



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 26, ESPECIAL,
CELEBRADA EN LUNES 5 DE MAYO DE 2025, EN EL HOSPITAL
CARLOS VAN BUREN, VALPARAÍSO DE 09:37 A 12:04 HORAS.**

SUMA

Exposiciones de las directoras de los hospitales Carlos Van Buren Eduardo Pereira, y de autoridades y representantes de la sociedad civil de Valparaíso.

Presidió su titular, el 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

Asistió, de manera presencial como integrante de la Comisión, el diputado Tomás Lagomarsino.

En reemplazo de los diputados Patricio Rosas, Agustín Romero y Enrique Lee, asistieron los diputados Jorge Brito, Luis Sánchez y Hotuiti Teao, respectivamente.

II. ACTAS

El acta de la sesión 23^a se dio por aprobada, por no haber sido sometida a observaciones.

El acta de la sesión 25^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: 5DA82CD557807C65

III. CUENTA¹

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

1. Correo electrónico del Dr. Alfonso Díaz Fernández, Jefe Servicio Cirugía Adulto Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río S.S.M.S.O., por el cual, se refiere a los cambios que han llevado a disminuir la eficiencia de los hospitales públicos y hacen poco útil el aumento presupuestario.

- Se puso a disposición.

2. Oficio N°1161, de 30-04-2025, del Director de Servicio de Salud de Osorno, sr. Rodrigo Alarcón Quesem, en respuesta a oficio N° 57, sesión 19, de situación funcionaria del profesional médico D. Alejandro Baeza Soto y de la Gestión Lista de Espera del Servicio de Salud de Osorno. Respuesta Oficio N°: 57/131/2025.

- Se puso a disposición.

3. Documento de la Bancada Frente Amplio e Independientes mediante el cual, el diputado Patricio Rosas será reemplazado en la sesión N° 26, lunes 5 mayo de las 09:30 hrs., por el diputado Jorge Brito.

- Se tomó conocimiento.

4. Documento de la Bancada Republicana mediante el cual, el diputado Agustín Romero será reemplazado en la sesión N°26, lunes 5 mayo de las 09:30 hrs., por el diputado Luis Fernando Sánchez.

- Se tomó conocimiento.

5. Documento de fecha 5 mayo del presente del jefe de comité mixto Social Cristiano, Nacional Libertarios e Independientes y el jefe comité Evopoli, en el cual, informa que el diputado Enrique Lee será reemplazo por el diputado Hotuiti Teao Drago.

- Se tomó conocimiento.

IV. ORDEN DEL DÍA

El diputado Lagomarsino, Presidente, expresó que esta sesión especial fue 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.

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

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

1.- Directora del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, Dra. Loreto Maturana Gatica².

2.- Directora del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Dra. Dafne Secul Tahan.

3.- Directora del Hospital Eduardo Pereira, Sra. Daniela Siegmund Sanhueza.

4.- Presidente del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile A.G., Dr. Luis Ignacio De La Torre Chamý.

5.- Presidenta Federación Democrática de Profesionales Universitarios de Valparaíso, FEDEPRUS, del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Sra. Sandra Sanguinetti Fava.

6.- Presidenta Asociación de Funcionarios Técnicos en Enfermería de Nivel Superior, AFUTENS, Sra. Patricia Arellano Araya.

7.- Presidenta FENATS Base HCVB, Sra. Cecilia Alday Riveros.

8.- Presidenta Consejo de Desarrollo Social CSHCVB, Hospital Carlos Van Buren, Sra. Carmen Núñez Calderón.

9.- Presidenta de FENATS Histórica, Sra. Patricia Sepúlveda.

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. Oficiar a la Ministra de Salud, doña Ximena Aguilera y al Ministro de Hacienda, don Mario Marcel con el objeto de solicitar tengan a bien adoptar las medidas necesarias para gestionar recursos destinados a financiar los pabellones modulares que tiene proyectado contratar el Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez.

2. Oficiar a la Ministra de Salud, doña Ximena Aguilera y al Ministro de Hacienda, don Mario Marcel con el objeto de solicitar tengan a bien informar sobre los recursos asociados al Subtítulo 22, "Bienes y Servicios de Consumo", de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud, que no habrían sido entregados al Hospital Carlos Van Buren para los gastos destinados a la adquisición de bienes y servicios no personales, necesarios para su funcionamiento.

3. Oficiar a la Ministra de Salud, doña Ximena Aguilera y al Ministro de Hacienda, don Mario Marcel con el objeto de solicitar tengan a bien informar los

² https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=348693&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

motivos por los cuáles no se habría otorgado expansión presupuestaria durante los meses de octubre y noviembre del año 2024 al Hospital Carlos Van Buren.

4. Oficiar a la Ministra de Salud, doña Ximena Aguilera con el objeto de solicitar tenga a bien informar sobre la licitación realizada para que las fichas médicas sean digitalizadas en el Hospital Carlos Van Buren, señalando el estado en que se encuentra esa gestión.

5. Recibir a la Presidenta de FENATS Histórica, Sra. Patricia Sepúlveda y a la Presidenta FENATS Base HCVB, Sra. Cecilia Alday Riveros durante esta sesión.

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 12:04 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 26^a, especial, celebrada en el Hospital Carlos van Buren, Valparaíso, en lunes 05 de mayo de 2025, de 09:37 a 12:04 horas.

Preside el diputado Tomás Lagomarsino.

Asisten, el diputado Hotuiti Teao, en reemplazo del diputado Enrique Lee; el diputado Luis Sánchez, en reemplazo del diputado Agustín Romero, y el diputado Jorge Brito, en reemplazo del diputado Patricio Rosas.

Concurren, en calidad de invitados, la directora del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, doctora Loreto Maturana Gatica; la directora del Hospital Carlos van Buren, doctora Dafne Secul Tahan; la directora del Hospital Eduardo Pereira, doctora Daniela Siegmund Sanhueza, y el presidente del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile, doctor Luis Ignacio de la Torre Chamy.

Asisten, además, la presidenta de la Federación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (Fedeprus) del Hospital Carlos van Buren, señora Sandra Sanguinetti Fava; la presidenta de la Asociación de Funcionarios y Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (Afutens), señora Patricia Arellano Araya; la presidenta de la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (Fenats) Base Hospital Carlos van Buren (HCVB), señora Cecilia Alday; la presidenta del Consejo de Usuarios CSHCVB, señora Carmen Núñez Calderón, y la presidenta de la Fenats Histórica de dicho hospital, señora Patricia Sepúlveda.

TEXTO DEL DEBATE

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

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

[...] Son dos hospitales, pero sanitariamente funcionan como uno, ya que el grueso de las cirugías se realiza en el Hospital Eduardo Pereira.

Escucharemos, en primer lugar, a la doctora Loreto Maturana, directora del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

Doctora Maturana, agradezco su presencia y que haya preparado una presentación sobre un tema tan relevante para todos los porteños.

Tiene usted la palabra.

La señora **MATURANA**, doña Loreto (directora del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio).- Muchas gracias, señor Presidente.

La presentación consta de aproximadamente 55 láminas, las cuales vamos a revisar muy rápidamente. En ellas se encuentra contenida información tanto del servicio de salud como del Hospital Carlos van Buren.

Parto contándole que la población usuaria de nuestro servicio de salud es de cerca de 471.000 personas, todas pertenecientes al Fonasa.

Nuestra red asistencial cuenta con 66 dispositivos de salud y, en el último tiempo, desde 2021 a 2024, se han sumado cuatro nuevos dispositivos, principalmente de Atención Primaria de Salud (APS).

Cabe comentar que, como servicio de salud, somos macro-red asistencial para algunas prestaciones especializadas como oncología, neurocirugía y neurorradiología intervencional. Por lo tanto, la población estimada de pacientes provenientes de otros servicios de salud, que podrían ser potenciales usuarios del nuestro, es de 3.224.952 personas.

Por cierto, yendo directamente a los datos de producción de nuestro servicio de salud, en 2024 realizamos casi diez

millones de prestaciones. Esto, sumado a las atenciones de urgencia, la atención hospitalaria, el apoyo diagnóstico y terapéutico, la atención de especialidades y la atención primaria.

Por otro lado, para entregarles información desglosada por tipo de prestación, hemos preparado un gráfico comparativo de las consultas médicas de especialidad del servicio de salud, en el cual también se muestra cómo aporta cada hospital de la red.

Si comparamos nuestro desempeño con los niveles previos a la pandemia, año 2019, aún no los hemos alcanzado, aunque estamos avanzando en esa dirección.

Ahora, en cuanto a las intervenciones quirúrgicas, tanto electivas como de urgencia, hemos sobrepasado los niveles prepandemia, especialmente en el caso de las cirugías electivas. En cambio, como se muestra en la presentación, las cirugías de urgencia se han mantenido constantes dentro de nuestro servicio de salud.

En relación con las consultas médicas de urgencia existe una diferencia significativa si comparamos los niveles de 2024 con los de 2019. Esta disminución se debe, por un lado, a un mejor uso de la red: han disminuido las consultas C4 y C5, que hoy se resuelven más en los centros de atención primaria, en los SAR y en los SAPU. Además, como veremos más adelante, si bien han disminuido las consultas de urgencia, estas son más complejas y conllevan un mayor porcentaje de hospitalización.

Respecto de los egresos hospitalarios, en 2024 se registraron más de 30.000 casos, lo que se relaciona con lo expuesto en la lámina anterior sobre la disminución de las consultas de urgencia. Así, al comparar los grupos relacionados por diagnóstico (GRD) de cada hospital, nuestro servicio de salud alcanza un peso GRD promedio de 1.09, con una edad media aproximada de 48 años en los usuarios y una estancia promedio de 7.7 días. Estas cifras corresponden a los 30.140 egresos hospitalarios registrados durante ese año.

La siguiente lámina muestra brevemente el comportamiento del cumplimiento GES a lo largo de los años. En 2024, alcanzamos

un cumplimiento del 96 por ciento. Sin embargo, si observamos la tendencia general de las garantías explícitas en salud, en nuestro servicio se ha registrado un aumento del 26,8 por ciento en las garantías a cumplir. Esta tendencia continúa al alza y se relaciona con los 87 problemas de salud actualmente contenidos en el GES.

En lo referente a las listas de espera no GES, la lámina en pantalla muestra el comportamiento y la evolución de las consultas médicas entre 2020 y 2024 en nuestro servicio de salud. Lo importante es destacar que, a pesar de los distintos problemas que ha enfrentado la red, al cierre de 2024, tanto el promedio como la mediana de días de espera para consultas médicas fueron inferiores al promedio nacional. El gráfico evidencia cómo cada hospital contribuye a esta disminución, tanto en promedio como en mediana.

Al desglosar la lista de espera de consultas médicas por especialidad, identificamos que en nuestro servicio existen 14 especialidades con una demanda superior a mil casos. De ellas, las tres con mayor demanda son oftalmología, otorrinolaringología y ginecología.

Si hacemos el mismo análisis en la lista de espera odontológica, la tendencia también ha sido a la baja, ya que nos mantenemos con promedios y medianas de días de espera por debajo del nivel nacional.

Como se muestra en el siguiente gráfico, cada hospital ha contribuido a esta mejora. Así, el color verde representa al Hospital Claudio Vicuña, mientras que el rojo corresponde al Hospital Carlos van Buren. La línea azul muestra la tendencia a nivel país.

En la misma lámina, también podemos observar tanto el promedio como la mediana de días de espera en la lista de odontología.

Asimismo, desglosado por especialidades, podemos identificar las áreas con mayores listas de espera: cirugía y traumatología bucomaxilofacial, endodoncia, ortodoncia y rehabilitación con prótesis removibles.

En relación con la lista de espera quirúrgica, y a pesar de los múltiples desafíos que enfrenta este servicio de salud –tanto en la resolución de patologías como por la antigüedad de nuestros hospitales–, nos mantenemos por debajo del promedio nacional en los días de espera, tanto en promedio como en mediana.

En la misma lámina podemos ver también cómo aporta cada hospital para mejorar el promedio -el azul muestra la tendencia a nivel país- y disminuir la mediana de días de espera.

Además, hicimos un desglose de las especialidades con mayor número de pacientes en lista de espera: cirugía digestiva, dermatología –que incluye todas las cirugías menores–, ginecología y obstetricia y, por supuesto, traumatología, que concentra la mayor cantidad de pacientes.

Con todo, si analizamos más a fondo el comportamiento de la lista de espera por especialidades en cada hospital de nuestra red, observamos diferencias significativas. Por ejemplo, en el Hospital van Buren, la mayor demanda se concentra en neurocirugía, cirugías odontológicas y traumatológicas; en el Hospital Eduardo Pereira destaca la lista de espera de cirugía digestiva, y en el Hospital Claudio Vicuña, la de ginecología y obstetricia.

En el siguiente gráfico, mostramos la evolución del cierre de casos en las listas de espera.

Durante los últimos años, se ha registrado un aumento en la cantidad de casos cerrados. Por ejemplo, en el último año, se cerraron 75,000 casos correspondientes a la consulta nueva de especialidad médica en la lista de espera de nuestro servicio de salud. De ellos, un 78,8 por ciento fueron egresos por causales 1 y 16, que es paciente atendido.

Si vemos cómo ha sido la tendencia de los cierres de casos en la lista de espera de odontología también ha habido un mayor trabajo, un mayor egreso. En el último año, fueron 13.223 los casos egresados de la lista de espera de odontología, y, de estos, el 76,5 por ciento fueron por causales 1 y 16, que es atención realizada.

En la lista de espera de intervención quirúrgica se da la misma situación. Como ustedes ven ahí, en la evolución, a lo largo de los años se han cerrado más casos, se han gestionado más casos, y, en el último año, de los 10.009 casos egresados, el 69,5 por ciento tiene relación con las causales 1 y 16.

En relación con las auditorías que ha realizado la Contraloría General de la República para el hospital, para el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y, en especial, para el Hospital Carlos van Buren, quiero contarles que, en 2023, tuvimos una fiscalización de la Contraloría, cuya información se recoge en el informe N°84. Esta fiscalización se realizó porque estaba dentro del plan anual de fiscalizaciones que debía hacer la Contraloría.

En 2024 tuvimos una fiscalización de la Contraloría, a solicitud del senador Juan Luis Castro, y la información de esta fiscalización se recoge en el informe N°399.

Quiero mencionar -y esto es muy importante- que la información que se recoge en ambos informes tiene relación con temas de registro y migración de datos. De los once hospitales que se fiscalizaron en 2024, a nueve se les indicó sumario administrativo.

Nosotros, como Hospital Carlos van Buren y como Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, no estuvimos dentro de estos hospitales a los que se les indicó sumarios administrativos, dado que los hallazgos que se encontraron en las observaciones de la Contraloría tenían relación con registro y migración de datos.

