



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)

LEGISLATURA 373^a

ACTA DE LA SESIÓN 25^a, ESPECIAL, CELEBRADA EN JUEVES 24 DE ABRIL DE 2025, EN EL HOSPITAL EL CARMEN DR. LUIS VALENTÍN FERRADA, MAIPÚ, DE 09:45 A 13:30 HORAS.

SUMA

Exposiciones de autoridades y representantes de la sociedad civil de la Región Metropolitana de Santiago.

Presidió al inicio de la sesión el diputado **Agustín Romero Leiva**, y a continuación, su titular, diputado **Tomás Lagomarsino Guzmán**.

Actuó, en calidad de Abogado Secretario de la comisión, el señor John Smok Kazazian; 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 del diputado Jaime Araya, asistieron el diputado Rubén Oyarzo y la diputada Viviana Delgado, respectivamente.

II. ACTAS

El acta de la sesión 22^a se dio por aprobada, por no haber sido sometida a observaciones.

El acta de la sesión 23^a se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.



Firmado electrónicamente

<https://extranet.camara.cl/verificardoc>

Código de verificación: 132AC0D6D0C7B1C9

III. CUENTA¹

Se recibieron los siguientes documentos en la Secretaría de la Comisión:

1. Comunicación del jefe del Comité del partido por la Democracia y del jefe del Comité Mixto Radical, Liberal e Independientes por la que informan que el diputado Jaime Araya será reemplazado en esta sesión por la diputada Viviana Delgado. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

2. Comunicación del jefe del Comité Socialista y del jefe del Comité Mixto Radical, Liberal e Independientes por la que informan que la diputada Emilia Nuyado será reemplazada en esta sesión por el diputado Rubén Oyarzo. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

IV. ORDEN DEL DÍA

El diputado **Lagomarsino, Presidente**, expresó que esta sesión especial ha sido citada con el objeto de tratar materias relacionadas con el mandato a que diera origen esta instancia, para dar respuesta a las observaciones, preguntas y solicitudes planteadas por los integrantes de la comisión.

Al efecto, fueron invitadas a esta sesión la Directora del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada; la Directora del Servicio de Salud Metropolitano Central, el Subdirector de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central, el Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana, la Presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile y ANCOSALUD, Asociación de Consejo de Salud de Chile.

Durante el desarrollo de la sesión, expusieron los siguientes invitados:

1.- La Directora (s) del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Dra. Patricia Mellado².

2.- El Director subrogante del Servicio de Salud Metropolitano Central, Patricio Barría.

3.- El Subdirector de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central, Dr. Alexander Recabarren³.

4.- El Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana de Santiago, Sr. Gonzalo Soto Brandt.

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=347828&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

² https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=347855&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

³ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=347857&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

5.- El representante de la Asociación de Consejo de Salud de Chile (ANCOSALUD), Eduardo Nova.

6.- El Presidente de la Federación Nacional de Enfermeros y Enfermeras de Chile, José Luis Espinoza Díaz.

7.- El dirigente de la Confederación Nacional de Federaciones de Trabajadores de la Salud de Chile (FENATS) Histórica Hospital El Carmen y Presidente de FENATS Metropolitana Nacional, Emilio Guzmán.

8.- La dirigente de “Tu nueva Fenats” y Vicepresidenta de Fenasalud, Paulina Cortes.

9.- La funcionaria del área ambulatoria del Hospital El Carmen, Catalina Contreras.

Las exposiciones de los invitados y las intervenciones de los diputados constan en detalle en la versión confeccionada por la Redacción de Sesiones de la Cámara de Diputados, que se adjunta al final de esta acta.

V.- ACUERDOS

Se adoptaron los siguientes acuerdos:

1.- Recibir en esta sesión a los siguientes representantes de la sociedad civil:

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

- Dirigente de la Confederación Nacional de Federaciones de Trabajadores de la Salud de Chile (FENATS) Histórica Hospital El Carmen y Presidente de FENATS Metropolitana Nacional, Emilio Guzmán.

- Dirigenta de “Tu nueva Fenats”, y Vicepresidenta de Fenasalud, Paulina Cortes.

- Funcionaria del área ambulatoria del Hospital El Carmen, Catalina Contreras.

2.- Solicitar a la Contralora General de la República, doña Dorothy Pérez, que inicie un proceso de auditoría interna en el Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Maipú, con el objeto de determinar la eficiencia, legalidad y eficacia de la gestión de recursos y operaciones respecto de las listas de espera en el recinto hospitalario.

3.- Solicitar al Director General de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, don Juan Manuel Sánchez Medioli, que adopte las medidas

necesarias para disponer que tanto el Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Maipú, como el Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza, La Florida, cuenten con su propio inspector fiscal de obras de concesiones, considerando que en la actualidad hay uno común designado para dichos recintos.

4.- Solicitar a la Ministra de Obras Públicas, Jessica López Saffie, y al Director General de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, Juan Manuel Sánchez Medioli, que informen sobre las multas que se han cursado a la empresa concesionaria a cargo del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada Maipú, en general, por las deficiencias que se han presentado en el recinto, y en particular, por las problemáticas que afectan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

En dicho contexto, y en caso de que no se hayan cursado las multas correspondientes, que tengan a bien aplicar las sanciones pertinentes.

5.- Pedir a la Ministra de Obras Públicas y al Director General de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas que ordenen la instrucción de una investigación sumaria con motivo de haber omitido la climatización de espacios comunes en las especificaciones técnicas de las bases de licitación para las concesiones del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, de Maipú, y del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza, de La Florida.

Asimismo, en relación con la ejecución del “Proyecto Clima” en el hospital El Carmen, que motivó el traslado del personal administrativo y de la concesionaria y de sus bienes, que tengan a bien informar los motivos por los cuales no se habría considerado la mitigación del efecto clínico y la mudanza de camas clínicas.

6.- Prorrogar la sesión hasta las 13.30 horas.

El detalle de lo obrado en esta sesión queda registrado en un [archivo de audio y video digital](#), conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del Reglamento.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 13:30 horas.


JOHN SMOK KAZAZIAN
Abogado Secretario (a) de la Comisión

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 25ª, celebrada en el Hospital El Carmen “Dr. Luis Valentín Ferrada”, Maipú, en jueves 24 de abril de 2025, de 9:45 a 13:30 horas.

Preside el diputado señor Tomás Lagomarsino.

Preside, en forma accidental, el diputado señor Agustín Romero.

Asisten la diputada Viviana Delgado, en reemplazo del diputado Jaime Araya; el diputado Rubén Oyarzo, en reemplazo de la diputada Emilia Nuyado, y el diputado Hernán Palma.

Concurren, en calidad de invitados, la directora subrogante del Hospital El Carmen “Dr. Luis Valentín Ferrada”, doctora Patricia Mellado; el director subrogante del Servicio de Salud Metropolitano Central, doctor Patricio Barría; el subdirector de Gestión Asistencial subrogante del Servicio de Salud Metropolitano Central, doctor Alexander Recabarren, y el secretario regional Ministerial de la Región Metropolitana de Santiago, señor Gonzalo Soto Brandt.

De la Asociación Nacional de Consejos de Usuarios de la Salud Pública de Chile (Ancosalud), el señor Eduardo Nova; de la Federación Nacional de las Asociaciones de Enfermeros y Enfermeras de Chile (Fenasenf), su presidente, señor José Luis Espinoza Díaz; de la Fenats Histórica Hospital El Carmen, el dirigente y presidente de Fenats Nacional Metropolitana, señor Emilio Guzmán; de “Tu nueva Fenats”, la dirigente y vicepresidenta de Fenasalud, señora Paulina Cortés, y la funcionaria del área ambulatoria del Hospital El Carmen, señora Catalina Contreras.

TEXTO DEL DEBATE

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

El señor **ROMERO**, don Agustín (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 **SMOK** (Secretario) da lectura a la Cuenta.*

El señor **ROMERO**, don Agustín (Presidente accidental).- Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra sobre puntos varios.

Tiene la palabra el diputado Hernán Palma.

El señor **PALMA**.- [...]

-Habla fuera de micrófono.

El señor **ROMERO**, don Agustín (Presidente accidental).- Ofrezco la palabra.

La presente sesión tiene por objeto tratar materias relacionadas con el mandato que dio origen a esta instancia, para dar respuesta a las observaciones, preguntas y solicitudes planteadas por los integrantes de la comisión.

Para el efecto, han sido invitados la directora subrogante del Hospital El Carmen, doctora Patricia Mellado; el doctor Patricio Barría, director subrogante, quien asiste en reemplazo de la directora del Servicio de Salud Metropolitano Central, señora Ximena Morlans; el subdirector subrogante de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central, doctor Alexander Recabarren; el secretario regional ministerial de la Región Metropolitana, señor Gonzalo Soto Brandt, y el señor Eduardo Nova, de la Asociación Nacional de Consejos de Usuarios de la Salud Pública de Chile (Ancosalud).

Recién conversé con ustedes y les ofrecí invitarlos a participar.

Si la comisión lo tiene a bien, escucharemos a estas personas.

Tiene la palabra el diputado Rubén Oyarzo.

El señor **OYARZO**.- [...]

El señor **ROMERO**, don Agustín (Presidente accidental).- No hay ningún problema, que nos hagan llegar el nombre de algún representante que quiera hacer uso de la palabra.

Al mismo tiempo, pido la unanimidad para escuchar al presidente de la Federación Nacional Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile (Fenasenf), señor José Luis Espinoza Díaz.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Les ruego hagan llegar sus nombres.

Tiene la palabra la doctora Patricia Mellado.

La señora **MELLADO**, doña Patricia (directora subrogante Hospital El Carmen).- Señor Presidente, buenos días y bienvenidos a nuestra casa. Es un honor para nosotros y para mí, como directora, recibirlos acá para conversar temas relevantes relacionados con la gestión de nuestro hospital.

Quiero partir poniéndolos en contexto. El hospital de Maipú fue esperado por más de 30 años por las comunas de Maipú y Cerrillos. Como proyecto, se generó en 2006, cuando comenzó la era de la unión público-privada destinada a mejorar las condiciones de salud pública. Inicialmente, fue considerado como un hospital de baja complejidad. En ese momento contábamos con una población que era casi la mitad de la que tenemos hoy. Demoró desde 2006 hasta 2014 para entrar en funcionamiento.

Personalmente, trabajo aquí desde el día uno, cuando se abrió. Soy pediatra, neonatóloga y estuve 10 años como jefa de Neonatología, hasta que asumí el cargo en la Subdirección Médica. Posteriormente, por cosas de la vida, llegué a ser directora subrogante, y este 26 de abril cumpla un año en el cargo.

Asumí este cargo, principalmente, por el compromiso que tengo con este hospital y por la importancia que tiene para mí, profesionalmente, trabajar en la salud pública.

Con el equipo que trabajo, con todos los equipos clínicos administrativos y todos los equipos de apoyo que trabajan en el hospital, asumimos una labor en un hospital que en realidad no estaba en buenas condiciones desde el punto de vista de gestión y de organización.

Iniciando esta gestión en mayo de 2024, asumimos un hospital que tenía nodos críticos muy contundentes, que probablemente son nodos que podrían repetirse en distintas instituciones de salud de nuestro país, pero con la connotación clara de que hemos sido siempre un hospital concesionado que, como les dije inicialmente, estaba destinado a ser un hospital de baja complejidad, al poco andar, más de un mes de funcionamiento, pero nos dimos cuenta de que eso era imposible. Un hospital que se inicia con 365 camas y al poco andar tuvimos que aumentar hasta tener en este momento una dotación de 451 camas, y con una concesionaria a cargo de servicios básicos como alimentación, ropería clínica, seguridad, estacionamientos y climatización, entre otros.

Aparte de eso, teníamos el año pasado, cuando estábamos por cumplir 11 años de funcionamiento, obsolescencia de equipos que llevaban casi 10 a 15 años funcionando; en ese momento teníamos una población asignada mucho mayor a la que fue planificada para este hospital. Siempre hemos tenido falta de especialistas por la dificultad de armar equipos clínicos, principalmente por la lejanía que significa esta comuna para los profesionales. Ha habido un aumento de la complejidad de nuestros pacientes, que voy a demostrar después con cifras claras del aumento del peso GRD.

Veníamos con secuelas de listas de espera pospandemia, sufrimos antes de pandemia lo que significó el aumento de la migración. Ustedes saben que el Servicio de Salud Metropolitano Central es el que acumula mayor cantidad de migrantes. Asimismo, teníamos y tenemos problemas de presupuesto, sobre todo en el subtítulo 21, lo que implica una dificultad para dar solución a muchos problemas de atención de salud, sobre todo fuera de horario, y una infraestructura insuficiente para la capacidad resolutoria que se ha desarrollado en los últimos diez años en este hospital.

Lo más relevante, en ese momento, es que estábamos recibiendo un servicio de urgencia completamente colapsado con una gestión insuficiente para dar solución a la demanda de atención de nuestros pacientes adultos, y una presión constante para expandir nuestra cartera de servicios porque, al tener abierto un hospital como este, la comunidad de Maipú y Cerrillos nos exige a nosotros solucionarles acá sus problemas de salud.

Les quiero presentar algunos datos de gestión, porque tomado el cargo el año pasado, específicamente el 26 de abril, nos planteamos de qué manera

podíamos, además de solucionar problemas de infraestructura y de relación con la concesionaria, hacernos cargos de la gestión del hospital.

En ese andar, y si ustedes se fijan en la lámina, tuvimos un aumento del peso medio GRD, a pesar de que tuvimos una disminución de los egresos el año 2024, pero la explicación es clara; quizás tenemos menos pacientes, pero tenemos aumento de la complejidad de la patología de nuestros pacientes.

Esto se ve engrosado porque el año 2024 hubo y se generó un éxodo importante de pacientes beneficiarios de Isapre y que pasaron a ser Fonasa. La estancia media, si bien el año 2019 fue la mejor época y el mejor resultado de la estancia media en este hospital, como en muchos otros hospitales, pospandemia aumentó llegando a un número alto en 2021, pero en 2023 se reguló y el año 2024 terminamos con una estancia media de 8,9 días.

En relación con la urgencia, que fue lo que les notifique inicialmente, para nosotros era un punto álgido en cuanto a la gestión que teníamos que generar, pensando en que para efectuar cambios a nivel de la gestión intrahospitalaria, la puerta de entrada para nuestros pacientes es la urgencia. Y, como todos saben, en salud esto es un engranaje que funciona, porque si uno falla, fallan todos. La urgencia para nosotros era relevante mejorar, tanto la infraestructura como las horas de espera y, más aún, la disminución de los pacientes que estaban en espera de cama.

En este gráfico, lo único que quiero que miren es lo que ha pasado en la gráfica de arriba, la celeste, cómo aumenta en forma progresiva el promedio de consultas en nuestro servicio de urgencia. Y a pesar de este aumento en el número de consultas en forma progresiva, la línea naranja demuestra cuántos son los pacientes que están en espera de hospitalizarse. Y a pesar de tener un aumento en la consulta, después de todo un año, logramos disminuir a 60 en promedio los pacientes que diariamente esperan una cama versus lo que pasaba a enero de 2024, cuando teníamos 70 pacientes esperando, pero con una consulta mucho menor.

También, es importante definir que en plena campaña de invierno del año 2024 no hubo un aumento de hospitalizaciones y se notó una disminución del número de pacientes en espera de cama.

Quiero darles otros resultados, que como directora y como representante de todos los equipos de este hospital nos sentimos orgullosos, porque hemos logrado este año mantener, a diferencia del año pasado, un *Balanced Scorecard* de 72 por ciento. En ese sentido, debo notificar que tenemos 16 indicadores en proceso de apelación y, según nuestra impresión, van a ser validados de tal forma que vamos a lograr la meta del 75 por ciento, que es lo que exige el Minsal.

Otro punto importante es el cumplimiento de patologías GES. Desde el año 2020 a la fecha no se había logrado el ciento por ciento del cumplimiento de la meta Minsal y nosotros la cumplimos el año pasado. Y lo que nos convoca acá, que entiendo que es la razón de ser de la comisión, es que nosotros con todas las estrategias que decidimos efectuar el año pasado logramos mejorar la ambulatorización de las cirugías mayores electivas, que fueron en 2022 el 88 por

ciento, bajaron al 56 por ciento el año 2023, pero el año 2024 repuntamos y llegamos al 68 por ciento, cumpliendo la meta Minsal que exige por lo menos el 50 por ciento.

Esto se ve también favorecido porque el año pasado asumimos el desafío de implementar la estrategia de pabellones de alta resolutiveidad. En febrero del año pasado asumimos este desafío acompañados por el Minsal y logramos generar en este pabellón el aumento de las cirugías mayores ambulatorias. El 25 por ciento de nuestras cirugías mayores ambulatorias se efectúan en este pabellón.

Ahora, para establecer esta estrategia CRR hay distintos indicadores que tenemos que manejar y que nos miden la eficiencia de ese pabellón en específico, pero lo que hicimos fue aplicar estos indicadores de eficiencia a todo el resto de nuestros pabellones para ver si teníamos al mismo tiempo el aumento en la eficiencia de todo el pabellón. Y es así como logramos, en general, aumentar el porcentaje de ocupación de los quirófanos llegando al 78,9 por ciento, lo que es cumplir la meta Minsal, que es de un mínimo de 77 por ciento.

Logramos disminuir el porcentaje de suspensiones de cirugías llegando a un promedio de 5,9 por ciento, que sobrepasa por mucho la meta Minsal, que es del 7 por ciento.

Quisiera entrar de lleno a lo que son las listas de espera. En ese sentido, todas las estrategias que generamos para mejorar la urgencia y los pabellones se vieron reflejadas en muchas otras metas o indicadores dentro del hospital.

Aquí les muestro las intervenciones quirúrgicas, los ingresos y los egresos de pacientes en espera de intervención quirúrgica. Si ustedes se fijan, los egresos quirúrgicos de 2023 a 2025 fueron 11.929, sin embargo los ingresos fueron de 17.614. O sea, si bien hicimos un gran esfuerzo por dar de alta a pacientes y resolverle su problema quirúrgico, al mismo tiempo tuvimos un ingreso de pacientes nuevos que sobrepasó incluso el egreso que tuvimos. Pero lo destacable es que, a pesar de esto y de que todos los años tuvimos mayores ingresos que egresos, logramos disminuir la mediana de días de espera, que es el indicador que estamos evaluando en este momento. Entre 2023 y 2024, gracias a todas las gestiones que se generaron y al trabajo arduo y muy dedicado de todos los equipos, logramos bajar en un 22,9 por ciento la mediana.

En relación con la consulta médica, pasa lo mismo. Tuvimos más ingresos que egresos, pero la mediana de días de espera bajó en un 39 por ciento entre 2023 y 2024.

En cuanto a la consulta dental, ocurre lo mismo. Logramos bajar entre 2023 y 2024 un 31 por ciento la mediana de días de espera.

Respecto de la resolución de patologías oncológicas, nos hacemos cargo de los problemas de salud oncológicos que ahí están detallados. Lo destacable es que en 2024 tuvimos un cumplimiento de 98,85 por ciento de la resolución de estas patologías oncológicas.

Ahora bien, en los últimos minutos de mi presentación quiero detallar lo que significa el problema atingente en el que estamos ahora y que en un momento dado lo conversamos. Me refiero al proyecto Clima.

Dicho proyecto venía desde 2021, mediante decreto, destinado a efectuarse en nuestro hospital. Era como algo que nos soplabá detrás del oído. Cuando asumí la dirección, el equipo completo entendía que cada vez estábamos más cerca de que esto se tuviera que hacer efectivo, y ya estamos en eso. El proyecto Clima empezó a funcionar y a desarrollarse en este momento.

Dentro de las cosas que les quiero definir, para que entiendan la problemática que les voy a presentar posteriormente, es que las medidas de mitigación que contempla dicho proyecto por convenio no contemplaron, en ningún momento, la mitigación del compromiso clínico que iba a tener la posibilidad de hacer entrega de espacios clínicos y la disminución constante durante el año ocho meses que dura el proyecto, con las cuarenta camas menos de medicina adulto.

Además, de acuerdo a una carta Gantt que está definida, que lleva varias versiones y que se ha ido acomodando de acuerdo a las realidades, debemos entregar otros espacios clínicos, como box de atención del CAE (Consultorio Adosado de Especialidades) y unidades como la de Medicina Transfusional, y tuvimos que entregar la Unidad Dental, de Imagenología, de Residencia, etcétera, porque, lamentablemente, tanto este hospital como el de La Florida, que corresponden a la misma concesionaria, fueron construidos sin contemplar climatización en áreas específicas y muy necesarias. Por lo tanto, si bien es algo que detectamos a principio, una vez que empezamos a trabajar y tuvimos que pasar el primer verano en este hospital, que fue en 2015, tuvimos que esperar hasta 2024 para que esto se llevara a cabo.

También hemos tenido que entregar espacios administrativos, salas de espera, etcétera, por lo tanto ustedes comprenderán que este proyecto altera el funcionamiento completo del hospital. Sin embargo, lo que más nos complica en este momento es que estamos viendo con temor una posible dificultad para dar atención oportuna y de calidad a nuestros pacientes.

En cuanto a los efectos que ha tenido el proyecto Clima en el hospital, como dije, tenemos cuarenta camas menos en forma permanente y todavía no tenemos una solución para ver de dónde vamos a obtener ese respaldo.

Respecto de las gestiones, hemos tenido que cambiar espacios de trabajo. Entre diciembre y enero, hubo que desplazar a más de 170 funcionarios administrativos a trabajar en espacios modulares, ya que fueron destinados como una medida de mitigación para ello. Ha habido intercurrencias que, lamentablemente, no dependen del proyecto Clima, pero que también nos han afectado en el funcionamiento del hospital, como fue la falla inesperada de la Unidad Manejadora de Aire del Servicio Intensivo Adulto, ya que durante casi tres meses no tuvimos UCI, y algunos eventos que también han ocurrido en el Laboratorio.

Me quiero detener en este punto, porque gracias al esfuerzo de todos los equipos clínicos y administrativos y al apoyo que también han prestado las distintas agrupaciones gremiales, hemos logrado que los funcionarios entiendan de cierta forma, soporten y tengan paciencia con la presión que significa todo esto.

La UPC adulto estuvo casi tres meses sin funcionar. Sin embargo, logramos modificar espacios y generar cupos para mantener pacientes en espera de traslado. Sin embargo, lo que más se ha resentido posteriormente a eso, porque ese

problema ya está solucionado, es el estrés que ha generado en la comunidad funcionaria. Eso es completamente entendible, porque nosotros, como funcionarios de la salud, priorizamos dar una buena atención y generar espacios. Sin embargo, dado que estos no son los adecuados para atender a nuestros pacientes, obviamente eso genera estrés, roces, ausentismo y, por supuesto, el desenlace es que se generan complicaciones. Entonces, la comunidad funcionaria está en esta condición.

También debemos poner atención en lo que significa para nuestros usuarios. Como hemos cambiado espacios, debemos informarles de aquello, porque no estamos funcionando en las mismas infraestructuras de antes, por lo tanto debemos preocuparnos de que los usuarios de nuestro hospital sepan que estamos en esta situación. Para eso, hemos hecho notificaciones, ido a la comunidad, dado información por redes sociales y, además, contamos con una OIRS reforzada para que pueda orientar a nuestros pacientes y no tener esos problemas.

