaces de ofertar más capacidad en el hospital.

El Hospital Dr. Sótero del Río, aparte de ser actualmente el hospital más complejo de la red, también da respuesta a situaciones de menor complejidad. Cuando esté listo el Hospital Provincia Cordillera más el Hospital Dr. Sótero del Río, en particular la subred Cordillera, va a tener una gestión muy distinta y permitirá gestionar de manera distinta las situaciones que hoy tenemos.

Como dije, hoy abordamos desde los pacientes que requieren un trasplante hepático de urgencia hasta aquellos que sufren una patología de menor riesgo vital, lo que hace, por lo tanto, que el Hospital Dr. Sótero del Río requiera un desahogo con nuestro hospital, que está *ad portas* de entrar en funcionamiento.

En cuanto a la consulta de un diputado sobre el subtítulo N° 22, el año pasado terminamos con menos 20.001 millones de pesos y actualmente estamos con 19.500 millones de pesos, o sea, seguimos más o menos igual de apretados. Ha sido muy difícil. Quiero destacar y agradecer los comentarios que ustedes han hecho respecto del esfuerzo que hacen los funcionarios del hospital en las líneas clínicas y no clínicas. El compromiso de los funcionarios es completo. Sabemos que tenemos muchas cosas que mejorar y nos esforzamos día a día porque así sea, pues, en verdad, trabajan día y noche para dar respuesta a la población y a la gente.

En ese sentido, el equipo administrativo tiene una presión gigantesca, porque al final tenemos deudas importantes con los distintos proveedores y significa una gestión día a día, en términos de si falta un determinado insumo u otra cosa, lo que -reitero- genera una presión extra a la gestión.

De lo que usted planteó sobre el pago automático, sería muy bienvenido, muy bien recibido. Nosotros tenemos nuestras finanzas muy ordenadas. Somos un hospital que gasta lo que tiene autorizado y gestionamos de la mejor manera posible nuestro presupuesto. En ese sentido, el pago automático sería una ayuda muy importante para nosotros.

Creo haber contestado todas las preguntas.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Cuánto le han aperturado del presupuesto del subtítulo N° 22 al día de hoy?

El señor **GARCÍA-HUIDOBRO** (director del Hospital Dr. Sótero del Río).- Señor Presidente, deme un segundo... Lo estoy buscando en mi presentación. Llevamos como el 60 por ciento de las transferencias. Está todo aperturado. Discúlpeme, el subdirector administrativo del servicio me hace una corrección. Efectivamente, está completamente aperturado, pero las transferencias no están completamente realizadas.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Perfecto, muchas gracias.

Tiene la palabra la directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, señora Patricia Navarrete.

La señora **NAVARRETE**, doña Patricia (directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero referirme a la mirada del servicio en relación con la utilización de los recursos para la resolución de la lista de espera. Nosotros estamos abocados a optimizar los recursos que hoy tenemos.

Como decía la diputada Ossandón, es superimportante para nosotros optimizar la programación de las horas médicas, utilizar al máximo aquello y coordinarnos con la atención primaria para utilizar sus programas, sobre todo el de resolutiveidad, con el fin de resolver anticipadamente aquellas áreas que son de demanda y que tenemos resolución, como son las Uaporrino, las UAPO, que son dispositivos para atender problemas de la salud visual y auditiva, como también de cirugía menor, que hemos implementado en la atención primaria. Si focalizamos aquello, también podemos sumar a la resolución. En esa misma línea, va el poder optimizar la utilización de los pabellones, de maximizar la utilización del horario, disminuir las suspensiones y comenzar las cirugías temprano. Todo aquello suma para no perder horas preciosas de estos recursos.

Sin embargo, tenemos un serio problema con la contactabilidad de los usuarios. De hecho, perdemos muchas horas de personas que son citadas, pero no se presentan o no las podemos contactar. Estamos trabajando en un sistema maestro de pacientes para que las personas actualicen sus datos cada vez que tomen contacto con la red, de manera que siempre tengamos disponible algún teléfono o una dirección de contacto, y en tal caso coordinarnos con la atención primaria para hacer las citaciones adecuadas. Tenemos un porcentaje importante de pérdida de horas por esa vía.

Entonces, tenemos un ámbito de gestión que todavía podemos optimizar para mejorar la disponibilidad de oferta a nuestra población, y estamos trabajando en ello, sobre todo en los ámbitos más complejos.

También trabajamos con la comunidad. Como servicio, tenemos un trabajo con el Cosoc, en el cual están representados todos los consejos de desarrollo local de salud (CDL) del servicio y de los hospitales, y nos reunimos una vez al mes. Precisamente, hace dos meses revisamos las listas de espera de toda la red del servicio, porque ellos se van a transformar en potentes aliados, sobre todo en la contactabilidad de los usuarios. Hay un trabajo que estamos proponiendo con ellos para hacer rescate de aquellas personas que no se han presentado y que no ha sido posible ubicar. Así que tenemos una línea de trabajo no solo en cada establecimiento hospitalario, sino también en nuestro servicio, donde además les vamos contando sobre nuestros avances.

Respecto de lo estructural, este servicio es muy grande. Con estos dos nuevos proyectos que estamos trabajando, la reposición del actual Hospital Dr. Sótero del Río y el nuevo Hospital Provincia Cordillera, no vamos a resolver toda la demanda que tiene este servicio, porque durante estos años ha

ido creciendo la población, se ha ido envejeciendo y complejizando su patología, sobre todo después de la pandemia.

También tenemos proyectos para fortalecer en la subred Santa Rosa. Se trata de una ciudad sanitaria, en la cual estamos planificando con el ministerio la programación de un nivel secundario, un CRS, un cesfam, un cosam y posiblemente también un futuro hospital.

Por lo pronto, nuestro tercer gran proyecto es normalizar el Hospital Padre Hurtado para ayudar a fortalecer la respuesta que le damos a nuestra red, de tal manera que no todo recaiga en el Hospital Dr. Sótero del Río, como hospital principal. Es un trabajo en el que estamos avanzando con el personal del futuro hospital y con el equipo de inversiones del ministerio. Lamentablemente, son proyectos lentos, pero tenemos una apuesta para tenerlo prontamente.

En relación con las metas, cuál es la gestión y hacia dónde apuntan. Para este año tenemos la meta de disminuir la mediana bajo 300, lo cual hemos conseguido como hospital. Sin embargo, no hemos podido conseguirlo totalmente como servicio, puesto que debemos resolver la cirugía oncológica antes de noventa días, tema que también debemos focalizar. Por supuesto, debemos poner foco en la resolución de los pacientes más antiguos, ya que los vamos a ir evaluando a través del percentil 75, que corresponde a los pacientes que tienen más tiempo de espera y que no pueden seguir esperando. Esa es una meta especial para este año en todo el servicio.

El GRD es una herramienta que se instaló y que partió siendo de gestión, pero que también se ha utilizado como mecanismo de pago. Consideramos, y eso ha ido ocurriendo a través del tiempo, que el precio base se ha ido revisando y ajustando, dependiendo de la realidad de los establecimientos. Ya hemos tenido algunos cambios que ha sufrido en el tiempo y pensamos

que todavía quedan ajustes por hacer, que es un tema que se trabaja desde el nivel central y que se está abordando. Efectivamente, tiene tope, tiene el tope presupuestario que se le asigna a cada servicio y a cada establecimiento, pero hay líneas específicas que el ministerio aborda con un financiamiento más dirigido y eso uno lo puede negociar también con ellos.

En el subtítulo 22, como dijo el doctor, efectivamente el año pasado terminamos muy apretados, como servicio. Además, tenemos un tema específico con el Hospital Padre Hurtado, que, en su presupuesto, arrastra un problema de años anteriores que se debe resolver, porque, a fines del año pasado, no llegó la última distribución presupuestaria, lo que hace que este año tengamos un arrastre de ese financiamiento que no se traspasó y que estaba dentro del marco presupuestario. Terminamos el año 2024 como servicio con 42.800 millones. La mitad de eso corresponde al Hospital Sótero del Río, porque es el más grande.

Ahora, estamos esperando que el ministerio nos incorpore en el sistema de pago centralizado, que fue una estrategia que realmente ha servido mucho y sabemos que están trabajando en aquello. Por consiguiente, estamos a la espera de que nos informen cuándo nos suben, porque evidentemente eso facilita la gestión del pago.