Acá se muestra cuáles son los hallazgos más importantes que se encontraron, en estas fiscalizaciones; sin embargo, la doctora Secul, directora del Hospital Carlos van Buren, los detallará más adelante.

¿Cuáles son las acciones de mejora que ha hecho el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio en relación con las auditorías realizadas en 2023 y 2024?

Hay acciones ejecutadas y otras en proceso. Dentro de las acciones ejecutadas tenemos el trabajo continuo de los comités, hay algunos que se han reactivado, como el Comité

de Referencia y Contrarreferencia, el de Gestión de la Demanda, el de Información, Sistemas Distribuidos y Redes de Computadores (Sidre) -que tiene relación con los sistemas de información-, también el de Eficiencia Hospitalaria, y el de Agenda, optimizando las programaciones médicas y no médicas.

También, dados los hallazgos que hubo en esta fiscalización, se implementó el reporte de fallecidos de forma mensual, para ponerlo a disposición de todos los hospitales de la red.

Se creó un boletín en línea, que tiene relación con la información que genera el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio respecto de las listas de espera. Aquí hay una foto que muestra cómo es el boletín que usamos, hecho en Power BI, y que permite ir desglosando por hospital, especialidad, año, etcétera.

Asimismo, están en proceso algunas implementaciones que debemos realizar, como terminar de implementar el sistema de registro electrónico en otros establecimientos de la red. Aquí hay que señalar que el Hospital Claudio Vicuña ya tiene implementado el sistema y está disponible, pero faltaba la implementación, y es hacia allá donde queremos avanzar con los otros hospitales de la red.

Estamos trabajando en un plan de protocolización y actualización de especialidades. Esto fue un compromiso con la División de Gestión de Redes Asistenciales (Digera) en el que debemos trabajar en protocolizar los diagnósticos, tanto para las consultas médicas como quirúrgicas.

También, se está implementando una alerta de fallecidos en el registro clínico electrónico, en otros niveles de atención estamos implementando también la telemedicina y el Hospital Digital, estamos haciendo mejoras a la ficha clínica electrónica con el proveedor, y realizaremos evaluaciones o auditorías cruzadas con los otros hospitales de la red, para no tener los mismos problemas de registro que ya se han evidenciado.

Quiero contarles que estamos trabajando en el modelo de gobernanza de las listas de espera del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, para lo cual el Ministerio de Salud

nombra un referente de registro y un referente de gestión de procesos.

Esta misma realidad es la que tenemos en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, donde contamos con el Subdepartamento de Administración de Información en Salud (Sudais), que es algo así como la estadística de los hospitales, y el que, a su vez, debe bajar los lineamientos a cada establecimiento de la red.

Por otro lado, tenemos el referente de procesos clínicos del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, que tiene el deber de acompañar, monitorear y capacitar a todos los establecimientos de la red.

Si hablamos de los nodos críticos que tiene el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio para resolver la lista de espera durante este año, los tenemos en distintos ámbitos. Uno muy importante de mencionar es la extensa territorialidad que tenemos en este servicio; estamos hablando de 160 kilómetros, desde la comuna de Navidad hasta Valparaíso.

Entonces, ¿cuál es el plan? Primero, debemos reevaluar la red quirúrgica, porque, como mencionaba el diputado, tenemos abocado todo lo relacionado con servicio de cirugía en el Hospital Dr. Eduardo Pereira y acá solamente se ven las urgencias.

Debemos seguir avanzando en los proyectos de inversión de la red de atención para descongestionar los hospitales, tenemos que implementar el hospital digital en distintos niveles de atención y hay que actualizar y aperturar carteras del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio en otros hospitales de la red.

Asimismo, debemos reevaluar el diseño de la red prehospitalaria, con esto me refiero al SAMU, y también solicitar un aumento de flota para el Hospital Claudio Vicuña, dado que este es el que traslada la mayor cantidad de pacientes al Hospital Carlos van Buren, y, además, es el que reacciona frente a las emergencias de la comuna de Navidad.

En relación con los nodos críticos de recurso humano, acá tenemos temas de ausentismo; de hecho, el índice de ausentismo del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio es de 34,9 por ciento, y el Hospital Carlos van Buren aporta a este ausentismo en casi el 50 por ciento de la red.

Obviamente, tenemos pérdida de recursos humanos, tanto médicos como no médicos, ya sea por migración a hospitales nuevos que están en la misma región o por renunciaciones.

En este sentido, no puedo dejar de mencionar la brecha de especialistas médicos que tenemos. En el último período, hemos perdido 132 horas de psiquiatras y 99 horas de oftalmólogos.

En el mes de junio, en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, vamos a perder 44 horas de anestesistas y 44 horas de radiólogos, porque son médicos que terminan su PAO y migran a las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, en la Región de Valparaíso.

¿Qué hemos hecho para resolver esto? Primero, estamos reactivando el Comité de Ausentismo Laboral, haciéndolo más dinámico, presentando los casos y visitando a los funcionarios. Estamos desarrollando un plan de retención de especialistas, para lo cual nos encontramos realizando la difusión de las asignaciones de estímulos que tiene este servicio de salud.

Además, estamos haciendo un catastro de los puestos de trabajo y las especialidades que hay dentro de los hospitales de la red, priorizando las becas de especialidades según demanda no cubierta, y, obviamente, realizamos difusión comunicacional sobre las plazas disponibles y concursos masivos, en lo que el Colegio Médico ha tenido un rol fundamental en relación con la difusión que hemos hecho para atraer especialistas a esta región.

Por otra parte, tenemos nodos financieros, que son los más importantes y que hoy están más en boga. Aquí debo mencionar la deuda de arrastre del Hospital Carlos van Buren, que solo en el subtítulo 22, es de aproximadamente 24.000 millones de pesos.

Tenemos presupuestos insuficientes en relación con el subtítulo 29, que es para mantención y renovación; lo mismo

con el subtítulo 22, que es para fármacos, insumos e instrumental.

También, quiero mencionar que no tenemos glosa presupuestaria para honorarios en el subtítulo 21.

¿Cuáles son los planes de trabajo que estamos realizando en este sentido? En primer lugar, para la deuda de arrastre, una contención de gastos y la implementación de controles internos.

Los planes que presentamos en la lámina son los que dependen de nosotros. Sin embargo, existen otras necesidades cuya mejora no depende del servicio de salud.

Asimismo, se busca obtener recursos para financiar proyectos de reposición. Cabe recordar que nuestros hospitales son bien antiguos; por ejemplo, el hospital Pereira es de 1940 y el hospital Van Buren también tiene sus años.

Por otro lado, se debe actualizar los planes de compra anual y debe haber comités de farmacias más eficientes. De igual forma, debemos solicitar reevaluar la asignación del subtítulo 21 a establecimientos autogestionados, relativo a la glosa presupuestaria de honorarios.

Respecto del nodo crítico que tenemos en infraestructura, que tiene relación con infraestructura antigua, como el proyecto de normalización del Hospital Carlos van Buren, actualmente estamos en proceso de licitación para la realización del estudio jurídico, el cual estará a cargo del estudio de título para pasar a la siguiente etapa, que es la negociación. De los tres informes de tasación, el servicio de salud ya cuenta con dos y solo falta un tercero. Con eso pasamos al estudio de título y, luego, a la etapa de negociación, que no podemos dejar de mencionar. Dicha etapa puede o no prolongarse, porque depende de lo que quieran los propietarios de esos terrenos.

En cuanto al hospital Eduardo Pereira, tenemos un proyecto de normalización de pabellones y ya contamos con la pertinencia técnica de la Digera.

Respecto del hospital del Salvador, estamos trabajando en un proyecto eléctrico, que contempla todo el cambio del sistema de electricidad del hospital.

Sobre el nodo crítico relacionado con los sistemas de información, debemos realizar varias licitaciones que ya están en curso. Entre ellas, el trabajo de las bases técnicas, así como la implementación del bus de integración, el HIS, que ya ha sido implementado en algunos hospitales por módulos, pero no como un HIS completo. Necesitamos, con urgencia, implementar el ERP para el control de inventarios en todos los hospitales de la red. Considero que, dentro del nodo crítico, el plan más urgente es la implementación del ERP en todos los hospitales de la red.

Hay otros habilitantes que debemos licitar, con el objetivo de optimizar la gestión de los recursos. No obstante, tenemos un problema superimportante, que es la contactabilidad de pacientes, debido a la brecha existente en recursos humanos. A pesar de ello, nos estamos sumando a las nuevas tecnologías y tenemos pendiente la licitación de sistemas de contactabilidad automatizados, los cuales están relacionados con la inteligencia artificial.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la doctora Dafne Secul, directora del Hospital Carlos van Buren.

La señora **SECUL**, doña Dafne (directora del Hospital Carlos van Buren).- Señor Presidente, trataré de pasar rápidamente los aspectos relacionados con la producción del hospital, para que posteriormente hablemos respecto de las listas de espera y los pronunciamientos de la Contraloría General de la República.

Con la siguiente curva se ve cómo cayó la producción de consultas médicas de especialidad durante la pandemia y cómo hemos ido recuperando dicha producción, sin llegar aún a niveles prepandemia.

Respecto de consultas médicas de urgencia, estas ya venían cayendo previo a la pandemia.

La directora explicó que la red de salud está siendo mejor utilizada por los usuarios, quienes consultan en los

dispositivos SAPU y SAR para casos de menor complejidad. Por otro lado, en hospitales de alta complejidad como el nuestro, tenemos menos consultas, pero con pacientes mucho más graves en nuestro servicio de urgencia.

En cuanto a los egresos hospitalarios, estos venían disminuyendo y cayeron bruscamente durante la pandemia. Cabe recordar que los estándares de hospitalización durante la pandemia cambiaron, por lo que se requería una mayor distancia entre un paciente y otro, lo que hizo que tuviéramos que disminuir el número de camas. Dichos estándares llegaron para quedarse, de modo que nos hemos quedado con ese número de camas y hemos aumentado progresivamente el número de egresos.

En relación con las consultas de nueva especialidad, tenemos el dato por trimestre desde 2020. Durante la pandemia, se produjo una caída muy importante en la producción de consultas nuevas de especialidad; sin embargo, se observó un incremento desde la pandemia hacia el término de 2022. Posteriormente, hubo una nueva caída a fines del año pasado. Como todos saben, tuvimos problemas de financiamiento importantes, lo que repercutió en toda la actividad.

Respecto de la especialidad odontológica, esta cayó durante la pandemia y luego comenzó su recuperación. Se destaca un *peak* importante relacionado con la transferencia de recursos especiales para la resolución de las listas de espera por parte del Ministerio de Salud.

En cuanto a intervención quirúrgica, aclaro que en el gráfico se indica "consulta nueva de especialidad", pero en realidad se refiere a intervenciones quirúrgicas. Estas cayeron intensamente durante la pandemia y luego se recuperaron, manteniéndose una producción más normal, aunque cayó a fines del año pasado, por las razones ya conocidas.

En relación con las auditorías de la Contraloría General de la República sobre listas de espera, como explicó la directora, se realizaron dos auditorías: una durante 2023, cuyo informe lo tuvimos en enero de 2024 y que fue respondido

en su totalidad. Actualmente, la Contraloría General de la República se encuentra monitoreando el cumplimiento de todo lo comprometido.

En 2024, se realizó la auditoría N°399, cuyo origen fueron los egresos masivos desde sistemas locales y/o de registros en nuestros hospitales, de modo que esa auditoría se hizo extensiva a 11 hospitales. Como explicó la directora, en 9 de ellos se instruyeron sumarios administrativos. Nosotros no estamos considerados.

¿Qué pasó con la auditoría N°84, de 2023? Se hicieron algunas observaciones relacionadas con egresos sin respaldo suficiente, lo cual fue subsanado. Se detectó migración de datos entre el Sistema Intersystem al sistema Experto, que es el nuestro, con solicitudes de interconsulta mal migradas, lo que se está corrigiendo en su totalidad. Existen casos pendientes de ingresar al Sigte, que se encontraban en la plataforma local. En el proceso de carga hay que explicitar que el Ministerio de Salud es el encargado de validar y cargar finalmente estos datos en el sistema centralizado.

Asimismo, se detectaron casos egresados desde el Sistema Experto, que es nuestro sistema, que no estaban en el Sigte, pero también se encuentran en proceso de carga.

Sobre la demora excesiva en egresar o resolver a pacientes en lista de espera No GES, se estableció un plan de trabajo enfocado en resolver las listas de espera más antiguas, específicamente del percentil 75 de antigüedad.

En cuanto a la falencia en el registro de pacientes fallecidos, ello se debió a la demora en el registro e inconsistencias en las fechas. Como hospital no podemos rebajar a esos pacientes. Recibimos información del fallecimiento de un paciente, pero debemos verificar que esos pacientes fallecidos no estén en ninguna otra lista de espera antes de poder reducirlo. Aquí se produce una diferencia en los tiempos, aspecto en el cual se está trabajando para hacerlo más expedito.

Sobre los casos con registro en el Sigte que no se encuentran en el sistema local, eran pacientes antiguos que ya habían sido

atendidos y el Ministerio de Salud tuvo una migración de datos interna y ahí quedaron algunos pacientes que no se redujeron a tiempo.

Sobre la auditoría N°399, que es la que se originó, como dije, por la salida masiva de pacientes de la lista de espera, lo que observaron es la migración de los registros históricos desde el Sigte. Eso fue informado, pero no es de resolución nuestra, es de resolución del Minsal.

Los egresos de listas de espera sin respaldo suficiente en la ficha clínica, se revisaron y fueron subsanados. En cuanto a la base de datos con campos incompletos, con fechas inconsistentes o duplicadas, también fueron subsanados.

En cuanto a las diferencias detectadas entre las bases de datos locales y el Sigte con respecto a ingresos y egresos, está todo en proceso de carga, y esa es una parte nuestra y una parte central.

Respecto de falencias en el registro de pacientes fallecidos, como expliqué, hay una demora desde que nosotros recibimos la información desde que el paciente falleció. Se revisan todas las bases de datos, y puede ser el paciente reducido de la lista de espera por fallecimiento.

La extemporaneidad en el registro de las listas de espera en el Sigte se produce porque hay casos que provienen ya sea de nuestra red, de la macrorred; a veces, vienen con datos incompletos; algunos llegan por sistema, estos son los oncológicos, y otros llegan en papel y hay que ingresarlos. Estamos trabajando en un plan de mejora en ese sentido.

Hemos hecho hartas mejoras y no los quiero aburrir, pero quiero decirles que hemos reactivado y hemos activado muchos comités para ir agilizando esta gestión de las listas de espera.

No tiene sentido que vayamos a cada uno de ellos. Solo quiero decirles que estamos trabajando y hay muchas personas involucradas en esto.

Eso es todo, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Directora, ¿tiene algo que agregar?