Respecto de las medidas de mitigación, como hospital hemos hecho un montón de gestiones. Estamos articulados con nuestra red, como también con el Centro de Referencia de Salud de Maipú, mejorando cada vez más la posibilidad de trasladar a los pacientes. Hemos desarrollado y mantenido una telemedicina que apoya tanto a médicos como a pacientes, como también a la APS en la toma de decisiones para tratar de disminuir la asistencia al hospital de los pacientes que en realidad no lo necesitan. Hemos indiferenciado camas de hospitalización quirúrgica. Asimismo, hemos solicitado la autorización para efectuar un teletrabajo ampliado, distinto a lo que está establecido por ley en estos momentos. Estamos complejizando y tenemos la intención de aumentar nuestros cupos de atención domiciliaria. También hemos reconvertido camas de ginecología y realizado una estrecha coordinación con la inspección fiscal, para que a través de ella la concesionaria pueda cumplir con los plazos de entrega de nuestros espacios clínicos. De igual modo, estamos apoyando a los equipos clínicos y administrativos y de la mejor manera, aunque sé que nunca es suficiente y siempre vamos a poder más, pues hay espacios de mejora en eso, entregar la mayor información a la comunidad funcionaria para evitar la incertidumbre.

Por otra parte, aquí el compromiso es superclaro. Vamos a hacer todo lo posible para que en estas condiciones el hospital siga funcionando y solucionando el problema que significa la atención de salud, que en el fondo es nuestra razón de ser.

Nuestro compromiso es mantener, al menos, los resultados de 2024. Sabemos que la entrega de espacios, sabemos que tener un proyecto funcionando, sabemos que puede haber contingencias que compliquen más aún esto, pero mi compromiso, como directora, es mantener la producción de 2024, entendiendo, eso sí, que hay metas que vamos a tener que sacrificar, creo yo, en cuanto a atención ambulatoria.

Tal vez el compromiso más importante, como directora, del equipo completo que me acompaña y creo que también hablo por todos los equipos clínicos y no

clínicos, es el compromiso con nuestro hospital. Muchas personas estamos trabajando desde el día uno y sabemos la evolución que ha tenido el servicio.

No sé si ustedes saben, pero soy la décima directora de este hospital; el sábado cumpla un año como directora, lo que me hace sentir muy orgullosa, porque independientemente de todas las críticas que puede haber o de que no siempre estemos de acuerdo en cómo se deben efectuar o generar los cambios, creo que 2024 fue un buen año.

Mientras podamos seguir trabajando, mientras estemos comprometidos de la manera en que estamos y en la que, siento, está toda la gente, deberíamos poder seguir, entonces, y esforzarnos por lo menos en mantener lo que ya hemos hecho.

Gracias.

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

Tiene la palabra el director subrogante del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Patricio Barría.

El señor **BARRÍA** (director subrogante del Servicio de Salud Metropolitano Central).- Buenos días, señor Presidente, honorables diputados y diputadas, población funcionaria del hospital que hoy nos acompaña.

En primer lugar, quiero agradecer la instancia de conversación en nombre del Servicio de Salud Metropolitano Central.

Las listas de espera deben ser una prioridad, porque son una prioridad para la ciudadanía, y, posiblemente, una de las peores caras que nos muestra el sistema de salud son las personas que están esperando una atención oportuna. En estas listas de espera hay personas que están esperando una cirugía, muchas veces atención oncológica y consultas, y las personas ya no pueden esperar más.

En ese sentido, es valioso que los poderes del Estado ejerzan sus funciones, en este caso, la función fiscalizadora que tiene el Poder Legislativo sobre el Poder Ejecutivo, siempre desde la perspectiva de las mejoras y de fortalecer el funcionamiento del Estado.

Nuestra red de atención del Servicio de Salud Metropolitano Central es una de las que cubre mayor cantidad de personas dentro del territorio nacional. En el último censo, no en el que ahora van a publicar los datos, ya figuraban casi un millón y medio de personas, y esperamos que en este nuevo censo Maipú sea la comuna que más población tiene en el país.

Quiero mencionar también que las comunas de Santiago, Estación Central, Cerrillos y Maipú concentran una gran cantidad de población migrante, lo que se traduce en un aumento de la población, también potenciado por la migración de funcionarios de isapres al Fonasa, aumentando la población de la que se encuentra a cargo.

Entre las particularidades de este servicio de salud, hay tres hospitales de alta complejidad: el Hospital San Borja Arriarán, la Posta Central y el Hospital El Carmen, de Maipú, pero solo dos resuelven listas de espera, ya que el Hospital de Urgencia Asistencia Pública se dedica solo a la atención de urgencia, y no hay establecimientos de mediana o baja complejidad que permitan una gestión en red

que diferencie los casos entre un punto y otro, lo que sobrecarga fuertemente al Hospital San Borja Arriarán y al Hospital El Carmen, de Maipú.

Ambos establecimientos fueron observados por esta comisión investigadora, y debo mencionar algunos antecedentes. El Hospital San Borja Arriarán, que tiene una infraestructura antigua funcionando y que es el hospital base de este servicio de salud, tuvo un incendio en 2021, durante la pandemia, lo cual mermó la capacidad productiva en múltiples puntos; actualmente, está en proceso de reconstrucción, lo que dificulta la gestión.

La situación anterior aumentó fuertemente la presión sobre el Hospital El Carmen, de Maipú, un hospital relativamente nuevo -con solo once años-, uno de los primeros hospitales concesionados junto con el Hospital de La Florida, en un modelo de alianza público-privada, en que la concesión no solo incluye la infraestructura, sino también el funcionamiento de distintos servicios, como seguridad, aseo hospitalario, disposición de residuos, estacionamientos, entre otras muchas cosas, lo que genera una necesidad de coordinación continua.

Además, este hospital no fue pensado como un hospital de alta complejidad y con muchas menos camas, pero la explosión demográfica de la comuna de Maipú ha obligado al aumento no solo de la cantidad de camas, sino también de la cartera de servicios, incluida oncología, que es una de las especialidades en las que el Hospital El Carmen, de Maipú, ha hecho grandes progresos en los últimos años.

Las problemáticas actuales son mayores para continuar intentando encontrar la manera de seguir enfrentando y resolviendo las listas de espera. Por una parte, tenemos al Hospital San Borja Arriarán con un incendio reciente, tenemos la necesidad de reparar la climatización del Hospital El Carmen, de Maipú, ya que durante el proceso de construcción no fue incluida. Lo mismo sucede con el Hospital de La Florida. A esto se suma el aumento de las consultas, el aumento de las personas que están en el Fonasa y los problemas de financiamiento de los hospitales que todos conocemos.

Como compromiso del Servicio de Salud Metropolitano Central, está manteniéndonos trabajando fuertemente por las listas de espera, a pesar de todas las dificultades. Como señalé al comienzo, es una necesidad ciudadana urgente que exista un acceso oportuno a las prestaciones de salud.

El doctor Alexander Recabarren tiene la información precisa sobre el estado de la red en términos de listas de espera, y nuevamente quiero agradecer la presencia de todas las personas que hoy nos escuchan, y a la Cámara de Diputados, por la instancia de conversación y la posibilidad de transparentar la información de la realidad actual del Servicio de Salud Metropolitano Central.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el subdirector subrogante de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Alexander Recabarren.

El señor **RECABARREN** (subdirector subrogante de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central).- Señor Presidente, muy buenos días a todas y todos los presentes.

Soy Alexander Recabarren, médico familiar, y tengo el honor y la oportunidad de ser el subdirector de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central.

Quiero secundar las palabras de nuestro director, en cuanto a la oportunidad que se nos presenta como servicio y como red de dar cuenta de la situación de las listas de espera en los distintos ámbitos productivos de los establecimientos hospitalarios, en particular consultas de nueva especialidad, consultas de nueva especialidad odontológica, intervenciones quirúrgicas y procedimientos.

Esta es una instancia que permite entregar mayor transparencia en la información, entre otras cosas porque el hecho de que las personas esperen es una situación de incertidumbre, por lo que se espera que toda esta información sea auditable y transparente para la ciudadanía. Ese ha sido el mandato y el mensaje que nos ha entregado la autoridad ministerial, pues se está trabajando en esta materia, no solo en la resolución de las listas de espera, sino también en que toda la información relacionada con esto mismo sea lo más transparente posible.

Es importante hacer una contextualización desde el punto de vista de la demanda asistencial de nuestro servicio, que comprende cuatro comunas, ya mencionadas: Santiago, Estación Central, Cerrillos y Maipú, las que, según el último censo, alcanzan una población total de casi 1.450.000 personas, de las cuales, para las últimas cifras de población inscrita validada, 925.000 personas son beneficiarias del Fondo Nacional de Salud, y es importante destacar que casi el 30 por ciento de esta población es extranjera y es beneficiaria de nuestro seguro público.

Nuestra red de salud está constituida por tres hospitales de alta complejidad, el Hospital [...] no están en nuestra red, tiene una dependencia directa de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y los dos centros de diagnóstico y tratamiento de nuestros hospitales de mayor complejidad, el Hospital Clínico San Borja Arriarán y el Hospital El Carmen, además de cuatro centros comunitarios de salud mental.

En el nivel primario de atención contamos con [...] y ocho dispositivos de servicio de atención primaria de urgencia (SAPU) y dos dispositivos de servicio de atención primaria de urgencia de alta resolutiveidad (SAR).

Además, como servicio de salud nos corresponde la gestión y administración del Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria, más conocido como SAMU Metropolitano, y damos respuesta a toda la necesidad de traslados de pacientes en la Región Metropolitana.

Es importante entregar una panorámica completa respecto de la producción asistencial en el nivel hospitalario, a fin de plantear una comparativa [...] la ocupación de los quirófanos respecto de la producción en horario hábil, en que ha disminuido de manera relevante la suspensión de intervenciones, de 74 por ciento a 91 por ciento, llegando, hoy día, a cifras cercanas a la meta que nos plantea el nivel central en un 6,68 por ciento.

A propósito de la evolución demográfica, estamos visualizando una disminución en la producción asistencial asociada a maternidad, con una

disminución en los partos que se han atendido. Además, si bien respecto del índice ocupacional, que es un índice de eficiencia hospitalaria, se observa una reducción, estamos dentro de la expectativa de índice ocupacional en torno al 85 por ciento.

En cuanto a los ingresos hospitalarios, que consideran la producción de los establecimientos de esa característica, sin incluir el Centro de Referencia de Salud Maipú (CRS), en 2024 se lograron 44.270 ingresos, lo que, efectivamente, implica una disminución del orden de casi 2,5 por ciento, pero con una mejoría en el promedio de días de estada, lo que también habla de una mejor eficiencia en el uso de esos recursos.

Respecto de las consultas de especialidad, aumentaron en casi un 5 por ciento, llegando casi a 400.000 atenciones de salud en ese nivel de atención, de las cuales el 29 por ciento se tributa a consultas de nueva especialidad que son, finalmente, las que responden a las listas de espera en esta materia.

Por cierto, algo que ya ha sido mencionado a propósito de la situación de ese hospital y que probablemente sea una problemática para muchos establecimientos asistenciales, es la espera en los servicios de urgencia para acceder a camas de dotación de los distintos establecimientos. En 2023, solamente un 36 por ciento accedía a camas en un tiempo menor a 12 horas, pero ese indicador ha aumentado hacia un 44 por ciento. Si bien quisiéramos que fuera mejor, ha significado una mejoría notable en torno al 21 por ciento, lo que también habla de una mejor gestión clínica al interior de los servicios clínicos de cada hospital.

En la presente lámina visualizamos más en detalle la producción relacionada con las consultas de especialidad, que incluye solamente la consulta presencial, llegando a las 340.000 atenciones de salud, de las cuales 102.000 permitieron tributar hacia la lista de espera de consulta nueva especialidad. Como bien dijimos, tenemos una producción que está llegando al orden de las 49.000 intervenciones quirúrgicas, una parte importante de las cuales se realiza en cirugía mayor, llegando a 31.000 intervenciones. Podemos visualizar que esto ha ido aumentando desde 2020, cuando estábamos en el marco de la pandemia.

Respecto de los egresos hospitalarios, es importante destacar que el índice de ocupación está en torno a las metas de eficiencia del 85 por ciento.

Por último, de las listas de espera en sus distintos ámbitos, en cuanto a magnitud, vale decir el número de personas o, mejor dicho, casos que están en esta, porque puede ser que una persona esté en lista de espera por más de un caso, en torno a la línea productiva de consulta nueva de especialidad, al corte, en diciembre del año pasado, contábamos con 61.342 personas en espera. Este número aumentó a 75.366 personas, lo cual es una variación importante de casi 25 por ciento. Ello se explica, entre otras cosas, por un aumento en la producción del nivel primario de atención que, de una u otra manera, también determina que más personas sean derivadas al nivel de especialidad.

En el caso de consulta odontológica, también se visualiza un aumento en torno al 7 por ciento. En intervenciones quirúrgicas, los pacientes ingresados a la lista de espera quirúrgica han aumentado en 8 por ciento interanual. Por último, en procedimientos hubo un aumento importante de casi 30 por ciento. Muchos de estos

procedimientos son necesarios para, posteriormente, realizar las distintas intervenciones quirúrgicas.

En cuanto a la mediana, que ha sido el estimador de tendencia central utilizado para el análisis de la progresión en el trabajo de las listas de espera, a pesar de que ha habido un aumento en el número de casos en lista de espera en consulta nueva de especialidad, al corte de diciembre de 2024, la mediana presentó una disminución en torno a 9 por ciento, pasando de 299 a 273 casos. Es una tendencia positiva que, si bien está algo lejos de lo que se pretende como meta al final de este período gubernamental, nos lleva a la senda correcta para alcanzar la meta presidencial del orden de 200 días en esta modalidad de atención.

En consultas odontológicas hubo una disminución muy importante, llegando a casi 20 por ciento menos de mediana de espera respecto de 2023. En torno a las intervenciones quirúrgicas, también se aprecia una reducción, llegando a los 319 días, lo que se traduce en un tiempo de 18 por ciento respecto del año anterior. Por último, respecto de los procedimientos, se observa un aumento, probablemente explicado por un aumento inusitado en la solicitud de procedimiento y también a que estos empezaron a computarse e integrarse en la gestión de tiempos de espera.

Asimismo, tenemos datos respecto de la antigüedad de la lista de espera y de la distribución por distintas especialidades, que está incluida en esta presentación, pero, a efectos de tiempo, la dejaremos para información de la comisión investigadora.

Es importante, en esta instancia, hacer referencia a los informes de la Contraloría General de la República en materia de listas de espera. En el caso de nuestro servicio de salud se realizaron dos auditorías por parte de la Contraloría, una respecto de los ingresos y egresos de la lista de espera No GES a efectos de primera consulta de especialidad, que es el Informe N° 492, de agosto de 2024, y el Informe N° 835, de diciembre de 2024, que hace una revisión específica sobre las prestaciones quirúrgicas que responden a la lista de espera No GES de intervención quirúrgica.

Respecto del primer informe, *grosso modo*, los principales hallazgos son las diferencias efectivas entre los registros locales y los registros que se computan en el sistema de gestión de tiempo de espera, que es administrado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. En esos casos, en algunas instancias, hubo desde 108, pero en otros casos la diferencia fue de hasta 1.686 registros. Estamos hablando de 1.686 registros sobre el orden de casi 100.000 o 150.000 registros que están graficándose en esta plataforma.

Asimismo, se detectaron ciertas debilidades de riesgo en los sistemas locales que explicaban esta diferencia entre los registros locales y el registro [...] que, por cierto, esperamos que no ocurran, pero si se compara, en términos de la magnitud de los pacientes y los casos que están en lista de espera, parece ser bastante menor y están en corrección.

A propósito de ese informe, las medidas que se implementaron desde el servicio de salud y del Hospital Clínico San Borja Arriarán fueron, efectivamente, el establecimiento de sumarios administrativos para la investigación de la inconsistencia detectada en el procedimiento, que está actualmente en desarrollo.

Se generaron revisiones de bastantes casos para dar cuenta de las causales de egreso que son las que se computan en la plataforma de registro nacional.

También se hicieron algunas regulaciones en las solicitudes de pabellón. Además, algunas actualizaciones en el procedimiento asociado a la agenda que, finalmente, es la forma en que las personas pueden acceder a este tipo de prestaciones.

Se avanzó en la formalización de las unidades prequirúrgicas. Aquellos registros que no estaban en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (Sigte), pero si en los registros locales, han ido regularizándose y hay en curso una auditoría interna en el hospital a efectos de la muestra específica de lista de espera quirúrgica en No GES.

Respecto del informe N° 835, efectivamente se encontraron diferencias en términos de lo que estaba en el sistema para tiempos de espera en intervención quirúrgica respecto del sistema local, que es denominado Orden, en torno a 517 registros con diferencia. Se encontraron irregularidades en la asignación de cargos que provee nuestro servicio para este hospital relacionados con la producción quirúrgica. Se detectó que no existía evidencia suficiente para dar cuenta de las lógicas de priorización para responder, finalmente, qué pacientes son los que se van resolviendo en primera instancia en esta lista de espera. Se encontraron algunas intervenciones suspendidas sin registro en la plataforma de registro nacional. Se detectaron cirugías suspendidas respecto de las cuales no se encontró la causa por la que se suspendieron y que algunas de ellas no habían sido resueltas al 31 de marzo, pero que efectivamente están en proceso de corrección.

En torno a ese informe, también se han implementado medidas por parte del servicio de salud y del Hospital Clínico San Borja Arriarán, como la formalización mediante el Manual de Organización y Funcionamiento de la unidad Prequirúrgica; se regularizaron los registros en el sistema Orden, que es el sistema local de este hospital; se designó una nueva dependencia para el equipo gestor de la lista de espera quirúrgica; se regularizaron en la plataforma del sistema de información de recursos humanos del sector; se creó el comité de pabellones; se establecieron los formatos para la priorización de los pacientes en función de cada una de las especialidades, se revisaron aquellos registros duplicados para que fueran regularizados en la plataforma nacional y se establecieron procedimientos para dejar claramente determinadas las razones de suspensiones quirúrgicas, con el fin de que quede reportado en las plataformas de registro.

Por último, para dar cierre a esta presentación, es importante señalar cuáles han sido las dinámicas internas de nuestro servicio, que no solamente responden o pretenden responder a la situación detectada en los informes de Contraloría, sino que también tiene que ver con un aspecto general respecto de cómo estas listas de espera requieren una mejor disposición por parte de nuestra institución para ser gestionada y resuelta.

A propósito del proceso de planificación estratégica de nuestro servicio, se visualizó la necesidad de generar ciertas reorganizaciones en nuestra Dirección de servicio, donde ha sido relevada la articulación de la red de Atención Abierta que, en su momento, se denominaba “gestión de demanda”, pero hemos querido poner

el foco en la importancia de que los distintos establecimientos sean articulados por el gestor de red, y eso tiene una dependencia especial en nuestro servicio, y, por otra parte, el componente de experiencia usuaria como partícipe de todos estos procesos de mejora en la gestión de las listas de espera.

Respecto de nuevas iniciativas que demandan la coordinación de los distintos establecimientos de la red, se ha instalado la iniciativa Navegadores en Red, impulsada por el Ministerio de Salud, particularmente en este hospital, para algunas especialidades.

Quisiera detenerme respecto de Navegadores en Red, porque había referencia de que la red asistencial sería algo por navegar. Y la verdad es que la experiencia de las personas, muchas veces, se transforma en eso, porque efectivamente somos establecimientos de distinto nivel de complejidad que requieren cierta coordinación, pero, a veces, esta coordinación no alcanza a ser suficiente, y se hace necesaria la participación de estos navegadores para acompañar a las personas en el tránsito en estos establecimientos.

Para todos los establecimientos se han estandarizado los estados de gestión en tiempos de espera, con una supervisión por parte del servicio, y se está avanzando en una programación de las distintas actividades asistenciales de los establecimientos de nivel primario, secundario y terciario con un enfoque de red, de tal manera que los distintos establecimientos comprendan cuál es la actividad productiva asistencial de los otros niveles de atención.

En cuanto al fortalecimiento de Referencia y Contrarreferencia, que básicamente es el proceso asistencial, finalmente, se traduce en los registros de tiempos de espera. Para ello, estamos entrando en el proyecto piloto de interoperabilidad para la lista de espera de primera consulta o nueva especialidad, con origen en la atención primaria, por lo cual, como servicio, ya hemos definido que los establecimientos pilotos para esta iniciativa serán el Centro de Salud Familiar (Cesfam) N°1 de la comuna de Santiago, dependiente de la Dirección de Atención Primaria, en conjunto con el Hospital San Borja Arriarán.

Estamos avanzando en la implementación de la contrarreferencia coordinada. Para hacer un poco de énfasis en este último punto, el proceso se denomina de Referencia y Contrarreferencia, pero habitualmente -y este ha sido motivo de esta comisión especial investigadora- nos concentramos en el proceso de referencia; vale decir, cuando el paciente es derivado de un establecimiento de atención primaria a un establecimiento hospitalario para una atención por especialidad. Pero el proceso incluye, además, la contrarreferencia; o sea, que el paciente, una vez que haya resuelto el problema por el que fue derivado, vuelva al establecimiento de atención primaria en donde tiene la continuidad de sus cuidados.

Hemos querido hacer un énfasis para efectos de dar cuenta de esa necesidad de coordinación para la continuidad de los cuidados, mediante una contrarreferencia coordinada entre los distintos establecimientos.

Muchas gracias por la oportunidad de estar en esta comisión especial investigadora.

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

Para finalizar este bloque y pasar a las preguntas, le ofrezco la palabra al secretario regional ministerial de Salud de la Región Metropolitana, señor Gonzalo Soto Brandt.

El señor **SOTO** (secretario regional ministerial de Salud de la Región Metropolitana).- Señor Presidente, deseo saludar a todos los miembros de la comisión especial investigadora, a las autoridades presentes, a la subdirectora del hospital, a la doctora Pinto, representante del gabinete de la ministra; al subdirector de Servicio y al subdirector de la Red Asistencial, al doctor Barros, quien fuera subsecretario de Salud Pública y a los dirigentes gremiales y a [...]

Tengo muy claro que esta comisión ha sesionado en muchas regiones. La vez pasada, en la sesión que se llevó a cabo en el hospital Sótero del Río no pude presentarme por estar con licencia, pero, obviamente, es de vital importancia las listas de espera para todo el sector salud.

Como seremi de Salud de la Región Metropolitana tengo claro que es un rol muy complejo, sobre todo en la situación actual. Por eso, tenemos un trabajo muy cercano con los servicios de salud, con sus directores y subdirectores, justamente para abordar las necesidades que requiere cada uno de ellos.