Por último, en relación con qué necesitamos. Contar con glosa presupuestaria del subtítulo 29, que nos permite disponer, comprar o adquirir equipamiento, que es muy importante a la hora de resolver las listas de espera, sobre todo en el ámbito quirúrgico, cajas quirúrgicas; renovar el equipamiento, el que tiene vida útil, y en un servicio tan grande, que atiende a tantos usuarios, la vida útil, ya sea por uso o por tiempo, vence rápido.

Eso es lo que necesitamos. Hemos hecho llegar al ministerio nuestra solicitud anual de requerimiento de equipamiento de toda la red, por lo que vamos a estar a la espera de las respuestas.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile, doctora María Francisca Crispi.

La señora **CRISPI**, doña María Francisca (presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile).- Señor Presidente, la gestión de las listas de espera, para que sea un proceso impecable, lo que merece la ciudadanía, es siempre bienvenida, y como Colegio Médico la apoyamos.

Sobre los números de la lista de espera, no soy tan optimista como el diputado Lagomarsino. Hay 15.000 garantías GES oncológicas vencidas. Las garantías GES vencidas se han multiplicado. Si bien ha aumentado la necesidad de los pacientes y de los ingresos, sabemos que el sistema no está respondiendo con la celeridad que se necesita para dar respuesta a esta demanda, y es urgente hacernos cargo de estas garantías GES vencidas oncológicas.

En mi intervención dije que el tema era tanto presupuestario como de gestión. Es presupuestario, porque el presupuesto en salud en el año 2025, es, en la práctica, menor que al de 2024. Ni siquiera reconoce el IPC del 4,6 por ciento. Y eso es incompatible con una salud pública que tiene que expandir su producción, multiplicarla.

También hablemos de gestión. Ha crecido la complejidad de la población. La complejidad de los pacientes, según grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), ha aumentado de 20 a 30 por ciento. La población envejece y tiene más morbilidad. Las

prestaciones que se entregan en salud pública también se han multiplicado.

No todo se puede reducir a medir hospitalizaciones y cirugías, y quienes trabajamos en salud pública, lo sabemos bien. También la hospitalización domiciliaria ha crecido a pasos agigantados desde la pandemia, los tratamientos ambulatorios, así como los biológicos que se entregan en sillones que hace diez años la salud pública no entregaba. Los nuevos tratamientos de cáncer. Y tenemos que defender eso, porque la gran mayoría de los trabajadores de la salud está haciendo la pega en la salud pública, entregando estas prestaciones. La salud pública no es ineficiente.

Hablemos de gestión también. ¿Cómo los gestores van a planificar mejor el uso de recursos si el presupuesto se les entrega a cuentagotas, sin un flujo necesario? Para usar bien los recursos necesito saber qué recursos me van a llegar para poder planificarlos. Y sí, hay mucho que generar en la gestión, y como Colegio Médico siempre lo hemos planteado. Tenemos que mejorar el uso de la red hospitalaria, tomando lo que hizo la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad hace años. La lista de espera se puede solucionar en nuestros pabellones, usándolos en horario continuado y eso depende de gestión.

Es urgente -lo que comparto- que se concrete la interoperabilidad de las fichas clínicas y exámenes. Al mismo tiempo, nos preocupa la modalidad de cobertura complementaria que está planificando el Fonasa, que van a ser más recursos para el sector privado, que en un sistema dual va a significar menos profesionales para la salud pública, acrecentando el problema.

Solicito al Parlamento que podamos todos ser parte de una solución urgente. Concuerdo con la urgencia que propone el diputado Palma, en el sentido de que podamos, en conjunto,

impulsar la mejoría en la gestión necesaria, la modernización del sistema, la interoperabilidad, la mejoría en las condiciones laborales de los trabajadores para que se queden en la salud pública.

Diputado Romero, usted habla del derecho a la salud, no a la salud pública, y estoy plenamente de acuerdo, porque acá el tema no es ideológico, pero lamentablemente le digo que la respuesta a este problema no está en la red privada. El año pasado, uno de los servicios de la salud en la Región Metropolitana envió 4.000 pacientes al sector privado en lista de espera, para que pudieran resolver sus atenciones, y el sistema privado resolvió 200 de los 4.000 pacientes. ¡Bienvenida toda cooperación con el sector privado que sea costo-efectiva, pero la solución del problema no está ahí!

La diputada Ximena Ossandón dice que el problema tiene solución. Estoy de acuerdo con usted: tiene solución. Pero la solución está en la red de salud pública, en fortalecer la gestión, modernizarla y en entregar los recursos necesarios para que la red pueda operar y multiplicar sus atenciones.

La urgencia que presento hoy es que el Parlamento participe de la solución, con los cambios legislativos necesarios para optimizar la gestión y con la presión necesaria al Ejecutivo para que los recursos estén disponibles, porque sin eso no lo logramos.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Ximena Ossandón.

La señora **OSSANDÓN** (doña Ximena).- Señor Presidente, solo me falta...

-Una persona asistente habla fuera de micrófono.

[...]

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Por favor, las expresiones.

La señora **OSSANDÓN** (doña Ximena).- Veo que tenemos alta concordancia. Efectivamente, debemos tener un sistema público superrobusto.

Me gustaría conocer la opinión del Colegio Médico sobre los especialistas, porque sabemos que aquí faltan especialistas y sabemos que, en todos los lugares, sobre todo en zonas extremas, faltan especialistas. ¿Cómo podemos solucionar eso?

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Creo que nadie fue optimista; al contrario, decir que crecimos en 25.000 personas en consulta de especialidad..

La señora **CRISPI**, doña María Francisca (presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile).- Estamos de acuerdo, entonces.

¿Respondo ahora?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra, doctora Crispi.

La señora **CRISPI**, doña María Francisca (presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile).- Sobre los especialistas, al inicio del gobierno tuvimos una comisión con la Dipres en la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre los incentivos necesarios para mantener los especialistas en la salud pública. Lamentablemente, esa comisión no siguió sesionando por una negativa de la Dirección de Presupuestos de entregar recursos para lo mismo. Y eso es preocupante, porque hoy los incentivos para estar en la salud pública son tanto monetarios como no monetarios.

Los sueldos de los especialistas en la salud pública se componen de una serie de factores, entre los cuales están las asignaciones que tienen que mejorar para que los especialistas

se queden dentro de la salud pública. Al respecto, me preocupa, cómo en el contexto de la discusión presupuestaria, del déficit presupuestario, vemos que hoy no se están pagando asignaciones a los especialistas -asignaciones comprometidas-; me preocupa especialmente cómo, con la modalidad de cobertura complementaria, va a existir una mayor presión para que los especialistas migren al sector privado.

Tenemos que hacer competitiva las remuneraciones en el sector público, mejorarlas, mejorar la carrera funcionaria. Eso rige para los especialistas médicos, pero también para todos los trabajadores de la salud pública. Y veo un gran riesgo de que, en el contexto de la restricción presupuestaria, esas mejoras, en las asignaciones y en lo remuneracional, no se vean concretadas.

En cuanto a lo no remuneracional, tenemos que mejorar la gestión. Es muy frustrante para los profesionales, y los médicos que hoy van a presentar también pueden contar, desde su experiencia, lo decepcionante que es, por ejemplo, que no exista interoperabilidad para que puedan optimizar la atención de los pacientes. También la frustración de que, teniendo la disponibilidad y teniendo iniciativas que, en su momento, fueron muy bien recibidas, como tener un extra-horario en el sistema público, en el que pudiéramos usar la red en todo el horario, tanto institucional como fines de semana, con la disponibilidad de los trabajadores de la salud, se cortaran esos recursos y hoy no estemos usando la red en esos horarios, que son claves para los pacientes.

Por eso creo que la respuesta es dual: por un lado, los recursos necesarios y, por otro, que las condiciones de gestión mejoren, para que la atención en la salud pública consista en que los colegas puedan hacer su labor y en buenas condiciones.