La señora **SIEGMUND**, doña Daniela (directora del Hospital Doctor Eduardo Pereira).- Señor Presidente, coincido con lo que expone la directora del Hospital Van Buren, doctora Dafne Secul, y con lo que usted mismo expone, en cuanto a que, para poder apoyar la lista de espera quirúrgica en nuestro hospital, es fundamental el trabajo en red, y fortaleciendo principalmente, e nuestro caso, la infraestructura, que es lo que expuso la directora, porque nuestros pabellones son los que responden a las cirugías electivas, pero también de urgencia, ya que cada vez ha ido aumentando la cantidad de pacientes que han tenido que ser derivados a nuestro hospital para resolver intervenciones quirúrgicas que tienen una urgencia y que se contienen y se envían hacia allá.

Dentro la cantidad de pabellones, tenemos seis pabellones que son de 1940, que miden, cuatro de ellos, menos de 17 metros cuadrados; uno mide 26 y el otro 35, siendo que la norma dice 42 metros cuadrados, lo que nos imposibilita poder hacer las cirugías electivas y esa es una dificultad para poder responder a las listas de espera.

Eso, señor Presidente.

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

Ahora voy a abrir una ronda de preguntas, antes de continuar con los siguientes invitados.

Tiene la palabra el diputado Luis Sánchez.

El señor **SÁNCHEZ**.- Señor Presidente, quiero agradecer la presentación.

Tengo algunas dudas. En primer lugar, comentaban en la presentación que uno de los casos más críticos es el de fracturas en las piernas.

Lo traigo a colación porque es el caso que me ha tocado conocer. Por coincidencia o por casualidad, me tocó estar en el piso de Traumatología hace un mes más o menos con pacientes, y algunas de ellas me contaban, la mayoría mujeres, con fracturas de fémur principalmente y que llevaban esperando... Había una, por lo menos, que llevaba esperando desde antes de Navidad; otras venían esperando hace más de un mes, con todos

los efectos y problemas que eso genera. Lo entenderán ustedes más que yo.

Soy abogado y no ha sido mi ámbito profesional el de la salud, pero ahí me enteré de que, en estos casos, cuando hay una demora tan grande en la atención de estos pacientes, se generan secuelas, que, en el caso de muchas de ellas, pueden ser terribles. Muchas de ellas son adultos mayores, y si no son atendidas a tiempo, se produce un impacto finalmente en la movilidad y en la capacidad de poder desenvolverse, especialmente en una ciudad como Valparaíso, con cerros e irregularidades de terreno. Esto es algo que, en verdad, tiene un impacto, un daño y un perjuicio tremendo para ellas el resto de sus vidas.

Me gustaría entender qué es lo que está pasando ahí y por qué, en ese caso concreto, más allá de lo global y de las cifras, está pasando esto en Traumatología, muy mayoritariamente en mujeres con fracturas de fémur, de pierna, porque era una cuestión muy concentrada en eso. Quiero entender el porqué de eso.

Respecto de los egresos, comentaban que, redondeando, en los distintos casos, eran de 75, 76 y 77 por ciento, más o menos, los que salían por atención efectiva. Quedaría, más o menos, entre 20 y 25 por ciento dando vueltas, que son múltiples otras circunstancias por las cuales son egresadas de las listas de espera.

Me gustaría entender cómo se desglosa ese 25 por ciento, o sea, qué tipo de circunstancias son las que terminan generando que una persona salga de la lista de espera por una vía que no sea una atención efectiva.

Una cuestión muy puntual que comentaban en la exposición es que obviamente todos entendemos por qué durante la pandemia hubo una rebaja en la cantidad de camas, y era por el distanciamiento que tenía que haber entre los pacientes. Sin embargo, entiendo que esa cantidad de camas se ha mantenido.

¿A qué se debe eso? Porque uno se imagina que, terminado todo el tema de la pandemia, se pueden volver a usar los

espacios. No sé a qué se debe ni por qué los espacios no se están usando. ¿Será por un mayor distanciamiento? Lo consulto para entender muy bien el caso particular.

¿Por qué esa cantidad de camas, que antes estaban disponibles, no ha vuelto a la misma cantidad y se ha mantenido en los mismos números que existían durante la pandemia, en circunstancias muy distintas a las que tenemos hoy?

Muchas gracias.

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

El señor **BRITO**.- Señor Presidente, quiero agradecer la presentación.

Al igual que el diputado Sánchez, creo que todos tenemos experiencias en el hospital.

En mi caso en particular, quiero poder orientarlo a algo que nos toca ver todos los años en la discusión del presupuesto. Lo he conversado en distintos momentos con algunos de ustedes, porque, para mí, es inaceptable aprobar un presupuesto de la nación que no tiene asegurada la continuidad del servicio en los hospitales de nuestro distrito. Es un aspecto mínimo, y cuando hemos planteado aquello, siempre se nos ha señalado que eso ha quedado en el protocolo de acuerdo, pero, después, en el funcionamiento, nos enteramos por las redes sociales de que un pabellón está cerrado y, altiro, todo eso va alimentando la lista de espera.

Entonces, quiero preguntar cuál es la solución a la que podemos contribuir desde nuestro rol para garantizar la continuidad del funcionamiento de todos los pabellones en el año corrido.

También, en su momento, se nos dijo que era por falta de insumos. Entonces, ¿cuánto de eso es por la falta de insumos? ¿Cuánto de eso es porque los pabellones, por ejemplo, no tienen las condiciones mínimas de operatividad para poder dar prestaciones? Y si estará en lo correcto identificar que ese es un nudo crítico, sumado, por supuesto, a que los pabellones no funcionan solos, funcionan con personas, y el alto ausentismo -el 34,9 por ciento-, donde la mitad lo aporta el

hospital. Al respecto, quiero consultar cuáles son los planes y programas que se están considerando desde el Comité de Ausentismo para poder revertir la situación.

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

El señor **TEAO**.- Señor Presidente, complementando lo que dice el diputado Brito, el hecho de que estemos aquí sesionando tiene que ver con que queremos saber en qué podemos ayudar para mejorar esta situación, independientemente de que el año pasado pude hacer indicaciones a la glosa del presupuesto, que tienen que ver con las compras de los terrenos aledaños que sabemos que necesita el hospital.

Sabiendo que es inconstitucional, porque los diputados no podemos presentar ese tipo de indicaciones, más que nada lo hicimos para visibilizar principalmente, con las recomendaciones y lo que vivimos el año pasado en términos presupuestarios, cierres de pabellones, falta de insumos, etcétera.

Sería bueno ver la manera de trabajar y coordinar para presentar una glosa al Ejecutivo que pueda ser aprobada para el próximo año. Yo creo que los diputados presentes, aquellos de la Comisión de Salud y de la Comisión Especial Investigadora van a estar de acuerdo con eso.

Por otro lado, señora directora, aquí se habla de un alto índice de ausentismo. Bueno, generalmente, lo escuchamos cuando hacemos terreno, y dentro de las distintas causas del ausentismo, está el estrés o porque las urgencias no tienen las condiciones necesarias. En otro hospital hemos sabido de lamentables golpizas a funcionarios, quienes deben presentar licencias porque no se recuperan o porque no tienen el tiempo necesario para ello.

Aquí dice que están trabajando en la activación de un comité de ausentismo, pero ¿tienen algo concreto como para exponer en este momento? Principalmente lo digo, porque es bastante alta la tasa de ausentismo. Me imagino que dentro de esto está el problema, a nivel nacional, de las licencias

médicas y la forma en que estas se entregan, casi de manera indiscriminada, podría decir.

Y con respecto al problema de la pérdida de recursos humanos, eso tiene que ver netamente con el presupuesto, me imagino, y por eso está la proposición de trabajar en conjunto para presentar una glosa al Ejecutivo que vaya en directa ayuda respecto de eso.

En cuanto a la priorización de becas de especialistas para abordar la escasez de médicos, haciendo terreno también hablamos con el director del Hospital del Salvador, y nos parece increíble que tengan solo 1,2 psicólogos para atender a setecientos pacientes.

A principios de este año, con el exdirector, tuvimos una reunión junto con todos los asesores y directores de las distintas áreas, en que revisamos ese tipo de cosas del hospital, y nuevamente caemos en lo mismo: falta de presupuesto, principalmente para esta banda de precios que tienen para atraer especialistas. Entonces, pasa netamente por una situación presupuestaria; sin embargo, muchos dicen que no solo es por el presupuesto, sino que también pasa por la gestión.

Por eso, primero quiero desearle éxito en su trabajo, directora, y decirle que cuenta con este diputado para fiscalizar o presionar, a fin de obtener los recursos desde el nivel central, que se han demorado bastante en llegar, principalmente a los hospitales de la región, y trabajemos en esto, para acortar la brecha del problema de las listas de espera.

Incluso conversé con la ministra y con la subsecretaria de Salud, en la Comisión de Zonas Extremas y Antártica Chilena, sobre la labor que realiza la fundación Acrux, que, dentro de toda su labor, está promoviendo un barco hospital, para lo cual pedimos presupuesto, porque podría viajar a las distintas regiones y reducir las listas de espera en ciertas atenciones.

No obstante, no siendo médico ni conociendo tanto el sistema, me encontré con otras dificultades, pues, aunque tengamos un barco que pueda realizar atenciones para achicar las listas de

espera, el problema principal es el tratamiento y seguir realizando las evaluaciones, porque los usuarios necesitan un seguimiento, necesitan terapias y revisiones, etcétera.

Con todo, no causó mucho efecto, aunque parecía milagroso para reducir las listas de espera. Lamentablemente, no está en conversación. Pero por lo menos el barco está. Falta que el Ejecutivo se haga cargo de mantener este barco para achicar las listas de espera.

Eso, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Por mi parte, debo decir que en este servicio de salud tenemos varios proyectos pendientes y son variados, como el SAR Manuel Bustos, el Cesfam 30 de Marzo, el SAR Quebrada Verde, el SAR Placilla, entre otros, pero lo más atingente es preguntar por dos.

El primero de ellos es el segundo acelerador de partículas, la máquina que permite hacer radioterapia, producto de que, como bien dijo directora, este hospital y su centro oncológico son centro de referencia para radioterapia, no solamente de la Región de Valparaíso, sino también de la Región de Coquimbo, una macro-red que alcanza a cerca de tres millones de beneficiarios.

En ese sentido, en qué situación está el acelerador de partículas. Entiendo que ha sido licitado en una o dos oportunidades, pero lamentablemente no ha habido resultados.

Entiendo que la Dirección de Obras Municipales de Valparaíso, por las gestiones que hizo la Seremi de Vivienda y Urbanismo, ya dio el visto bueno para que se pueda concretar el proyecto.

Y el segundo, es el proyecto de reposición de los cinco ascensores del Hospital Carlos van Buren, donde hay grandes problemas porque no pueden subir ni bajar a los pacientes de forma expedita en las distintas torres.

Entonces, en qué situación está ese proyecto, pues, que los ascensores no funcionen dificulta la operación del hospital en varios sentidos.

Obviamente, valorando lo que nos plantea, de que ya estarían dos de las tres tasaciones y que se estaría

licitando el estudio de títulos, nos parece un avance fantástico tener adquiridos en un plazo breve los terrenos, pero hay proyectos que responden a situaciones que necesitamos con urgencia, como es el proyecto del acelerador de partículas y la reposición de los cinco ascensores del Hospital Carlos van Buren.

Por otra parte, la siguiente consulta es a la directora del Hospital Dr. Eduardo Pereira. Entiendo que el hospital es antiquísimo y que la cantidad de metros cuadrados de los pabellones está bajo la norma, pero también sé que hay una propuesta de pabellones modulares que vendrían desde el sur.

Al respecto, ¿cómo podríamos apoyar ese proyecto? ¿Ya cuenta con RS y el apoyo del servicio de salud, para concretarlo lo antes posible? Porque, finalmente, si el Hospital Dr. Eduardo Pereira no tiene pabellones para hacer la pega, el servicio de salud se estanca, porque son pabellones que realizan cirugías que no las hace el Hospital Carlos van Buren, en esta tarea de complementariedad.

Ahora, tenemos una treintena de informes de Contraloría, algunos de ellos más grotescos que otros. Sin embargo, el del Hospital Carlos van Buren no es de los peores. No lo resumiría simplemente en un problema de registro y migración de datos, que probablemente puede ser la causa, porque al fin y al cabo el Sigte tiene problemas de subir las planillas, etcétera.

Pero me faltó escuchar sobre las 39 interconsultas del Hospital Gustavo Fricke que no estaban registradas en oncología, cuestión que fue parte de las conclusiones del informe N°84, el primero, de 2023. Como sabemos, el Hospital Carlos van Buren ve oncología, pero esas interconsultas tienen que llegar aquí para que las revise el centro de referencia. Obviamente, eso nos genera preocupación, porque si no estaban registradas 39 interconsultas durante el período en estudio, bueno, entonces cuántas habrán pasado antes. Qué se ha hecho, porque cuando hay mal registro y mala migración de datos, hay pacientes que dejan de existir para el sistema y que lamentablemente nunca serán llamados. Lo peor es que se enteran dos o tres años después, cuando consultan a la OIRS del servicio

o a la del Hospital Dr. Eduardo Pereira, que no estaban en las listas de espera. A eso no le bajaría el perfil, en ningún sentido.

También, se habló de que en las listas de espera de nueva consulta especialidad había una atención efectiva de 76,5 por ciento y en listas de espera quirúrgica había una atención efectiva de un 69,5 por ciento. Es decir, 23,5 por ciento en consultas de nueva especialidad fueron egresados, porque no fue posible contactarlos o porque ya se había realizado en el extrasistema o no había pertinencia de atención requerida; mismas razones para el 30,5 por ciento de egreso en lista de espera quirúrgica. Cabe señalar que es un porcentaje alto respecto de otros servicios de salud del país. Desconozco cómo se compone ese porcentaje, cuánto corresponde a no contactabilidad, cuánto a atención en el extrasistema y cuánto a no pertinencia de atención o a alguna de las otras tantas causales.

Pero, evidentemente, mientras más nos demoramos, las personas más optan por requerir atención en el extrasistema. Así, si hacemos esperar a un paciente dos o tres años para una intervención determinada, evidentemente va a hacer lo posible por hacerla en el extrasistema; entonces, vamos a terminar egresando a un paciente que fue intervenido en el sistema privado juntando plata en un bingo, en rifas, etcétera, porque nosotros llegamos tarde.

Por eso ese porcentaje de egreso me genera especial preocupación. Insisto, desconozco cómo se compone, qué porcentaje será de atención en el extrasistema o de no contactabilidad, pero obviamente tenemos un problema importante allí.

Del mismo modo, me gustaría conocer cómo ha sido finalmente la gestión financiera en la línea de lo que preguntaba el diputado Sánchez, y eso tiene directa relación con la lista de espera a la cual nos estamos abocando.