Por ejemplo, tenemos un rol muy importante en lo que tiene que ver con todas las autorizaciones sanitarias que requieren con urgencias, como los hospitales que han tenido algún tipo de siniestro, como el hospital San Borja y el hospital Luis Calvo Mackenna, y también con todas las otras necesidades que tienen que ver con los nuevos hospitales que están planificados en la Región Metropolitana. Por ejemplo, el Hospital del Salvador, donde la doctora Pinto fue directora; el Hospital de Melipilla, donde tenemos un trabajo muy cercano para reducir cualquier tiempo de resolución para que no haya una espera que impacte en las personas, y también el trabajo con los directores de los servicios de salud municipal en las 52 comunas de la región, donde existe un trabajo muy intenso en lo que respecta a dar mayor resolutiveidad a la atención primaria para que, justamente, de alguna manera pueda impactar, no como se ha estado viendo, en la mayor carga para la lista de espera. Por ejemplo, la Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (Uaporrino) está en algunos servicios de salud y en algunas comunas para absorber esas consultas de especialidades, que son el gran volumen que hoy vemos que impacta, sin desmerecer, por supuesto, lo que son las intervenciones quirúrgicas, y donde también hay un rol muy importante de nosotros, sobre todo para las autorizaciones con esos establecimientos.

Además, tenemos un trabajo cercano con el gobierno regional, que es otro interlocutor importante para brindar una respuesta adicional a los esfuerzos que están haciendo cada uno de los servicios de salud, como hoy lo hemos visto con la presentación del doctor Recabarren, que es agregarle otro actor; por ejemplo, el gobierno regional ha sido un interviniente positivo en esto, donde hay un proyecto de más de 1.200 millones de pesos para reducir la lista de espera no GES para traumatología, en el caso de prótesis de rodilla, donde existe un proyecto de más de 600 personas, aproximadamente 50 por cada servicio, para abordar esa necesidad tan importante para la comunidad, en personas mayores de 60 años.

Por otro lado, tenemos lo que es la entrega y facilitación a establecimientos de atención primaria con algunos procedimientos, como bien lo señalaba el doctor Recabarren, que son muy importantes para resolver el problema de las listas de espera quirúrgica y todos los procedimientos adicionales que se generan; por ejemplo, con los móviles de mamografía que se están entregando en distintas comunas y con los móviles de ginecología. En ese sentido, estamos trabajando directamente con los alcaldes y con los sectores de salud para acelerar al máximo todos los procesos, y que no afecten de manera negativa lo que son las prestaciones.

También es necesario dar cuenta de que tenemos un trabajo con los servicios. Regularmente nos reunimos con los directores de servicios, en particular, con el Servicio de Salud Metropolitano Occidente hemos podido avanzar en una georreferenciación de la lista de espera que, de alguna manera, aporta con los recursos de la Seremi al servicio, para que de alguna forma pueda georreferenciar eso y permita ir donde hay mayores brechas y mayores dificultades.

Para cerrar la exposición, respecto a este proyecto del Gobierno Regional Metropolitano se hace también con la Fundación Desafío Levantemos Chile.

Muchas gracias.

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

El señor **OYARZO**.- Señor Presidente, estoy muy preocupado por los hospitales El Carmen y San José, donde las listas de espera son grandes. Vine el año pasado, directora, conversamos y dijimos que alrededor de 33.000 personas estaban en lista de espera. Lamentablemente, veo que esta creció.

Tengo varias preguntas que me gustaría que nos pudiese responder, porque aquí se habló -presté atención-, pero no escuché ningún problema, o sea, está todo perfecto. Sin embargo, uno ve las noticias y, por ejemplo, se sustrajo una guagua del hospital. De esto no se hace ninguna mención. Sé que estamos viendo el tema de las listas de espera. Tenemos una lista tremenda, pero no sé si se está licitando alguna prestación para disminuir la lista de espera. ¿Se están haciendo esas cosas? No escuché nada al respecto. ¿Se está supervisando el cumplimiento del horario médico correspondiente a las horas quirúrgicas? ¿Se cuenta con los especialistas necesarios para bajar esta lista de espera, como traumatólogos o cirujanos?

El año pasado, cuando hablamos de este tema, sabíamos que no había especialistas. No sé en qué condición está hoy ese tema.

Por otro lado, no escuché nada sobre la UCI. La UCI se encuentra cerrada desde enero, por el aire acondicionado, por lo menos eso fue lo que salió en los diarios locales. Me gustaría que me dijeran si la UCI sigue cerrada, porque tengo entendido que está cerrada por problemas de aire acondicionado, pero se suponía que este problema era solo por un mes, a lo más un par de semanas; sin embargo, a la fecha no sé si sigue cerrada.

Me pregunto por qué no se compraron camas en el extrasistema, antes de cerrar las que había y exponer a los pacientes, y cuánto más deberán esperar los pacientes y funcionarios del hospital para una solución real.

También quiero saber si existe gestión con otras redes del servicio público para el traslado de los pacientes críticos.

Entre otras cosas, directora, por su intermedio, señor Presidente, tampoco escuché algo sobre la muerte de una paciente el día 20 de marzo, quien lamentablemente falleció por un mal manejo clínico, según redes sociales. De hecho, se filtró en Factos.cl. La paciente falleció bajo sedación y dicen que hubo negligencias, presiones y responsabilidades institucionales. ¿Qué pasa con eso? No escuché nada sobre algún sumario al respecto.

¿Qué ha pasado con el sumario que instruyó la Secretaría Regional Ministerial (Seremi) de Salud en el hospital El Carmen, tras detectar medicamentos e insumos vencidos?

Realmente estamos viviendo una crisis. Incluso, esta semana se sustrajo una guagua de neonatología. ¿Está todo perfecto? Me van a disculpar, pero esta comisión especial investigadora se creó para fiscalizar el problema de las listas de espera, que es una situación grave a nivel nacional, pero lo que tenemos en el hospital El Carmen también es grave; algo está pasando, porque no se están cumpliendo las normas. No puede ser que la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) esté cerrada, no puede ser que se mueran los pacientes o que haya un sumario por medicamentos vencidos y no se escuche nada al respecto.

Me gustaría escuchar respuestas de parte de la directora.

Muchas gracias.

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

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, quiero agradecer las presentaciones.

Obviamente, cuando uno escucha que hay cifras alentadoras, como la disminución en los porcentajes de las listas de espera, surgen muchas dudas, relacionadas básicamente con cómo se logra ese éxito.

Por lo tanto, lo primero que quiero saber es cómo se está calculando esa disminución en las listas de espera. En ese sentido, es importante que nos aclaren si esta baja en los porcentajes incluye, entre otras cosas, criterios de depuración administrativa. Me refiero, por ejemplo, a la eliminación del registro de listas espera de pacientes fallecidos o inactivos. También los derivados, porque cuando uno deriva a un paciente, se entiende que sale de la lista espera.

Lo que me interesa determinar, y también a la comisión, es si, en definitiva, esos pacientes fueron atendidos o no, o si un gran porcentaje de esta baja en las listas de espera se debe a que fueron derivados a otra red o salieron administrativamente, o bien se reprogramaron. No sé si una reprogramación también implica que el paciente comience el conteo desde cero y, por tanto, el registro anterior se elimina y empieza uno nuevo.

Ahora, con ocasión de esta disminución en las listas de espera, también me surge la duda respecto de cómo se logró. Por lo que me pareció ver en la presentación, se disminuyeron 40 camas de adultos por el “proyecto clima”, lo que no es menor. Por tanto, quiero saber cómo es posible avanzar y tener tan buenos números, con una disminución de capacidad física, sin que haya un refuerzo estructural y, especialmente, presupuestario.

En otro orden de cosas, quiero saber si aumentaron las horas médicas o si hubo contrataciones específicas; cuánto significó eso para el personal y cuáles fueron los recursos adicionales.

¿Cómo lo hicieron? Me gustaría conocer los detalles por especialidad. Porque puede que los porcentajes en algunas listas de espera bajen, pero que en otras se disparen. ¿Cuáles son las listas de espera que han bajado? ¿Cuáles son las especialidades más críticas en este momento? ¿Cuál es la priorización? Quiero saber si se priorizaron las listas de espera de las Garantías Explícitas en Salud (GES) o las No GES, porque es importante saber cuál es el rezago que existe en patologías No GES, ya que ese es un dato silencioso que también es importante.

Directora, por su intermedio, señor Presidente, quiero saber si están utilizando telemedicina u hospitalización domiciliaria como un equivalente clínico a la atención presencial o quirúrgica. Hay que saber si se está haciendo de esa manera, porque, en esos casos, hay estándares de calidad, trazabilidad y satisfacción del paciente, y me interesa que no queden abandonados.

Ahora bien, ¿cómo se proyecta la sostenibilidad de esas cifras a futuro? Porque, vuelvo a decir, el “proyecto clima” es feble; son más recursos, pero menos camas.

¿Cómo se ve esto a futuro? Quiero saber si hay un plan de continuidad de esta tendencia o, insisto, sabiendo cuál será el resultado o lo que está incluido dentro de esa rebaja de 22,9 por ciento, esto tiene un respaldo al largo plazo. ¿O fue una cuestión coyuntural? Es decir, hay buena gestión y mucho esfuerzo de parte de los funcionarios, lo que se agradece, pero necesitamos saber si este es un objetivo de gestión al largo plazo.

Por otro lado, me interesa mucho saber si todas estas medidas tienen un respaldo presupuestario. Esas son preguntas para el ministerio. Y si se piensa recuperar la estructura perdida, porque supongo que esas 40 camas no van a estar permanentemente cerradas, o se abrirán nuevamente para adultos o se reconvertirán en otra cosa, pero Chile no se puede dar el lujo de perder camas de atención. Eso creo.

Nos interesa determinar todo eso, dado que esta es una comisión especial investigadora destinada a reunir antecedentes relativos a las listas de espera y queremos entender cómo se gestionan en Chile, porque debemos sacar conclusiones de los buenos ejemplos.

En definitiva, los números son alentadores, pero nos interesa saber -y lo quiero decir con mucho respeto para que se entienda bien- si verdaderamente son de atención de pacientes o tienen, de una u otra manera, componentes administrativos que no necesariamente implican la atención. Hablo de

reprogramación, hablo de traslados, de traslados fuera de la red o de pacientes que, incluso, se atendieron fuera del sistema.

Necesitamos saber muy bien si esos porcentajes finalmente significan que el paciente vino a este hospital, recibió su atención y fue dado de alta.

Quiero agradecer, por su intermedio, señor Presidente, a la directora y a la autoridad del Ministerio de Salud por estar presentes hoy día en esta sesión.

Muchas gracias.

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

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, al inicio de la sesión, comenté que hace aproximadamente tres semanas estuve con la directora del hospital El Carmen, la doctora Patricia Mellado, justamente tratando algunas temáticas que probablemente ella va a abordar posteriormente y que han sido planteadas por los colegas que me antecedieron en el uso de la palabra.

Sin duda, el tema de la climatización es crítico en este y otros hospitales. Represento el distrito N°12 y me consta lo que pasa en el hospital Doctora Eloísa Díaz Insunza, donde hay problemas extremadamente similares a los que vive este hospital y que, de alguna manera, impactan negativamente en las prestaciones.

En esa oportunidad, conversamos respecto de la Unidad de Hemodiálisis del hospital, de los insumos vencidos y de la cadena de custodia de fármacos de alta peligrosidad que hoy día se están traficando en el mercado negro, específicamente, los opioides, fundamentalmente el fentanilo; asimismo, se han perdido ampollas de metadona, de morfina y de fentanilo en otros espacios hospitalarios. De hecho, se realizó una sesión especial hace algunos días por la pérdida de 179 ampollas de fentanilo en el Hospital de Carabineros. Al respecto, la doctora me explicó, si mal no recuerdo, que había cuatro sumarios por la pérdida de unidades de fentanilo, lo que me parece un tema grave.

Bueno, pero como la pertinencia de esta sesión tiene que ver con las listas de espera, en particular, quería pedir a la doctora, por su intermedio, señor Presidente, que profundizara en un tema que me preocupa mucho, que es la lista de espera de abdominoplastia para personas con abdomen flácido, puesto que hay un reclamo de la ONG Podes, históricamente conocida como “guatita delantal”, que se dedica a esta temática, a quienes el hospital les ha dicho que no hay posibilidad de atender dicha demanda. Entiendo, que puede haber otras prioridades, pero las listas de espera de abdominoplastia, fundamentalmente para mujeres, es superior a las 5.000 personas en el país, lo que me parece de alto impacto. Aclaro que la abdominoplastia, para casos de guatita delantal o abdomen flácido, no es un procedimiento meramente estético, sino que también tiene un impacto en la salud mental de la población; además, tiene una connotación física, porque a veces hay infecciones, fístulas, etcétera.

No sé si entiendo bien, pero me da la impresión que en este hospital, tal como en otros, las concesionarias no han hecho la pega, no se han llevado adelante los procesos sancionatorios correspondientes, se le han dado demasiadas oportunidades, y hoy es impresentable que producto de la falta de climatización de

los hospitales, tengan que estarse anulando unidades dentro de los hospitales, con el impacto que eso tiene en la salud pública y, por supuesto, en las listas de espera.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tengo algunas preguntas.

La primera de ellas tiene relación efectivamente con las visitas de la comisión a hartos hospitales en Chile. Estuvimos en Arica, Antofagasta, Coyhaique, Temuco, Osorno, en el Sótero del Río, en Santiago, hoy estamos en El Carmen, y el 5 estaremos viendo si es que alcanzamos, dentro del plazo de la comisión, en el Hospital San José, porque me lo han pedido, y en algunos servicios, en algunos hospitales, se ha dado este tipo de presentación, donde se plantean la evolución, cómo han ido avanzando las cosas, pero evidentemente si estamos aquí no es exclusivamente para saber cómo está la evolución de las listas de espera, porque nosotros lo tenemos y recibimos un informe cada tres meses respecto a ello, sino más bien para saber qué pasa con la red asistencial, en los hospitales de la red, se necesita [...]

-Se corta el audio.

[...]

¿Qué necesita el Hospital El Carmen? Respecto del Hospital Sótero del Río, el director cuando le hice esta pregunta, nos dijo que necesitaban más subtítulo 29, porque efectivamente hay necesidades, imagino yo.

Entonces, ¿qué necesita el Hospital El Carmen para funcionar mejor y enfrentar las listas de espera hoy? Lo pregunto porque los números no hablan por sí solos, y yo valoro que el doctor Recabarren haya dicho que, a pesar de la disminución, de que efectivamente había un aumento de número de casos, han disminuido los tiempos de espera.

Eso no es común verlo en todos los servicios. Todos se atienen exclusivamente al tiempo de espera y efectivamente mientras ha disminuido, y es indiscutible, los tiempos de espera de la mediana y también el promedio, aunque el promedio siempre es un poco mayor que la mediana, el volumen efectivo de pacientes en espera se ha incrementado; lamentablemente no tenemos el desglose por hospital, por recinto asistencial, pero sí lo tenemos por servicio de salud, y en este servicio de salud, de diciembre de 2022 a diciembre de 2024, la lista de espera de consulta especialidad ha crecido de 81.820 a 104.427, que es un crecimiento de más de 20.000 consultas de especialidad en espera.

En lista de espera quirúrgica, ha crecido de diciembre de 2022 a 11.409 cirugías en lista de espera a 14.037, con un crecimiento efectivo de casi 3.000 cirugías en lista de espera. Además, de 952 GES retrasados desde diciembre de 2022 a 2.189 garantías de oportunidades retrasadas en diciembre de 2024.

Obviamente hay una forma comunicacional de decir que hemos disminuido los tiempos de espera y la meta presidencial de tener menos de 200 días de espera, pero eso tiene un límite, porque esto es una curva de Gauss, y en la medida en que egresamos a los pacientes que esperan más, vamos a llegar al grueso de los pacientes que están al centro de la curva de Gauss, y no vamos a seguir bajando los tiempos de espera con la velocidad que lo hemos hecho hasta el día de hoy, porque vamos a alcanzar el grueso de los pacientes de espera.

Ahí evidentemente vamos a estar en un problema porque se da un mensaje, en el entendido de que el Ministerio de Salud es una institución, e independientemente que llegue un nuevo gobierno, cualquiera sea su color, la institución tiene que seguir trabajando y los tiempos de espera ya no van a seguir bajando, y no vamos a poder hablar de tiempos de espera, porque tiene un tiempo, a mi juicio, que podamos hablar de tiempo de espera en la medida en que vamos egresando los que más tiempo llevan y nos vamos acercando al grueso de la curva.

Efectivamente este hospital fue construido en un modelo de concesiones de los primeros hospitales, y ahí se mencionó La Florida, sin embargo, también está el Hospital de Antofagasta y el Hospital Clínico Félix Bulnes, donde efectivamente licitaban lo que “se moviera”, por decirlo así, y a mí me hubiera gustado ver en su presentación un poco más de la relación que tienen con la concesionaria.

Nosotros sabemos que no es directa, sino a través del MOP, del inspector fiscal del MOP, y nosotros, a propósito de la visita al Hospital de Antofagasta y las falencias que pudimos ver allí, que eran grotescas, donde también tuvieron problemas con el sistema de climatización y tenía unos *shafts* instalados en medio de los patios, que sonaban fuertísimo, aquí hemos sabido que ha habido problemas de climatización, por lo que nos interesa que pudieran responder al respecto.

Además, entiendo que la serpentina estaba en proceso de cambio, sin embargo queda el problema e igual uno se pregunta cómo, por un insumo, un repuesto que no está disponible en Chile, para la climatización de una unidad por tanto tiempo, porque efectivamente uno no va a subestimar que todas las gestiones se realizaron una vez ocurrido el incidente para que se reparara, pero tiene que haber, a mi juicio, un grado de antelación y de tener los repuestos disponibles en caso de que fallen, sobre todo cuando son tan críticos y cuando aquello afecta tanto.

¿Cómo ha sido su relación, en primer lugar, con el inspector fiscal, luego con el MOP, la Dirección General de Concesiones y con la concesionaria? ¿Tienen una plataforma de levantamiento de incidentes?

En lo que hemos conocido de los hospitales concesionados, en general, tiene la inspección fiscal, una asesoría técnica de dotación de entre treinta y cuarenta funcionarios, que asisten al inspector fiscal, y que su objetivo es estar recorriendo el hospital para ver que todo esté funcionando bien, pero nos hemos topado en varias ocasiones que los funcionarios o la subdirección y directores de hospital se enteran antes que la inspección técnica, y ellos tienen que reportarlo, siendo que hay un equipo -reitero-, entre treinta y cuarenta personas, desconozco cuánto será acá; en el Hospital de Antofagasta eran en torno a 35 o 36, que tienen que estar atentos si algo falla.

¿Quiénes levantan primero? ¿La inspección fiscal, a través de la asesoría técnica, o ustedes efectivamente son los que están permanentemente, a través de los funcionarios que imagino que reportarán cómo funciona la plataforma del reporte de los incidentes? ¿Qué tipo de incidentes hay allá, más allá del que exclusivamente hemos conocido por los medios de comunicación, que es el más visible y que fue el problema del sistema de climatización y las famosas serpentinas que tenían que cambiarse? ¿Cómo ha sido la relación con la empresa concesionaria en general y en particular idealmente?

Ahora, efectivamente la comisión tiene dos grandes aristas; una consiste en abordar los informes de Contraloría y las cuestiones en distintos ámbitos que saltaban a propósito de estos informes y, otra, que es el volumen de la lista de espera.

El volumen de la lista de espera es lo que más se ha abordado aquí y tiene hartos elementos que generan especial preocupación y donde, además, a uno le preocupa aquello que no estamos viendo. De hecho, nosotros estuvimos en Hospital de Antofagasta, ya hace un mes y medio o dos meses, y sobre dicho hospital no se había pedido auditoría; no había auditoría del Hospital de Antofagasta. De hecho, nosotros pedimos una auditoría a propósito de lo mismo y no sé si los otros integrantes, aquellos que son del distrito, estarían de acuerdo en pedir que la Contraloría también audite la lista de espera de este hospital, dado que solo tenemos la imagen del hospital San Borja.

¿Habría acuerdo para oficiar en tal sentido?

Acordado.

Este oficio irá dirigido a la Contraloría para sumar al hospital El Carmen, porque el órgano contralor ya inició la auditoría al Hospital Regional de Antofagasta.

A su juicio, ¿hay posibilidades de que las falencias, o irregularidades o desprolijidades encontradas en el hospital San Borja Arriarán puedan ser similares a las que podría haber en el hospital de El Carmen eventualmente? No quiero explayarme ni tampoco entrar en cuestiones quizá más grotescas ni más individuales, como, por ejemplo, la cirugía que realizó un profesional no médico, hecho que la Contraloría informó al Consejo de Defensa del Estado-, pero sí respecto de las discrepancias en el Hospital San Borja Arriarán entre el repositorio local y el repositorio nacional. En este caso, se trata de 320 cirugías suspendidas que no estaban en el Sigte del hospital San Borja Arriarán. Es decir, en el informe de listas de espera también se nos entrega el dato de suspensiones de cirugía. Obviamente, el hecho de que no haya estado en el Sigte -imagino- llevó a que eso no haya sido informado en el respectivo informe de listas de espera que nos envía el Minsal.

Entonces, ¿cuál es la probabilidad de que lo contenido en el informe de la Contraloría sobre el hospital San Borja suceda en el hospital El Carmen?

Tiene la palabra la diputada Viviana Delgado.

La señora **DELGADO** (doña Viviana).- Señor Presidente, antes de ser diputada, fui dirigente de la salud. Muchas veces vine a este hospital y estuve sentada donde ahora ustedes están fiscalizando su funcionamiento. Siempre dijimos que era como un elefante blanco, o sea, algo muy lindo, pero que no tenía nada. Les cuento que pagué el costo de eso.

En 2017, le dio una ACV a mi madre. Vinimos a este hospital. Siendo defensora de la salud y sabiendo que tenía tres horas de ventana para el procedimiento de trombólisis, este hospital no lo tenía. Finalmente, a las cinco horas, cuando logré que sacaran a mi madre de aquí para que pudieran aplicar el procedimiento, ya era muy tarde. Así que he pagado los costos de que este hospital

funcione mal, porque así es. No ha funcionado como corresponde. Ya son muchos años.

Hoy la preocupación que tenía por mi madre la tengo por mi hija. En ese momento, el doctor que la atendió debería haberle dado prioridad, pero, según él, 64 años era demasiada edad para aplicar ese procedimiento, por lo tanto no la tomó en cuenta. Como dije, hoy tengo una mamá hija gracias a este hospital y lo puedo decir porque puse los reclamos como corresponde, pero no hubo respuesta.

El hecho de que por este hospital hayan pasado diez directores a la fecha habla de que jamás ha podido funcionar bien. También he conversado con los funcionarios y los gremios. Cuando hay que golpear la mesa hay que golpearla bien. La mesa no se golpea a medias. Hemos visto que esto no ha funcionado. Hoy tenemos listas de espera, pero ¿saben lo que no vi? Cuántos han muerto en la lista de espera. Cuántos han muerto esperando a ser llamados para ser atendidos en este hospital. Seguimos sumando. Es lamentable que solo vengamos por la lista de espera. ¿Ustedes han visto cómo la gente también espera en los pasillos para ser atendida? Eso no es digno.

Cuando se hizo este hospital -le contaba al diputado Rubén Oyarzo- le pusimos el nombre a este hospital. Fui parte de eso, le pusimos "Hospital El Carmen", porque teníamos esperanza en que cumpliera con la gente de Maipú. Para que ustedes sepan, según el último censo, somos la comuna más grande del país en este momento, pero seguimos al debe, seguimos marcando el paso.