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

Agradecemos al director del Hospital Sótero del Río, a la directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, al seremi de Salud de la Región Metropolitana y a la presidenta del Consejo Médico Regional del Colegio Médico, por haber participado en este bloque de la sesión. Pido abandonar la mesa, por favor.

A la vez, invito a que pasen adelante al doctor Juan Pablo Ramos Alfonso, jefe de Intermedio Quirúrgico del Hospital Sótero del Río; al doctor Alfonso Díaz Fernández, jefe de Cirugía del Hospital Sótero del Río; a don José Luis Espinoza, presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile, y a doña Roxana Guajardo, presidenta de la Asociación de Profesionales Universitarios de la Salud del Hospital Sótero del Río y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Para que nos dé su apreciación sobre la situación actual de las listas de espera en el Hospital Sótero del Río, tiene la palabra el doctor Alfonso Díaz.

El señor **DÍAZ** (jefe de Cirugía del Hospital Dr. Sótero del Río).- Señor Presidente, quiero hacer una pequeña aclaración: llevo sesenta años trabajando como cirujano en este local.

Voy a entrar en el tema de las listas de espera con una frase denominada "riesgo sanitario", y voy a usarla porque creo que el problema de las listas de espera nos va a demorar un rato en arreglarlo y debemos disminuir las muertes que ocurren en este período mientras logramos afiatar el sistema público para resolver el problema.

Como primera cosa, quiero decir que las listas de espera son un invento. Hasta 1982, los especialistas trabajábamos en la atención primaria y no había listas de espera. A mí me tocó desempeñarme en el hospital Alejandro del Río, donde no me

podía ir a mi casa ni los martes ni los jueves si no veía hasta el último paciente que estaba esperando.

Pero vamos al tema actual de las listas de riesgo sanitario. Cuando uno advierte las muertes en listas de espera, ¿de qué fallece un paciente en listas de espera? Bueno, el paciente en listas de espera fallece de las mismas cosas que todos los chilenos. En general, el paciente en listas de espera no fallece del diagnóstico por el cual está en lista de espera, sino de un accidente cardiovascular, de un cáncer o por un accidente cerebrovascular, y también fallece, aunque en un porcentaje menor, por causa de su lista de espera, y este es el primer punto que quiero que aclaremos en esta reunión.

Los pacientes que están en listas de espera deben ser vigilados por las causas habituales por las cuales fallecemos los chilenos, y cuando el paciente está en lista de espera pasa a ser el paciente de la hernia, pasa a ser el paciente de las várices, y de repente el paciente no viene. ¿Por qué? Porque tenía un cáncer de colon. El paciente no viene porque le sobrevino otra enfermedad asociada simplemente a ser chileno. Y ahí creo que en las listas de espera debe haber pacientes por hernias de hemoglobina humana en deposiciones, por ejemplo. Todas las hernias empiezan a crecer, y la gente dice que el paciente está por una hernia en la lista de espera; pero no, porque es el dueño de la hernia el que debe hacer un esfuerzo abdominal especial y en él está evolucionando un cáncer de colon.

Por lo tanto, creo que las listas de espera deben ser sujeto de un control especial, que vaya más allá de la solución de las listas de espera. Además, las listas de espera tienen en sí una mortalidad.

Voy a referirme a la hernia y a lo que el Sótero del Río está haciendo con sus quinientos y tantos pacientes con hernias.

Un grupo se preparó para analizar estas quinientas y tantas hernias y pudo definir cuál es la causa de muerte de estas hernias, que resultaron ser las hernias con pérdida de derecho a domicilio. Separaron 180 hernias con derecho a domicilio. Por consiguiente, lo que le propongo a esta comisión es que esas hay que operarlas primero. Este es un cambio importante que hay que promover.

Es verdad que hay mucha gente esperando por muchos años, pero también es verdad que en cada lista de espera uno puede definir la población de riesgo que se va a morir de estar en las listas de espera, y a esa población de riesgo hay que extraerla de las listas de espera y atenderla primero, sin seguir una orientación cronológica. Creo que este es un tema que hay que meditar. No pretendo que la gente esté de acuerdo, pero sí pretendo que quede claro que las listas de espera tienen muertos, porque son chilenos y hay que cuidar ese riesgo.

Segundo, hay que definir de cada lista los pacientes que verdaderamente tienen el mayor riesgo, y a esos hay que priorizar. Por ejemplo, si una ecografía muestra una vesícula con paredes gruesas y con cálculos en contacto con la pared, tiene más riesgo de cáncer vesicular que otro que tiene una vesícula de paredes finas, y eso hay que priorizarlo, porque es la manera que tenemos para que, en el intertanto en que vamos a resolver el problema, los pacientes no se mueran por estar en el problema.

El tercer punto que quiero aclarar es que estamos utilizando mal la atención primaria. Voy a hablar de los médicos familiares.

Hoy, las cosas han cambiado, los médicos familiares de nuestro sector hicieron un esfuerzo de endoscopía para el diagnóstico precoz de cáncer gástrico, hace algunos años, pero ese esfuerzo se frustró, no resultó. Pero hoy los chinos

desarrollaron un programa de inteligencia artificial que reconoce la presencia de un cáncer gástrico incipiente donde el ojo humano no lo ve. Entonces, este médico familiar, de los cuales hay 62 en Puente Alto, puede volver a ser un gastroscopista, y, en esta nueva versión, más experto que el mejor de los endoscopistas que tiene Chile en este momento.

Por lo tanto, quiero que volvamos a pensar en la atención primaria como un elemento que puede llegar a ser potente para resolver listas de espera, que hoy se llaman listas de espera de especialistas. Por eso creo que hay que dividir el problema. Necesitamos más especialistas, pero hay cosas que hoy puede hacer un médico familiar.

El diagnóstico del cáncer de recto es otro ejemplo de médico familiar. Hemoglobina humana cualitativa, cuantitativa y rectoscopia por un médico familiar en la atención primaria, que puede tomar la biopsia.

Volvamos al cáncer de mama. El 30 por ciento de los casos de cáncer de mama está relacionado con antecedentes familiares. Un médico familiar puede hacer una buena encuesta para evaluar el riesgo familiar, puede tomar las muestras de sangre y puede diagnosticar a ese 30 por ciento de mujeres que tienen que realizarse una mastectomía profiláctica.

Esos son algunos ejemplos. Hay ejemplos de lo que uno quiera. Así, el 40 por ciento de las interconsultas que deriva este servicio de salud a cardiología pueden ser resueltas por un médico de la atención primaria utilizando el programa Kardio, que se instala en los teléfonos. Hay muchos otros ejemplos.

Por último, como tercer punto, nosotros. Hemos tenido momentos de más capacidad resolutoria. ¿Por qué voy a tratar este tema? Porque, a diferencia de lo que ustedes puedan imaginarse desde fuera, este hospital se gestiona de una manera diferente, podemos entrar a la oficina del director del

hospital y donde están los subdirectores, tenemos acceso a la discusión, a la discusión dura, y tenemos derecho a perdonarnos después de esas discusiones. Eso es gestión.

En cuanto a otras dificultades, no tenemos presupuesto de reposición, no sé desde cuándo. Entonces, cuando queremos sacar cinco colecistectomías en un pabellón, pero hay alguna que tiene el riesgo de necesitar rayos, hay que turnarse con el pabellón de más allá o con el de más acá. Ese es un ejemplo, pero hay múltiples situaciones en que la imposibilidad de reponer los equipos en forma adecuada nos pesa de manera violenta en la eficiencia. ¿Qué pasa cuando esto ocurre? Por un lado, operamos menos de lo que somos capaces de operar y, por otro, cambian algunas reglas del juego. Por ejemplo, una modalidad equis de esterilización que usábamos antes nos permitía usar una caja quirúrgica 500 veces al año; la actual, solo podemos usarla 200 veces al año.

Es verdad que hemos copiado un sistema que parece mejor, pero nadie nos ha demostrado que sea mejor. Entonces, algo distinto tenemos que hacer para recuperar esas capacidades. Es real que hemos hecho un esfuerzo notable en los últimos meses, esfuerzo notable que surge porque tenemos la suerte de tener un director que es cirujano coloproctólogo, que fue cirujano en este hospital durante mucho tiempo y que ha sido director en este hospital con unos rendimientos que, en ese momento y en algunos aspectos, eran mejores que los actuales. Digo en algunos aspectos, porque no sé si ustedes se han enterado de que somos responsables de 8 millones de chilenos cuando se trata de trasplante hepático.