A mí también me tocó visitar el servicio de traumatología, así como lo hizo el diputado Sánchez. Hablé con el jefe de traumatología, con el doctor Sánchez, y él, en ese momento -

esto fue en marzo-, me comentó que, las 73 camas del servicio de traumatología estaban ocupadas por pacientes hospitalizados vía urgencia, por ejemplo, aquellos que sufrieron alguna fractura; de hecho, incluso había una adulta mayor que llevaba más de cien días allí.

El señor **SÁNCHEZ**.- Probablemente hablamos con la misma paciente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Había otro joven, que era profesor, que había perdido su pega, porque como se había fracturado a fines de diciembre no había podido entrar a trabajar nuevamente, porque estaba hospitalizado. Y, de esos 73 pacientes hospitalizados, todos por urgencia, 11 habían sido dados de alta en espera de cirugías.

El jefe de traumatología me decía, angustiado, que tenía las 73 camas ocupadas por pacientes de urgencia y que no he podido avanzar en lista de espera, ni un paciente de lista de espera, producto de que solo estaba resolviendo cirugías de urgencia, ni siquiera cirugías electivas. Esto, porque no había artículos médicos como implantes, placas de osteosíntesis, tornillos o clavos Kirschner, que son elementos básicos para operar.

Si uno empieza a seguir el hilo, esto se debía a que el hospital había terminado su ejercicio presupuestario 2024 con 22.700 millones de pesos de deuda hospitalaria y, a marzo, se había transferido solo un tercio, de un tercio del presupuesto del subtítulo 22. El subtítulo 22, para el hospital, son 44.000 millones.

Entiendo se aprobó una expansión presupuestaria que alcanza los 49.000 millones y que se había dado la apertura de un tercio que habían sido transferidos a la cuenta bancaria del Hospital Carlos van Buren, con lo que se hace la gestión. Claro está que no sirve tener presupuestos aperturados en papel o en el Sigfe si el hospital no recibe esos recursos en su cuenta bancaria para hacer gestión, y entiendo que a marzo se habían recibido cerca de 5.000 o 6.000 millones, exclusivamente del subtítulo 22.

¿Cómo afectó eso la operación del hospital y la situación de traumatología? ¿Qué grado de resolutiveidad existe hoy? Quiero

saber si ya se evacuó o se operó a la totalidad de los pacientes que estaban hospitalizados por urgencia, que comentaba también el diputado Sánchez, y qué grado de normalización existe en cuanto al pago a proveedores que dificultó harto las operaciones del hospital. Obviamente, colocamos el caso de traumatología porque es más emblemático, pero cuando conversábamos con el equipo de enfermería hace algunas semanas supimos que también había problemas en las líneas arteriales, en la UCI, entre otras, y que había distintos tipos de artículos médicos que no podían ser adquiridos por bloqueo de proveedores.

Esas serían mis preguntas.

Voy a ir dando la palabra en la medida que quieran y deseen responder.

El señor **TEAO**.- Señor Presidente, ¿podría agregar dos preguntas?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Por supuesto, diputado.

El señor **TEAO**.- Me acaba de llegar información, por eso aprovecharé de hacer estas preguntas.

Primero, quiero saber qué pasa con la bodega de archivos de la avenida Francia, donde hay fichas médicas, porque, según entiendo, hoy lamentablemente está cerrado.

Lo otro es que me dicen que hay trabajadores que tuvieron que devolverse de la sala de cuna Vitamina. Como no han pagado, un dirigente del hospital se tuvo que devolver con un menor de tres años. Quizás esto también tenga que ver con las licencias médicas y el ausentismo. No sé.

Me gustaría saber en qué están estas dos situaciones.

Esas son mis dos preguntas.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la directora del Hospital Eduardo Pereira para referirse al tema de los pabellones.

La señora **SIEGMUND**, doña Daniela (directora del Hospital Eduardo Pereira).- Señor Presidente, en relación con los nuestros pabellones, como relaté, el problema fue presentado al director del servicio de esa época, apenas asumí la

dirección. Él fue y visualizó la situación en la que se encontraban los pabellones. Le planteamos qué pasaba si se cerraban los pabellones versus si se mantenían en pie porque, efectivamente, no cumplen con la norma técnica. Finalmente, se decidió mantener los pabellones abiertos porque se entendió que el cierre de ellos generaría un impacto aún mayor en la población, considerando que operamos más de tres mil pacientes al año.

Ahora, para que entiendan un poco la complejidad, los pacientes que nosotros operamos, incluso, no pueden hacerlo en el extrasistema porque se trata de cirugías muy complejas de tórax, de abdomen o hernias complejas. Una vez se externalizaron cirugías de hernias a clínicas privadas, que luego recidivaron y tuvieron que volver a ser operadas por nosotros. Ese es el nivel de impacto y la importancia de nuestros pabellones.

Se presentó a la directora, se dio el visto bueno y hoy tiene la pertinencia técnica para que se trabaje a través del subtítulo 31, pero sabemos que a través de dicho subtítulo los procesos funcionan muy lento y demoran varios años; tardan por lo menos tres años en obtener resultados, tiempo que no podemos esperar para poder dar solución.

Estamos aquí precisamente porque tenemos que responder a la lista de espera. Así como hay pacientes traumatológicos hay algunos con ostomía, es decir, que tienen una bolsa para sus deposiciones, que dicen que, si bien les curaron el cáncer, ahora tienen una pésima calidad de vida.

Por lo tanto, esos pacientes son los que tenemos que ir resolviendo. Asimismo, tenemos que ir dando respuestas a cirugías complejas que duran mucho tiempo. Por eso, el año pasado tuvimos cerrados dos pabellones porque la pasarela por donde pasaban los pacientes se rompió y se cayó; y a pesar de eso, nuestra ocupación de pabellón fue mejorada. De los pabellones que teníamos, siempre se contaron seis, a pesar de que teníamos dos cerrados.

Así que buscamos dos estrategias simultáneas: una era hacer este proyecto para tener los pabellones dentro del hospital y

poder dar respuestas, que sabemos que es a mediano plazo y, la otra fue investigar qué estrategias estaban utilizando otros hospitales dentro del país. Así fue como supimos que el Hospital de Villarrica tenía tres pabellones modulares. Fuimos hasta allá y vimos que eran de alta tecnología, que cumplían con los estándares, con pisos y áreas de ventilación como correspondía, con cierres herméticos. El Hospital de Villarrica se inauguró, quedaron estos pabellones y tienen una vida de treinta años. Así que hicimos la consulta al mercado, para saber dónde había ofertas de pabellones modulares que funcionaran más rápido y el único que encontramos fue ContainerLand, porque los pabellones que se han hecho en otras partes, con Tecno Fast, son más pequeños y no son de alta complejidad. Así que hicimos el levantamiento y llevamos un año trabajando con apoyo del servicio de salud para ver el tema de la pertinencia técnica y todo lo que tiene que contener para que nosotros lo podamos levantar. Fuimos a Desarrollo País para ver si podíamos financiarnos de esa forma, pero no existía esa posibilidad, entonces conversamos con los dueños de esta empresa, para ver si usar la figura del arriendo. Como no teníamos el subtítulo 31, sugerimos la figura del arriendo por 72 meses, para que después los pabellones queden para nosotros, y así tener una solución en menos de nueve meses. O sea, si esto funciona, en nueve meses ya tendríamos funcionando pabellones con la calidad que se requiere; plomados, porque actualmente no tenemos todos los pabellones plomados, que cumplan con la normativa y que no impliquen cerrar un pabellón electivo, porque llega una urgencia. Porque, si es que la urgencia necesita un gran equipo de personas, no podemos atender con los mismos pabellones, tenemos que jugar más o menos al [...].

Así que ya tenemos listo esto, ahora tenemos que presentarlo a la Contraloría y teniendo la autorización de la Contraloría, debemos hacer un trato directo, debido a que no hay otro oferente que tenga esa especialidad para ofrecerlo y comenzar con el arriendo. Ese arriendo es de 100 millones de pesos mensuales, que es lo que uno gasta en

servicios de aseo y en lo que más se gasta es en laboratorio y todo, y para eso lo que necesitamos es mantener...

(Un diputado habla fuera de micrófono)

La señora **SIEGMUND**, doña Daniela (directora del Hospital Eduardo Pereira).- 72 meses.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Y termina siendo de ellos?

La señora **SIEGMUND**, doña Daniela (directora del Hospital Eduardo Pereira).- Termina siendo nuestro y, además, ellos se tienen que preocupar de toda la mantención y todo lo que eso implica, porque seguiría siendo un servicio de arriendo. Y lo que necesitamos es mantener el presupuesto que habíamos proyectado el año pasado. El presupuesto que ahora tenemos no es suficiente.

Necesitamos un aumento presupuestario para cumplir con el pago de este arriendo para mantener los pabellones y, al mismo tiempo, presentar este proyecto instrumental quirúrgico, porque entre más se opera, el instrumental se va deteriorando. La última renovación instrumental es de 2018, y esto va asociado con un proyecto que queremos presentar al gobierno regional con el instrumental quirúrgico.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para oficiar al Ministerio de Salud, a fin de que se gestionen los recursos para financiar los pabellones modulares que ha mencionado la directora?

El señor **SÁNCHEZ**.- Señor Presidente, con copia al Ministerio de Hacienda, por favor.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Con copia al Ministerio de Hacienda, mejor todavía.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

La señora **SIEGMUND**, doña Daniela (directora del Hospital Eduardo Pereira).- Señor Presidente, ¿le respondo lo de la Sala Cuna Vitamina?

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

La señora **SIEGMUND**, doña Daniela (directora del Hospital Eduardo Pereira).- Tenemos una sala cuna, pero no tenemos

jardín infantil y por mucho tiempo lo que se ha hecho es externalizar el jardín infantil, porque entendemos la importancia de la doble presencia y la importancia de las madres, la gran mayoría de nuestras funcionarias son mujeres, para dar continuidad al cuidado de los niños. Lamentablemente, como fue interferido la Sala Cuna Vitamina -no es que no le hayamos pagado, siempre hemos mantenido el pago- cerró y no avisaron oportunamente a las funcionarias y, por lo tanto, la funcionaria tuvo que llegar con su niño -por eso, dije: pónganle una anotación de mérito-, porque el compromiso de la funcionaria es de ir igual a pabellón y llevar a su hijo. Y lo que hicimos fue facilitar nuestra sala cuna de manera excepcional para el cuidado del niño. Para nosotros es importante, claro, ahora estamos con un déficit presupuestario y no lo podemos priorizar, y teníamos un proyecto de sala cuna y jardín infantil para los hijos.

(Un diputado habla fuera de micrófono)

No, no era por no pago.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Les queda algo pendiente? Cualquiera de las dos puede partir.

La señora **SECUL**, doña Dafne (directora del Hospital Carlos Van Buren).- Señor Presidente, voy a responder, en primer lugar, siguiendo el orden de las preguntas que se hicieron, al diputado Sánchez, que nos visitó efectivamente en traumatología, cuando estábamos en la parte más álgida de la crisis. Su preocupación es por la demora en la atención de los pacientes traumatológicos.

La atención de los pacientes traumatológicos en este hospital va dirigida, principalmente, a los pacientes de urgencia. Atendemos más que nada a pacientes de urgencia y eso significa que las listas de espera de traumatología son enormes. Como ustedes pudieron ver cuando hablamos de las especialidades, la lista de espera más antigua es la traumatológica y la más abultada es la traumatológica, porque no tenemos capacidad para responder listas de espera, para resolver pacientes electivos. Fundamentalmente nuestro

accionar va hacia los pacientes de urgencia, por un tema de capacidad productiva.

En ese tiempo que nos visitó el diputado Sánchez estábamos con un problema de insumos. Estábamos en medio de la crisis financiera, al terminar el año y al comenzar este año, se produjo una insuficiencia presupuestaria, como bien dijo el diputado Lagomarsino, no solo no teníamos marco presupuestario, porque se nos había transferido una parte muy pequeña, sino que tampoco teníamos caja. También se transfirieron los recursos bastante acotados y eso significó que, como arrastrábamos una deuda que, de todos conocida, los proveedores nos bloquearon la entrega de insumos hasta que no les pagáramos. Tratamos de negociar, de alguna forma, pagos parcelados y la mayoría de los proveedores más grandes, como es el caso de los traumatológicos, no nos aceptaban eso, sino que aceptaban el pago total de la deuda. Eso nos dificultó muchísimo.

Posteriormente, sostuvimos reunión con la Subsecretaría de Redes Asistenciales y allí se instruyó al servicio de salud abrir el presupuesto completo, entregar el presupuesto de subtítulo 22 al hospital y se empezaron a producir flujos de cajas que hicieron que se destrabara la capacidad de negociar con los proveedores. Comenzamos a pagar la deuda y próximamente esperamos, en los próximos días, haber pagado prácticamente la totalidad de lo adeudado durante 2024.

El señor **SÁNCHEZ**.- ¿Puedo hacer una pregunta cortita sobre eso, señor Presidente?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra, diputado Sánchez.

El señor **SÁNCHEZ**.- ¿Había pasado alguna vez antes que los proveedores les cortaran el agua completamente por no pago?

La señora **SECUL**, doña Dafne (directora del Hospital Carlos Van Buren).- No, en el período en que yo he estado, porque estoy solamente desde el año pasado, diputado.

El señor **SÁNCHEZ**.- ¿No sabe desde antes?

La señora **SECUL**, doña Dafne (directora del Hospital Carlos Van Buren).- Históricamente, no creo.

El señor **SÁNCHEZ**.- ¿Primera vez?

La señora **SECUL**, doña Dafne (directora del Hospital Carlos Van Buren).- No tengo antecedentes.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Recordemos que antes del 2023 estaba el pago automático, pero el pago automático de los hospitales de Chile se suspendió en marzo de 2023. Antes el hospital tenía su marco presupuestario, hacía la licitación, hacía las órdenes de compra, le llegaban las facturas y lo mandaban al Ministerio de Hacienda, donde la Dipres pagaba. Y a partir de marzo de 2023, vuelven a administrar los hospitales, cuando se pone fin al pago automático, cortesía del Ministerio de Hacienda.

El señor **SÁNCHEZ**.- Señor Presidente, ¿pudiera estar eso entre las propuestas finales de la comisión?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Va a estar, por supuesto, diputado.

De hecho, en una sesión anterior de un martes por la mañana, teníamos citado al ministro de Hacienda que no pudo venir, porque estaba fuera del país en gira con el Presidente, pero sí estaba citada la directora de Presupuestos que, lamentablemente, se excusó en aquella oportunidad, y hoy la tenemos citada de nuevo en la sesión de la tarde, que vendría a ser una de las últimas.

Sobre el punto, tiene la palabra el diputado Jorge Brito.