El hecho de que cambien de director cada vez que se detectan irregularidades tampoco beneficia al hospital, porque es volver a comenzar desde cero y a entenderse con los gremios y volver a detectar las necesidades que hay aquí. Ya que propició los hospitales concesionados, el Estado debió haber tenido un ente fiscalizador directo de estos hospitales y haber trabajado directamente también con los consejos de desarrollo local (CDL) que se formaron y con los defensores de la salud, como Eduardo Nova, a quien muchos conocen y lleva años en esto. Con él comenzamos a defender la salud en Maipú en esos años y en Chile también nos movíamos.

Por el hecho de estar aquí y ver los mismos problemas de siempre, en realidad no estamos para nada descubriendo algo increíble. Estamos viendo de qué manera se le da un corte y podemos avanzar.

Les comentaba a los representantes de los gremios que, cuando se pregunta por salud, a uno le dicen que no hay dinero. ¿Les cuento algo? Este año el gobierno quiere dar 30.000 millones de pesos a TVN para salvarla. ¿Qué haría la salud con 30.000 millones extra? Hay dinero, pero se distribuye de mala manera. He hablado muchas veces con los gremios sobre el royalty minero. Tiene que nacer de algún lado. Tiene que nacer de las bases que esas platas se vayan al pilar de la sociedad. Si no tenemos salud ni buena educación, no trabajamos bien ni tenemos una vejez digna. Maipú va envejeciendo. Este hospital tampoco tiene condiciones dignas para la vejez.

En octubre de 2023, tuve hospitalizada a mi madre aquí. Y en ese entonces ya había problemas con el aire acondicionado. Estamos en 2025 y recién vienen a decir que tienen problemas. Yo lo vi y lo fiscalicé en ese momento, siendo diputada.

No dije que era diputada y vi cómo atendían a mi madre. ¿Saben lo que hice? La saqué del hospital bajo mi responsabilidad, porque, de lo contrario, aquí se iba a morir. Entonces, ese es el hospital que tenemos.

Creo que debemos reconocer las falencias. Cuando reconozcamos y asumamos que tenemos problemas y no los escondamos, vamos a avanzar hacia una buena salud en Chile.

Les digo a los gremios lo siguiente: es bueno ponerse rojo una vez, pero tengamos avances. No será amarillento creer cada vez que nos digan: “oye, ahora vamos a cambiar las cosas o ahora va a ser.”. No, ese ahora ya lo hemos esperado durante mucho tiempo.

Les agradezco, pero hagan algo. Presionen también al gobierno. El gobierno tiene las platas. El presupuesto lo discutimos desde agosto en el Congreso Nacional. Presionen. También necesitamos las platas. Si el Estado quiso hospitales concesionados, entonces que invierta sobre todo en el hospital de Maipú, porque es el que más gente atiende.

Pero también quiero que me expliquen cuántas personas han muerto esperando en esa lista de espera.

Gracias.

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

Respecto de eso, [...] accidente vascular en el hospital. Esa es la primera.

Segundo, son diez directores en diez años desde que se inauguró. En la práctica, es un director por año.

Tiene la palabra el diputado Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, adhiero a lo que ha dicho particularmente la diputada Delgado.

Voy a repetir lo que dije en el hospital Sótero del Río hace una semana, ya que es parte de mi distrito. ¡Pucha que este gobierno metió el pie en el acelerador para sacar adelante la ley corta de isapres! ¡Pucha que le puso energía y celeridad para salvar a la industria!

Entonces, como lo hemos conversado y coincidido con la diputada Viviana Delgado, pedimos al Ejecutivo la misma celeridad para salvar la salud pública, porque responde al 85 por ciento de las demandas de la población. Creo que eso no es menor.

A mucha honra, voté en contra de la ley corta.

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

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, me alegro de escuchar que, con fuerza, estamos criticando la gestión que ha tenido este gobierno en materia de salud pública.

A mucha honra, sí voté a favor, porque hay un grupo de personas que necesitan esa ley, lamentablemente. Les puede gustar o no, pero hay pacientes que gastan y que necesitan tener esa cobertura.

Ahora bien, espero que cuando se discuta sobre la plata que quieren para TVN, porque estoy en la Comisión de Hacienda, estén todos los votos para votar en contra de los 30.000 millones para dicho canal de televisión -espero que eso sea transversal-, y se los demos a la salud pública, porque el problema que hay es evidente.

Reclamamos por la salud pública, pero, hasta donde entiendo, hay un gobierno que hace cuatro años está a cargo de la salud pública, y todos los años, al menos desde el Parlamento, hemos autorizado más y más recursos. Si no fuera porque nos pusimos firmes con el doctor Lagomarsino en relación con el presupuesto, el año pasado a la atención primaria de salud no le habrían dado prácticamente un peso; este año le dieron casi nominal.

Entonces, creo que está bien venir a empatizar con las personas, pero hay que tratar de buscar una solución, sacar algo de esta comisión. Lo único que les pido es que, ojalá, los compromisos que tengamos transversalmente, por ejemplo, para el tema de las platas destinadas a TVN, se manifiesten votando en la Sala. Por lo menos, en la Comisión de Hacienda, yo me comprometo con todos los vecinos de Maipú, y voy a decir que esos 30.000 millones se los den a la salud. Pero no votemos, porque después veremos las votaciones cuando el gobierno empiece a pedirnos plata o a sacar sus legislaciones.

Me gustaría que volviéramos al tema de las listas de espera. Me interesa mucho lo que ha señalado la diputada Viviana Delgado; lo suscribo plenamente, porque ella es usuaria. Entonces, creo que muchos se han sentido identificados con lo que está diciendo la diputada y, por esa razón, estamos acá. Porque este hospital es importante en este sector. Como dice la diputada, es la esperanza de muchos vecinos de atenderse, quienes, cuando ven que la atención primaria de la municipalidad es deficiente y no pueden atenderse, tienen que venir al hospital y colapsa la lista de urgencia. Eso también hay que decirlo.

Acá hay varios actores, de modo que el hospital de Maipú no es el único culpable. Hay una atención municipal que también está abandonada, aunque estén inaugurando edificios. Pero también hay un problema, y aquí nadie dice nada. Entonces, más allá de exigir responsabilidades de la directora del hospital y de las autoridades centralizadas, me gustaría ver a alguien del municipio, para saber cuánto colaboran ellos en la atención municipal, a efectos de que no colapse este hospital. Sin embargo, parece que el alcalde está en Francia; no sé si habrá vuelto.

También me gustaría saber, para complementar la pregunta, cuánto le colabora la atención primaria municipal para que este hospital esté colapsado.

Muchas gracias, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Pido a todos los integrantes de la comisión que nos atengamos al objeto de esta.

Tiene la palabra el señor Alexander Recabarren.

El señor **RECABARREN** (subdirector subrogante de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central).- Señor Presidente, tengo anotadas todas las consultas de los miembros de la comisión. Voy a responder varias de ellas, mientras tanto voy detectando aquellas que, quizás, requieran alguna complementación por parte de la directora del hospital El Carmen, de Maipú.

En primera instancia, respecto de las consultas del diputado Oyarzo, su primer cuestionamiento sobre el aumento de las listas de espera en el Hospital El Carmen. Esto puede sonar como un contrasentido, pero el hecho de que las listas de espera aumenten depende del flujo de la dinámica cómo se comporta el registro.

Los principales factores del registro que impactan en la dinámica son los egresos, vale decir, las personas que, estando en espera, han sido efectivamente atendidas, y los ingresos, esto es, las personas que, a propósito de una necesidad en salud, son referidas, principalmente, desde el nivel primario hacia los establecimientos de mayor complejidad.

Lo que nosotros observamos es que el aumento de la producción en las consultas de nueva especialidad, alcanzando porcentajes en torno al 30 por ciento de la producción de consulta, permiten ir aumentando año a año el número de consultas que se realizan para estos efectos. Pero también es cierto que los ingresos a esta lista van aumentando probablemente de una manera un poco mayor, y se empieza a generar este despegue año a año, y que visualizamos en el aumento de las listas de espera.

Lo segundo que uno podría concluir es que probablemente sea porque la capacidad resolutive de la atención primaria es menor. Siendo subdirector subrogante de gestión asistencial de este servicio, pero definiéndome como un profesional de la salud “primarista”, quiero hacer un énfasis especial en que nuestra atención primaria en Chile es de lujo.

No tenemos nada que envidiar a la atención primaria de países del primer mundo respecto de la capacidad resolutive, de la capacidad de atención, de la cantidad de profesionales, la calidad y la distribución de profesionales en la atención primaria, que es bastante compleja, pero...

El señor **OYARZO**.- Perdón, Presidente, no puedo dejar pasar...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Diputado Oyarzo, si quiere hacer uso de la palabra...

El señor **OYARZO**.- Es que no puedo dejar pasar que diga que la atención primaria...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Diputado Oyarzo...

El señor **OYARZO**.- Es de lujo, o sea, es una falta de respeto a los usuarios. Perdón, pero no lo puedo dejar pasar.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Diputado Oyarzo, si quiere hacer uso de la palabra, me la pide y se la doy, pero deje que termine de responder primero.

El señor **OYARZO**.- Bien, señor Presidente.

El señor **RECABARREN** (subdirector subrogante de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central).- Y esa atención primaria chilena ha aumentado su producción en los últimos años de manera importante, a pesar del impacto de la pandemia.

Eso explica que el número de pacientes y de casos que han sido derivados del nivel primario, a pesar de que su capacidad resolutive ha ido aumentando año a año, impacte en la dinámica de gestión de listas de espera, aumentando este número. Luego, lo que les corresponde a los establecimientos de nivel hospitalario es dar cuenta de esta demanda asistencial y es lo que, finalmente, visualizamos respecto de la disminución en las medidas de tendencia central, que corresponde a la mediana.

Ya se ha hablado respecto del cierre de la UCI. Este tema está casi resuelto a nivel de este establecimiento, por cierto, con una solución transitoria, porque no ha llegado la solución definitiva. Pero hoy día está casi a plena capacidad respecto de sus pacientes de más alta complejidad.

Efectivamente, esto ha significado que sea menos necesario que se requiera trasladar pacientes críticos de este establecimiento a otros. En el contexto del impacto por el cierre de estas camas, se generaron bastantes traslados, pero los pacientes que no tenían posibilidad de ser trasladados por su inestabilidad clínica mantuvieron su cuidado en este establecimiento con el objeto de estabilizarlos.

Luego, en relación con las consultas del diputado Romero, la normativa vigente, que ha sido recientemente actualizada en torno a la gestión de las listas de espera, establece diversas causales para los egresos. Hoy día son del orden de dieciocho causas distintas. Algunas de ellas son causas médicas, vale decir, que han recibido alguna atención por efecto de la gestión de las listas de espera o porque fueron atendidos por otra estrategia, por ejemplo, cuando un paciente era GES y fue atendido por esa línea GES.

Como servicio de salud, nos hemos preocupado de que la proporción de egresos por causas administrativas sea la menor posible. Eso da cuenta de que, a pesar de los grandes esfuerzos, todavía contamos con pacientes en lista de espera de años anteriores a 2017. Esa que parece ser una situación bastante irregular, si uno potenciara la causal de egreso administrativo, esos casos no existirían, y la verdad es que sigue existiendo en los registros, entre otras cosas, porque se hacen los mayores esfuerzos para contactar a los pacientes y que reciban, efectivamente, la atención por la cual están esperando.

Respecto de las especialidades críticas, esto tiene un comportamiento distinto dependiendo de cada servicio de salud y la cantidad y diversidad de especialistas con los que cuentan. Esta red de salud es altamente compleja y cuenta con las cuatro especialidades críticas de complejidad, además de la gran mayoría de las especialidades que hoy día están disponibles en nuestro país.

Efectivamente, los principales dolores que tenemos en torno a número de pacientes y tiempo de espera son en las especialidades de traumatología adulto y otorrinolaringología.

En el caso de traumatología tiene que ver, entre otras cosas, con que muchos de estos pacientes requieren algún grado de resolutivez quirúrgica. Para que puedan ser resueltos, entre algunas otras cosas, tiene que contar con un buen estado de salud y, mientras eso no ocurra, lamentablemente no es posible operarlos y tienen que persistir.

Respecto de otorrinolaringología, y esto también está impactando a este hospital, es por la disminución en el número de horas y de especialistas disponibles. La verdad es que para los hospitales se hace difícil realizar retención de especialistas, sobre todo aquellos de mayor brecha, como otorrinolaringología. Podría sindicar en este punto las especialidades con mayor criticidad.

En relación con la priorización de listas de espera, tenemos un mandato gubernamental que establece prioridad respecto, inicialmente, de los casos GES; luego, los no GES oncológicos, y, enseguida, los no GES no oncológicos. La priorización de este resto dice relación con la prioridad biomédica, principalmente. Pero si uno mira las dinámicas de las listas de espera, a pesar de los esfuerzos para intentar dar egreso efectivo de los pacientes más antiguos, la mayor cantidad de la producción asistencial en los distintos establecimientos se concentra en los pacientes más recientes. Eso es un hecho. Por lo tanto, podríamos decir que el criterio de antigüedad quizás no está siendo incorporado como un elemento de priorización para mejorar la respuesta. Sin embargo, lo cierto es que, debido al esfuerzo que implica, a medida que los pacientes permanecen más tiempo en la lista, también se vuelve más difícil resolver sus casos. No obstante, nos hemos enfocado en dar cuenta de la resolución de los pacientes que llevan más tiempo en las listas de espera.

En este hospital en particular, se han implementado estrategias de telemedicina y hospitalización domiciliaria para hacer un uso más eficiente de los recursos, tanto de este como de otros establecimientos. Nuestro centro cuenta con una de las hospitalizaciones domiciliarias más grandes del país —170 cupos—, lo que, de una u otra forma, permite que la presión asistencial sobre el uso de camas sea menor de lo que sería si no se contara con esta estrategia.

En cuanto al respaldo presupuestario, estamos enfrentando una situación financiera a nivel nacional que, lamentablemente, nos obliga a realizar los mayores esfuerzos posibles para dar continuidad al trabajo de respuesta a las listas de espera, dentro del marco presupuestario disponible. Por cierto, si contáramos con una mayor disponibilidad de recursos, podríamos ofrecer una mejor respuesta. Sin embargo, lo que puedo transmitir es que, salvo casos aislados, intentamos hacer el mejor uso posible de los recursos con los que contamos para responder a estas necesidades.

Por último, en la colaboración de la atención primaria de Maipú, la comuna tiene una atención primaria dependiente del servicio y de la municipalidad. Creemos que la atención primaria contribuye, primero, con la atención inicial de los pacientes, y, segundo, ha intentado aumentar su capacidad resolutivez, entre otras cosas, con nuevos dispositivos de salud. Debido a esto, nos encontramos próximos a dar apertura al segundo centro comunitario de salud mental (Cosam) de la comuna, en colaboración con el servicio de salud.

Ahora bien, efectivamente hay aspectos que podríamos ir mejorando. Por ejemplo, hemos detectado un aumento en la proporción de rechazos de pacientes que solicitan atención en los establecimientos dependientes de la municipalidad. Eso es algo que estamos observando, ya que, tal como señaló el diputado Romero, impacta directamente en la situación que se vive en los servicios de urgencia.

En ese contexto, la apertura del SAR de Maipú —que se esperaba pudiera dar respuesta, al menos en parte, a esta demanda histórica en el Servicio de Urgencias del Hospital El Carmen—, ha tenido un efecto contrario al esperado, ya que hemos observado un aumento en la demanda. Estamos analizando por qué ocurre este fenómeno, pues va en dirección contraria a la iniciativa que motivó la apertura de estos dispositivos de salud.

Respecto de la consulta del diputado Palma sobre las pacientes que están en lista de espera para abdominoplastía, se trata de una situación que, si bien representa una necesidad importante de ser resuelta desde el punto de vista de la salud mental y física, enfrenta ciertas dificultades en términos de gestión de recursos. Desde la perspectiva de la ocupación de pabellones -que son necesarios para este tipo de intervenciones-, situaciones de mayor gravedad, como las cirugías oncológicas o la atención de patologías de riesgo vital, tienden a tener prioridad, lo que provoca que estos casos vayan quedando rezagados.

A pesar de ello, se han asignado disposiciones presupuestarias exclusivas para este tipo de resolutivez, lo que, efectivamente, ha significado para este hospital un aumento en la glosa presupuestaria destinada para tales efectos.

Debemos dar cuenta de esta situación y, si bien no tengo el detalle en mi agenda, durante la próxima semana nos reuniremos con una de las organizaciones interesadas, para analizar cuál es la respuesta que, como red, podemos ofrecer a la lista de espera quirúrgica. La doctora Mellado podría entregar mayores detalles. Sin embargo, las principales necesidades están relacionadas con el subtítulo 29, tal como se mencionó en el Hospital Dr. Sótero del Río, particularmente en lo que respecta a la obsolescencia del equipamiento y a la creciente necesidad de complementar los exámenes requeridos para asegurar el egreso oportuno de los pacientes dentro de la línea de producción de intervenciones quirúrgicas.

De hecho, lo que observamos en nuestra lista de espera es un aumento inusitado en la cantidad de procedimientos pendientes de realización. Sobre estos casos, si contáramos con una mayor contribución en el subtítulo 29, podríamos responder de mejor manera a esta creciente demanda.

Luego, en cuanto al subtítulo 21, relacionado con el gasto en personal, es importante destacarlo dentro del objetivo de mejorar la capacidad de atracción de talento humano destinado a trabajar en los distintos dispositivos de atención pública, tanto a nivel primario como secundario y terciario. Entendemos que esto forma parte de una política nacional en donde están involucradas las asociaciones gremiales y dos colegios profesionales. Sin embargo, nuestra expectativa es que esta iniciativa se traduzca, eventualmente, en un aumento de recursos que nos permita contar con una mayor dotación de personal.

Sobre la relación con la concesionaria, puedo señalar que se trata de una situación compleja, debido a la forma en que ha sido modelada.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Disculpe que lo interrumpa, señor Recabarren, pero debo solicitar el acuerdo de la comisión para prorrogar la sesión por 30 minutos.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Puede continuar, subdirector.

El señor **RECABARREN** (subdirector de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central).- Como señalaba, el modelo relacional con la concesionaria es complejo, ya que involucra la participación del Ministerio de Obras Públicas, la Dirección General de Concesiones y la Inspección Fiscal en cada uno de estos establecimientos.

Además, en el caso particular de este hospital, la relación con la concesionaria se enmarca en un contrato de concesión compartido con otro hospital. Esto implica que, cada vez que se desea realizar alguna adecuación o implementar un proyecto, se requiere el acuerdo de ambos establecimientos, ya que existe un único contrato de concesión. De ahí la paradoja de que el proyecto de climatización se esté ejecutando de manera simultánea en ambos recintos.

Como ese contrato de concesión incluye también establecimientos pertenecientes a distintos servicios de salud, nuestra posibilidad de involucrarnos en esta relación se vuelve compleja, ya que requiere coordinación con esos otros servicios.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Con qué hospital están en el contrato de concesión?

El señor **RECABARREN** (subdirector de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central).- Con el Hospital de La Florida. Ambos hospitales están incluidos en el mismo contrato de concesión.

Diría que, en estos últimos meses, la relación con la concesionaria se ha vuelto algo más difícil y tensa. Sin embargo, en años anteriores, mientras no se presentaban los problemas actuales, la relación entre la concesionaria y este hospital se desarrollaba en un marco de cordialidad y buenos oficios. Esto contrastaba, quizás, con lo que ocurría en el Hospital de La Florida, donde sí enfrentaron algunas dificultades con la concesionaria en su momento. Lo digo porque tuve la oportunidad de trabajar en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, y la situación era bastante compleja.

Por lo tanto, cuando se intentaba implementar mejoras en este hospital, esa buena relación con la concesionaria no bastaba, ya que el hecho de que ambos establecimientos estuvieran en un mismo contrato dificultaba concretar esas iniciativas.

A continuación, quisiera referirme a la consulta sobre el informe N° 835 y nuestra impresión respecto del eventual resultado de esa investigación.

Como usted sabe, diputado, estos procesos de auditoría se han llevado a cabo en diversos hospitales, y los hallazgos, salvo algunos casos puntuales, dramáticos y muy criticables, son en general similares. Quiero destacar esto, ya

que, a pesar de que las entidades encargadas de estos procesos de auditoría son contralorías distintas, los resultados tienden a coincidir. Entonces, si distintas contralorías encuentran problemas similares, esto podría explicarse, en parte, por un efecto probabilístico. Es decir, si se revisan 20 hospitales y luego se examina el 21, es muy probable que se encuentren situaciones similares.

Me aventuraría a decir que esto responde a una cuestión netamente probabilística. Sin embargo, puedo afirmar que este establecimiento, con el objetivo de garantizar una gestión transparente de las listas de espera, realiza los mejores esfuerzos para que exista una correlación entre los registros locales y los del Sistema Nacional de Gestión de Tiempos de Espera (Sigte).

Con todo, han existido ciertas dificultades que han sido conocidas por la opinión pública, así como por la Comisión de Salud y esta comisión especial investigadora, las cuales han impedido, hasta el momento, la generación de estas compaginaciones. Como resultado, uno puede lograr compaginar y quedar conforme con eso, pero cinco o siete días después pueden generarse ciertas dinámicas en las listas de espera que provocan descompaginaciones.

No obstante, cabe señalar que los equipos técnicos de los distintos establecimientos de los servicios de salud están profundamente abocados a esta tarea. De hecho, conozco de primera mano el esfuerzo que realizan los profesionales y técnicos del área para procurar, en todo momento, una equivalencia entre los registros nacionales y los registros locales. Sin embargo, persisten ciertas dinámicas informáticas que, en ocasiones, explican la aparición de estas diferencias.

Dicho eso, quisiera retomar el punto anterior. Cuando observamos la lista de espera en términos de antigüedad, encontramos casos mucho más antiguos de lo que quisiéramos, lo cual, por cierto, no genera sino indignación. Sin embargo, si en los registros se generaran egresos administrativos sin una causal debidamente respaldada, o si existiera la posibilidad de que esos registros no constaran, probablemente esos casos no existirían, ya que, al ser los más dolorosos, una gestión que estuviera enfocada únicamente en eliminarlos de [...], en respuesta a esos casos que llevan tres o cuatro años en lista de espera.

Por último, respecto de la consulta de la diputada Delgado en torno a cuántos egresos han ocurrido por fallecimiento, como señalé anteriormente, existen distintas causas por las cuales las personas pueden ser egresadas de la lista. Una de ellas es que fallezcan mientras aún están en espera. Lamentablemente, esto es algo que ocurre, y lo que corresponde en esos casos, por normativa, es egresarlos. No es posible que una persona fallezca y se mantenga en la lista de espera.

Lo que importa verificar, en primer lugar, es cuántos son los egresos en términos numéricos, un dato que es posible obtener, aunque lamentablemente no lo tengo disponible en este momento, y, en segundo lugar, dado que esto requiere un análisis adicional, si la causa del fallecimiento se relaciona o no con la razón de su espera. La verdad es que, en los análisis previos, se han encontrado algunos casos en los que existe una correlación, pero la gran mayoría de los pacientes que están en listas de espera, lamentablemente, fallecen por causas eventualmente distintas.

Lo que puedo comprometer, como servicio, es entregar las cifras correspondientes al período de exploración de esta comisión investigadora, para proporcionar el número efectivo de egresos por fallecimiento debido a esta causal. Sin embargo, la revisión de la correlación entre la causa de fallecimiento y la causal de lista de espera requiere un análisis mayor.