Me pregunto si hay otro lugar en esta larga faja que tenga la capacidad de hacerse cargo de esa responsabilidad. Somos el segundo hospital en América Latina en trasplante hepático,

después de un hospital en Sao Paulo. Esto demuestra que cuando ponemos esfuerzo y nos ayudan a poner el esfuerzo en forma eficiente, en un punto, somos capaces.

Otro tema importante es el aneurisma del cayado aórtico. Lo puedo decir claramente, somos mejor que el Instituto Nacional del Tórax. Se ha hecho un esfuerzo superespecial, pero ese esfuerzo superespecial está topando en que faltan cajas y en que las reglas de esterilización cambiaron. No sé si se puede dar marcha atrás, pero algo hay que hacer para que sean distintas.

Asimismo, hay una serie de cosas que hemos ido haciendo con la mejor de las intenciones, pero que han terminado en frenar la capacidad resolutive.

Por último, retomando el tema de los médicos familiares, ellos tienen conciencia de lo que está pasando; de hecho, están preparando una jornada. Sería bueno que la comisión llamara a los responsables de esta jornada y les preguntara si se sienten capaces de reemplazar lo que hoy día llamamos interconsulta especialista y en qué porcentaje.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el doctor Juan Pablo Ramos.

El señor **RAMOS** (jefe de Intermedio Quirúrgico del Hospital Dr. Sótero del Río).- Señor Presidente, les vengo a hablar un poco sobre la experiencia de vivir la lista espera desde adentro. Principalmente, estamos a cargo de la patología herniaria en el equipo dentro del hospital.

Estoy de acuerdo con muchas cosas que se han dicho hoy. En primer lugar, con que la solución es bastante difícil. Actualmente, el paciente es tremendamente complejo, lo que, sin duda, va de la mano de una buena gestión, de administrar bien los recursos y, ojalá, de obtener más recursos, pero

considerando las capacidades que nos ofrece el hospital para resolver estos pacientes. Es superdifícil tener una directriz única para intentar dar solución a los pacientes, que son cada vez más complejos. Sin duda, los equipos clínicos se están preparando; sin duda, el hospital está creando un sistema interno para poder dar resolución a los pacientes. Sin embargo, estando dentro de la lista de espera y atendiendo a los pacientes, cada vez más vemos que los pacientes más complejos son superdifíciles de resolver.

Una incertidumbre que tengo, como clínico, al ver al paciente en el policlínico, es que siento que hay algunas soluciones que se dan al paciente ambulatorio, al paciente que, entre comillas, tiene menor riesgo, las que son efectivas y que estamos haciendo. Pero, sin duda, el paciente con más riesgo, el más antiguo, el con más comorbilidades y el más complejo para todo el sistema intrahospitalario, es aún un problema muy importante para nosotros.

Sin duda, dentro del hospital se están haciendo muchas cosas para mejorar esto, pero estoy de acuerdo con el doctor Díaz, en cuanto a que uno va, entre comillas, lidiando con varias peleas que va teniendo al día, ya sea la falta de insumos, algunos detalles en esterilización o la disminución de pabellón.

Si bien los esfuerzos se están haciendo, estando dentro de la optimización de este paciente en la lista de espera, una incertidumbre que tengo es con el paciente más grave y con mayor comorbilidad que, básicamente, tiene mayor riesgo de mortalidad cuando llega a una urgencia y no entra por esta lista de espera general.

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

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, considero muy interesantes las dos exposiciones, pero necesito preguntarle algo al doctor Díaz, porque encontré muy interesante lo que habló acerca de la medicina familiar. Junto con el doctor Lagomarsino hemos dado una pelea bien fuerte en el Congreso Nacional en materia presupuestaria, relacionada con los recursos para la Atención Primaria de Salud (APS).

Señor Presidente, por su intermedio al doctor Díaz. Desde el punto de vista médico, ¿qué opinarían los médicos si nosotros produjéramos una ley que entregue facultades a médicos generales, para poder prescribir o poder detectar enfermedades o dolencias que debería ver un oncólogo, por ejemplo? En otras palabras, ¿qué vamos a hacer en el capítulo médico con los oncólogos?

Estaba conversando con la diputada Ossandón respecto de muchos avances que se están haciendo hoy, incluso para detectar dolencias cardiológicas a través de inteligencia artificial, lo mismo que usted señaló. Pero, ¿qué pasaría si eso lo empezaran a hacer los médicos generales, los médicos familiares, o si, simplemente, el Fonasa dejara de pagar la interconsulta a esas sociedades médicas? Digamos las cosas como son, en los hospitales públicos funcionan sociedades médicas, donde hay médicos que en la mañana se ponen el gorro de la salud pública, cobran una parte, y en la tarde se ponen el gorro de una sociedad médica, y eso les gusta, porque el cheque es más grande.

Entonces, en ese caso en particular, ¿usted cree que contamos con el apoyo, por ejemplo, para hacer una reforma en ese sentido y no vamos a tener ningún problema con el Colegio Médico de Chile, los médicos ni los especialistas?

Gracias.

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

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, sobre el punto, he sido uno de los más asiduos -y me responsabilizo- representantes de la causa, de que se desmedicalice y se desespecialice la salud y el colega ha dado una muestra de ello. Él no está diciendo que alguien que no sea oncólogo haga esa pega. Pero la pregunta es por qué no tenemos antígeno prostático específico en todos los establecimientos de atención primaria. Se lo he dicho a la ministra y no sé si es un tema de presupuesto o de convicciones, pero es un tema.

¿Por qué, por ejemplo, no se dan facilidades a los trabajadores para hacerse exámenes preventivos? En Chile siguen muriendo 3.400 personas al año por cáncer gástrico y cifras similares por cáncer prostático.

¿Por qué no se hacen las detecciones de forma oportuna? No sé a qué mujer de la Sala se le ocurriría, por ejemplo, y varones también, que no hay que hacerse el Papanicolaou periódicamente, que es un examen gratuito. ¿Por qué no pasa lo mismo con el examen prostático? ¿O por qué no se hacen endoscopías de rigor, como se hizo en Japón? Ellos disminuyeron las cifras en forma significativa, porque lo detectaron en forma incipiente. Sabemos que la correlación con el *Helicobacter pylori* es muy alta. Hay una experiencia en el Hospital Barros Luco, con métodos que incluso trascienden la endoscopía, para detectar precozmente el *Helicobacter pylori* y con eso disminuir la incidencia.

Entonces, creo que hoy, y lo hemos escuchado en la comisión, hasta los optometristas podrían ayudar a resolver los temas de vicio de refracción, si se les dieran las facultades. Así que, creo que los médicos no tenemos resistencia ni aprensiones con

aquello. Por supuesto, hay que regular y fijar los límites, pero creo que es un tema que nos debemos plantear.

Finalmente, y aprovechando que está el doctor presente, respecto de los tecnólogos médicos. Si usted va a una clínica, no es el especialista el que hace la ecografía, la hace un tecnólogo médico; él detecta piedras en la vesícula, que sabemos que es un predictor de riesgo, pero no puede derivar, sino que tiene que esperar que el especialista lo autorice.

Creo que lo que dice el diputado Agustín Romero, y lo digo con mucho respeto y cariño, doctor, por su intermedio, señor Presidente, acá efectivamente hay que desmedicalizar y traspasar facultades a otros. La pandemia dejó en evidencia que esto era posible, porque se traspasaron tareas que normalmente eran del cuerpo médico o de enfermería a otros estamentos.

Eso es todo, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Daniela Serrano.

La señorita **SERRANO** (doña Daniela).- Señor Presidente, tomé nota de algunas cosas y me voy a remitir a la ronda anterior. Creo que es importante visualizar aquello para hacer una pregunta bien concreta ahora.

Hablamos de los presupuestos de salud y de la voluntad que debían tener los legisladores y las legisladoras, y muchas veces decimos falta plata para esto o falta plata para lo otro, y así se produce la discusión del presupuesto. Pero cuando se hace un recorte global, de alguna parte tiene que salir la plata. Cabe recordar que, finalmente, estuvimos condicionados a llegar a un acuerdo en el cual, en particular el Ejecutivo, tuvo que comprometer 500 millones de dólares para que el presupuesto fuera aprobado en general, y esa plata no llega a gran parte de los ministerios.