El señor **BRITO**.- Señor Presidente, no sé si respecto del quiebre presupuestario la directora tiene algo más, esperar a que concluyera, pero dado que se hizo referencia me importa tener certeza de los meses en los cuales ocurrió esto, porque es algo que no puede volver a ocurrir.

El quiebre financiero ocurrió en el mes de febrero, si mal no recuerdo, ¿no?

La señora **SECUL**, doña Dafne (directora del Hospital Carlos van Buren).- La verdad es que estábamos en una situación financiera muy complicada, diputado, al término del año 2024, y estábamos esperanzados en que al llegar el 2025 íbamos a recibir el presupuesto 2025, cosa que no ocurrió. La apertura

del presupuesto en el Sigte fue una pequeña fracción, pero, además, no tuvimos los flujos de caja adecuados para aquello.

El señor **BRITO**.- Disculpe que la interrumpa, cuando esto ocurrió, dado que la comunidad hizo el llamado, una de las gestiones que, justamente, como parlamentario asumimos ante ustedes, ante el Ministerio de Salud, que aquí se encuentra participando, entiendo, de la sesión, es que existieran las respuestas a las solicitudes, y lo que se nos dijo en su momento por la directora nacional de Presupuestos, era que el servicio de salud había pedido para el hospital cierta cantidad, si mal no recuerdo, creo que eran 8.000 millones de pesos, y que, dado que tenía una caja de 4.000 o 5.000, se le había entregado 3.000 o 3.500 que les faltaba para disponer de lo que el servicio había solicitado para el hospital.

En ese momento, cuando tuve esa respuesta, me hizo mucho ruido, porque no puedo entender que no haya dinero, pero que no haya dinero habiendo estado asignado y habiendo tenido la discusión del proyecto de ley de presupuestos, las discusiones de glosa y habiendo estado incorporado en el protocolo de acuerdo con el presupuesto de que no iba a haber quiebre del presupuesto del Van Buren, y que a los dos o tres meses haya existido, es muy importante.

Por eso, quiero que esto no lo perdamos de vista en la sesión que tenemos con la directora de Presupuestos, porque es muy importante para nosotros como representantes de la región, independiente del sector político en el cual uno está, que la región y todos los servicios públicos tengan lo que corresponda. Y si ya está aprobado por ley, no sabemos en qué momento se perdió esa solicitud.

Entonces, para tener certeza del asunto, señor Presidente, consulto a usted, a la directora, y al servicio de salud, si es que existió solicitud por el total de lo necesario para el funcionamiento y si esa solicitud fue rechazada o no por la Dirección de Presupuestos.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Disculpe la interrupción, pero es un asunto que vemos como un problema. Entonces, es importante que todos lo tengan claro.

Señora directora, puede continuar respondiendo las preguntas del diputado Luis Sánchez.

La señora **SECUL**, doña Dafne (directora del Hospital Carlos van Buren).- Señor Presidente, el diputado Sánchez preguntó sobre por qué se mantuvo la distancia entre las camas. Bueno, a partir de la pandemia, cambiaron los estándares de infecciones intrahospitalarias, es decir, se impusieron nuevos estándares y quedaron establecidos, de modo que de ahí en adelante se tomaron muchas definiciones nuevas y que antes no existían, como, por ejemplo, el uso de muchos insumos desechables que antes reesterilizábamos y la distancia entre las camas.

Cabe recordar que los hospitales tienen acreditaciones de calidad y que los estándares han ido aumentando progresivamente en el tiempo, lo que ha significado que haya nuevos estándares a partir de la pandemia y que día a día sigan evolucionando y haciéndose cada vez más exigentes.

Señor Presidente, para responder las consultas del diputado Jorge Brito, sugiero que ofrezca el uso de la palabra a la doctora Loreto Maturana.

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

La señora **MATURANA**, doña Loreto (directora del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio).- Señor Presidente, respondiendo al diputado Brito, hemos dicho que las listas de espera médica y odontológica tenían un porcentaje de egreso de pacientes atendidos. Entonces, queríamos hablar de la diferencia.

Respecto de la lista de espera quirúrgica, un 11 por ciento corresponde a renunciadas o rechazos voluntarios de los pacientes a nivel del servicio de salud. El 4 por ciento corresponde a pacientes resueltos en el extrasistema, tema que también preguntó el señor Presidente. El 3 por ciento corresponde a pacientes que fueron reevaluados y la cirugía no correspondía; es decir, después de mucho esperar, se reevaluó al paciente y ya no era pertinente la cirugía. El 3,5 por ciento son pacientes en que el contacto no

corresponde. Solo en estas causales de egreso que acabo de mencionar hay un 20 por ciento.

La señora **SECUL**, doña Dafne (directora del Hospital Carlos van Buren).- Son pacientes que no se presentan.

La señora **MATURANA**, doña Loreto (directora del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio).- Claro. Los pacientes inasistentes no están dentro de ese 20 por ciento, pero corresponden a alrededor del 5 por ciento del egreso de la lista de espera.

El señor **SÁNCHEZ**.- Perfecto.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la directora Dafne Secul.

La señora **SECUL**, doña Dafne (directora del Hospital Carlos van Buren).- Señor Presidente, el diputado Brito dijo que era inaceptable aprobar un presupuesto que resulta ser insuficiente y preguntó sobre cuál es la solución y cómo pueden contribuir los diputados a solucionar este problema, cuánto de lo que ocurre es por falta de insumos o por problemas de infraestructura, y cuáles son los planes y programas desde el Comité de Ausentismo.

Mañana haremos una presentación en la Comisión de Salud del Senado que versa sobre los problemas presupuestarios de los hospitales. Nos invitaron para exponer acerca de los problemas de insuficiencia presupuestaria del Hospital Carlos van Buren, como un ejemplo.

Históricamente, respecto de los presupuestos de los hospitales, estos tienen, valga la redundancia, un presupuesto de apertura en enero y se hacían expansiones presupuestarias usualmente entre septiembre y noviembre, para ajustar los gastos que tenían los hospitales. Esto siempre fue así. Las diferencias eran de entre 20 y 30 por ciento del presupuesto, es decir, los incrementos que había.

Durante 2024, no hubo o se anunció tempranamente que eso no iba a ocurrir. Entonces, sabíamos *a priori* que nuestro presupuesto iba a ser insuficiente, y así ocurrió efectivamente.

Durante este año, hemos trabajado en un plan anual de compras austero, en el cual estudiamos varios miles de líneas de insumos -quiero recordar que la industria más compleja es la de salud, por los miles de cosas distintas que se hacen, los miles de procesos diferentes), y llegamos a la conclusión de que solo en el subtítulo 22, o sea, bienes y servicios de consumo, requerimos un monto anual superior a 70.000 millones de pesos.

Nuestro presupuesto de apertura del subtítulo 22 para este año fue de 44.000 millones de pesos, considerando, además, que teníamos una deuda de arrastre de 24.000 millones de pesos, la que ahora estamos pagando, de modo que es muy fácil sacar la cuenta. Por ello, nos quedan 20.000 millones de pesos de presupuesto del subtítulo 22, habiendo calculado que los requerimientos -reitero- superan los 70.000 millones de pesos.

Como dije, hicimos un plan de compras muy austero, en el cual trabajó una cantidad muy importante de personas, como técnicos, personal clínico, con sus requerimientos ajustadísimos, y eso fue lo que obtuvimos.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para oficiar al Ministerio de Salud y al Ministerio de Hacienda, a fin de que informen sobre los recursos faltantes del subtítulo 22 que requeriría el Hospital Carlos van Buren?

Acordado.

La señora **SECUL**, doña Dafne (directora del Hospital Carlos van Buren).- Gracias, señor Presidente.

Entonces, por su intermedio, señor Presidente, a lo que hace alusión el diputado Brito efectivamente se necesitan más recursos.

Por otra parte, el diputado Hotuiti Teao nos pregunta sobre en qué se puede ayudar para mejorar la situación y cómo trabajar y coordinar para presentar una glosa de acuerdo con los requerimientos. Creo que eso ya fue respondido en parte.

También preguntó sobre ausentismo y acciones concretas.

Por su intermedio, señor Presidente, el diputado dirige la pregunta a la directora del servicio de salud, pero quiero

que me permita explicarlo, pues hemos hecho gestiones en ese sentido en el hospital.

Después de la pandemia, como el control del ausentismo fue muy laxo, por razones evidentes, se volvió a empezar a trabajar en el tema. Para ello, establecimos un comité de ausentismo que ha estado trabajando con los ausentismos prolongados. Teníamos sobre 50 funcionarios con ausentismo superior a 400 días en dos años.

Con el aporte del servicio de salud hicimos visitas domiciliarias y contactamos a la totalidad de los funcionarios que estaban con ausentismos muy prolongados, para ver de qué forma podíamos ayudar a solucionar sus problemas de salud, lo que significó que pudimos ayudarlos y que algunos de ellos retornaran a sus funciones. Seguimos trabajando en aquello, pero es una labor ardua. El ausentismo en salud es muy importante. De hecho, un señor diputado hizo alusión a lo difícil que es trabajar en salud. Muchas personas son agredidas por usuarios en los servicios de urgencia; ha aumentado la cantidad de usuarios con problemas de salud mental, lo que ha complicado aún más este trabajo, pero lo estamos haciendo. El comité de ausentismo, lo puedo decir con mucho orgullo, ha tenido resultados importantes.

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

El señor **BRITO**.- Señor Presidente, el ausentismo también está siendo analizado por otros servicios públicos que también son críticos; de hecho, los porcentajes son similares, entre 35 y 40 por ciento. Uno de los aspectos que hemos notado es que algunos jefes de servicio no han cumplido con una norma. No sé si aplica en este caso, pero cuando el ausentismo es por más de 180 días, se debe informar a la Compin para que vea si el trabajador o la trabajadora tiene condiciones que van a mejorar y se pueda reincorporar a sus funciones, o simplemente debe catalogarse como que no tiene salud compatible con el cargo, porque todos somos funcionarios públicos.

Por lo tanto, directora, ¿se ha realizado aquello? Y si se ha hecho, ¿desde cuándo se realiza? Lo pregunto para saber si es una nueva práctica.

La señora **SECUL**, doña Dafne (directora del Hospital Carlos van Buren).- Muchas gracias por su pregunta, diputado Brito.

Sí, efectivamente lo estamos trabajando. Una vez que una persona completa los 180 días de ausentismo en dos años corridos es posible que se aplique el artículo 151 del Estatuto Administrativo, que declara salud incompatible.

Sin embargo, es fundamental que el Compin se haya pronunciado respecto de la salud irrecuperable del funcionario. Si la Compin ha determinado que la salud de esa persona es irrecuperable, entonces recién sería aplicable el artículo 151, porque si no ocurre eso, la Corte Suprema lo revierte.

Así que sí, lo estamos trabajando. Tenemos el caso de un funcionario al que se le declaró salud irrecuperable, por lo que se pudo aplicar el artículo 151, que establece salud incompatible, y se está trabajando sobre varios más. Es importante decir que en ese comité participan representantes gremiales.

En cuanto a la pregunta del diputado Teao sobre la pérdida de recursos humanos y si eso tiene relación con el déficit presupuestario para el pago de la banda de precios que ha decretado el Fonasa para este año.

Sí y no. Para referirme brevemente a la banda de precios, esta nos impone un pago máximo por hora cuando pagamos honorarios. Quiero decir que no tenemos glosa a honorarios a suma alzada este año, por lo que eso nos ha traído una dificultad adicional, y hemos hecho las gestiones ante el servicio de salud, y este, a su vez, ante el Minsal para la apertura de esta glosa, porque es absolutamente necesaria.

La banda de precios nos perjudica sobremanera; un ejemplo de esto es el caso de los anestesiólogos. Nosotros tenemos menos de la mitad de los anestesiólogos que requerimos para cubrir el servicio de urgencia. Eso implica que tengamos que recurrir permanentemente a honorarios, que no tenemos, o a

compra de servicios de anestesiólogos. La banda de precios nos perjudica en el sentido de que debemos entrar a competir con otros hospitales de la red y también con otros servicios de salud de la región para atraer a los pocos especialistas que están dispuestos a hacer turnos adicionales.

Como nosotros tenemos un hospital de altísima complejidad, somos la macrorred neuroquirúrgica, pero además recibimos pacientes de todo tipo y tenemos unidades de paciente crítico desde adultos hasta neonatal, también de muy alta complejidad, pensamos que, para un colega, eventualmente es más atractivo ir a hacer estas horas en un hospital que no tenga tanta complejidad ni tanta consulta de pacientes muy graves, como es el caso nuestro.

Al respecto, tenemos un problema y nos afecta la banda de precios.

Respecto de la pérdida del recurso humano médico especialista, quiero decir que el recambio de especialistas es negativo y que se jubilan o se van del sistema más especialistas de los que somos capaces de traer. Eso ya lo estamos viendo en nuestra capacidad productiva, y si no hay cambios importantes en el futuro, probablemente nos siga afectando cada vez más. Esta es solo una conjetura mía.

Respecto de Acrux, es un aporte, pero debo decir que, en la gigantesca lista de espera, en los miles de casos, es un aporte importante, pero probablemente no vaya a mover la aguja.

En cuanto a las 39 prestaciones del Hospital Dr. Gustavo Fricke que no estaban registradas en Oncología, hemos hecho todas las correcciones para que eso no siga ocurriendo y tenemos la certeza de que eso no nos va a seguir pasando, porque hemos perfeccionado la comunicación con los hospitales de la macrorred y creemos que esto ya debería estar completamente superado.

Respecto de la gestión financiera de los pacientes traumatológicos que esperaban su cirugía, programamos las cirugías de todos estos pacientes, por lo que ya quedó superado. Contamos con los insumos necesarios para operarlos, se están operando y prácticamente el 80 por ciento de ellos ya

ha sido intervenido, pero están todos programados para los próximos días y semanas.

En cuanto a la transferencia fraccionada a comienzos de año, creo que ya di la explicación.

Alguien preguntó sobre la bodega de fichas clínicas, se requiere mayor espacio. Nosotros aún tenemos una parte importante de nuestras fichas clínicas en papel, porque no hemos logrado implementar fichas clínicas electrónicas y no tenemos espacio para almacenarlas. Hace mucho tiempo que nuestro hospital no tiene espacio físico y hemos pretendido, en reiteradas ocasiones, arrendar una bodega para poder guardar y salvaguardar todas aquellas fichas, pero no tenemos aprobación de la Dipres para realizar un arrendamiento.

Eso es todo cuanto tenía registrado.

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

La señora **MATURANA**, doña Loreto (directora del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio).- Señor Presidente, creo que la mayor cantidad de preguntas han sido respondidas, pero faltan algunas.