Eso, Presidente.

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

Respecto de los fallecidos que usted ha planteado, quiero decir que en 2021 hubo 136 fallecidos en lista de espera GES, 112 en 2022 y 182 en 2023. En lista de espera no GES hubo 2.273 en 2021, 1.627 en 2022 y 1.609 en 2023. El informe de fallecidos en listas de espera de 2024 todavía no nos llega, porque se entrega con un año de desfase.

Además, el Ministerio de Salud (Minsal) hace la asociación de los fallecimientos en lista de espera con probable causa por la lista de espera, con los que no tienen ninguna correlación. En general, la relación es de un 15 a 20 por ciento. En 2022, la correlación, probablemente a causa de la lista de espera, era un 20 por ciento, y en 2023 bajó a un 15 por ciento, específicamente, y si la memoria no me falla, 14,6 por ciento.

Lo señalo, para que esté ese antecedente.

Tiene la palabra el diputado Rubén Oyarzo.

El señor **OYARZO**.- Muchas gracias, Presidente.

Lamentablemente, escuchar al subdirector me hizo recordar al doctor Mañalich, cuando dijo que teníamos el mejor sistema del planeta, en medio del estallido social. Aquí está pasando lo mismo, falta una visión de realidad tremenda, porque es cosa de ir a una urgencia y preguntar si tienen un sistema de lujo. No caigamos en el problema de la irrealidad, no caigamos en desconocer lo que está pasando en nuestros centros de salud.

Director, ayer renunció el seremi de Energía de la Región del Biobío por decir que Chile era una taza de leche en seguridad, y este es un caso similar.

Lamentablemente, estamos teniendo problemas y hay que reconocer que tenemos problemas, que faltan recursos, que no contamos con los insumos necesarios para poder operar e, incluso, para tener atención primaria. Esa es una realidad y la estamos viviendo, porque no tenemos especialistas, pero aquí hay que sacarse las caretas, porque esto es un festival de máscaras.

Digamos las cosas como son. ¿Tenemos un problema? Sí. ¿Enfrentemos el problema y veamos cómo lo solucionamos? Perfecto. Sin embargo, que vengan decir que es un sistema de lujo es una falta de respeto a todos los pacientes que están afuera esperando durante horas y horas, a todos nuestros adultos mayores que deben levantarse a las 06:00 horas para poder pedir una hora y, aun así, no alcanzan una.

(Un señor interviniente habla fuera de micrófono)

[...]

Justamente, a los funcionarios que tampoco tienen los insumos para poder dar la atención que quisieran dar, que se tienen que quedar haciendo horas extraordinarias y que son la primera línea para enfrentar a los pacientes.

Esto es una falta de respeto, subdirector; de verdad, no puedo dejar pasar lo que dijo. Me parece insólito, porque aquí estamos cayendo en lo mismo que pasó en el estallido social. Recordemos qué nos decían en esa época: que era el mejor sistema de salud del mundo, que había que levantarse temprano para tomar el metro y tener una economía más grande.

No caigamos en eso, subdirector, enfrentemos los problemas. Tenemos un problema grave de listas de espera, el Hospital El Carmen tiene falencias que son reconocidas por los pacientes y por los mismos trabajadores del hospital, así que busquemos las soluciones.

Eso, Presidente.

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

El señor **ROMERO** (don Agustín). Gracias, Presidente. Efectivamente, acá la desconexión es brutal, porque cuando hablo de la atención primaria de salud no estoy loco, tampoco ustedes. ¿O estamos todos locos? ¡Estamos todos locos, entonces! Hablando en su lenguaje, les quiero preguntar: ¿Han detectado que hay personas que se levantan a las 05:00 horas para sacar hora? No sé si han detectado eso, porque detectan muchas cosas, pero no lo evidente, lo que pasa en la calle.

Acá hay un seremi que acaba de decir que no hay que irse al estallido social, hay que estar acá nomás, y dice que Chile es como una taza de leche.

Señor Presidente, no puedo permitir que el representante del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), que es el que dirige este hospital y es el superior jerárquico de toda la salud de este territorio -como les gusta decir a algunos-, exprese que la atención primaria de salud es un lujo.

Perdónenme que les diga, pero creo que hay un problema grave, nuestros adultos mayores lo viven, e, incluso, los chilenos que son postergados por los inmigrantes ilegales lo están viviendo en este país.

No quiero que me diga que es primarista de salud, porque aquí no se trata de ser primarista de salud, sino ver cómo hacemos una buena gestión profesional. Esto es transversal, no es una cuestión política, y es cosa de salir a la calle para darse cuenta que, o no están conectados con la realidad, o, realmente, viven en otro país.

Para mí, eso es muy preocupante, porque ustedes son los que dirigen este tema. Aquí los diputados no tenemos ninguna injerencia en la gestión; que lo sepan bien, aquí nosotros los representamos a ustedes.

Entonces, obviamente, muchas de las personas que están escuchando están indignadas. De verdad, les pido que por favor me digan en qué antecedentes se fundan para decir eso, y que mañana vayamos juntos a cualquier Cesfam de acá, a las 5 de la mañana, a las 7 de la mañana, cuando abran, a decirle a los pacientes que este es un sistema de lujo.

Gracias, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Solo quiero recordarles a los diputados Oyarzo y Romero que, si bien entiendo la pasión, les pido que deben dirigirse a los invitados a través del Presidente, por favor.

Tiene la palabra la diputada Viviana Delgado.

La señora **DELGADO** (doña Viviana).- Me sumo a lo que dicen mis colegas, porque sobra que te digan que todo está bien, ya que los usuarios del sistema saben perfectamente que no está bien.

Por ejemplo, me asombra que los ascensores de este hospital estén bloqueados por los trabajos de climatización. Eso no está bien, porque el usuario y también los trabajadores pagan el costo de que estén malos los ascensores.

Ciper hizo un hallazgo acá, detectó 112 insumos y medicamentos ubicados en la unidad de hemodiálisis que estaban vencidos; eso es algo real. Tenemos casos reales, como que la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) permanece fuera de funcionamiento desde el 6 de enero.

Entonces, son casos reales y no podemos decir que está todo bien. ¡No, no está todo bien! ¿Y saben a quién culpa la gente? A los funcionarios, a los trabajadores, porque después se genera violencia hacia ellos, pues son los que ponen la cara por la mala administración de salud. No nos olvidemos de eso.

No me gusta escuchar cuando dicen que está todo bien, porque sabemos que no es así y porque, una vez más, eso indica que están muy desconectados de la realidad que está viviendo este país.

Por último, hago hincapié en que quiero escuchar a los representantes de las comunidades y al representante de los funcionarios.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Vamos a escucharlo a todos, no hay problema. Estas sesiones se han extendido hasta por cuatro horas y media en algunas regiones.

Aquí hay representantes del Ministerio de Salud, y, a propósito de lo que dijo nuestro invitado, quiero consultarles si el Hospital El Carmen y el Hospital Florida tienen inspectores fiscales distintos o es el mismo inspector fiscal, al ser parte de un único contrato.

(Un invitado interviene sin micrófono)

[...]

Es el mismo.

Solicito el acuerdo para oficiar a la Dirección General de Concesiones, a fin de requerir que haya un inspector fiscal por cada hospital.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Hernán Palma.

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

Quiero hacer dos acotaciones. La primera es que hace algunos meses visité el Ministerio de Obras Públicas (MOP) y, justamente, estuvimos hablando de este desentendimiento, porque no dialogan los sectores. Es decir, hay una línea de fiscalización que tiene que ver con las obras, y otra que tiene que ver con el servicio sanitario, pero sin una articulación adecuada que permita optimizar la gestión globalmente.

En segundo lugar, Presidente, quiero decirle muy respetuosamente al diputado Romero que yo me formé en la atención primaria, y creo que lo que tiene de lujo son los funcionarios de la atención primaria.

El señor **ROMERO** (don Agustín).- No he dicho los funcionarios.

El señor **PALMA**.- Por supuesto, así se entiende bien, porque hay una cosa estructural que, efectivamente, impacta en los usuarios, en los funcionarios y en la comunidad.

No obstante, creo que, al igual que en la atención de mayor complejidad, el esfuerzo que se hace en la atención primaria -que resuelve buena parte de los problemas de salud de nuestro país- es mancomunado y, muchas veces, lo hacen de forma casi voluntaria, no necesariamente bien remunerados y no necesariamente con todos los recursos que se requieren para llevar adelante la gestión, pero, de verdad, me saco el sombrero con los funcionarios y las funcionarias.

Para que quede claro, diputado, porque entiendo que no fue su intención ningunear a los equipos de salud.

Por otra parte, hay un tema que no es...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Diputado, si se emplazan mutuamente, luego me pedirán ejercer su derecho a réplica, ya que cada diputado tiene derecho a ello, conforme al Reglamento. Por lo tanto, no vamos a terminar nunca.

El señor **PALMA**.- Terminó con eso, entonces.

Por otro lado, la atención primaria universal, que es un interesante aporte desde la perspectiva de la reforma, tiene una pequeña dificultad y es que, si bien existe un buen discurso, un buen relato y una buena propuesta, carece de recursos.

La atención primaria universal, bien puede ser una propuesta muy atractiva, pero si adolece de los recursos necesarios para su mejor capacidad resolutoria, la reforma no va a dar el ancho.

Eso es lo que quería decir, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- El diputado Romero ha solicitado su derecho a réplica.

Tiene la palabra, señor diputado.

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, efectivamente, quiero dejar superclaro que no he dicho jamás que esto sea malo para los funcionarios, ni les estoy echando la culpa a ellos. Todo lo contrario, son los funcionarios los únicos que se sacan la mugre en este tema.

De lo que estamos hablando es que faltan ofertas. Seamos superclaros, ningún funcionario de la salud tiene a su cargo la gestión clínica, la gestión médica, la gestión de pabellones ni la gestión de las listas de espera. Nada de eso. Aquí está la tropa, que es la que está dispuesta en cualquier minuto a atender a nuestros pacientes. Eso nunca lo olvidemos.

Lo que estoy diciendo es que no se puede decir que la atención es un lujo, porque solo quienes dirigen el sistema creen que es así, pues no ven la realidad de los vecinos. Eso es lo que estoy diciendo. Jamás podría argumentar algo en contra de los funcionarios, que son los que están siempre dispuestos a atender a nuestros pacientes.

Gracias, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la doctora Patricia Mellado.

La señora **MELLADO**, doña Patricia (directora subrogante del Hospital El Carmen).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero referirme a lo que significa para nosotros, como hospital concesionado, la relación con la concesionaria y aclarar cuáles son las responsabilidades.

Este hospital concesionado, como lo dije en mi presentación, fue construido como un hospital de mediana complejidad, para una población mucho menor que la que correspondía, y al poco a andar, tuvo que transformarse en un hospital de alta complejidad. Esto implicó aumentar de 1.800 a 4.600 sus funcionarios, incrementar de 365 camas a [...], las que todavía siguen siendo insuficientes. Sin embargo, debido a problemas de infraestructura, no podemos efectuar ningún aumento más, ya que la concesión de este hospital implica que toda la infraestructura sea manejada por la concesión.

Por ejemplo, si voy a ocupar algún espacio o quiero modificar uno para atención clínica -que sería lo que debíamos hacer en este momento, dado que tenemos un proyecto clima con disminución de la cantidad de camas-, es necesario que la concesionaria lo autorice. Así, aumentar u ocupar espacios no determinados para atención clínica está completamente fuera de nuestro alcance.

En ese sentido, como gestores de la administración clínica del hospital, tenemos las manos atadas. De hecho, debemos pagar dos cuotas anuales relacionadas con la explotación que hace la concesionaria del hospital, lo que implica que cada año tengamos que ir pagando más por las camas extras que implementamos.

Quiero dejar claro que la concesionaria tiene a cargo, en este hospital, al igual que en el de La Florida, todo lo que se refiere a la seguridad, y alimentación de funcionarios y pacientes, así como todo lo que se refiere a ropa clínica; visten camas y pabellones. También tiene a su cargo todo lo que significa el aseo de las instalaciones clínicas y no clínicas del hospital, y la mantención de la estructura e infraestructura, que incluye ascensores, escaleras y pintura, entre otras cosas. Así, cada vez que requerimos hacer algún cambio o implementar algo que afecta la infraestructura, nuestro flujo es: inspección fiscal y solicitud de un presupuesto; y lo que presupuesta la concesionaria es lo que vale. Como hospital, no podemos

contratar a ninguna empresa externa para realizar la instalación de un enchufe, por ejemplo.

En 2014, cuando llegué a Neonatología, para armar ese servicio, me entregaron una neonatología con 15 cupos. De esos 15 cupos, 3 cupos eran para la UCI, 6 para cuidados intermedios y el resto, para la atención básica. A las dos semanas, necesité aumentar los cupos UCI. Para hacerlo, era necesario incrementar la cantidad de enchufes en cada unidad y cada unidad de Neonatología requería 12 enchufes. Pedimos el presupuesto a la concesionaria para implementar esos cupos, que claramente estábamos necesitando, y el primer presupuesto que nos hizo la concesionaria para instalar seis enchufes más por cupo fue de 7000 U.F., y nosotros no podemos ir en contra de lo que la concesionaria define. Ella determina cuánto cobra y si contrata o subcontrata a empresas para hacer los trabajos. Todos estos años, con base en la infraestructura y los requerimientos de espacios clínicos, ha funcionado de esa forma. Nuestra comunicación es a través de la inspectora fiscal, que depende del Ministerio de Obras Públicas (MOP), y es ella quien baja la información a la concesionaria. Nosotros tenemos la posibilidad de levantar oficios y solicitar el cobro de multas cuando la concesionaria incumple con alguna de las medidas.

Además, debo decir que este hospital, que está por cumplir 12 años, desde sus inicios, ha presentado problemas de infraestructura. Por eso, me gustaría que, cuando empiecen las lluvias, este invierno, vinieran a ver cómo nos tenemos que pasear los sábados y domingos debido a las filtraciones en todos los sectores y en todos los pisos. Tenemos que cerrar cupos para poder hacer arreglos y, esto se debe, además, a que la concesionaria se toma el tiempo necesario para hacer solo las mantenciones que, por contrato, deben realizar.

¿Por qué toco el punto de las mantenciones? Porque todo lo que se refiere a la climatización también depende de la concesionaria, y el proyecto clima, que en este momento está ejecutándose, es porque la construcción de este hospital no consideró la climatización en los espacios en que se necesitaba. Es más, la concesionaria no instaló climatización en espacios clínicos donde hay pacientes hospitalizados.

En enero de 2015, que fue el primer verano que pasamos en el hospital, con pacientes y funcionando al ciento por ciento, las salas de pediatría alcanzaban temperaturas de hasta 38 grados.

¿Cuáles fueron las medidas de mitigación que la concesionaria estableció en ese momento? Que se instalaran equipos portátiles de aire acondicionado, lo que llevó a que todo este espacio, tan amplio, tan luminoso y tan bonito, se llenara de equipos portátiles y de tubos corrugados; había que abrir el techo para sacar el aire, para poner inyectores de aire, a fin de poder manejar, de alguna forma, la climatización.

Fue por eso que, en 2016, como hospital, levantamos esta necesidad y dijimos que se necesitaba un cambio para poder seguir funcionando. Recién en 2021 se emitió el decreto N° 225, que determinó que había que hacer un proyecto de climatización, y que debía estar a cargo de la concesionaria.

La concesionaria se demoró dos años en obtener los fondos, ya que este proyecto depende completamente de ella. En 2023, ya estaba disponible la opción de ejecutar el proyecto, pero se postergó hasta que llegamos a este punto en que ya había que comenzar y nos tocó a nosotros.

Entonces, me gustaría diferenciar entre el proyecto clima y las eventualidades que hemos tenido, debido a la mala mantención de los equipos mantenedores de aire.

Lo que pasó en la Unidad de Paciente Crítico (UPC) de adultos comenzó, efectivamente -no recuerdo quién lo mencionó-, a fines de octubre. En ese momento, los equipos clínicos de la UPC comenzaron a hacer notar que las temperaturas no eran las adecuadas. Nuestra UPC tiene 18 cupos, los cuales están individualizados. Desde el punto de vista de infraestructura, esta UPC es muy buena, y antes de la pandemia se dividía en cupos de UCI y cuidados intermedios. Posterior a la pandemia se definió que solo sería para pacientes de cuidados críticos, y los pacientes de cuidados intermedios fueron cambiados a otro sector del hospital.

Durante noviembre y diciembre, se hicieron todas las solicitudes para que la concesionaria fuera evaluando qué tipo de mitigación nos iba a presentar.

El lunes 6 de enero de este año, definitivamente las mitigaciones que empezó a hacer la concesionaria no tuvieron resultado.

El 8 de enero, en representación del hospital y como directora, definí que la UCI había que cerrarla, por supuesto, tomando en cuenta lo que los equipos clínicos estaban sufriendo, porque al tener 35 grados en una UCI no solo el paciente es el que sufre, sino también el funcionario, los equipos médicos y, además, los medicamentos.

Cerramos la UCI y, en conversación con la inspección fiscal y con la concesionaria, solicitamos a la concesionaria se hiciera cargo del traslado de los pacientes de UCI bajo su costo. Esto fue aceptado, pero ustedes entenderán como convención de salud que un paciente de cuidados intensivos es un paciente que tiene que ser primero evaluado. No es un paciente que pueda llegar a nuestra urgencia y trasladarse en forma inmediata. Es un paciente que muchas veces requiere estabilización y, más aún, un paciente que quizás por su estado grave jamás va a poder ser trasladado. Entonces, esta solución que si bien la concesionaria la aceptó y nos dio la posibilidad de enviar pacientes al extrasistema...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Perdón, tengo una pregunta.

En el Hospital Regional de Antofagasta, cuando falló la climatización, la concesionaria, bajo su cargo, hizo los traslados al sector privado, pero, ¿lo pagó el hospital y la concesionaria tenía que reembolsarlo?

La señora **MELLADO**, doña Patricia (directora subrogante del Hospital El Carmen).- No. Nosotros preferimos e insistimos desde el principio de que las facturas de las clínicas y de los traslados fueran directo a la clínica. De hecho, ya mandamos un oficio con el valor total de los pacientes que hubo que trasladar cobrando el traslado y la hospitalización.

Ahora, ¿qué pasó en ese andar? Puede ser un poco latero escuchar qué pasa con un paciente de UCI, pero nuestros pacientes de UCI y ustedes saben que la red metropolitana de pacientes críticos es una red que siempre está con un margen muy pequeño de elasticidad como para recibir.

Nosotros establecimos en ese momento de los traslados que el discurso era que no teníamos UCI en el hospital, pero nos encargamos de recibir al paciente, lo estabilizamos y pedimos el traslado. El traslado pasa por recurrir a nuestra unidad de gestión centralizada de traslados que hace un escaneo de todos los cupos UCI o intensivos que existen en la red y, si no está asequible un espacio en algún hospital público, pasa a los servicios ranqueados, no ranqueados y, finalmente, hacer un trato directo con una clínica para que lo reciban.

El problema es que incluso teniendo un paciente UCI en posición y en calidad de ser trasladado las clínicas privadas no aceptan a cualquier paciente. Si bien la concesionaria me pagaba el traslado, me pagaba la hospitalización, pasaban dos cosas: o yo no podía trasladar al paciente porque el paciente estaba inestable o no le encontraba cupo en otro lado. Eso significó que tuvimos que estresar nuestro sistema interno, tuvimos que generar cupos UCI, tuvimos que estresar a nuestros equipos, mezclar pacientes y hacer desaparecer casi completamente nuestra unidad coronaria.

¿Qué generó eso? Que nuestros procedimientos que requerían cama UCI posterior a algún procedimiento quirúrgico o coronario tuvimos que desplazarlos, tuvimos que dejarlos atrás y, en ese momento, se nos empezó a generar una lista de espera de pacientes que requerían solución médica, pero que como no íbamos a tener cupos UCI no los podíamos recibir. Finalmente, eso ocasionó problemas en los pacientes, funcionarios y equipos.

Ahora, ¿qué pasó con el problema concreto del 8 de enero? La concesionaria definió que iba a arreglar esta unidad manejadora de aire de la UCI y que el 28 de febrero entregaba la UCI lista para ser usada. En ese mismo momento, en vista de esto y de que tenemos muchas unidades manejadoras de aire funcionando, y que esta al parecer había dejado de funcionar bien por un problema de mantención de un elemento de la unidad manejadora de aire que es el serpentín, pedimos como equipo directivo [...] que se evaluaran el resto de las unidades manejadoras de aire, porque esto que nos pasó en la UCI podría habernos pasado en pabellón, en la UCI pediátrica, en la UCI neonatal o en cualquier sector del hospital.

Pasado el período de enero y febrero, llegamos a la reunión el día 28 de febrero...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Perdón, ¿habría acuerdo para prorrogar la sesión por 30 minutos?

Acordado.

La señora **MELLADO**, doña Patricia (directora subrogante del Hospital El Carmen).- Llegado el 28 de febrero, sin antes habernos avisado, nos juntamos en la reunión, estaban los representantes de la concesionaria, estaba la inspectora fiscal y nos dicen que definitivamente las mitigaciones y el equipo que ellos habían

mandado a hacer para cambiar el serpentín no había funcionado y que, en ese momento, nos informaban que se iban a demorar cuatro meses más, o sea, del 28 de febrero significaba que la UCI la entregaban el 30 de junio.

En ese momento, la petición como directora del hospital fue decirles: “Perfecto, no vamos a poder usar la UCI. Entonces, necesito que me compren y me paguen cupos UCI fijos para el hospital”. O sea, ya no buscar si es que hay algún cupo en algún lugar.

Pedimos, por oficio, que la concesionaria se hiciera cargo de asegurarnos los 18 cupos de UCI que no íbamos a tener por los cuatro meses. Eso quedó ahí, no fue aceptado.

Seguimos con el sistema de traslado de pacientes, si es que era posible al cupo que encontráramos y, al mismo tiempo, la concesionaria -debo ser superfranca, yo no puedo relacionarme directamente con ella. No puedo sugerirle ni exigirle nada, eso es a través de la inspección fiscal- comenzó a hacer otro tipo de movimientos y mandó a hacer otro serpentín en Chile con las medidas y especificaciones técnicas del original.

Hace una semana o dos semanas, la concesionaria instaló este nuevo serpentín, que no es el definitivo y eso es la realidad, e hizo pruebas de temperatura y después de una semana nos dijo que tenían una solución provisoria, que se entregaba la UCI para ser usada y que se podría empezar a usar.

Lo primero que planteamos es que íbamos a probar. O sea, era bien poco inteligente llenar de nuevo la UCI con pacientes y después de dos días volver a retirarlos porque generaba, tanto para los pacientes como para la comunidad completa hospitalaria, un movimiento completamente ineficiente. Generamos y pedimos tiempo de prueba. También pedimos las mediciones de temperatura, evaluamos durante una semana una UCI con equipos, porque ustedes entenderán que es distinto medir la temperatura de una Unidad de Cuidados Intensivos vacía a una Unidad de Cuidados Intensivos llena con todo lo que un paciente de UCI necesita: maquinarias, bombas, equipos de diálisis, equipos de ventilación mecánica, etcétera y con el personal funcionando.