Entonces, tenemos que mostrar una voluntad distinta, porque eso va a repercutir en materia de salud. Después es fácil decir que falta plata en salud, pero si cuando estábamos legislando sobre el presupuesto no hicimos ese esfuerzo, no creo que ahora sea bueno reclamar por esa falta de presupuesto.

Por otro lado, no me voy a meter en las especialidades que tienen los médicos, porque creo que varios acá pueden dar clases en ese punto. No soy médico, pero tengo la responsabilidad de estar acá por lo que está sucediendo, en particular, con la crisis de la salud, que tiene que ver con lo que ustedes han expuesto.

Rescato lo que dijo el doctor, que el vínculo con la salud primaria no tiene que ver solo con el tema de la especialidad o con cómo lo vamos fortaleciendo en términos de la prevención. Me gustaría haber tenido una referencia respecto de los cesfam.

Aparte de lo que se puede ver en términos de especialidad, de quién detecta o no, ¿es también importante en este engranaje la corporación, a propósito de ir despejando las listas de espera? ¿Y qué se espera del vínculo con los cesfam? Porque creo que hay desconocimiento en esa materia. Tenemos una salud bastante disgregada. Por eso, creo que es importante dar pasos y sacar conclusiones de cómo vamos unificando engranajes.

Eso es todo, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Solo quiero hacer la siguiente pregunta al doctor Díaz. ¿Le ha faltado en algún momento, durante el año 2024 principalmente, o en lo que llevamos transcurrido del año 2025, insumos, implantes o algún artículo para realizar cirugías?

Lo pregunto, porque hemos constatado que, en otros servicios de salud y hospitales del país, hubo momentos en los cuales no se pudo operar en alguna de las especialidades, justamente por la ausencia de placas de osteosíntesis, traumatológicas, clavos

y, obviamente, tornillos. Claramente, no solo en la especialidad traumatológica, pero, en general, usted nos podría decir si en algún momento hubo algún impedimento que escapara, evidentemente, a situaciones operativas o de disponibilidad de especialistas o de recursos humanos, en general, que haya impedido operar en el pabellón en este hospital.

Tiene la palabra el jefe de Cirugía del Hospital Sótero del Río, doctor Alfonso Díaz.

El señor **DÍAZ** (jefe de Cirugía del Hospital Sótero del Río).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero referirme al conflicto entre el médico familiar capacitado, o versión dos, y el especialista. Los enfermos son supergenerosos.

Entonces, si el médico familiar diagnostica el cáncer de recto y le hace la biopsia, el especialista va a tener más pacientes para operar y hacer quimioterapia. Los que van a disminuir son los pacientes que van a cuidados paliativos y eso es lo más importante que hay que tener claro.

Cuando tú capacitas a alguien de la atención primaria, lo que haces es correr el diagnóstico a la precocidad; por lo tanto, corres el diagnóstico a la mejoría, pero siempre hay un porcentaje de pacientes que se escapa y esos son los niveles de cáncer tipo 3, diría yo, porque espero que no tengamos cáncer tipo 4 en este esquema. De esa manera, quien va a sufrir disminución de clientela es el médico de cuidados paliativos.

Pero el doctor García-Huidobro, hace algunos años, cuando fue director, inventó un sistema para hacer rendir los pabellones mejor que lo que estamos haciendo hoy. Inventó lo que se denominaba el 2x1. Él hacía funcionar los pabellones todo el día y pagaba lo privado, o sea, los honorarios, si uno había hecho el doble en lo institucional. Así, en el sistema institucional, los médicos se autopresionaban, porque esa era la manera de poder ganar después de las cinco de la tarde.

Entonces, voy a hablar de un primer problema que tiene el Hospital Sótero del Río, que se llama honorarios manejados por la subdirección médica. La subdirección médica puede definir una tabla y decir: si ustedes resuelven todos estos pacientes, quedan autorizados a seguir con todos aquellos puestos en tabla por la subdirección médica y no por una organización empresarial.

El sistema 2x1 no rindió los mejores resultados en esa época. Sin embargo, el 2x1 tenía equivalentes; por ejemplo, si se realizaba una gastrectomía por cáncer, a lo mejor se podía cobrar dos vesículas. Ese sistema es el que ahora nos podría mejorar bastante el rendimiento.

Ahora bien, esto desapareció por la tendencia a crear empresas dentro de los hospitales, las cuales son difíciles de mezclar con las tablas quirúrgicas y con las prioridades sanitarias que tiene la institución en su globalidad. Están relacionadas a través de los concursos, pero estos se hacen en un momento histórico dado. Entonces, cuando empiezan a funcionar, el momento histórico está distinto y las prioridades sanitarias se han desplazado; no mucho, pero se han desplazado.

Con respecto a los insumos, es crítica la situación de insumos. ¿Por qué es crítica? Porque antes comprábamos instrumental desechable y lo usábamos hasta que se rompía, y lo esterilizábamos una, dos veces. El promedio de uso de la tijera, de la pinza de biopsia o de lo que fuera era entre diez y doce veces, en circunstancias de que en el rótulo de la caja se indicaba que era desechable, y no tuvimos un aumento de presupuesto diez veces para insumos, de manera que la crisis de insumos es frecuente.

Hemos logrado un cierto equilibrio, pero aquel está dado porque la dirección del hospital no tiene los honorarios para hacer funcionar la totalidad de los pabellones hasta las 9 de

la noche. Si pudiéramos hacer funcionar la totalidad de los pabellones hasta esa hora, el insumo aparecería más crítico de lo que hoy aparece.

El otro problema es el que conversábamos recién y tiene que ver con la reposición de equipo. Hay tablas que se suspenden, porque la mesa dejó de funcionar o porque no tenemos la máquina de anestesia de *backup*.

A pesar del esfuerzo de empezar más tarde una cirugía o extrapolarla a otro pabellón, esas cosas van haciendo que el rendimiento a lo largo del año sea inferior respecto de lo que hemos sido capaces de lograr en otros momentos de la historia de esta institución.

No sé si ustedes entienden o entendieron la angustia del doctor Ramos. Él y la doctora Analía Zinco hicieron el equipo que revisó todas las hernias que estaban en lista de espera y separó las de riesgo. Entonces, ellos ahora conocen el riesgo de 180 personas que, cuando tienen pérdida del derecho a domicilio y se estrangulan de urgencia, tienen una mortalidad cercana al 90 por ciento, pero al ser operados en las condiciones electivas, esa mortalidad es cercana a cero. Ahora esas 180 personas tienen nombre, RUT y teléfono.

Ahí está un poco la dificultad de que alguien debe autorizar a los directores de hospitales para hacer lo que deben hacer, y después vemos o hacemos pasar la Contraloría un poco de atrás, al otro día, cuando las cosas están resueltas, porque en esto no cuesta nada ser transparente.

Si ustedes suben a mi oficina, podrán ver que están pegados, corcheteados en la muralla todos los sistemas de pago de los trasplantes hepáticos del año pasado. La persona que quiera puede subir y revisarlo.

Uno puede gastar las platas transparentemente, pero, primero, debe tener las platas para gastarlas y, después, la libertad,

porque este es un problema de oportunidades de un momento en que se gastan las platas. Estas etnias, operadas por ellos en forma electiva, cuestan un par de días de hospitalización. Cuando se estrangulan y terminan, al final, falleciendo, por lo menos tienen veinte días de tratamiento intensivo antes de irse a juntar con el Padre Eterno. Ese es un problema de muchas platas para hacer lo mismo que se puede realizar por poca plata.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Usted ha tenido dificultades por falta de insumos?

El señor **DÍAZ** (jefe de Cirugía del Hospital Dr. Sótero del Río).- Sí, claro. Más que falta de insumos, existe escasa reposición de equipos, porque los insumos se pueden negociar y de repente obtener incluso que el proveedor se ponga, pero ¿de dónde saco un aparato de rayos o una máquina de anestesia? No la puedo inventar, ni tampoco una mesa que se rompa.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Y también se refiere al reemplazo de instrumental quirúrgico?