En relación con el manejo del ausentismo, quiero aclarar que hay un lineamiento del Minsal que norma cómo se deben manejar los ausentismos en los hospitales. En detalle, es lo que explicó la doctora Dafne Secul. Entonces, eso es lo mismo que estamos trabajando en los otros hospitales de la red. Tiene relación con el cobro de licencias médicas rechazadas, que esto es más bien acompañamiento a los funcionarios, no tiene un sentido punitivo el armar los comités de ausentismo, porque también entendemos que ellos están sobrecargados muchas veces, por el ausentismo de los compañeros de trabajo. En general, los que se quedan también se ven afectados.

Estamos trabajando en planes de mejora en relación con esto. El cobro de la licencia médica rechazada es superimportante también, y hay hospitales de la red que no lo estaban realizando. Ahora lo vamos a empezar a realizar.

En relación con las preguntas del diputado Lagomarsino que tienen que ver con inversiones y con proyectos pendientes,

quiero contarles que en la reposición del acelerador lineal y en el búnker del Hospital Carlos van Buren se declararon desiertas tres licitaciones, por lo que estamos realizando hoy día un trato directo. Esta semana confeccionaremos la resolución del contrato con el proveedor y, una vez que tengamos eso, tiene que ir a Contraloría a toma de razón. Ese es el procedimiento en el cual se encuentra.

En relación con la reposición de los cinco ascensores, que son muy importantes, sobre todo en un establecimiento vertical, los inicios de obra se realizaron el 13 de diciembre de 2024, se instalaron las faenas y actualmente está en proceso de ejecución de obras menores. Esa es la información que me aporta el Departamento de Inversión del Servicio de Salud.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora Dafne Secul.

La señora **SECUL**, doña Dafne (directora del Hospital Carlos van Buren).- Señor Presidente, en cuanto al archivo en avenida Francia, nosotros no tenemos espacio para más fichas clínicas, porque la mayor parte de nuestras fichas clínicas es en papel. El hospital no tiene espacio físico para poder guardar todas esas fichas, por lo que hicimos una solicitud para arrendar un espacio físico adecuado para todas esas fichas. Sin embargo, no tenemos la venia para poder arrendar dependencias, por lo que ese es un problema que aún no hemos podido resolver.

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

El señor **TEAO**.- Señor Presidente, por su intermedio a la directora del servicio.

Según tengo entendido, la directora del Hospital Carlos van Buren señala que en ese sentido no se realizó un ajuste el año pasado; eso, obviamente, trajo consecuencias. Por lo tanto, ¿por qué no se realizó ese ajuste en el presupuesto? Sin duda, tenemos una situación compleja.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Efectivamente, hubo una situación compleja que generó gran impacto.

El señor **TEAO**.- Lamentablemente, no se encuentra el exdirector.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- En todo caso, creo que se han respondido todas las preguntas, quedándonos relativamente claro el tema.

Sin embargo, es importante, sobre todo en este servicio de salud, construir, porque las necesidades son abrumadoras no solamente en Valparaíso y Casablanca sino también en la provincia de San Antonio, donde usted también fue directora del Hospital Claudio Vicuña. En ese sentido, cuenten con el apoyo de la Cámara de Diputados, de los integrantes de esta comisión, para avanzar en las necesidades que se requieren.

Este servicio de salud ha recibido dos grandes querellas. Primero, recibió la querella por tortura en el Hospital del Salvador, y hace pocas semanas este hospital recibió otra querella. Pero hoy tenemos que construir, permitir que este servicio avance al igual que cada uno de sus hospitales, como los hospitales Claudio Vicuña, Carlos van Buren, Eduardo Pereira, Salvador y el flamante nuevo hospital de Casablanca que inauguramos hace pocas semanas. Pero este trabajo requiere mucho diálogo, trabajo colaborativo y disposición. Por lo tanto, espero que podamos seguir trabajando en los temas que se requieran.

Agradecemos su participado en esta sesión.

El señor **TEAO**.- Señor Presidente, solicito que se oficie al Ministerio de Hacienda y al Ministerio de Salud sobre el tema del ajuste, para que así obtengamos información adicional a lo planteado.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para la solicitud del diputado Teao en cuanto a oficiar, tanto al Ministerio de Hacienda como al de Salud, para que nos entreguen mayor información sobre el ajuste que no se realizó?

Acordado.

Damos la bienvenida a los invitados que participarán en el segundo bloque.

A continuación, ofrezco la palabra al doctor Ignacio de la Torre, presidente del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico.

El señor **DE LA TORRE** (presidente del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico).- Señor Presidente, en mi condición de médico y como funcionario por muchos años de este hospital agradezco por la oportunidad que me han dado para estar presente en esta sesión, porque no solo es importante el motivo por el cual se ha conformado esta comisión investigadora, sino porque hacerlo acá, además, tiene un valor simbólico altamente relevante.

Lo primero que quiero decir es que el problema de las listas de espera surge desde el Estado y no desde un gobierno en particular, porque, al menos, durante los últimos seis gobiernos el problema de las listas de espera se ha perpetuado, y han sido los tres poderes del Estado los que, por separado, han tratado de resolverlo. El Poder Judicial lo ha hecho recurriendo, principalmente, a través de la Corte Suprema, a recursos de protección de pacientes que, como lo señalaba el diputado Sánchez, al no resolver su problema de salud recurren a la justicia donde les va bien, porque la justicia detecta que hay un derecho constitucional que es absolutamente sobrepasado cuando la atención no es ni oportuna ni de calidad.

Cuando hablamos de lista de espera estamos hablando de un problema de oportunidad, pero también, como decía la doctora Daniela Siegmund, cuando operamos a un paciente en un pabellón de diecisiete metros cuadrados, contraviniendo todas las normativas legales existentes, también hay un problema de calidad que no tiene que ver con el recurso humano, porque tenemos excelentes técnicos paramédicos, enfermeras de alta calidad quienes por su cuenta, muchas veces, se han desarrollado, forjando carreras con mucho esfuerzo personal; además, tenemos equipos humanos altamente calificados. Pero, lamentablemente, no contamos con una infraestructura adecuada -y ese es el primer punto doloroso que quiero plantearles-. Si esto fuera un partido de fútbol estaríamos perdiendo trece a cero. ¿Por qué? Primero, el Hospital Enrique Deformes: cuatro pabellones quirúrgicos mayores y uno de procedimiento. Demolido; no existe. No fue repuesto.

El Hospital Ferroviario: dos pabellones quirúrgicos y uno de procedimiento. Fue cerrado el 2008 para hacer un proyecto inmobiliario.

Hospital Alemán: cinco pabellones. Fue cerrado el 2010 para realizar otro proyecto de infraestructura.

Hospital Carlos van Buren: en el primer piso, donde se encontraba urgencia, había dos pabellones que en una remodelación de la unidad de emergencia, para cumplir con los estándares actuales e intentar normalizarse, tuvieron que ser cerrados porque no cumplían con los estándares, restándole dos pabellones más a este hospital. Lo mismo ocurrió con dos pabellones de otorrinolaringología que tras los movimientos telúricos del 2011 no pudieron ser repuestos. Todo eso, suma en total quince pabellones.

¿Cuál fue el único proyecto de reposición de pabellones quirúrgicos? El del nuevo Hospital Claudio Vicuña. ¿Con cuánto aportó? De cuatro pabellones que tenía -tres electivos y uno de urgencia- hoy tiene seis quirófanos. O sea, perdimos quince pabellones y repusimos dos.

La OMS en su estándar establece que debiesen ser entre cuatro a seis quirófanos por cien mil habitantes. Cuando nosotros analizamos la función que cumple este hospital, entendemos que trasciende a la población de los quinientos mil usuarios, y se acerca mucho más a los tres millones. Pero al no tener estos quirófanos disponibles es posible entender por qué, por ejemplo, hay doscientos usuarios esperando colocarse un catéter para iniciar quimioterapia, pero que tienen que recibir esta por venas periféricas, siendo esa situación un estándar de calidad inadecuado, pero ante la situación de riesgo de no iniciar una quimioterapia es lo que hay que hacer porque el hospital tiene que atender, para efectos del cáncer, cerca de tres millones de personas con esta misma brecha.

Entonces, existe una brecha de infraestructura, pero que se complementa, además, por una brecha presupuestaria que se hizo crítica en septiembre cuando este hospital se manifestó por la falta de recursos para seguir funcionando, y que ya

anunciaba un problema en ese momento -para responder una de las preguntas que hizo el diputado Teao-, la ministra Aguilera dijo que el exdirector de servicio de salud tenía las herramientas para haber resuelto esa crisis, pero no la gestionó oportunamente; eso lo dijo ella. Está en la prensa porque lo dijo públicamente.

Por lo tanto, había espacios de gestión; siempre los hay. Pero si tenemos una brecha de infraestructura a nivel poblacional es muy difícil que no se produzca una lista de espera, porque un fin de semana ingresan dieciocho o veinte personas con fracturas, y el servicio de traumatología ya no puede producir cirugías electivas sino que tiene que resolver, con esta latencia, los casos de pacientes con urgencia que médica y sanitariamente debieran haber sido operados entre veinticuatro a setenta y dos horas para evitar el daño irreversible que, muchas veces, genera el retraso de estas terapias que, tanto en este como en otros hospitales del país, vemos por sobre las dos semanas -y esos hospitales se sienten contentos de la gestión que están haciendo-, y en otros hospitales sobre los sesenta días.

Estamos dañando la salud de las personas. Y cuando digo que estamos dañando la salud de las personas quisiera señalar que seamos como una piedrecita en el zapato de cada uno de ustedes, porque ustedes son gestores de cambio. Hoy, probablemente, sus nombres van a quedar en un registro, porque esto que está ocurriendo de forma inédita es la oportunidad de una mejora.

Pero ¿qué significa realmente esta piedra en el zapato? ¿Que una persona vaya a un Cesfam, por ejemplo, por un problema gastrointestinal, logre ser atendido por el médico de familia, le generen una interconsulta al gastroenterólogo y lo vean en trescientos catorce días? Y que en una lámina y en una gráfica aparece como fabuloso, porque hemos disminuido la mediana. Digámosle eso a las personas. ¿Quién de nosotros espera trescientos catorce días para ir a ver un especialista cuando ha sido diagnosticado con una sospecha y donde se ha generado el acto administrativo que se llama interconsulta? No es una falsa necesidad de atención. ¿Qué le podemos decir a una

persona que espera más de un año para una cirugía? Pero sobre todo en la lista que nos presentó el servicio de salud tenemos a tres personas esperando desde el 2016; dieciocho desde el 2017; noventa y cuatro desde el 2018. A esas personas Chile les falló. El Estado de Chile les falló.

Pero insisto en que esto no es problema de un gobierno; sin embargo, la Dirección de Presupuestos y el Ministerio de Hacienda el año pasado hizo algo inédito que no había ocurrido, al menos, en los quince años que yo he estado vinculado a la gestión y al Colegio Médico, no hubo expansión de la glosa presupuestaria. Y todos los años existió. ¿Y qué hubo? Autorización para traspasar a deuda. Pero esa autorización llegó en diciembre. Entonces, los hospitales terminaron severamente endeudados, no solo el Carlos van Buren; y si ustedes revisan la producción de los hospitales por cuatrimestre, en el último trimestre del año pasado, los recintos hospitalarios de este país redujeron su producción porque no tenían recursos financieros, lo que va a impactar en la lista de espera de este año, que había crecido en el primer trimestre.

Entonces, se han hecho programas desde el Ejecutivo para la reducción de las listas de espera. Muchos de ellos buscan reducir el número de forma aguda, pero no resuelven el problema. Reducir de forma aguda es inyectar recursos para que de forma pública, privada o público-privada se opere más y, al operar más, se reduzca la lista de espera, pero de forma transitoria.

En 2019, por ejemplo, el exministro de Salud, señor Jaime Mañalich, en el gobierno anterior del ex-Presidente Piñera, presentaba como un hito que se había logrado eliminar a todas las personas que estaban con más de dos años de antigüedad en las listas de espera. Esa era el hito que se logró. Sin embargo, en septiembre de ese mismo año, por falta de recursos presupuestarios, la lista de espera empezó a crecer de nuevo. Luego, vino el covid y sabemos lo que pasó.

Entonces, hay un problema estructural que requiere soluciones estructurales y para no buscar la pólvora donde

ya fue descubierta, existe una comisión presidencial para la eficiencia del uso de los pallones quirúrgicos que dio diez recomendaciones para aumentar la producción de los pallones quirúrgicos. Son diez recomendaciones que desde el año 2017 están en manos del Ministerio de Salud, pero prácticamente no se ha implementado ninguna a nivel país. Sin embargo, hay una respecto de la cual quiero hacer un llamado de atención y que tiene que ver con el uso de los quirófanos.

A Valparaíso le faltan quirófanos, a Chile le faltan quirófanos. Estos se usan, mayoritariamente, de 08:00 a 16:00 horas, de lunes a viernes, a pesar de que, tal como lo señalaron desde la comisión presidencial, se podrían utilizar hasta las 20:00 horas. ¿Pero qué se necesita para eso? Una dotación, principalmente, de técnicos paramédicos, enfermeras y equipos humanos médicos para implementar un segundo turno.

Hoy, la mayoría de las personas que trabaja en el hospital lo hace de 08:00 a 17:00 horas, de lunes a jueves, y de 08:00 a 16:00 horas, los viernes. Lo que planteaba la comisión era contratar un segundo turno, de 12:00 a 20:00 horas, lo que permitiría dar cobertura total a pabellones que funcionen, sin interrupciones, de 08:00 a 20:00 horas. Eso significa no desarrollar más infraestructura en este momento. La doctora Daniela Siegmund habló de mínimo 9 meses si arrendamos y probablemente 3 años si hacemos la compra por el subtítulo 31, para pabellones en el hospital Eduardo Pereira.

Bueno, mientras tanto, ¿qué podemos hacer? Insisto, algo que fue publicado por la mencionada comisión presidencial, es aumentar la dotación de personal, pero en un segundo turno, de 12:00 a 20:00 horas. ¿Cómo lo han hecho los hospitales que han funcionado así? Por la vía de los honorarios. ¿Cuál es el problema? Que, si se acaban los recursos asignados en el subtítulo 21, se detiene el proceso.

Entonces, no hay mucha sorpresa en esto; es decir, si desde septiembre se acaban los recursos asignados en el subtítulo 21, los planes de reducción de las listas de espera que consideraban hacer crecer la producción, aumentando el horario de funcionamiento, disminuirán. Dicha comisión, tiene un

análisis y plantea que si los pabellones, que ya existen en Chile, funcionaran hasta las 20:00 horas, no habría listas de espera.

Y ese dato es importante que ustedes lo manejen, porque es una solución simple que requiere recursos desde el Ministerio de Hacienda, porque hay que aumentar la dotación de los hospitales. Es un error hacerlo por la vía de los honorarios de hospitales autofinanciados, porque si después no llegan los presupuestos, se detiene el proceso y eso requiere, entonces, un nuevo cálculo de la dotación de los hospitales, considerando ahora que funcionen de lunes a viernes hasta las 20:00 horas y los sábados hasta las 13:00 horas. Eso es lo que plantea dicha comisión.