Empezamos a ocupar la UCI con pacientes UCI de a poco y nos dimos cuenta de que sí había una temperatura que, además, se asociaba a la baja temperatura ambiental que se generó a mediados y finales de abril.

En este momento la UCI está funcionando, pero con un equipo que no es el definitivo, pues este debería llegar en junio. Está funcionando y no hemos tenido problemas. Lo que sí definimos como equipo directivo y en conversación con los equipos clínicos es que en vista de que tenemos disminución -de ahí me voy a referir después a lo de los cupos menos- íbamos a empezar a ocupar la UCI con pacientes de cama UCI y con pacientes de cama media. La verdad es que a la concesionaria le da lo mismo el paciente que yo ponga, la concesionaria cumple por la explotación de la cama en sí.

Entendido eso, quiero dar a conocer y reforzar que en este momento sí tenemos UCI. El equipo de UCI volvió a trabajar en la UCI. De los 18 cupos, estamos

con 15 pacientes de UCI, porque se ha notado un aumento además de la consulta de pacientes adultos que están requiriendo esa atención.

En relación con lo que pasa con el proyecto Clima y las 40 camas menos, eso es permanente. Eso no lo vamos a tener durante todo el tiempo que dure el proyecto Clima. Este hospital tiene 40 camas menos y no tengo más espacio para poner camas media. Para suplir esa deficiencia, hemos presentado varias estrategias, principalmente, a nuestro servicio de salud, una de las cuales es ocupar las camas del CRS. Quiero ser bien clara en esto, porque no quiero que queden confusiones con relación a, primero, nuestra relación con el CRS y, segundo, si realmente es la solución o no.

El CRS depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El CRS de Maipú es el único que mantiene camas de hospitalización en Chile. El CRS tiene 40 camas, de las cuales solo 24 estaban funcionando, porque tenía presupuesto solo para esas.

¿Qué pasó a fines del año pasado? En vista de que ya veíamos lo que iba a pasar en marzo de este año, se hicieron todas las coordinaciones con la dirección del CRS -y lo quiero dejar claro-, cuyo director ha tenido una tremenda disposición y voluntad en ayudarnos. El problema del CRS es que tiene camas que no cumplen con los requerimientos de nuestros pacientes. En este momento, el CRS tiene las 40 camas disponibles para nosotros. De hecho, desde diciembre tenemos un contingente de funcionarios, enfermeras, TENS y auxiliares en comisión de servicio para que las 40 camas estén en funcionamiento.

Posteriormente, se generó un protocolo de traslado para definir qué paciente podía ir al CRS, cuáles eran los diagnósticos, las características y que cumplieran entonces con lo que ellos podían solucionar. Pero lo que estamos viendo ahora es que el paciente cama media respecto del cual requerimos traslado no es uno de cama media que ellos puedan recibir. De manera que hoy el CRS puede aparecer ofreciéndome 20 cupos, pero no puedo trasladar más de tres pacientes, porque el resto de aquellos no cumple con sus criterios.

Por lo tanto, si ustedes me preguntan si el CRS tiene 40 camas, respondo tiene las 40 camas por las que yo estoy en déficit, pero no tenemos la posibilidad de congeniar aún. Estamos en conversaciones y se están generando nuevas instancias para ver qué tipo de paciente puedo trasladar para que nos ayuden. En definitiva, si bien la estrategia del CRS ha mejorado, la estamos conversando, pero todavía no es una solución.

Por otro lado, generamos la conversación con nuestro hospital base, el hospital San Borja Arriarán, para solicitarle que fuera más expedito en el traslado de los pacientes que requieren resolución en ese hospital.

La cartera de servicios del San Borja Arriarán es más especializada que la nuestra y resuelve muchas cosas que nosotros no podemos. Incluso, muchas veces tenemos pacientes hospitalizados, ya sea en el hospital o en forma domiciliaria, esperando ser trasladados al hospital San Borja Arriarán para ser resueltos. Entonces, lo que establecimos con el director de dicho hospital es una evaluación más exhaustiva y tratar de cumplir con los tiempos de traslado para poder desocupar estas camas, a fin de darles un movimiento más rápido con pacientes de

cama media. Un ejemplo de ello ocurre con los pacientes cardioquirúrgicos. No quiero equivocarme, pero en este momento debo tener, por lo menos, 10 pacientes cardioquirúrgicos esperando ser trasladados al hospital San Borja Arriarán, varios de los cuales están en forma domiciliaria.

Por último, una de las acciones que vimos como alternativa y que presentamos en el servicio de salud y en todas las reuniones que hemos asistido a la Dijera (División de Gestión de Redes Asistenciales) es la compra de camas media.

En un momento, el diputado Oyarzo preguntó sobre si habíamos generado algún tipo de compra de camas media. La verdad es que el presupuesto del hospital no da para que podamos financiar la compra de camas media. La compra de camas media por año, si lo llevamos a plata, son casi 4.000 millones de pesos, pero nuestro presupuesto no nos da para eso. Hicimos todas las averiguaciones de presupuesto con relación a la compra de una cama media completa en el servicio privado o al arriendo del espacio, pero con nuestro recurso humano. Finalmente, era mucho más factible arrendar el espacio y llevar nuestro recurso humano. Presentamos los presupuestos al servicio de salud y este lo presentó a la Dijera, pero tampoco fue aceptado como posibilidad. Como ustedes entenderán, como hospital, no está en nuestras manos decidirlo. Si queremos claridad en relación con eso, lo que veo como médico es que, a medida que la campaña de invierno se acerca, va a ser mucho más difícil conseguir camas, porque en esa época nadie las tiene disponibles, ni siquiera el sector de salud privado.

Entonces, el peligro de nosotros -y en eso quiero ser bien enfática- no es que veamos que todo está perfecto en el hospital, porque obviamente hay muchas cosas por mejorar. Somos funcionarios de la salud pública y entendemos que esta siempre está en déficit y requiriendo más recursos. Las expectativas de los pacientes siempre son más altas y queremos dar respuesta a eso.

Pero en este momento, como hospital, nuestro miedo es, primero, no tener esas 40 camas. ¿Qué va a pasar en la semana epidemiológica números veinte o veintiuno, cuando aumenta el *peak* de infecciones? ¿Qué va a ocurrir con nuestro servicio de urgencia? En ese sentido, les quiero dar solo un ejemplo.

El 11 de marzo de 2025 tuve que entregar las 36 o 40 camas para que fueran intervenidas por el proyecto Clima. Durante diez días, una vez entregadas esas camas, nuestro sistema de urgencia colapsó aún más y llegamos a tener hasta cien pacientes hospitalizados y alrededor de veinte horas de espera para la atención de urgencia.

¿Qué pasó en ese momento? Recurrimos a una maniobra de urgencia a urgencia, y como teníamos los cupos de UCI con temperatura no para UCI, pero sí para cama media, pedimos la autorización de la UCI, que no estaba entregada todavía, para poner pacientes de cama media, por lo cual ocupamos esos dieciocho cupos con cama media. Inmediatamente, la urgencia se descomprimió. Eso no lo puedo hacer ahora, porque mi UCI ya está con pacientes UCI y no puedo llenarla con pacientes de cama media.

Entonces, de aquí a dos o tres semanas más, probablemente, sí se genere esta situación de colapso en la urgencia y yo no tenga donde poner pacientes de

cama media, en el entendido de que eso genera estrés en los equipos y los pacientes y, además, riesgo para estos últimos, porque, obviamente, un paciente que llega allí puede ser clasificado con ESI 4 (*Emergency Severity Index*). Si va a esperar veinte horas, capaz que ese mismo paciente pase a ser ESI 3 o ESI 2 y luego tenga que pasar al recuperador; pero eso no lo puedo manejar en este momento.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Quiero pedir el acuerdo de la comisión para solicitar dos oficios.

El primero al Ministerio de Obras Públicas y a la Dirección General de Concesiones, a fin de que informen, porque no están publicados en la página web de la concesión, sobre las multas que ha recibido la empresa concesionaria del hospital El Carmen, a propósito de los problemas que presenta, en particular de climatización de la UCI; si no han sido cursadas, pedir que se cursen.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

En segundo lugar, pido que se oficie a fin de que se instruya una investigación sumaria respecto de por qué las especificaciones técnicas de las licitaciones no incluyeron la climatización común completa en ambos establecimientos de salud. Incluso, el hospital de La Florida tampoco tiene climatización, y eso es parte de las especificaciones técnicas para el diseño.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra la directora subrogante del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada.

La señora **MELLADO**, doña Patricia (directora subrogante del Hospital El Carmen).- Señor Presidente, lo que más me llama la atención, y me gustaría que se explicara el origen de esto, es por qué el proyecto de concesión y el proyecto Clima no consideraron, bajo ningún concepto, la mitigación clínica. ¿Qué se consideró? Se consideraron los espacios administrativos, o sea, pusieron contenedores para trasladar al personal administrativo y que este trabajara en su interior, pero no se consideró que yo iba a cerrar 40 camas. No se consideró la mitigación del efecto clínico que iba a tener el proyecto Clima.

Entonces, ¿consideraron traslado de espacios administrativos?
¿Consideraron traslados?

Si yo cierro...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿La concesionaria?

La señora **MELLADO**, doña Patricia (directora subrogante del Hospital El Carmen).- El convenio o el proyecto clima que fue, me imagino, entre el MOP, la concesionaria y el Minsal, no consideró, bajo ningún concepto, qué iba a pasar en este hospital cuando se cerraran cuarenta camas; sí, consideró cómo tenía yo que trasladar el personal administrativo; además, que la concesionaria iba a trasladar

sus efectos, sus escritorios, computadores, pero no los pacientes; es más, pero es más...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¡Tragicomico!

La señora **MELLADO**, doña Patricia (directora subrogante del Hospital El Carmen).- Lo trágico es que aquí tampoco se consideró cómo iba a costear yo el traslado de los equipos, de las camas, de los veladores, de las bombas de infusión, de todo lo que el espacio clínico iba a requerir desocupar.

Entonces, ¿qué tuvimos que hacer como hospital? Un presupuesto, una licitación y contratar un sistema de mudanzas para trasladar lo que era del hospital, porque la concesionaria muda lo que es de ellos.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Entonces, oficiaremos también por el requerimiento de la directora al Ministerio de Obras Públicas y a la Dirección General de Concesiones, por qué no se consideró tanto la mudanza para el proyecto como la mitigación de las cuarenta camas de atención clínica, y al Ministerio de Obras Públicas solicitaremos una investigación sumaria en cuanto a por qué en las especificaciones técnicas, cuando se licitó el proyecto de ambos hospitales, omitieron la climatización de todos los espacios, que es la regla al final.

¿Habría acuerdo sobre ambos oficios?

Acordado.

Muchas gracias, directora y subdirector.

Vamos a seguir con los siguientes invitados. Pedimos que pase adelante el representante de la Asociación Nacional de Consejos de Usuarios de Salud Pública (Ancosalud), señor Eduardo Nova; el presidente de la Federación Nacional de Enfermeros y Enfermeras de Chile, señor José Luis Espinoza, que puede venir a acompañar a la señora Magaly Miranda, si así lo desea, y el dirigente de la Fenats Histórica Hospital El Carmen y presidente de Fenats Metropolitana Nacional, señor Emilio Guzmán.

Tiene la palabra el señor Eduardo Nova.

El señor **NOVA** (representante de Asociación Nacional de Consejos de Usuarios de la Salud Pública, Ancosalud).- Señor Presidente, agradezco la invitación.

Vengo en representación de Ancosalud Chile. Esta es una asociación de consejos de salud a nivel de todo Chile.

Haré una introducción, pero antes quiero darles a conocer a los que no me ubican, que, junto con ser parte de este consejo, la parte social del consejo consultivo del Hospital El Carmen, aperturamos y estuvimos por siete años acá. Esta es una mole, como ustedes escucharon, que no tiene ni pies ni cabeza.

Nosotros hemos luchado, los dirigentes sociales sufrimos con lo que está pasando aquí, porque, si bien es cierto los trabajadores también son usuarios, internos, pero sacan su traje y pasan a ser un usuario más. De hecho, pasan muchas incidencias internas en parte de la gestión.

Déjenme decirles que también fuimos parte, para que ustedes sepan, señor Presidente pueden pedir las actas, que son públicas, de estas reuniones que se producen entre el MOP, el Hospital El Carmen y la concesionaria. Son actas públicas; están ahí para ser vistas y leídas.

Dentro del consejo, este dirigente fue el que se hizo cargo de la parte concesionaria y sabemos las aberraciones que hay aquí. De partida, como describió la directora, de los cambios de enchufes, los costos, que son terribles, y pasamos muchas otras cosas, como que el doctor Saavedra, que fue uno de los primeros directores, un tiempo cerró los pabellones, porque no tenían aire acondicionado. La contaminación cruzada es fuerte en este hospital, los equipos de calidad de este hospital se sacrifican.

Tenemos pacientes que se han contaminado con todas las bacterias que ustedes conocen y que han sabido que han costado vidas. Pero también esta concesionaria, déjenme decirlo, y no lo digo yo, lo dice el Ministerio de Obras Públicas, en el período del corte de luz que hubo, tuvo costos en vidas humanas, y eso no salió en la tele ni en la radio. Lo declaró el MOP en su acta: niños y adultos que murieron, porque no funciona el equipo electrógeno que aquí mide casi una cuadra.

Hubo un error técnico, que no se dio a conocer después, que tuvo a este hospital paralizado, prácticamente cuarenta y ocho horas, si no me equivoco. ¿Fueron casi dos días, directora? cuando hubo un corte de luz y después falló el equipo electrógeno, que no hubo iluminación, que estuvieron los ascensores parados, rescataron personas, y en esas actas está declarado por el MOP que fallecieron personas.

Entonces, aquí hay que hacer un análisis más profundo, aquí responsables, que es el Estado de Chile. El Estado de Chile trabajó en el diseño de este hospital y, según la pregunta que hicieron, ¿por qué si es un hospital que nace no fue con la mirada del aire acondicionado inmediatamente de las áreas? Porque es un negocio. Déjenme decirles que esta licitación que tiene este hospital tiene la firma del servicio por 345 camas, y contrato inicial. No sé si ha sido modificado, pero el hecho de que haya ahora 400 y fracción significa que el servicio y el hospital tienen que pagar un costo adicional.

Por eso duele, duele cuando nuestra gente se muere o tenemos problemas de atención; vean cómo se multiplican los trabajadores. Tengo compañeros, que nos conocemos hace varios años. Con el dirigente llevamos una lucha hace muchos años, Viviana, que también partió del territorio siendo presidenta de un consejo de salud de Maipú. Entonces, sabemos la historia; por eso nos duele, como dijo el estimado señor Oyarzo, cómo se miran el ombligo y todo está bien. ¡No está bien! Vayan y la comunidad les va a decir que no estamos bien, las cifras pueden decir, pero esa es la cifra del porcentaje; cuando sabemos que en el porcentaje hay cinco que no comen, por decir una cosa así, la mitad. Entonces, tenemos que llegar a una realidad social.

Ahora vuelvo a ser el dirigente que representa a Ancosalud y les voy a leer un documento que quiero que sea un aporte; de hecho, hice llegar a la mesa el correo para que puedan obtener copia:

“Desde los primeros congresos nacionales, los usuarios de la salud pública de este país han planteado la necesidad de que la comunidad organizada se desarrolle, control social sobre los compromisos de gestión, el trato institucional.

Nosotros, como Ancosalud, hemos tenido congresos a nivel nacional de usuarios, el primer encuentro en octubre de 2009, para lo cual se deben tomar las medidas de fortalecimiento correspondientes e integrar al mayor número de dirigentes sociales, sindicales y políticos.

En el tercer congreso, en junio de 2011, y en el cuarto congreso, en julio de 2012, se especificó que la fiscalización tanto en términos de recursos humanos y materiales como la calidad del sistema, no es patrimonio exclusivo ni excluyente del Estado.

Los principios mencionados son reiterados en los congresos realizados en octubre de 2013, en abril de 2019 y en octubre de 2023. Cabe destacar que en la actualidad los usuarios de la salud pública del país se encuentran agrupados en la Asociación Nacional de Consejos de Salud de Chile (Ancosalud).

Consecuentemente con los principios enunciados a partir de la realización del séptimo congreso efectuado en Santiago en octubre de 2023, se definió la conformación de la comisión Contraloría Social Ancosalud, que inició su trabajo a partir del mes de noviembre.

En los principios de trabajo se establece lo siguiente: la comisión fiscalizadora debe avanzar junto a las regiones, creando y difundiendo herramientas metodológicas transversales, paquetes y preguntas para fiscalizar que se permita realizar la fiscalización y el control social a nivel nacional, regional y comunal, donde se trabaje en función de las necesidades de cada territorio. La comisión deberá proyectar un trabajo colectivo horizontal, sin cúpulas ni intelectual. Estructurarse regionalmente como comisión tomaría mucho tiempo y se propone avanzar en la fiscalización y el control social de algunos temas específicos.

Con fecha 13 de marzo se hizo entrega, en la Oficina de Partes del ministerio, en la Oficina de Partes de la Superintendencia de Salud, y de manera presencialmente, al director del Fonasa de la carta mencionada.

Con la misma fecha se envió el *mail* a la ministra, con copia al jefe del Departamento Jurídico del Minsal, con copia de carta de solicitud y modificación.

El 5 de junio se reenvía el *mail* a la ministra solicitando el avance de estas gestiones.

¿Por qué como consejo no hemos focalizado? Porque hay que hacer cambios estructurales, como dijo acá nuestro presidente. Los dirigentes sociales ya estamos preparados para enfrentar estos cambios legales y sociales, y, de hecho, nos estamos preparando para eso.

Por eso he mencionado todas estas normativas, porque, como dirigentes, queremos ser un aporte, pero que se nos escuche. La comunidad tiene mucho conocimiento que la institucionalidad ignora, pero no los quieren escuchar. Eso explica que los dirigentes cada vez seamos menos. Se nos mueren luchadores y no quieren participar, porque no se hace nada de lo que se quiere trabajar o proyectar.

De hecho, los instructivos presidenciales de la Presidenta Michelle Bachelet y del Presidente Gabriel Boric no son escuchados. Seguimos siendo los dirigentes, como decimos, “arroz graneado en el plato”. Participamos de todas las actividades, pero no resolvemos nada, y no resolvemos nada [...] la directora también tiene, están obligados a los cambios del ministerio. Ellos se rigen por normativas y compromisos de gestión, y no se pueden salir de ahí. ¿Qué hacemos los dirigentes sociales? Somos el aporte para solamente conseguir una obra, mejorar el sistema, pero no cambiamos nada.

Por eso, honorables diputados, diputadas, solicito a ustedes que esta investigación, al margen de las cosas que se han hablado aquí, termine con la crisis a nivel nacional. El problema es que se nos están muriendo ciudadanos, trabajadores, adultos mayores. Han salido protocolos y leyes sobre atención a los 65 años, sobre problemas como la discapacidad y mejorar la atención, pero las urgencias no están preparadas. No tenemos urgenciólogos de base en las urgencias. ¿Cuántos urgenciólogos tenemos con título aquí en el Hospital El Carmen? Y como señaló la señora Viviana, hemos tenido problemas para detectar. El problema es la clasificación, en todo Chile: vienen y toman la presión, pero la gente no sabe cuál es su clasificación, si “C1”, “C2”, “C3” o “C4”; solo lo saben ellos, la institucionalidad. Las personas no saben, por eso las discusiones, por eso las peleas y las agresiones, porque la gente se crea expectativas de que va a ser atendida al minuto. Tenemos un promedio de entre 12 y 24 horas en tiempo de espera en las urgencias. Entonces, son realidades con las que uno convive, pues el trabajador está dentro y el ciudadano afuera.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión en treinta minutos?

Acordado.

Puede continuar, señor Nova.

El señor **NOVA** (representante de Asociación Nacional de Consejos de Usuarios de la Salud Pública, Ancosalud).- Me molesta mucho cuando el servicio habla generalidades, aunque hayamos detectado falencias, que están en la Contraloría y se están investigando. En el mismo Servicio de Salud hay cosas que son irregulares, por ejemplo, el SAR -a pesar de todas las excusas que me quieran dar- nació con el Sofía Pincheira, el 2018, y se aperturó este año. ¡Por qué!

Voy a la parte local: Maipú, Cerrillos. Me molestan las comparaciones, pero ¿saben ustedes que Pudahuel y el área cercana a Nos, tiene 22 centros de salud primarios, incluyendo un laboratorio, pero nosotros, teniendo la cantidad de habitantes que tenemos, solo contamos con cinco, que son municipales y tres del servicio? ¡Por qué!

¿Saben ustedes, señores diputados, que tenemos una casa en Lo Errázuriz, que es para atención, un Cecosf que atiende a 3.000 habitantes? ¡3.000, en una casa de dos pisos! Y los Cecosf de Maipú a 2.500, 2.700, 3.000 y subiendo. Desde esa casa se iban desplazar hacia lo que iba a ser el SAR, que está aquí en el colegio Manchester, y esa casita que atiende a 3.000 habitantes iba a ser parte de un centro de salud que se destinó municipalmente, pero de la noche a la mañana pasaron un borrador y ahora va a tener otro destino.

¿Me entienden cómo la gente tiene que transitar sacrificándose? Y los centros de salud todavía estamos ahí. Si usted se enferma en Arica y va a un centro de atención nadie lo conoce, porque todavía no conocemos una ficha nacional. Hay sistemas de nuestros hospitales que no conversan ni entre ellos. En mi hospital, hace mucho tiempo, teníamos los programas Rayen y Florence, recibíamos pacientes en la atención primaria y la traspasábamos a Rayen. Así funcionaba aquí.

Entonces, es doloroso. Es doloroso, porque hablamos de personas. ¿Me entienden? ¿Ustedes saben cuántas personas promedio esperan en listas de espera, no GES y GES? Puede ser un año o dos, pero, créanme, ¿alguien evalúa a esa persona mientras está en esa lista de espera? Por eso se nos muere la gente, porque no hay una reevaluación.

Siendo dirigente de este consejo, recibimos a un dirigente, más encima, que se atendió en un consultorio y le encontraron probable cáncer. Atención media. A los tres meses tenía cáncer prioridad alta, pero a la primera prioridad no podía, como no entró, no tenía atención, no entraba a la segunda. Tuvimos que hablar con los directores, nosotros dirigentes sociales, hablando con los directores para que lo sacaran de la línea.

Entonces, aquí hay un trabajo que debemos hacer en forma colectiva. ¿Y cómo cooperamos los dirigentes? Créanme que no somos ni inútiles ni ignorantes, como nos quieren hacer ver algunas personas. Tenemos equipos grandes, personal y profesionales como ustedes.

Hay que cambiar la mirada, trabajar colaborativamente. Tenemos experiencia, en la zona sur, de las listas de espera de las personas no encontradas, los que no se presentan o los no ubicables. Los dirigentes sociales, de 60 personas, encontraron a 40. Cambió la cosa. No tuvimos la baja administrativa.

Los dirigentes podemos ser colaborativos, pero créanme que la información no fluye hacia los dirigentes, no fluye en forma óptima. Tenemos que andar detrás del papel por transparencia. 15 o 22 días por un caso que puede ser urgente, nos lleva su tiempo. Las crisis sociales son altísimas. Aquí ha habido muertes. Echémosle la culpa, pero ¿saben quién tiene la culpa? El sistema que tenemos. Mientras no cambiemos el sistema, vamos a seguir con los mismos problemas. La concesión de este hospital, primera y segunda, que si bien iba a ser evaluada en algún minuto, se dijo, nunca lo ha sido.