El señor **DÍAZ** (jefe de Cirugía del Hospital Dr. Sótero del Río).- Sí.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Roxana Guajardo.

La señora **GUAJARDO**, doña Roxana (presidenta de la Asociación de Profesionales del Hospital Dr. Sótero del Río y dirección del Servicio de Salud).- Señor Presidente, mi nombre es Roxana Guajardo, presidenta de la Asociación de Profesionales del Hospital Dr. Sótero del Río y Dirección del Servicio de Salud.

Primero, agradezco a la diputada Arce y a esta comisión investigadora por darme el espacio. Asimismo, saludo a las trabajadoras y a los trabajadores de este hospital, como también a los del Hospital Padre Hurtado, del Hospital La

Florida y del Hospital San José de Maipo, quienes hoy nos acompañan desde las Aprus.

En primer lugar, saludo que ustedes puedan sesionar en el Hospital Sótero del Río. Cuando salió la noticia de la lista de espera, ese hecho trató de dañarnos muy brutalmente, porque el daño no era solo a la gestión de la lista de espera, sino también hacia las trabajadoras y los trabajadores. Finalmente, nosotros somos los que damos la cara ante la comunidad no solo para la lista de espera quirúrgica, sino también para la entrega de medicamentos y la atención ambulatoria en las distintas unidades del hospital.

Por lo tanto, a pesar de esa arremetida comunicacional, creemos que el impacto con la comunidad fue menor de lo que esperábamos, porque aquella también entiende las falencias y precariedades que vivimos día a día en el hospital.

En cuanto al tema planteado por el doctor de quedarse sin insumos, cabe señalar que la deuda flotante, como le llaman ciertos los expertos, asciende a 25.000 millones de pesos hace poco tiempo; hoy, con las remesas que llegan de los pagos, llegamos a 20.000 millones de pesos. Eso significa que no hay flujo de caja para pagarles a los proveedores y que hoy se entregan medicamentos en forma fraccionada.

¿Quién da la cara frente a la comunidad? Nuestras compañeras y nuestros compañeros. No, la ministra, que, por cierto, debería estar presente no solo en esta comisión, sino también en todo lo que actualmente está pasando en los hospitales.

Si queremos hablar de las listas de espera, tenemos que hacernos cargo necesariamente de las condiciones de trabajo y laborales de cada uno de nosotros.

Cuando nos dicen que no hay insumos para reponer, sepan ustedes que tampoco tenemos condiciones de trabajo decentes o dignas para todos los trabajadores y las trabajadoras de este

hospital. Todavía tenemos unidades donde el personal está hacinado y donde no hay baños para compañeras y compañeros. Además, hoy la empresa externa se está llevando el presupuesto de este hospital. Cuando el doctor Díaz señala el sistema 2x1, la verdad es que no estamos de acuerdo con eso, porque eso es perverso para el sistema público; eso es seguir entregando el presupuesto de nuestro hospital a la empresa privada. Y eso es reconocer que hoy la producción de este hospital se la está llevando la empresa privada. Eso no puede ser. Si hay que mejorar la gestión y el control, hay que hacerlo.

También necesitamos más presupuesto. Hoy tenemos a 119 trabajadores en la empresa externa que están llevando programas y, además, un módulo completo de la UCI. Como han dicho todos los expositores, la UCI más grande está siendo levantada por la empresa externa, arriesgando la continuidad y la calidad de atención de los pacientes, pero eso no puede continuar.

¿Cuál es la respuesta de la ministra? No hay cargos, no hay presupuesto.

Entonces, debemos hacernos cargo del modelo y de la gestión, pero también de las condiciones que cada uno de nosotros debe tener para entregar salud a la población.

Cuando se nos dice del financiamiento, por supuesto que el presupuesto es precario aún. El presupuesto no creció como todos esperábamos que creciera, pero el porcentaje que se va para la empresa externa sí tuvo un crecimiento importante, al igual que en 2024. Ello quiere decir que estamos encarnando la entrega de la plata a los privados, y eso tenemos que pararlo.

Nosotros esperamos que esta comisión, la Cámara de Diputadas y Diputados y la ministra, que está ausente en todos los temas que afectan a los hospitales, estemos contestes y logremos un acuerdo para avanzar en un cambio profundo. Se nos vendió una reforma de salud que tampoco ha avanzado, porque en esta se

pretendía mirar la coordinación con la atención primaria. Ese era uno de los pilares fundamentales, porque no puede ser que no tengamos contacto con la atención primaria.

Cuando llegué a este hospital, hacíamos una capacitación a la APS en el tema de la campaña de invierno. ¿Para qué? Para mejorar la coordinación con la atención primaria, pero eso se perdió. Hoy día la campaña de invierno viene con un tercio de lo que se gastó el año pasado. Esa es la realidad. Y pretenden que nosotros atendamos a la población oportunamente y con calidad. Sepan ustedes que cada trabajador y trabajadora se saca la mugre para poder hacerlo, porque esa es nuestra realidad, en condiciones en que no hay insumos, no hay medicamentos, no hay guantes. Así nos vemos enfrentado día a día. Entonces, esperamos que, si vamos a discutir en serio, discutamos los temas de fondo. Las listas de espera no son números, son personas. Por lo tanto, también tenemos que dar la cara frente a la población.

Pero la principal protagonista, que no está hoy, es la ministra y el subsecretario de Salud. La última respuesta que tuvimos de la ministra para temas del Sótero del Río fue el año pasado por el asunto de la balacera en la urgencia. Sepan ustedes que se comprometió a modificar la urgencia y ese proyecto recién está en curso, sin presupuesto, porque el subtítulo 29 es precario. Entonces, tenemos que avanzar.

¿Qué nos venden hoy día? Que también aquí hacemos la crítica al servicio de salud. La famosa Joint Commission que alguien la nombró por ahí. El equipo está tensionado para dar respuesta a organizaciones internacionales cuando no tenemos condiciones para entregar la atención oportuna hoy día. Y nos tensionan con unas famosas comisiones de humanización, pero hoy día tampoco hay presupuesto para eso. Y esperamos que eso también

se considere a la hora de mirar las condiciones de las trabajadoras y los trabajadores.

Tenemos pendiente medicina nuclear, que es un proyecto que pasó muy rápido por acá, pero hoy día todavía no llegan los equipos; todavía no tenemos los cargos con los cuales se va a utilizar la medicina nuclear para dar respuesta a la ley del cáncer, y se nos dice que va a venir un cargo. ¿Un cargo? ¿Vamos a dar respuesta con un cargo para todos los exámenes? No.

Si miramos los informes financieros del hospital, aquí se compran prestación de servicios de informe, las cuatro máquinas de anestesia *backup*, que decía el doctor, están arrendadas.

¿Qué esperaríamos de la autoridad central? Inyectar recursos en los hospitales y no seguir desmembrando la salud pública para que las clínicas y los privados crezcan como crecen las poblaciones.

En verdad, esperamos que esto se mire de fondo. Y también queremos, como trabajadores y trabajadoras, que la ministra reciba a nuestros dirigentes. Porque dentro del compromiso de este gobierno estaba mejorar las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud pública; estaba la carrera funcionaria, estaba avanzar en condiciones dignas de trabajo, pero hoy las puertas del ministerio están cerradas para nuestros dirigentes.

A través de ustedes, esperamos que no solo se oficie -como dijo el diputado Palma al inicio de la sesión-, sino que también se tensione el diálogo, porque no hay diálogo con la autoridad del ministerio y eso no puede ser.

Por último, agradezco el espacio y espero que este tipo de reuniones, primero, las tengamos al interior del hospital, que podamos trabajar la atención de los pacientes al interior del hospital, pero también nuestras condiciones de trabajo. No

puede ser que sigamos con la empresa externa, que nos falten cargos y que nadie vaya a pelearlo al ministerio para que podamos dar respuesta a la población.

Tenemos compañeros que tienen condiciones precarias -hay algunos presentes- en talleres, en equipos médicos y en distintas otras unidades, no solamente las clínicas.