Hay un detalle que me parece relevante, además de aumentar el horario de atención, y es que si el Minsal no quiere dar el salto en todos los hospitales, que lo haga en este hospital y en este servicio de salud; que esta sea una propuesta, como un plan piloto, y verifiquemos en la realidad cuánto le cambiamos la cara y la vida a las personas que hoy día dependen de este servicio de atención, y como está absolutamente documentado y demostrado en todas partes del mundo, no puede fallar.

Nos invitaron a entrar a las soluciones y, después de mucho análisis, puedo plantear que, primero, hay que definir los tiempos máximos de espera. En Chile no existen tiempos máximos de espera, salvo para las patologías del programa GES, lo que hace que haya una persona, en este caso tres personas, esperando desde 2016. Si Chile definiera sus tiempos máximos en lista de espera, como lo han hecho otros países del mundo, no solo en el programa GES, que ya los tiene, sino, por ejemplo, en patologías No GES, sabríamos que ese paciente, que en 2016 cumplió su plazo máximo, puede ser intervenido.

Hoy día, esa garantía no se cumple, porque cuando esa persona reclama que espera desde 2016, 2017, 2018, ¿a quién le reclama? Al mismo que no le cumple, porque el reclamo va al hospital, luego al Ministerio de Salud a través del

servicio de salud, y luego va a la superintendencia, que son tres entidades vinculadas, que tienen el mismo paraguas, el Ministerio de Salud, que es el mismo que no entrega los recursos, que no entregó la expansión presupuestaria, que tiene un hospital donde no ha desarrollado su infraestructura como corresponde, que tampoco le cumplió al usuario; es él, en este caso, el que debiera actuar para corregir esta inequidad, pero, al mismo tiempo, la está provocando. Entonces, esta situación también tiene que ver con la gobernanza de salud, porque la del año 2007 fue una reforma incompleta.

No puede ser el Ministerio de Salud juez y parte, el financiador de la atención de salud y, al mismo tiempo, el que verifique si se cumplen o no los plazos, el que dicte las políticas y luego indique si estas hicieron bien o mal. No hay un agente externo, no hay un observador externo que actúe defendiendo a los pacientes. En otros sistemas de salud a nivel mundial existe esta figura y actúa como un agente de abogacía entre el Ministerio de Salud y los pacientes.

El último punto que me gustaría plantear es que, efectivamente, el subtítulo 22 está claro para los hospitales. Sabemos y tenemos un registro histórico de cuánto han gastado en los últimos 20 años, sin embargo, el Presupuesto de la Nación cuando aprueba el subtítulo 22, viene entre el 50 y el 60 por ciento del gasto real.

Sin expansiones de la glosa en 2025, la crisis presupuestaria no va a ser en febrero del próximo año, sino probablemente en enero porque no van a alcanzar a llegar, porque este año los hospitales de Chile, no solo el Carlos van Buren, empezaron mucho más endeudados que el año 2023 y 2024. Ese es el efecto de no haber expandido la glosa.

Entonces, cuando ustedes preguntan cuál es la solución de fondo, hay que cambiar la forma en la que se está generando el presupuesto en salud, porque el presupuesto actual, en muchos subtítulos y glosas no cubre los gastos reales. Por tanto, al final, tiene a los hospitales en un nivel de menor presupuesto que su gasto real.

Ese es un poco el estado actual.

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

Tiene la palabra la presidenta de la Federación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (Fedeprus), Hospital Carlos van Buren, de Valparaíso, señora Sandra Sanguinetti.

La señora **SANGUINETTI**, doña Sandra (presidenta de la Fedeprus, Hospital Carlos van Buren, de Valparaíso).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saludar a las autoridades, diputados y dirigentes.

Desde la Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (Confedepus) del hospital Carlos van Buren, miramos con preocupación la crisis que está viviendo el establecimiento en diversos aspectos, que finalmente confluyen o van de la mano con, como, por ejemplo, la falta de insumos médicos, la falta de medicamentos, la falta de especialistas, la infraestructura deficiente, con algunos espacios, incluso, inutilizables; presupuesto históricamente insuficiente y , además, hasta hace poco, parcializado. Tenemos un sistema informático de registro muy arcaico, todavía usamos la ficha, como se mencionó en varias oportunidades, con lápiz y papel y todo eso, sin duda, afecta las enormes listas de espera.

En este escenario, consideramos de suma importancia avanzar en reconocer la deuda, avanzar en la inyección de recursos en expansión presupuestaria como una gran tarea nacional, poner énfasis en el alto porcentaje de ausentismo funcionario, que ya se ha mencionado, poner énfasis también en el recorte de horas extraordinarias, entendiendo que se debió reestructurar en función principalmente de optimizar el recurso presupuestario, sin embargo, esta medida afectó directamente el bolsillo y generó gran descontento en los funcionarios.

Asimismo, hay problemas de gestión atribuibles a equipos directivos que cambian constantemente y, con ello, hay nuevas directrices; más aún, cuando no hay una mirada en la red o

también cuando el cupo es solo político, sin mirar lo que la red necesita.

En pabellón, aún existe personal a honorarios cubriendo la gran brecha que tenemos.

Se requiere expansión para el subtítulo 21 para avanzar en la dotación de personal.

Finalmente, quiero señalar que queremos estar alineados en los requerimientos institucionales para garantizar una atención digna y de calidad que merecen las y los porteños, que hemos estado abandonados en varios aspectos, pero principalmente en salud. Y como decimos habitualmente nosotros en las calles, sin presupuesto no hay salud.

Gracias.

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

Tiene la palabra la señora Patricia Arellano, presidenta de la Federación Alianza de Salud Quinta Región.

La señora **ARELLANO**, doña Patricia (presidenta de la Federación Alianza de Salud Quinta Región).- Señor Presidente, quiero dar las gracias por esta oportunidad que nos dan para poder explayarnos por parte de nuestra parte gremial, que ha sido también bastante funesto, como se decía, tanto en las obras, en la infraestructura que tenemos, y que ha ido en decadencia porque ha aumentado nuestra tasa de gente, porque nosotros tenemos muchos funcionarios, y mucha gente está a honorarios, y que todavía están supliendo esta necesidad de la atención que tienen nuestros pacientes.

Nosotros hemos entendido que las horas han sido un poco reducidas por el hecho mismo de poder ayudar y contribuir a este aumento y ayudar a los insumos, y también hemos tenido un presupuesto muy apretado para nuestra gente.

O sea, ha sido bastante difícil, y por eso nosotros abogamos por que el gobierno ayude a nuestro hospital, que en estos momentos está pasando por una crisis bastante dificultosa, y donde sabemos que la doctora también ha tratado de ayudar, dentro de todo lo que puede hacer.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la presidenta de Fenats Hospital Carlos van Buren, señora Cecilia Alday.

La señora **ALDAY**, doña Cecilia (presidenta de la Fenats Hospital Carlos van Buren).- Señor Presidente, primero que nada, estamos acá representantes de Fenats Base Hospital Van Buren, Fenats Histórica del Hospital Van Buren, de la Fenats del Hospital Carlos van Buren. Asimismo, también se encuentra con nosotros Afutep, del Hospital Eduardo Pereira.

Agradezco que nos visiten en nuestro hospital, y ver *in situ* la realidad que vivimos.

Voy a decir la verdad de esta casa. Primero que nada, todos los gremios que ustedes escuchan y están acá, es porque no hemos sido recibidos por la directora del Hospital Carlos van Buren.

Reiteradamente hemos solicitado una reunión como gremio, y realmente, por cosas importantes que tenemos que informar, no se nos ha escuchado.

También quiero señalar que hemos tenido que recurrir a ustedes, los parlamentarios, y por eso doy las gracias que están acá en nuestra casa.

Tengo 35 años de servicio en esta casa y primera vez en la historia que está pasando una situación así.

Aquí, lo que no se les ha señalado, con respecto a una central de alimentación, es que hay una denuncia de parte de nosotros como gremio, con respecto a la situación que afectó a nuestros compañeros, que fue la caída del techo de la central de alimentación, y hoy día se está cocinando en condiciones de hacinamiento, porque hay una parte que está en trámite en justicia, y hoy no se nos señala qué realidad tenemos.

En segundo lugar, quiero señalar que los que han puesto la cara frente a los usuarios de este hospital, han sido nuestros compañeros; en farmacia, donde la gente va a buscar los medicamentos, o al consultorio, y no está lo que recetan los médicos, donde incluso hay tratamientos que los pacientes no tienen.

¿Quién tiene que poner la cara? Los funcionarios, los técnicos de farmacia.

Cuando los pacientes llegan agresivos a la unidad de emergencia, no es el médico quien da la cara, sino el administrativo, el auxiliar o el paramédico.

Estoy hablando de ese nivel.

Cuando no están los tratamientos para nuestros pacientes, también es lo mismo; en la sala, en todo.

Respecto de los ascensores, aquí teníamos un ascensor de carga, donde se bajaba la basura de este hospital. Sin embargo, hoy día no lo tenemos.

Uno de los doctores ha dicho que se han ocupado los espacios físicos, que estamos en espacio estrechos, pero los médicos no están estrechos; tienen salas de estar, tienen personas que les hacen hasta las camas, y atienden a los pacientes.

La sala de maternidad, que era patología, está por sala de estar, para los médicos.

Entonces, si yo voy a hacer un hacinamiento a mi hospital, en las condiciones que están, primero, para mí, como funcionaria pública, que soy TENS de paramédico, y trabajo como administrativa, yo comprendo que la prioridad son los pacientes, el usuario que visita nuestro hospital, y nuestros compañeros están dando todo para poder atender con lo poco y nada que tenemos.

Los garabatos y los insultos que a veces hacen los usuarios, ¿quién los recibe? Cuando estas personas llegan ante el médico, no le dicen los insultos ni los improperios que recibe el paramédico, el auxiliar, el administrativo y el enfermero; eso no lo recibe el médico.

A las primeras dependencias a las que se entra son las dos unidades de emergencia, tanto infantil como adulto, y en los pabellones sí que hay que revisar y sí se han hecho denuncias claras; aquí no tenemos que mentir, sino tenemos que decir la verdad.

Aquí sí ha habido administraciones, para el covid, para todos, para todos los gobiernos, de derecha y de izquierda; todos los gobiernos han estado acá, y esta sala en la que

estamos nosotros era una sala que no tenía aire acondicionado, pero hay que ir a los pisos, al séptimo o al sexto; no hay aire acondicionado, sino hacinamiento: eso es lo que hay.

Con los compañeros hemos tenido que ser poco menos que bomberos para poder tranquilizar a las personas, porque si tengo 10 insulinas y tengo 20 pacientes que son diabéticos, ¿a quién le entrego esas insulinas que me dejan? ¿Tengo que sortearlo?

Esas son cosas que estamos viviendo día a día en este hospital, y aquí no hay que mentir, sino decir la verdad, y por eso no fuimos invitados a esta sesión, y solo vinimos por usted, sin embargo, no fuimos invitados, y los que somos dueños de casa solo están presentes Patricia, Cecilia Rodríguez, y estamos aquí porque somos de aquí.

El primer hospital que pisé es el Van Buren y lo pisamos todos los presentes. Entonces cuando les pedimos a ustedes que vengan, vengan a vernos, pero visitemos a la gente que realmente está ahí y que representamos a los trabajadores, que le decimos la verdad a la autoridad.

Personalmente me dio pena cuando se nos informó, porque ¿sabe lo que nos dijeron? Que el consejo administrativo de los jefes de servicio y todos los que trabajamos... El director de servicio nos dijo que, si esto hubiese sido una empresa privada, la hubiera cerrado, que habría bajado la cortina y todos se hubiesen ido para la casa.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Quién dijo eso?

La señora **ALDAY**, doña Cecilia (presidenta de la Fenats Hospital Carlos van Buren).- El director, don Cristian Gálvez. Realmente no teníamos insumos, porque no había. Entonces, en las administraciones anteriores claro que no había. Claro que no teníamos. No voy a decir algo que no es. Mis compañeros lo están pasando muy mal, supermal. Y nosotros, los dirigentes, tenemos que absorber toda esa energía cuando mis compañeros deben poner la cara ante los usuarios. Y los que están detrás de esta pared también tienen que poner la cara.

Esa es la realidad de mi Hospital Carlos van Buren.

Y cuando los pacientes preguntan hasta cuándo van a estar esperando por una prótesis o por la operación, no están pues. Esa es la verdad, esa es nuestra realidad.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- A continuación, ofreceremos el uso de la palabra a quienes son el centro de la gestión del hospital, los usuarios o pacientes.

Agradecemos la asistencia de la señora Carmen Núñez, presidenta del consejo de usuarios del hospital Carlos van Buren.

La señora **NÚÑEZ**, doña Carmen (presidenta del consejo de usuarios de Hospital Carlos van Buren).- Buenos días. Gracias por invitarme.

Lo que quiero decir es lo siguiente. Por cierto, la directora no puede hacer más porque es poca la plata que le mandan. Estamos conscientes de eso. Ella tiene todo ordenadito para quienes vayan a verle las cosas. Le he visto sus cuadernos, sus cosas. De dónde va a sacar más para comprar los remedios para los usuarios los remedios. Soy presidenta de los usuarios. Entonces, me da pena de repente cuando viene la gente. Tengo gente que no tiene los remedios, pero no solamente aquí, sino también en el consultorio y en todos los lados, no es solamente el hospital, en todos los lados. Lo que hace falta acá es que manden más plata.

Luchamos por el hospital, con usted lo hicimos, para que quedara aquí, pero no en estas condiciones.

Me molesta esa cosa que está ahí afuera. No soy política, pero no me gusta esas cosas, porque otras personas más educaditas van y le golpean la puerta y dicen las cosas a la persona. No allí. Deben demostrarse como son.

Sinceramente, estoy bien con la directora, porque antes veía, cuando estaba abajo y subía, que los doctores estaban ahí. No les voy a decir que en comilonas, pero había un montón de gente que tenía amigos ahí. Acá nunca lo he visto, porque a veces me dejan entrar.

Entonces, hay que tirar para arriba el hospital y no para abajo. Tenemos que seguir luchando. Lo único que quiero -y se lo he dicho a usted- es ver la primera piedra del hospital. Quiero ver que el hospital esté bien. Cuando vea que el hospital esté bien y tengamos los terrenos y todas las cosas, ahí se va a mejorar esto.

Deberían hacer una colecta o cosas como esas para comprar remedios, porque no creo que manden plata. Cuánto tiempo que no están mandando plata. Fuera de eso, este hospital funcionaba bien, pero vinieron unos médicos que no sabían. ¿Y qué pasó? Quedó toda la escoba. Quedó todo malo.