El hospital de La Florida con los dirigentes aquí presentes, que estuvimos agrupados, vimos los mismos problemas, los mismos problemas son de aquí, con diferencia de lluvia o aire acondicionado. Los trabajos, créanme, en el Ministerio de Obras Públicas... Creo que hay un decreto que salió del MOP que permite hacer cambios en el contrato de licitación sin forzar un cambio generalizado, créanme que se puede hacer. Hoy tenemos un equipo administrativo del Hospital El Carmen, que es el enlace con la concesionaria, que tiene la labor de visualizar si se cumplen los contratos; nosotros, los dirigentes sociales, hemos visto que no se cumplen los contratos. Tenemos aquí una página donde caen todos los registros, los reclamos y todo, incluso del personal; léanlo, véanlo.

Entonces, el maquillaje sirve, pero si no lo hacemos a nivel nacional, la cosa no va a cambiar y vamos a seguir con chilenos muertos esperando su atención.

Les hice llegar este documento, les voy a entregar copia. Créanme que no todo es color de rosa. Las cifras, cuando uno las quiere indicar, siempre van a ser positivas, pero son los porcentajes, y en el porcentaje se mueren personas, ciudadanos.

Vamos a lo irrisorio. Ha habido cirugías equivocadas, se han amputado pies de diferente lado cuando no correspondían; tenemos un sistema computacional que se instaló y cuesta millones de pesos a los usuarios, al Estado, pero nadie hace nada. Sistemas que se caen, sistemas que no funcionan. En el período que estuvo se auditó Florence, que ahora se cambió; nada.

La Universidad Federico Santa María emitió un documento, el servicio lo tiene, que demuestra los errores que tenía; no lo digo yo, sino una entidad fiscalizadora en ese momento. Entonces, los errores siguen quedando y comprometen las vidas humanas, porque al profesional se le desaparecían hasta las personas que atendía, no aparecían sus fichas.

Por lo tanto, esto es grave no aquí, sino a nivel nacional. Si aquí tapamos, ponemos parches, ¿mejoramos las cosas? Indudablemente, ningún hospital, ningún director, quiere que su gestión fracase, ni los profesionales ni los trabajadores quieren que otras personas mueran, pero cuando no están las condiciones dadas la gente muere. ¿Y qué pasa? Ni siquiera como dirigentes ni como unión de personas podemos agruparnos para poner un recurso de amparo, porque la ley tampoco lo permite en salud, debe ser directamente por el afectado o una persona que directamente encare al sistema hospitalario.

¿Cómo vamos a ir a la lucha con tres o cuatro abogados de alguna institución? No se puede, por eso los sumarios también quedan en silencio. ¿Ustedes han conocido resolución de algún sumario? Yo tampoco.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Le pido que vaya redondeando la idea.

El señor **NOVA** (representante de Asociación Nacional de Consejos de Usuarios de la Salud Pública, Ancosalud).- Les pido a ustedes, que son los primeros, y a las unidades del servicio que no se desentiendan de que aquí hay responsabilidades del Estado y de gestión que no se están cumpliendo, aquí hay responsables de cautelar que las cosas se cumplan.

Chile tiene un problema de gestión grave, ustedes me pueden decir lo contrario. Hablamos de recursos, pero todos los años se está metiendo plata a la salud, y los indicadores son los mismos, o peores en algunas instancias. Como dijeron por ahí, tenemos la mejor salud de Chile, pero es mentira, somos campeones en obesidad, que dijo que no teníamos; tenemos el problema de la diabetes, mi hospital tiene cantidades de amputaciones por diabetes; es decir, estamos fracasando si no mejoramos el sistema de salud.

Gracias.

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

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, pido que solicite la unanimidad de la comisión para escuchar a la señora Paulina Cortés, dirigente de

agrupación Tu Nueva Fenats y vicepresidenta de Fenasalud, quien se encuentra presente y también le gustaría tener la posibilidad de exponer.

Gracias, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para acceder a lo solicitado por el diputado Agustín Romero?

Acordado.

Tiene la palabra el presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeros y Enfermeras de Chile, señor José Luis Espinoza.

El señor **ESPINOZA** (presidente de Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeros y Enfermeras de Chile, Fenasenf).- Señor Presidente, por su intermedio, buenas tardes a todos, y muchas gracias por la instancia a todos los honorables diputados, a las autoridades presentes y a todos los trabajadores y usuarios.

Primero, debemos enfocarnos en el problema. El problema es de salud pública, de salud de la población, donde seguimos reproduciendo enfermedades, cada vez tenemos más enfermos, más patologías que resolver, pero no nos estamos preocupando de prevenirlas. Entonces, la verdad es que la atención hospitalaria, como la de este hospital, que se suma a la red, no es suficiente para satisfacer esa necesidad de atenciones que se van produciendo. Por lo tanto, ahí entramos los trabajadores.

Como representante de las enfermeras, pero claramente lo compartimos con todos los trabajadores, con cada uno de los estamentos, somos quienes sacamos la pega adelante, a punta de compromiso de dedicación, de vocación, de esmero, y finalmente hacemos todos los esfuerzos, pero no logramos el objetivo porque hay un problema estructural que nos tiene en este sistema.

Cuando hablamos de presupuesto, que aquí también el compañero dirigente lo decía, y qué bueno que está el representante de los usuarios acá, este año ni siquiera alcanzó el encarecimiento de la vida según el IPC, ni siquiera es el IPC nominal, sino más bien fue un reajuste negativo, podríamos decir un reajuste real negativo.

Entonces, finalmente, todo se encarece, pero el presupuesto no alcanza para satisfacer las necesidades de la población, y eso es real, y eso es un problema estructural que es de gobierno, pero también de Estado, y también los parlamentarios están involucrados. Por lo tanto, debemos insistir en que este tema, por un lado, es de gestión, pero, por otro, también es presupuestario cuando hablamos de la distribución de ese presupuesto a cada una de las instituciones de los servicios de salud.

La satisfacción de esta necesidad de la población para resolver sus problemas de salud la debemos resolver a través de insumos, equipamiento de personal, del recurso humano. Pero el Subtítulo 21, que trata específicamente de las remuneraciones de las personas, no aumenta en la cantidad que necesitamos para cubrir las brechas de recurso humano, para cubrir las asignaciones respectivas de cada uno de los trabajadores.

Específicamente este hospital, que nació como tipo 2, como hospital no autogestionado, que, con el transcurso de los años, recién en 2023 logró su autogestión, pero finalmente no están asociadas directamente a este hospital las asignaciones, sino a través del servicio de salud. Pero esas brechas, que son remuneracionales y de cargos y asignaciones, finalmente se vienen a resolver con el subtítulo 22, que es con compras de servicios, que en esta realidad, a lo menos, en comparación con otros hospitales, con las sociedades médicas, que son muy frecuentes, acá no, sino que son compras directas de personal a honorarios. Sin embargo, no se resolvió el problema, porque no estamos aumentando la capacidad de la dotación de personas, sino tan solo hay compras de servicios.

En cuanto a las listas de espera, son miles de personas, ya lo mostraban las autoridades, la directora del hospital. Podemos hablar de casi 40 mil pacientes en espera entre patologías GES y no GES, de consultas y quirúrgico. Las listas de espera de consultas son las más demoradas, las que hay mayor cantidad, son más de 20 mil pacientes en espera de consultas, aunque también de pabellones, pero estos son solo unos pocos miles. Sin embargo, también debemos preocuparnos de esa productividad, de esa gestión interna.

Cuando hablamos de pabellones, alargar los tiempos de productividad diaria, también en horarios inhábiles, después de las dos o tres de la tarde, sabemos que baja la productividad. Pero, por otro lado, también volvemos al tema estructural, porque no están las instancias, no está el presupuesto disponible, no están los cargos asociados para poder resolverlo. Finalmente, le transferimos la responsabilidad a la autoridad local, pero, en realidad, tampoco está en sus manos, y lo que podemos hacer, bajo el subtítulo 22, es seguir comprando o contratando personal por otras vías. Por lo tanto, también tenemos que fijarnos en esto.

Cuando se habla de consultas de especialidad, sabemos que los especialistas generalmente trabajan en las mañanas, que hay muy poca agenda abierta en las tardes. Este también es un problema estructural respecto de la forma en que disponemos los cargos y cómo retenemos a los especialistas para que atiendan a esa población. Al respecto, hay que precisar que existe una gran responsabilidad del estamento médico, no podemos decir lo contrario. Si bien tenemos a un dirigente gremial que es local, los trabajadores sujetos a la ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, tenemos mucho más control que el estamento médico. Me disculparán ustedes, que también son médicos, pero hay un problema de gestión estructural, respecto del cual también tenemos que avanzar.

En cuanto a la concesión, la propia directora expuso que el proyecto venía sin climatización. ¡Cómo es posible que un edificio nuevo y moderno, que se entregó e inició sus funciones en 2014, haya venido sin climatización! ¡Cómo es posible que la concesionaria haya planteado un proyecto así! ¡Cómo es posible que el gobierno de turno, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Obras Públicas hayan aceptado un proyecto de esa envergadura sin climatización!

Pues bien, el problema lo tenemos ahora y tenemos que resolverlo, pero es heredado, viene quizás de cuántos períodos administrativos previos. Por tanto, no podemos seguir permitiendo la concesión de hospitales, porque finalmente, el mismo problema del Hospital El Carmen se replica en el Hospital de La Florida. Lo

mismo pasa en el Hospital Regional de Antofagasta y en el Hospital Clínico Félix Bulnes. Ahora se está construyendo el Hospital del Salvador, también concesionado, y se están negociando nuevas concesiones en la Región del Biobío.

El modelo de concesiones sigue, pero no es eficiente, no satisface las necesidades de salud de la población y, claramente, nosotros, como trabajadores, también nos vemos involucrados. Creo que para nadie es sano estar trabajando ni hospitalizado con más de cuarenta grados de temperatura en una sala.

En consecuencia, frente al tema de la concesión, entran las responsabilidades del Ministerio de Salud, del Ministerio de Obras Públicas y de la inspección fiscal, pues también tiene ciertas responsabilidades. Hay informes de la inspección fiscal local que señalan que estaba todo perfecto. Un problema es que el proyecto no considere climatización, pero otro es que se eche a perder, que se malogre el sistema que ya estaba instalado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), eso es mantención, pero supuestamente estaba todo perfecto. Insisto, no es responsabilidad de la autoridad, pero esta empresa concesionaria no está satisfaciendo las necesidades. Como respuesta dicen: ¡lo arreglamos!; pero en cuánto tiempo, porque ellos no ven las consecuencias que repercuten en la población. Por ejemplo, cerrar las 18 camas de la UCI de enero a abril, claramente, tiene efectos. Porque por mucho que establezcamos medidas de mitigación, hay personas que se dejan de atender, que, finalmente, siguen alargando las listas de espera, pero eso no le importa a la concesionaria, porque ellos no tienen una visión sanitaria, ellos solo ven la infraestructura, construyen edificios y nada más.

Asimismo, hay una responsabilidad que nos toca a los parlamentarios, por lo que hago un llamado para que también revisemos la ley de concesiones, porque en materia de salud es perjudicial. Lo hemos visto, no solo es un tema local, sino que se sigue replicando y se siguen concesionando nuevos hospitales.

Creo que ese es el principal factor. Tenemos que detenernos en la gestión, producir lo mejor y lo más posible con los pocos recursos que tenemos, pero también tenemos que preocuparnos de no concesionar, de no generar nuevas concesiones, pero también de aumentar el presupuesto en salud.

Hemos visto que el gasto público en salud es totalmente insuficiente para cubrir las necesidades de la población. Decimos que se atiende al 85 por ciento de la población que está en el sistema público y que se siguen reproduciendo los ingresos, pero no tenemos mayor capacidad para egresar pacientes resueltos. Claramente, tenemos que hacernos cargo y entender que no es tan solo un problema puntual de este hospital, sino de la red sanitaria.

Muchas gracias, Presidente y a todos los diputados.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Emilio Guzmán, dirigente de la Federación de Trabajadoras y Trabajadores de la Salud (Fenats) Histórica Hospital El Carmen y presidente de la Fenats Metropolitana.

El señor **GUZMÁN** (presidente de Federación Nacional de Trabajadoras y Trabajadores de la Salud Metropolitana).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a la mesa, compuesta por los diputados de esta comisión. También saludo a las autoridades, tanto locales como del servicio, y a los dirigentes presentes.

Primero, quiero presentar una queja por no haber sido invitados. Somos un ente que está en la primera línea, al lado del trabajador y del usuario, y no entiendo por qué no fuimos invitados formalmente. No es posible que tengamos que hacer una manifestación para ser invitados. Realmente, encontramos inconcebible que no hayamos sido invitados a participar de esta comisión.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Respecto del punto, en general, en todas las sesiones llevadas a cabo en los seis o siete hospitales han venido los dirigentes. Obviamente, como comisión, no tenemos los contactos de todos y de cada uno de los dirigentes de todos los hospitales.

Generalmente, algunos piden ser invitados y otros simplemente llegan y siempre pedimos el acuerdo para que sean escuchados. Es cosa de revisar las seis sesiones anteriores realizadas en los hospitales de Arica, de Antofagasta, de Coyhaique, de Osorno y de Temuco, donde pocas veces los hemos invitado a todos, porque, a decir verdad, no tenemos una base de datos o los contactos de todas las asociaciones gremiales y tampoco sé si el ministerio la tendrá, pero siempre que han venido, en todas las sesiones, hemos recabado el acuerdo para escucharlos a todos y siempre hemos contado con la unanimidad de la comisión para ello.

Tiene la palabra el diputado Agustín Romero.

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, quiero hacer una aclaración. Antes de que usted llegara, cuando estaba presidiendo de manera accidental, salí a invitar al dirigente y, en especial, a decirle que pasara, porque queríamos escucharlo. En principio, él no quería, pero estoy muy contento de que ahora esté aquí presente. De hecho, la señora Paulina Cortés se acercó a mí para informarme y le dije que no había ningún problema, que me diera sus datos e inmediatamente los invitamos.

El señor José Luis Espinoza sabe perfectamente que cada vez que va la Comisión de Salud, si existe la posibilidad, siempre estamos atentos a escucharlo. Esa es la tónica de la comisión.

El señor **GUZMÁN** (presidente de Federación Nacional de Trabajadoras y Trabadores de la Salud Metropolitana).- Señor Presidente, por su intermedio, al diputado. Comprendo, pero no nos pareció la forma, es decir, de invitarnos cuando ya estamos acá.

Soy un funcionario con cuarenta y cinco años de servicio, estoy desde el día uno en este hospital. De hecho, el mismo día de la inauguración del hospital, incluso anteriormente, presentamos todos los antecedentes y manifestamos a todo el mundo y a todas las autoridades que el hospital no estaba listo para ser inaugurado en esa fecha. Se hizo por razones políticas, fue llevada a cabo por un gobierno que estaba por terminar su período.

Para ponerlos en contexto, sin contar con los servicios de apoyo, se cerró el Centro de Referencia de Salud Maipú (CRS), donde había una urgencia que, mal que mal, estaba bien catalogada por la comunidad de Maipú y Cerrillos, y por quien llegara a atenderse ahí. Atendíamos hasta 1.000 pacientes en urgencia en el período, pero, de la noche a la mañana, se cerró para trasladar a todo el personal a este hospital, una tremenda mole, que la comunidad de Maipú y Cerrillos añoró

por más de cincuenta años. Se hicieron montones de inauguraciones y de promesas que nunca se cumplieron y cuando la comunidad y los usuarios vinieron en este hospital a resolver su problema de salud, no encontraron esa solución. Continuaron los traslados a la urgencia de atención primaria de salud (UAP) y al Hospital Clínico San Borja de Arriarán.

Ustedes saben, es cosa de ver lo que pasó en ese período en torno a la implementación de este hospital. No queríamos la concesión, lo dijimos a voces y en todos lados. Nos reunimos con los diputados de esa época, con el Ministerio de Salud y con el propio MOP para decirles que no eran las condiciones de tener un hospital. Afortunadamente, logramos que no se construyera, por ejemplo, el Hospital Pediátrico Dr. Exequiel González Cortés, que también iba a ser concesionado; sin embargo, se logró parar esa concesión, producto de la comunidad y de los usuarios. Eso se construyó con platas públicas, pero acá no fue posible realizar lo mismo, y ahora tenemos las consecuencias de lo que pasó.

Hubo apuro en inaugurar el hospital, sabiendo las condiciones en que se encontraba. Para realizar cualquier arreglo o reparación había que llamar a España, con todo el costo que eso significaba. Todo ese costo ha sido pagado, incluso, por los funcionarios que han tenido que soportar esa situación.

Y se entiende al paciente que se acerca para ser atendido y para que se le resuelva su tema de salud, porque los funcionarios también son parte de la comunidad, se atienden y están en las mismas condiciones en cuanto a que la infraestructura no da el ancho para atender como corresponde a los pacientes.

Otro tema en el que llevamos once o doce años -creo que son por quince años con la concesión-, es decir, el contrato. Estamos preocupados, porque no sabemos -lo más probable es que no sea así- si las multas se cursaron, porque se ha manifestado y se ha reclamado por la deficiencia que ha tenido esta concesión.

A los funcionarios les han robado los vehículos desde el estacionamiento; sin embargo, la concesión no se hace cargo de esa situación. Han tenido que estacionar fuera del recinto donde los vehículos de los funcionarios han sido violentados, porque el estacionamiento no da abasto. Además, el sistema de seguridad no permite y no da cuenta sobre el trabajo que tiene que hacer, además de resguardar los bienes de los funcionarios que vienen a trabajar, porque los turnos son bastante extenuantes, como el de servicio de urgencia.

La entrada de este hospital es grande y este problema no se ha podido subsanar desde el inicio del hospital. Los otros servicios se han ido mejorando, y la gente ha tenido un poquito más de tolerancia y empatía con la atención, pero ha sido sumamente complejo.

También tenemos el tema de los contratos. En este hospital tenemos alrededor de seiscientos funcionarios que están a honorarios; es decir, tienen un contrato precario. Creo que todos los funcionarios debiésemos tener el mismo sistema contractual, pero todavía no se soluciona ese problema con los cargos. Respecto de los titulares, de los 1.500 o 3.000 funcionarios que existen, no hay más del 8 o 10 por ciento como titulares, situación que se consiguió en la última negociación de encasillamiento, pero básicamente son los profesionales y todos los demás están a contrata. El compañero que llegó a este hospital el día uno está con

el mismo grado desde hace doce años, y no ha podido ascender porque no hay carrera funcionaria.

La carrera funcionaria solo en la titularidad, y las personas a contrata dependen del presupuesto que exista o de la voluntad del director del momento. Ya se dijo que hemos tenido diez directores; es decir, un director por año, pero seguimos sin resolver el tema de la carrera funcionaria.

Nuestra confederación trata de ver el tema de la carrera funcionaria, pero la ministra de Salud tampoco nos ha querido recibir. Y por lo tanto tenemos distintos aspectos que resolver.

Por ejemplo, respecto del tema de las listas de espera también tenemos algo que decir, en el sentido de que se paga una cantidad a los profesionales por venir en horas que no son institucionales, y resulta que trabajan más de las horas institucionales. Pueden hacer dos o tres operaciones en las horas institucionales, pero en las horas que no son institucionales se hacen más de cinco, seis, siete, u ocho horas. Para que voy a mencionar lo que sucede los fines de semana [...] todas las horas institucionales que hay, porque solo son ciertas horas; además, tenemos -y esto también lo hemos denunciado a las autoridades- algunas situaciones donde a familiares se les concede la posibilidad de poder...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Disculpe que lo interrumpa, pero tengo que solicitar una prórroga por treinta minutos.

¿Habría acuerdo?

Tiene la palabra el señor Guzmán.

El señor **GUZMÁN** (presidente de Federación Nacional de Trabajadoras y Trabajadores de la Salud Metropolitana).- Señor Presidente, entiendo que la comisión también está viendo el tema de saltarse la fila para la hora de espera en cirugía, operación, etcétera.

En este hospital tenemos funcionarios que han incurrido en esa falta; jefaturas que han incurrido en saltar la lista para favorecer a sus familiares. Este hecho lo hemos denunciado; sin embargo, no se ha hecho nada.

Debido a la "ley Karin" tenemos un alto de denuncias por maltratos; sin embargo, ahí están los sumarios. No se resuelven y quedan eternamente en los escritorios sin que haya respuesta.

También hemos denunciado que los cargos se entregan a dedo; en este hospital se hace eso. Creo que sería bueno investigar y resolver ese tema.

Además, cuando se establece una denuncia en la dirección o con el equipo directivo, nos encontramos con la negativa de atendernos. Como presidente de la Fenats Metropolitana Nacional -somos 10 hospitales en la Región Metropolitana- mandé una carta a la señora Ximena Morlans, hace más de 10 días, para reunirnos y ver algunas situaciones que existen en estos hospitales y en la atención primaria que tienen que ver con el servicio de salud central; sin embargo, todavía no me responde, y tenemos algo que decir de la señora Pía Fernández y de la situación que pasa en cada uno de los centros. Pero no hemos tenido ninguna respuesta,

como, por ejemplo, decir que va a salir con licencia o que simplemente no va a estar. La señora Morlans hace rato que no ejerce su función, por un tema de salud.

En definitiva, Presidente, queremos que se vea el tema contractual de los funcionarios. El funcionario que llega acá no sabe qué va a pasar en 10 o 15 años más, porque no hay carrera funcionaria; hay solo contratos. Entonces, no sé si será una ley espejo pasarlos a la titularidad para llegar a la carrera.

Por su intermedio, Presidente, quiero insistir a la ministra, para que reciba a los dirigentes porque estamos negociando sobre una carrera funcionaria. Pero no nos ha querido recibir.

Gracias, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Solo quiero señalar que esta es una comisión especial investigadora, cuya característica es que tiene 60 días - prorrogables por otros 15 días-, más 15 días para la elaboración de conclusiones, a fin de investigar sobre el tema de las listas de espera.

Aquellos que somos integrantes de la Comisión de Salud sabemos que la Presidenta Helia Molina ha tomado nota sobre el tema de la reunión con la ministra, y se supone que también se va a tocar el 5 y el 28.

El señor **GUZMÁN** (presidente de Federación Nacional de Trabajadoras y Trabajadores de la Salud Metropolitana).- Señor Presidente, también tenemos funcionarios que han fallecido y que se han suicidado; sin embargo, la investigación está detenida.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Eso va a quedar en acta, pero lamentablemente ese tema escapa al objeto de la Comisión investigadora.

Tiene la palabra la dirigente de “Tu Nueva Fenats” y vicepresidenta de Fenasalud, señora Paulina Cortés.

La señora **CORTÉS**, doña Paulina (dirigente de agrupación “Tu nueva Fenats” y vicepresidenta de Fenasalud).- Señor Presidente, por su intermedio, buenas tardes a todos; agradezco esta oportunidad.