Así que agradezco el espacio y espero, en verdad, que nos pongamos con el tema de fondo, porque para sacar las listas de espera, se requiere presupuesto, control y gestión y un financiamiento oportuno, no que los dineros lleguen cuatro meses más tarde, cuando ya no está el medicamento en el paciente -se requiere antes-, y nuestras condiciones de trabajo dignas y decentes.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Don José Luis, nombre y cargo, me pide el Secretario.

El señor **ESPINOZA** (presidente de la Federación Nacional de Enfermeras y Enfermeros).- Muchas gracias, Presidente.

Soy José Luis Espinoza, presidente de la Federación Nacional de Enfermeras y Enfermeros.

En primer lugar, si estamos hablando de listas de espera, tenemos que hablar del modelo, porque estamos llegando tarde a atender la patología de los pacientes, de la población. Entonces, tenemos que pensar también en inyectar recursos e ir a la prevención y a la promoción con un enfoque de salud pública.

También quiero ir aclarando ciertos conceptos. Cuando hablamos de salud pública, no hablamos de dónde viene el fondo; el fondo público, el fondo privado. Hablamos de la salud poblacional; de la salud desde la demografía, desde la epidemiología de la población de nuestro país.

Si hablamos de salud pública, nos tenemos que preocupar de esa carga de enfermedades que tiene nuestra población. Y para dar respuesta a eso, sabemos que hay una exigencia, que la misma población nos pone al sistema sanitario y a los trabajadores de salud, y que tenemos que dar respuesta, ¿verdad? Y eso todos lo reconocemos como tal.

Pero, a la hora de resolverlo, ¿cómo lo estamos resolviendo? A través de la inyección de recursos, pero específicamente a través de las compras de servicio. ¿Por qué? Porque no se dan los recursos específicos para atender esa brecha de recursos humanos, de cargos, de asignaciones, de remuneraciones, pero también de equipamiento.

Entonces, ¿cómo lo podemos resolver? Finalmente, a los directivos, ¿qué les queda? Comprar servicios externos, porque no está el subtítulo 21 correspondiente, no está el subtítulo 29 para responder a los requerimientos de equipamientos. Y, por último, todo lo echamos al subtítulo 22, que es la compra de bienes y servicios, bienes que entendemos que son los insumos, quizás medicamentos, lo que usamos en el día a día. Pero cuando hablamos de la máquina de anestesia, de la cama quirúrgica o de las camas clínicas, se están comprando a través de compras de servicios y no del equipamiento propiamente tal, para que seamos dueños de eso como sistema.

Por otro lado, cuando hablamos del personal, claro, necesitamos cientos de personas para satisfacer la necesidad de atención de la población. ¿Cómo lo estamos haciendo? Dado que no tenemos los recursos en el subtítulo 21 para contratar a esas personas, lo tenemos que hacer según el subtítulo 22, que es nuevamente a través de las compras de servicios de las empresas externas y de lo que más daño nos hace -también hay que decirlo- que son las sociedades médicas, que son los mismos funcionarios, trabajadores y médicos que están en las

instituciones y que, después de cierto horario, se cambian el uniforme y ahora son funcionarios privados. En verdad, eso le hace daño al sistema. Estamos gastando tres o cuatro veces el presupuesto, que lo podríamos hacer si es que fuese de origen institucional.

Entonces, esa es la discusión de fondo. Primero, hagamos la inversión en promoción y prevención. También es necesario resolver la carga de enfermedad que tiene nuestra población, pero a través de cómo asignamos los recursos correctamente.

Teniendo esa claridad, podemos ir hablando de cómo se asigna también el presupuesto. Porque hoy día no hay liquidez y no estamos pudiendo pagarles a los mismos proveedores y nos están bloqueando porque no les pagamos. Entonces, no nos van a seguir entregando los productos, los insumos ni los bienes que les estamos comprando.

Por consiguiente, ¿cómo resolvemos, finalmente? También esa es una necesidad que tenemos que plantear, y corresponde a la autoridad central, a la ministra de Salud, pero también a Hacienda. Tenemos que hablarlo fuerte y claro, porque las restricciones vienen desde Hacienda, más que del sector Salud.

Pero cuando hablamos de quiénes dan estas respuestas, somos los trabajadores. Y los trabajadores somos todos y cada uno de los que estamos acá, exceptuando los parlamentarios presentes que tienen su elección por otro lado; pero, desde los directivos hacia abajo, cada uno somos trabajadores, y hemos puesto todo -la vocación, el compromiso, la dedicación, el esmero- para sacar adelante este barco.

Sin embargo, se hace muy difícil, y lo estamos haciendo solo por el compromiso; estamos entregando nuestras vidas al sistema sanitario, pero nos estamos enfermando. La carga de enfermedad que tenemos, que se refleja en el ausentismo, no es trivial. Estamos enfermos realmente, porque las condiciones laborales

no son las óptimas. Y tenemos que ser claros y quizás enlazarlo también con lo que es la salud funcionaria. Cuando hablamos de que nos saltamos la lista, no nos saltamos la lista, porque también estamos entregando un servicio que es imprescindible para la población. Claramente, tenemos que estar sanos para estar operativos y poder entregar esa función.

Por eso, también estamos proponiendo que sea una modificación de ley donde esté permitida la priorización desde los trabajadores como un servicio imprescindible para la comunidad.

Pero no podemos dejar de decir que esta discusión la tenemos que dar con los trabajadores, porque no estamos fuera de la caja. Somos parte de esta caja, que es el sistema sanitario y somos también parte de la solución.

También quiero hacer un llamado, en este espacio, a la ministra Aguilera. Sabemos que estamos en una contingencia que es sanitaria, pero no hay otros temas que estén aparte.

Cuando teníamos la reforma de las isapres, la verdad es que estaba todo el esfuerzo ahí. Ahora eso avanzó y aquí estamos todavía, detenidos en las demandas transversales desde la perspectiva de los trabajadores, porque no hay una voluntad política de querer resolverla.

Es inconcebible la conducta y la actitud que ha tenido hacia los trabajadores. Nosotros somos los representantes nacionales de los trabajadores y aun así no tiene la deferencia de abrir su agenda para conversar estos temas que son transversales.

Hay una demanda que está insatisfecha desde los trabajadores, que es hablar de la carrera funcionaria, respecto de la cual está desconocido que era un compromiso de gobierno y la ministra no aportó las fuerzas para seguir avanzando en ello.

Por su intermedio, señor Presidente, pido a esta comisión, a la Comisión de Salud e incluso a la Comisión de Trabajo y Seguridad Social el apoyo para avanzar en esto, porque no puede

ser que la autoridad del sector, de la cartera de Salud, no tenga espacio para recibir a los trabajadores.

Respecto de la carrera funcionaria, muchas veces se habla de presupuesto, de que no hay plata. Sin embargo, hemos hablado con ciertos criterios razonables. Decimos que sea progresivo, gradual, con temporalidad e incluso planteando ciertas acciones que son de costo cero hoy día para el Estado.

Aun así, no está la disposición, porque no se quiere avanzar en ciertas condiciones laborales para el sector salud. Entonces, si hablamos de costo cero, hay otras cosas que están asociadas a esas propuestas que ya hemos presentado, pero nos cierran la puerta en la cara.

Esto no es trivial, porque está amarrado en la propia legislación que tenemos: la Constitución Política de la República, la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado y el Estatuto Administrativo. No es que se nos ocurra a nosotros, sino que el Estado debe dar respuesta como nuestro empleador.

Por último, muchas gracias por la atención y por el espacio.

Si queremos hablar de lista de espera, nos tenemos que poner todos de pie, todos presentes, porque ese es el objetivo para dar respuesta a nuestra población.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Pido una prórroga de quince minutos para terminar con una ronda de preguntas y respuestas.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Hernán Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, todas las expresiones que hemos escuchado, particularmente las de los gremios de la salud, vienen a refrendar la necesidad imperiosa que había de traer esta comisión a terreno.

He dicho hartas veces que el que no tiene calle mejor que se calle. Entonces hay que tener calle, ir a los territorios, ir a los establecimientos, escuchar a las fuerzas laborales, porque finalmente ellos son los expertos. Ellos son los que nos dan insumos, los que, en el día a día, están siendo carne de cañón y poniendo la cara frente a una población que está sobrecomplicada, porque no da el ancho el presupuesto para la salud pública.