Ahora, dígame usted las cuñas que hay aquí. Metieron gente a trabajar que no son ni enfermeros, ni médicos ni nada. Diputado, averigüe eso. Eso lo hizo la persona que estaba antes de la señora Loreto. Así que averigüe eso, porque no puede ser. Ella está reclamando por la gente que está trabajando aquí, pero también que se averigüe la gente que entró. Eso no puede ser.

Lo que tenemos que hacer nosotros, como dirigentes, es luchar por el hospital, no tirarlo abajo. Porque el hospital no merece esto, ya que "tiene 252 años". Yo entré cuando tenía 250 años. No soy del hospital, sino presidenta de los usuarios. Y quiero lo mejor para el hospital.

Gracias.

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

Ofrezco la palabra a los diputados para hacer preguntas a los invitados.

Tiene la palabra el diputado Teao.

El señor **TEAO**.- Obviamente, como aquí hubo un incendio, no hay fichas médicas ni información.

Por ello, solicito oficiar para que se informe sobre hace cuánto tiempo se licitó para pasar del papel a lo digital en términos de las fichas médicas y en qué está esa gestión.

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

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Brito.

El señor **BRITO**.- Señor Presidente, primero, quiero destacar las exposiciones que se han realizado. Nosotros vamos y venimos, pero ustedes son los que están todo el día aquí y eso es determinante para poder salvar vidas, que es lo que necesitamos. Si bien hay un componente que lo hacen las personas, quiero reafirmar que el espacio y la infraestructura condicionan las relaciones entre las personas. Entonces, va a ser difícil tener una comunidad sana mientras no tengamos una infraestructura adecuada y digna.

Quiero reiterar que la proyección de esta comisión investigadora, compuesta por parlamentarios de la zona, nos tiene que llevar a garantizar, en concreto, la continuidad del servicio durante todo este año y que en la ley de presupuestos también se consideren los recursos para el servicio durante todos los futuros años.

Señor Presidente, si me lo permite, quiero hacer un llamado a quienes están protestando afuera de este recinto. Igual es importante saber distinguir, como dijo la señora Carmen Núñez, que todo esto debe hacer tirar hacia arriba el hospital y no hacia abajo.

Entonces, si ustedes requieren más tiempo o si los podemos recibir en el Congreso Nacional, estaremos encantados de ello. Pero también es importante que las personas usuarias siempre estén dentro de la centralidad de nuestro quehacer.

Señora Núñez, lamento que usted se haya sentido incómoda, porque también lo fue para todos nosotros. Sepa usted que su rol y su participación son determinantes para lograr esto.

Desde luego, se ha entregado harta información. Destaco la forma en la que narró el doctor Latorre, porque es la historia de nuestra propia comunidad, de cómo se han ido cerrando los hospitales. Puedo aceptar que eso haya ocurrido, pero no que no tengamos un plan para revertirlo, y es ahí donde ustedes tienen más luces que nosotros.

Más allá del funcionamiento de la comisión, insto a que formemos una mesa de trabajo con las autoridades que han participado en esta oportunidad y con el Ministerio de Salud, previo a la presentación del presupuesto del próximo año. Así,

antes de agosto debiésemos tener, a lo menos, una reunión para lograr un acuerdo para que exista concordancia en cuanto a los términos, las solicitudes y los plazos. Probablemente no vamos a concretar todo, pero el terreno del nuevo hospital Van Buren ya debiese estar a la mano.

(Hablan varias personas a la vez)

De hecho, la empresa Promsa avisó que cerraba y que se retiraría del lugar. Entonces, eso siempre era como hacer "castillos en el aire", pero ya hay procesos en marcha, los cuales hay que cuidar, proteger y complementar con todo lo otro pendiente.

Señor Presidente, reitero, más allá del funcionamiento de esta comisión, insto a que trabajemos en una propuesta que podamos analizar previamente en una mesa de trabajo, para que juntamente con el Ministerio de Salud acordemos lo que necesitamos para el funcionamiento de este hospital en el segundo semestre de este año y así garantizar el presupuesto del próximo año.

La señora **NÚÑEZ**, doña Carmen (presidenta del consejo de usuarios de Hospital Carlos van Buren).- ¿Puedo agregar algo?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Por supuesto, sobre todo porque fue interrumpida. Además, los usuarios son lo más importante.

Tiene usted la palabra.

La señora **NÚÑEZ**, doña Carmen (presidenta del consejo de usuarios de Hospital Carlos van Buren).- No es que aquí nomás no se entreguen los remedios. Eso ocurre en todos lados y también en los consultorios. Considero que aquí se atiende a la gente, porque nosotros hemos estado mirando, nos hemos dado el tiempo de ver. No se les echan garabatos a las personas.

Yo junté las firmas para que se hiciera aquí; las juntamos acá, en el hospital, y jamás dijeron un garabato ni nada. Toda la gente... Algunas no querían y otras sí, en cualquier caso, es bueno que uno participe con la gente.

Soy voluntaria y tengo hartos viejitos. Eso es lo que me gusta, porque a cada viejito le doy ánimo. Me dicen: ¿cuándo me van a operar? Tengo no sé cuántos años.

Todavía no están los medios para operarte, les digo. Si hablando con la gente, esta entiende.

Muchas gracias.

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

El señor **SÁNCHEZ**.- Señor Presidente, agradezco todas las exposiciones a todos los que están presentes.

Creo que todo lo que hemos vivido hoy día, no solo la exposición, sino lo que estamos escuchando, da cuenta de que hay un mal clima; hay problemas muy profundos en este hospital y en la salud pública en general. Creo que es un drama. La gran mayoría de los chilenos depende de la salud pública y es un sistema que, al parecer, está cada día peor. Me quedo, por lo menos, con eso.

Creo que es un drama. Creo que acá falta mucho más control. Vimos en la exposición dos auditorías que se han hecho en el pasado reciente por parte de la Contraloría. Creo que hace falta una tercera, para revisar puntualmente qué está pasando con la compra de insumos, con las prestaciones de servicio, con todos los recursos que desde 2023 hemos visto y lo comentamos hace un rato. Fueron traspasados los fondos a los hospitales para que las compras y adquisiciones se hagan a nivel de hospital; antes esos pagos salían automáticamente desde el Ministerio de Hacienda.

Creo que todo lo que ha sido ese intervalo hay que auditarlo, hay que revisarlo completo para ver qué está pasando, porque el Ministerio de Salud y la salud de nuestro país no disponen de poca plata. No es poca plata la que se gasta en esto, pero ¿adónde se está yendo?

Insisto en el punto: no soy experto en esto ni es mi ámbito de énfasis principal en el Congreso Nacional, pero aquí evidentemente hay "gato encerrado". Hay algo que no está funcionando, algo que no se está haciendo bien, y, sin duda, eso hay que revisarlo.

Me gustaría, y hago la invitación a los colegas, que hiciéramos conjuntamente una presentación a la Contraloría para pedir que se audite puntualmente -partamos por la región- cómo se han administrado, cómo se han gastado las platas en las compras de insumos, todo lo que se vio en Traumatología y, en general, todo lo que ha sido este presupuesto -tendríamos que ver cómo se formula el texto de la presentación- en relación con las adquisiciones, compras, servicios, etcétera, que están bajo administración hoy día de los hospitales. Si antes funcionaba bien con pagos automáticos desde el Ministerio de Hacienda, quizás debiésemos volver a eso.

Peo aquí evidentemente hay algo de lo que no me queda una buena impresión. Me preocupa mucho, insisto en lo que había dicho antes, el clima dentro del hospital. Es un problema que tiene que resolverse de alguna manera y debe haber buen ambiente laboral.

Asimismo, considero que debe haber claridad hacia todos los chilenos de cómo se está gastando la plata. Es una presentación que debiésemos hacer todos conjuntamente.

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

El señor **TEAO**.- Señor Presidente, quiero complementar lo que dijo el diputado Sánchez. Cuando uno le pide una auditoría a la Contraloría tiene que ser de algo específico, porque, si es general, se van a demorar mucho tiempo. Por eso, debemos aplicarnos si vamos a realizar ese tipo de acción.

En segundo lugar, ¿no tenemos cinco minutos para escuchar a los gremios? Lo planteo en aras de la ecuanimidad, para que no se generen bandos y, así, escuchar a todos. Pido solo cinco minutos para escuchar qué tienen que decir.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Sobre materia de listas de espera tendría que ser.

El señor **TEAO**.- Señor Presidente, justamente eso venimos a ver hoy.

Propongo que los que estamos presentes votemos y escuchemos cinco minutos, con mucho respeto y en aras de la ecuanimidad.

El señor **SÁNCHEZ**.- Señor Presidente, habría que dar prórroga de tiempo, pero estoy de acuerdo.

El señor **BRITO**.- Señor Presidente, me preocupa que la comisión y los acuerdos después sean conducentes solamente a ir a la Contraloría, porque esto no nos va a garantizar el funcionamiento del hospital. Son temas que tienen que ir de la mano. En esa línea, insisto en garantizar el servicio este año y el que viene.

Con respecto de la solicitud, doy mi acuerdo; sin embargo, a las 12:30 horas tengo otra sesión que llevar adelante.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- En esa sesión no tenían *quorum*.

El señor **BRITO**.- Así es, señor Presidente, pero si le damos la palabra ahora e intervienen brevemente, está bien.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por cinco minutos, con el objeto de escuchar a doña Patricia Sepúlveda?

Acordado.

Tiene la palabra la señora Patricia Sepúlveda.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Patricia (presidenta de la Fenats Histórica del Hospital Carlos van Buren).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero saludarlos a todos. Agradezco la instancia y que la diputada haya hecho la gestión con el diputado y con el Presidente de la comisión para que pudiera hablar.

La verdad es que respecto de todas estas cosas hubiésemos traído un discurso, algo en relación directa con lo que se está conversando, pero no fuimos invitados.

Lamentablemente, como parte de todos los gremios del hospital, fuimos excluidos y no sabemos el porqué. Somos personas bastante responsables y en ningún caso somos delincuentes, como en algún momento nos han tratado. Somos personas y trabajadores de este mismo sistema. Nos atendemos en el hospital, así que nos preocupa bastante.

Como dijo Cecilia, llevo 42 años en este hospital y hoy día veo que estamos en una crisis máxima. Pero esta crisis debería o podría haberse evitado. Sin embargo, como dijo el diputado -me sumo a sus palabras-, aquí ha habido mala gestión y falta de fiscalización por parte de las autoridades respecto del presupuesto que se determina para este hospital.

Como tengo minutos acotados, quiero decir que efectivamente nuestra sala cuna no ha sido pagada desde noviembre a la fecha. Mandamos un correo donde relatamos que una mamá tuvo que sacar a su guagüita, porque la llamaban del servicio a buscarla. Hasta donde yo sé, hoy día no está pagado. Desconozco si se va a pagar o se pagó en este rato.

También hay una bodega bloqueada por falta de pago, en la que hay fichas sumamente importantes. Me parece que estamos hablando respecto de las fichas. Se designó gente en la gestión anterior, una persona exclusiva para ver el tema de las fichas electrónicas. No obstante haberse pagado, no hubo resultados.

En cuanto a la salud del personal, y cuando se habla del ausentismo, sí, es efectivo. Hoy día tenemos un "poli" de personal que está solamente con un médico hasta el otro día. Le mandamos un correo al doctor Simón, que ha tenido muy buena disposición con eso, cabe señalar; pero, de todas maneras, tenemos un médico que atiende solamente once horas. Y el ausentismo va por ahí, porque tenemos muchos usuarios que hoy día están en lista de espera, igual que todos los usuarios de este sistema. Como ven, también somos parte y nos preocupa bastante.

De igual modo, quiero decir y recalcar que estamos dispuestos a avanzar. Claramente, todos los funcionarios tenemos puesta la camiseta por este hospital. Hay muchas cosas buenas que se deben resaltar, pero sí pedimos a esta comisión que se siga una investigación. Hay muchos sumarios en los que ha habido cambio de fiscales, lo que no nos parece; hay sumarios en que ha habido pérdidas de insumos, y también están detenidos.

Asimismo, quiero señalar que nosotros, en las gestiones anteriores... Hoy día la doctora Dafne Secul ha tenido que poner el máximo de esfuerzo para sacar este hospital adelante y se agradece. Se agradece también la presencia de la directora, porque claramente necesitamos avanzar, estamos dispuestos; estamos con ustedes. Estamos en pro de los usuarios y también de los funcionarios. De hecho, somos el hablar, el decir y el sentir de los funcionarios.

Por último, diputado, cuando usted quiera invitarnos, estamos dispuestos. Esto se habría podido evitar, porque aquí se han estado realizando prácticas antisindicales, como señaló mi colega Cecilia Alday.

Agradezco nuevamente. Queremos avanzar. Cuenten con nosotros; sin embargo, si omitimos, estamos cayendo en un error. Aquí todo se ha hecho responsablemente y vamos a seguir. Insisto, agradezco los minutos que me han dado. Podemos avanzar, pero todos juntos; no hay que excluir. Somos funcionarios del sistema público igual que todos los que están aquí sentados.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Yo no la conocía; solo conocía a la señora Cecilia Alday.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Patricia (presidenta de la Fenats Histórica del Hospital Carlos van Buren).- Señor Presidente, soy parte de la federación y presidenta de la Fenats Histórica del Hospital Carlos van Buren.

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

Invité solo a quienes conocía, pero me parece muy positivo que el diputado Teao la haya incluido entre los invitados.

Agradezco la presencia de todos, entre quienes se encuentran la señora directora y doña Carmen Núñez. Lamento que no hayan podido intervenir en esta sesión, ya que los usuarios y pacientes son, en definitiva, el centro de la gestión hospitalaria. Si quienes trabajamos en salud no somos capaces de escucharlos, es evidente que tenemos un problema, y ese problema es real.

También quiero agradecer al doctor De la Torre y a las señoras Patricia Arellano, Patricia Sepúlveda, Cecilia Alday y Sandra Sanguinetti por su participación en este bloque.

Hemos estado en muchas regiones. Lo que ha hecho esta comisión es inédito: sesionamos en ocho hospitales, en ocho regiones del país. Estuvimos en Arica, Antofagasta, Coyhaique, Osorno, Temuco, la Región Metropolitana —en el Hospital Dr. Sótero del Río y en el Hospital El Carmen—, y en Valparaíso, en el Hospital Carlos van Buren.

Nunca una comisión especial investigadora había ido a tantas regiones a sesionar. Probablemente, porque podían presentarse este tipo de situaciones.

No obstante, hay que atreverse, porque si la Cámara de Diputadas y Diputados no sale a terreno por temor a encontrarse con estas problemáticas, obviamente no se está acercando a los problemas reales y tangentes del día a día.

Agradezco nuevamente a todos los que participaron.

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

-Se levantó la sesión a las 12:04 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.