Quiero recordar y poner énfasis en las palabras del señor Emilio Guzmán, ya que, cuando uno va de visita a una casa, también debe preocuparse de saber quiénes son los actores principales de la casa. En este caso, como el señor Emilio Guzmán representa al gremio mayoritario de este hospital y “Tu nueva Fenats” al segundo gremio mayoritario, es importante que siempre nos puedan invitar y escuchar. Entendemos que lo han hecho de forma espontánea y se agradece tener el espacio para poder conversar.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Hemos ido a nueve hospitales en 75 días. Les aseguro que no ha sido fácil. Lo importante es la voluntad de escuchar.

La señora **CORTÉS**, doña Paulina (dirigente de agrupación “Tu nueva Fenats” y vicepresidenta de Fenasalud).- Es arduo el trabajo en terreno.

Sé que el tema central de esta comisión especial investigadora son las listas de espera, algo que me preocupa y afecta a mi familia y a mí, en especial a mis

padres, como usuarios. Pero mi deber y mi trabajo fundamental es con los funcionarios.

No me voy a extender en el tema de los contratos, concesiones y más, sino que haré hincapié en cómo eso nos ha afectado a los funcionarios para que ustedes lo visibilicen y puedan tomar asunto respecto de la problemática y hablarlo más claramente.

En ese sentido, la concesión ha sido nefasta para nosotros, dado que el funcionario requiere actualmente muchos servicios que dependen de la concesión para funcionar de manera óptima. Por ejemplo, creo que el casino de esta institución alimenta con suerte a 800 o 1.000 funcionarios, si no me equivoco. El resto de los funcionarios no recibe el beneficio de la alimentación y desembolsa recursos propios diariamente para poder alimentarse. No me parece justo que se exija al funcionario trabajar turnos de 12 horas con una colación fría, que consiste en un sándwich y un jugo y, además, tenga que suplir y pagarla de su bolsillo. Todos los funcionarios no tienen el beneficio de la alimentación, porque la concesión no da abasto y tiene un pésimo servicio. Si ustedes revisan, hay denuncias por la asquerosidad de alimentación que sale del casino. Las denuncias están en la Seremi, de dónde vienen continuamente. Pero, con la práctica del multirut, el casino cambia de nombre, pero siguen administrándolo las mismas personas, lo que hace que sigan saliendo muelas, clavos, uñas, vidrio y un montón de cosas en el almuerzo de los funcionarios.

Entonces, si bien no es el tema que nos convoca, pero, para brindar un buen servicio, un punto importante es que más de 70 por ciento de los funcionarios no recibe alimentación por parte de la concesión.

Respecto de la sala cuna, hoy tenemos un lindo jardín infantil que no puede brindar servicio a todos nuestros funcionarios, porque, si no me equivoco, tiene solo 50 cupos, en un hospital donde el 75 por ciento de los funcionarios son mujeres en edad fértil y que no tienen donde dejar a sus hijos. El empleador se hace cargo, pero no todos tenemos el beneficio de dejar a nuestros hijos cerca, sobre todo cuando tenemos funcionarios que trabajan 12 horas. Todas las funcionarias no pueden dejar a sus hijos en la sala cuna del hospital, porque fue pensada con un cupo mínimo que no atiende las demandas actuales.

También tenemos problemas, porque las mantenciones que se realizan en el hospital son nefastas. La semana pasada se intoxicaron 13 funcionarios de Laboratorio, porque hicieron una mala intervención de pintura y el aire tóxico cayó por los conductos de aire. En este minuto nos podríamos contaminar si pintaran algo en el tercer piso, lo que también ha sido notificado.

¿Cómo vamos a sacar adelante la atención del funcionario, si hoy estamos en estas condiciones por culpa de la nefasta concesión de este hospital? Eso va a seguir pasando aquí, en el Hospital de La Florida y en todo hospital que sea concesionado.

Para qué hablar de la seguridad en el hospital. Aquí gestionamos e inventamos claves verdes, moradas, azules y arcoíris, pero hoy a los funcionarios les siguen pegando. Un doctor sufrió un TEC cerrado (traumatismo encéfalo craneano) en salud mental, porque los guardias de seguridad contratados por la

empresa que gestiona la concesión están para cuidar la estructura del hospital y no a los funcionarios. ¿Cómo es posible que los funcionarios tengamos que trabajar en esas condiciones? Los guardias que contrata la empresa que gestiona la concesión son adultos mayores que están para mirar que no le peguen a la mampara, que se cierre bien la puerta, que la gente se siente ordenadamente, que no se roben el televisor de la sala de espera. Pero, a pesar de las claves azules o verdes utilizadas para la seguridad, los mismos funcionarios debemos defender a otros funcionarios.

¿Corresponde eso? ¿Debemos dejar desprovisto a un paciente para evitar que le peguen a un funcionario en otra unidad? Además de que les roban sus pertenencias a los funcionarios, nadie se hace cargo de ello. Eso es nefasto e impide que se pueda brindar un buen servicio al usuario.

Para qué hablar de otros temas que tienen que ver con el salario. O sea, los invito a venir nuevamente la próxima semana para poner en tabla cómo podemos mejorar el estatuto administrativo que actualmente nos rige. La escala única de sueldos es única, pero solo para los funcionarios de la salud, porque los sueldos son miserables. Los profesionales, enfermeros, grado 15, reciben un sueldo líquido de 700.000 u 800.000 pesos. O sea, no sé si alguien o un trabajador público de cualquier otra repartición tiene profesionales con esos sueldos. No sé si ustedes estarían aquí por esos sueldos.

Entonces, los invito a reflexionar y a saber que lo que sucede en el hospital es un problema de raíz.

Todos los años, de manera miserable, tenemos que ir a pedir reajustes y bonos que no nos alcanzan, lo cual es nefasto.

Si ustedes quieren mejorar lo que está en pantalla, preocupémonos del funcionario y de cómo hoy están sus sueldos.

Durante la discusión de la “ley de reajuste” se dijo una frase superlinda: Evitemos la precariedad del trabajador a honorarios. ¡Qué linda frase! Hoy tenemos 600 trabajadores a honorarios que todos los días temen por perder su trabajo y no tienen derecho a enfermarse, pero, irrisoriamente, llegaron 11 contratos el año pasado. Repito, 11 contratos a este hospital. ¿Ustedes creen que se puede trabajar con eso? Esperamos que este año ustedes, como Comisión de Salud, hagan que este hospital tenga, a lo menos, 500 contratos para los honorarios, porque se lo merecen y se sacan la mugre para atender a los pacientes, al igual que los funcionarios que están a contrata.

También pedimos que se revise la Escala Única de Sueldos, porque no es posible mantener los sueldos actuales. Hace dos años realizamos una manifestación con la que paramos este hospital por dos semanas, no sé si lo saben, junto con don Emilio Guzmán, para que los auxiliares salieran del grado 54, que corresponde a un sueldo de 380.000 pesos mensuales. Eso ganaban los auxiliares hace dos años. ¿Y hoy tenemos que estar en lo mismo? O sea, nos vienen a interpelar por la gestión clínica, pero ¿qué pasa con nosotros? ¿Qué pasa con los funcionarios? ¿Cómo nos hacemos cargo de las condiciones en las que están trabajando hoy?

Entonces, por favor, les pido que bajemos un poquito más la conversación a la realidad de los funcionarios, a lo que realmente pasa aquí. Por ejemplo, el valor de la hora extra es de alrededor de 2.300 pesos. ¿Ustedes quieren que saquen las listas de espera haciendo horas extras a ese valor? ¿Ustedes se quedarían trabajando por 2.500 pesos para sacar una lista de espera? Pero ustedes no ganan lo que ganan ellos.

-Un asistente habla fuera de micrófono.

[...]

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Discúlpeme, pero no va a quedar nada en la grabación si usted habla desde allá.

Retome la palabra, señora Cortés.

La señora **CORTÉS**, doña Paulina (dirigente de agrupación “Tu nueva Fenats” y vicepresidenta de Fenasalud).- Por supuesto. Y le da la palabra a Catalina, porque es importante escuchar también a los

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Necesito el acuerdo de todos los integrantes de la comisión para escuchar a cualquier persona.

Efectivamente, hubo un emplazamiento a la Cámara de Diputados, sin embargo esta es la que más ha luchado por el aumento de las remuneraciones. De hecho, desde la Comisión de Salud fuimos capaces de sacar la asignación técnica, que significó una lucha de más de veinte años, desde 1994. Evidentemente, el Ejecutivo tiene la facultad para aumentar presupuesto y remuneraciones, pues esas materias son de exclusiva iniciativa del Presidente Gabriel Boric y del ministro de Hacienda.

Entonces, usted nos emplaza, y qué bueno que lo haga, y nosotros también vamos a emplazar al Ejecutivo, como lo hacemos todos los años, para que en la ley de Presupuestos se haga cargo de las necesidades de los trabajadores.

Tiene la palabra la señora Paulina Cortés.

La señora **CORTÉS**, doña Paulina (dirigente de agrupación “Tu nueva Fenats” y vicepresidenta de Fenasalud).- Señor Presidente, se agradece el tema de la asignación técnica, pero también estamos muy en desacuerdo, porque la asignación profesional es para todos los profesionales, y aquí la asignación técnica es solo para los clínicos. Claramente, se lo merecen y son la primera línea, pero acá hay técnicos también, como técnicos jurídicos, técnicos en administración y otro tipo de técnicos, que no la reciben.

Esperamos que también se pueda trabajar en que haya una amplitud en la asignación técnica y sea para todos, porque necesitamos igualdad y justicia para todos los funcionarios.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- El ministro Marcel tiene una mano bien apretada, y es lo que pudimos conseguir, y yo creo que todos insistimos hartos desde la Cámara para lograr eso.

Tiene la palabra, la señora Cortés.

La señora **CORTÉS**, doña Paulina (dirigente de agrupación “Tu nueva Fenats” y vicepresidenta de Fenasalud).- Señor Presidente, termino, no quiero alargarme más, porque creo que ya hemos escuchado suficiente. Solo les pedimos que estos emplazamientos sean reales, que estas conversaciones no queden solamente acá y se puedan hacer carne en el Senado, donde realmente nosotros esperamos que legislen y trabajen para nosotros, así como nosotros trabajamos para los usuarios.

Espero que vengan más seguido para que vean la realidad de nuestros funcionarios y que esto no se quede solamente en palabras. También es bueno leer el Estatuto Administrativo, que fue hecho en dictadura y que hoy no nos protege; lamentablemente, se nos reprime y se nos restringe; por lo tanto, ojalá puedan mirar la raíz del problema de salud desde el fondo, y desde el fondo, donde estamos hoy, los funcionarios de esta institución y de todas las instituciones de salud del país.

Gracias.

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

¿Habría acuerdo para escuchar a la funcionaria Catalina Contreras?

Acordado.

Quiero advertir que no vamos a tener tiempo para preguntas.

Tiene la palabra la señora Catalina Contreras.

La señora **CONTRERAS**, doña Catalina (TENS Hospital El Carmen).- Señor Presidente, buenas tardes. Mi nombre es Catalina Contreras. Trabajo en el área ambulatoria y soy TENS en este hospital desde sus inicios; llegué aquí junto...

(Se interrumpe el audio)

[...]

En el área ambulatoria de este hospital trabajo en el agendamiento de las listas de espera de procedimientos, con alrededor de 4.000 pacientes en lista de espera para endoscopía y colonoscopía.

Hay un servicio de lista de espera donde a nosotros se nos asigna el listado para poder citar a los pacientes.

Trabajamos dos técnicos, Romina y yo. Damos indicaciones, citamos pacientes; trabajamos alrededor de doce horas, de lunes a viernes más los sábados, y mi remuneración, estando a contrata, es de alrededor de 650.000 pesos, y mi compañera que trabaja a honorarios, recibe menos del sueldo mínimo, para citar a 4.000 pacientes.

En las manos de nosotros está citar y avanzar con la lista de espera de los pacientes que están esperando desde el año 2022, sea por un procedimiento de endoscopía como de colonoscopía.

Hay pacientes que han muerto esperando una colonoscopía, pacientes que vienen con una sospecha de cáncer y mueren esperando a que les realicemos el procedimiento para tener un diagnóstico certero.

Por este sueldo miserable que ganamos, aparte de lo que decía la señora Paulina Cortés, tenemos que costear también nuestra alimentación, porque la comida del casino es pésima. Trabajamos horas extras por alrededor de 2.800 a 3.000 pesos la hora.

Entonces, ¿cómo podemos avanzar o cómo le podemos dar una solución al paciente, avanzar con esta lista de espera, si tampoco tenemos los recursos?

Tenemos profesionales médicos trabajando en horarios extendidos donde al profesional, donde al médico se le paga entre 100.000 y 200.000 pesos por un procedimiento, pero a mí me pagan 3.000 pesos por llamar a ese paciente, darle las indicaciones y que ese paciente llegue bien preparado a su examen. A mí no me pagan nada extra por quedarme; solo el valor de la hora.

Ellos hacen un plan donde se cobra por procedimiento; se le paga al personal médico, al personal de enfermería y nosotras no estamos dentro de esa negociación con mi compañera, y nos tenemos que quedar, por 3.000 pesos, para poder avanzar en esa lista, en el llamado, en el contacto del paciente, en darle la indicación a ese paciente para que venga al examen, por 3.000 pesos la hora extra.

Eso lo hago por el compromiso con el paciente; no lo hago por un compromiso ni con la institución ni con el servicio; lo hago por un compromiso con el paciente.

Entonces, me parece una burla, una falta de respeto que aquí todas las negociaciones sean para los altos cargos, para el personal médico; o sea, el médico hace un examen en quince minutos y se gana entre 100.000 y 200.000 pesos; yo, en quince minutos, por 3.000 pesos, no alcanzo a citar a un paciente ni a darle las indicaciones.

Vengo a hablar por mi área, y los invito a ustedes a darse una vuelta en el primer piso en el área ambulatoria. Estamos trabajando en este tramo de la climatización, tenemos un módulo cerrado, y en el módulo de al lado trabajamos con paciente presencial con mis compañeras y compañeros, escuchando los martillazos, el ruido, la máquina cortando, y nosotros tenemos que atender pacientes presenciales al lado de eso. ¿Por qué no se les ocurrió hacerlo antes?

Mis compañeros están siendo trasladados a unos *containers* que están ubicados por el acceso de calle Olimpo, y tienen que caminar casi haciendo *trekking* para llegar allá. Es horrible, no hay una infraestructura adecuada. Cuando llueve, tienen que subir cerros con pasto y con tierra. Un día sábado que llovió, mis compañeros tuvieron que salir del *container* con unas bolsas en los pies.

No tenemos los recursos, ni la infraestructura ni nada para poder seguir atendiendo al paciente como corresponde. Los insumos para el personal clínico están a medias y ni hablar para el administrativo. ¡Ni hablar! Yo tengo que comprar mis propios lápices, mi destacador, mi corchetera, porque, para el área administrativa, no hay absolutamente nada.

Gracias.

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

Tiene la palabra el diputado Rubén Darío Oyarzo.

El señor **OYARZO**.- Señor Presidente, si llegué preocupado, hoy me voy aún más. Por lo tanto, pido oficiar a la ministra de Salud respecto de los hechos mencionados. ¿Podemos oficiar como comisión?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Por supuesto, podemos oficiar siempre que se trate de materias relacionadas.

El señor **OYARZO**.- Sí, pero, por ejemplo, lo que contaba la trabajadora de que la hora extra tiene un valor de 3.000 pesos, una hora para quedarse y seguir haciendo el llamado a las personas, me parece indigno.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Desde la comisión, solamente podemos oficiar sobre el mandato. Pero usted puede hacerlo...

El señor **OYARZO**.- Como diputado del distrito, lo voy a hacer. Pero quiero ver si podemos hacerlo como comisión, porque creo que es indigno lo que escuchamos hoy.

¿Ese es el sistema de salud de lujo, subdirector?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Señor diputado, si le parece, yo mismo lo puedo hacer desde la Comisión de Salud durante la próxima semana, pero obviamente este tema escapa del objeto de la comisión.

El señor **OYARZO**.- También solicitaré un oficio, y lo voy a invitar, doctor, para oficiar en conjunto.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Viviana Delgado.

La señora **DELGADO** (doña Viviana).- Señor Presidente, nosotros que estamos acá, con Eduardo, hace tantos años, sabemos de estas falencias, y es increíble que sigan existiendo y que se hayan incrementado, cuando ya debería ser diferente.

Algo que me llamó la atención es que no han logrado hablar con la ministra y que los escuche.

Esta sesión que se dio hoy es una comisión especial investigadora, que solo se va a enfocar en las listas de espera. Sin embargo, creo que esta instancia abre la posibilidad de que la Comisión de Salud invite a la ministra, para que se siente acá, escuche a los funcionarios y se genere esa reunión, pero en el modo fiscalizador que nos corresponde como diputados.

Creo que eso tienen que exigirlo ustedes, como trabajadores, y ya que no los recibe, que ella venga, que ella esté acá, porque ella es la cara que representa la salud, la que dice sí o no.

Entonces, como dice el diputado Oyarzo, se puede oficiar todo lo que se quiera; sin embargo, ¿saben lo que pasa? Si ellos quieren, responden; si no, no.

Por lo tanto, la forma para que ella escuche todo lo que en verdad está pasando en este hospital, y que ellos desconocen, es tenerla acá.

Hago esa sugerencia a la Comisión de Salud para que invite a la ministra no por la comisión especial investigadora, sino para ver cómo está funcionando este hospital y cómo están trabajando las concesiones y por qué no cumplen. Lo que

más me impacta es por qué no se fiscaliza como corresponde, porque aquí había bordes claros de lo que iba o no a trabajar la concesión y no se ha cumplido nada.

Así es que esa es mi petición, Presidente.

Gracias.

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

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Presidente, primero, darle las gracias por haber hecho todos los esfuerzos para sesionar en terreno. Son muchas las sesiones que hemos hecho y agradecerle a la comisión que haya venido a Maipú.

Creo que efectivamente hay un gran problema. Quiero decirles a todos los que están acá que el Ministerio de Salud nunca había tenido, en su historia, los recursos que tiene hoy. O sea, este es el presupuesto más grande en salud que existe: 16.000 billones de pesos. O sea, es una cantidad de plata que no alcanza uno a dimensionar. Es el segundo presupuesto más alto del Estado.

La pregunta que dice usted es esa: ¿Dónde está? ¿Adónde se va esa plata? Todos los años le subimos el presupuesto. Y el problema es que seguimos viendo que falta infraestructura. O sea, los presupuestos de inversión, cuando nos toca revisar el presupuesto con el doctor Lagomarsino, no se ejecutan. Entonces, no tenemos más infraestructura y seguimos con lo mismo.

Además, me preocupa la visión que tiene el Servicio de Salud Metropolitano Central, en el sentido de considerar que ciertos espacios son un lujo, que la atención primaria es un lujo. Es una desconexión brutal de las autoridades que hoy día nos gobiernan y que tienen un presupuesto millonario.

El modelo de concesiones en sí no es malo, es neutro. Es malo en la medida que las personas que lo ejecutan y lo gestionan lo hacen mal, porque debo decirles que en las clínicas privadas también se hacen obras, también se cierran alas y pabellones, se mueven personas, pero no sufren muchas veces tanto como acá. ¿Y por qué es eso? Porque el problema es que aquí nadie se hace cargo, porque aquí las personas no son vistas -y voy a decir una palabra que a lo mejor no les va a gustar- como clientes a los cuales se les deba tener respeto. La plata pública que pone el ciudadano y que no les retorna como beneficio, finalmente es vista como invisible. No los miran. ¿Por qué? Porque la gente no reclama. Porque muchas veces el Estado, cuando da una atención a una persona, como que siente que le hace un favor. Por lo tanto, den gracias a Dios que los atendimos.

Y esa visión del sistema es distinta a la vocación que tiene el funcionario de salud o el médico. El problema es que la infraestructura no funciona. Esta descoordinación entre la concesionaria, con el MOP, esto de que no le importa a nadie y que, en la pasada, no le dijeron a la doctora que había que mover equipos, que había que mover a los pacientes, que no le cerraron 40 camas, en fin, eso no importó. Acá es como que cada uno ve su compartimento y no se ve como un sistema global.

Insisto, y quiero ser superclaro, en que este país no tiene ninguna holgura fiscal. Ayer estuve en el informe de finanzas públicas del gobierno. Hay menos 6.000 millones de dólares hasta el año 2029. O sea, no hay plata.

Entonces, si alguien cree que se va a poder construir un hospital con plata del Estado, le quiero decir que está soñando, porque no hay plata, a menos que nos endeudemos más allá del límite prudente de deuda que tenemos establecido en la regla fiscal, porque ahí estamos perdidos. Vamos a tener que ver cómo mejoramos el modelo concesiones, cómo lo potenciamos y lo hacemos robusto. Pero si queremos infraestructura pública para dar salud pública, es superdifícil hacerla con la plata que hay; o con la plata que no hay, mejor dicho. De manera que esto tenemos que sacar algo virtuoso.

Y, por esa razón, más allá de esto que estamos viendo, que efectivamente merece una atención muy profunda por parte de la Comisión de Salud y de la gestión del gobierno [...] es importante de las conclusiones de hoy sale que realmente el modelo de concesiones, tal cual como está concebido, no está funcionando.

Gracias, Presidente.

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

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, he tratado de cooperar con este gobierno, pero creo que no hay peor inconsecuencia que la obsecuencia.

Primero, no nos olvidemos de quién inventó este modelo; el mismo sector que hoy se encarga de vilipendiar.

Durante décadas, existieron los gastos reservados de la Codelco para la defensa. ¿Por qué no existen para la defensa de la salud de la población? O sea, nos defendíamos hasta de los alienígenas, dijeron en el estallido social.

No estoy para nada siendo médico de acuerdo con los privilegios que tiene mi gremio. Le comentaba al colega que durante años me dediqué a trabajar en licencias médicas ganándome la animadversión de mis colegas.

Está pendiente el código sanitario. Llevamos tres años esperando que se discuta. Estamentos como los TENS y otros profesionales de salud están fuera. Y parece que ya el tiempo se agota y no vamos a alcanzar a legislar sobre aquello.

Como se me acaba el minuto, ojalá este gobierno, por el que muchos apostamos y que hoy nos sentimos frustrados en muchos sentidos, conociendo avances en algunas áreas, le imprima la misma fuerza a una ley de salvataje del sector público como tuvo la entereza de defender al sector privado, porque la industria le va a devolver la plata, en trece años, a la gente.

Gracias.

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

Finalmente, agradecemos la asistencia de todos los presentes, a las autoridades del servicio de salud, del hospital, a los trabajadores y sus dirigentes, a los funcionarios, al equipo técnico que nos apoyó y al equipo de la Secretaría, debo comentarles que esta es la séptima sesión en hospitales. Partimos con una sesión en Antofagasta y seguimos en Coyhaique, Arica, Osorno, Temuco, las comunas de Puente Alto y Maipú, y vamos a sesionar en el Hospital Dr. Carlos van Buren el próximo martes. También, trataremos de hacer una sesión el 5 de mayo en el hospital San José, que es el último día de plazo para la comisión investigadora. Ahí vamos a coordinar internamente para hacerlo posible.

No ha sido un esfuerzo menor, pero obviamente otra cosa es conversar con la autoridad. Así que, muchas gracias a todos los que estuvieron presentes.

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

-Se levantó la sesión a las 13:30 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.