Se ha hablado de las partidas. Hemos escuchado, por ejemplo, cómo la de Dipres va postergando la posibilidad de pago automático de los proveedores y las implicancias que eso tiene en las listas de espera para los establecimientos.

Le preguntaba recién al presidente, porque no recordaba la cifra. Este hospital tiene más de 20.000 millones, creo, impago a los proveedores. Entonces, no sé cómo se las arreglan los proveedores para sostener una espalda financiera que ya es insostenible.

Debo agradecer a la comisión que hayan dado paso a la solicitud que hice hace algunas semanas de hacer esta reunión, porque creo que era absolutamente necesario escuchar a los actores, los que están en el frente día a día.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Mónica Arce.

La señorita **ARCE** (doña Mónica).- Señor Presidente, quería dar las gracias por haber dado la unanimidad para que los dirigentes pudiesen expresar sus inquietudes. Concuerdo absolutamente con ellos: para poder avanzar en las listas de espera y en otras de las tantas necesidades de la salud pública, tenemos que hablar primero de lo básico, de las condiciones.

Es increíble constatar que los funcionarios de la salud no tienen salud. Es bastante triste que nuestro sistema funcione

de esa manera. Creo que esos datos no siempre se tienen en cuenta y no se develan, por ejemplo, en las cuentas públicas.

Quería hacer una aclaración respecto de la asistencia de la ministra de Salud. Ella no fue invitada formalmente. Está citada para otras sesiones de esta misma comisión. Sí, hay representantes del equipo de la ministra, para ser justos también, y me imagino que están tomando nota de todo lo que se ha dicho aquí para llevarlo con la ministra.

Quien sí estaba invitado formalmente era el alcalde de Puente Alto. No sé si habrá dado las excusas correspondientes respecto de su inasistencia. Me gustaría saber si hay alguien de su equipo acá. Lo quiero constatar, porque creo que es demasiado relevante.

Hablamos de la prevención y un doctor también habló de los centros de asistencia primaria. En ese sentido, desde la misma corporación de salud podríamos ver qué otras contribuciones pueden dar a esta misma mesa.

Por eso estamos con todos los actores. Tenemos que buscar soluciones conjuntas. Todos los actores son importantes. De ahí que una ausencia como esa es un poco preocupante.

Además, en esta misma mesa podrían haber develado cuáles son las limitaciones que tienen. No es adjudicar una responsabilidad, sino que ellos también puedan comentarnos en qué topan para poder ser colaboradores activos de esta gran red que necesita funcionar, de este mecanismo que necesita funcionar para los trabajadores y los usuarios.

Entonces, creo que es relevante mencionarlo. Ojalá en otras instancias sí se pueda hacer parte, porque tenemos que estar todos disponibles para encontrar soluciones.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Daniela Serrano.

La señorita **SERRANO** (doña Daniela).- Señor Presidente, saludo la disposición que ha tenido esta comisión investigadora de ir visitando los distintos hospitales, porque en ellos está el insumo de cuáles son los problemas estructurales.

Cuando partí mi intervención, hubo una operación comunicacional contra la salud pública. Eso lo resintieron los hospitales; de hecho, fueron sindicados principalmente los funcionarios.

Ahora, lo que tenemos que ver cómo encauzar es principalmente que la eliminación de las listas de espera es un problema presupuestario, es un problema estructural y en el que también tiene que haber un compromiso por parte del Congreso Nacional.

Sé que las prerrogativas en cuanto a los recursos están por parte del Ejecutivo, pero el Congreso Nacional no puede ser un obstáculo cuando vemos que no estamos llegando, hoy día, sobre todo, y las predicciones nos dicen que vamos a llegar a agosto. Creo que también es importante que lo podamos medir en su justa medida.

En ese sentido y también porque recojo la importancia de que podamos estar sesionando, creo, señor Presidente, si usted lo tiene a bien -no soy integrante permanente de esta comisión investigadora, sino que hicimos el reemplazo justamente porque veníamos al Hospital Sótero del Río-, que las conclusiones de esta comisión investigadora también se tienen que traducir en lo que se decía anteriormente: no basta solo con la ley corta de isapres, sino con la ley larga que estamos esperando hace tanto en salud.

Esta comisión investigadora tiene que servir como un insumo muy importante para una discusión legislativa, sobre todo que encauce. En el último año de gobierno debe haber una presentación al Congreso Nacional de cómo nos vamos a hacer cargo hoy día del problema que tiene la salud pública, pero,

principalmente, con una reforma que tiene que satisfacer las expectativas de todos quienes nos acompañan, de las necesidades que existen y de un Congreso Nacional que se tiene que disponer a hacer una reforma que hace mucho tiempo le debemos a todo el país.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Solo quería hacer presente algo, antes de finalizar, sobre todo por lo que se planteó hace poco. Efectivamente, año a año tenemos un informe de pacientes fallecidos en listas de espera.

Para el año 2022, en este servicio de salud fallecieron 241 personas con garantía de oportunidad retrasada, y 2.965 en lista de espera no GES. Aún no tenemos el dato de 2024.

Respecto de 2023, no tenemos desagregado por servicio de salud los fallecidos en lista de espera no GES, pero sí tenemos que en este Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente fallecieron 309 personas con garantía de oportunidad GES vencida.

En esos mismos informes, el Ministerio de Salud establece que de esas personas que fallecieron en listas de espera, aquellos posiblemente asociados y aquellos definitivamente no asociados; es decir, aquellos que fallecieron en lista de espera, pero no por lista de espera, y aquellos que fallecieron en lista de espera y posiblemente asociados a esa espera.

En cuanto a 2022, no tenemos la relación nacional por servicio de salud. La relación nacional entre posiblemente asociados y no asociados es de 19,35 por ciento de pacientes con garantía de oportunidad GES retrasada, cuya causa de fallecimiento estaba posiblemente asociada a la causa de espera en esa garantía de oportunidad.

En 2023 esta relación bajó a 15,76 por ciento, lo que significa, al menos en garantías de oportunidad, 1,182 personas

que fallecieron en 2022 con GES retrasado, posiblemente asociada a la causa de espera, y en 2023, 996 pacientes.

Si aplicamos esos mismos porcentajes a las personas que fallecieron en este servicio de salud con garantía de oportunidad GES retrasada, no en la lista de espera no GES, son 45, aproximadamente.

Quizás no son muchas, pero, como bien se dijo, son personas, no son un número; es decir, tenemos personas que, posiblemente, su causa de fallecimiento esté asociada a la razón por la cual estaba esperando. No quería dejar pasar la apreciación de que pudiera no haber una correlación, aunque sea en un porcentaje de aquello.

Dicho lo anterior, agradeciendo a todos los participantes y lo que se ha planteado en las últimas intervenciones, efectivamente, esta comisión especial investigadora se propuso visitar ocho hospitales en sus sesenta días de trabajo, prorrogable por quince días, más quince días de conclusiones. Vamos en el sexto, nos falta el séptimo y octavo, que es el Hospital Del Carmen y el Hospital Carlos van Buren.

Es un esfuerzo que no ha sido fácil y, por ello, no solo quiero agradecer al diputado Palma, quien propuso sesionar en el Hospital Sótero del Río, sino también profundamente a la diputada Ossandón, a la diputada Arce, a la diputada Serrano, que son parte del distrito y que nos permitieron tener el *quorum* para sesionar, así como al diputado Romero, que es integrante de la comisión, pero que es de otro distrito.

Muchas gracias por habernos permitido sesionar.

También quiero agradecer a los funcionarios, a la asociación, a los directivos, porque, evidentemente, no es lo mismo sesionar desde el Congreso Nacional que hacerlo aquí.

Respecto de lo último, llevamos una sesión con el subsecretario de Redes Asistenciales, que fue el martes de esta

semana. Tenemos una segunda sesión el próximo lunes con el mismo subsecretario, que sí han estado citados y que vamos llevando las inquietudes que levantamos desde los servicios de salud a la sesión que tenemos más centralizada con ellos.

El 5 de mayo también está citada la ministra de Salud, ocasión en la que tendremos la oportunidad de hacerle las consultas y las apreciaciones que hemos levantado desde los mismos servicios de salud y hospitales.

Nuevamente, agradezco a todos su participación.

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

-Se levantó la sesión a las 12:43 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.