



INFORME DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA ENCARGADA DE REUNIR ANTECEDENTES SOBRE LAS LISTAS DE ESPERA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.

CEI 63/64-2025

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión Especial Investigadora individualizada en el epígrafe pasan a informar sobre la materia respectiva.

De conformidad con lo ordenado en el artículo 304 del Reglamento de la Cámara de Diputados, este informe consigna los aspectos que se señalan en los acápites siguientes:

I. INTRODUCCIÓN.

1. Competencia de la Comisión.

La Cámara de Diputados, en sesión 105ª de la legislatura 372ª, celebrada el 18 de noviembre de 2024, en virtud de lo dispuesto en los artículos 52, N° 1, letra c), de la Constitución Política de la República; 53 de la ley orgánica constitucional del Congreso Nacional y 313 y siguientes del Reglamento de la Corporación, dio su aprobación por unanimidad a la solicitud de sesenta y dos diputadas y diputados para crear una Comisión Especial Investigadora encargada de reunir antecedentes relativos a los actos de gobierno, en especial del Ministerio de Salud y de los Servicios de Salud, respecto de su rol en la gestión de las listas de espera y de la fiscalización y control del cumplimiento de la norma técnica contenida en la resolución exenta N°502, de 2011, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, sobre el Registro de las Listas de Espera No GES, desde el año 2022 a la fecha (CEI 63).

La Corporación dispuso que la Comisión Investigadora emitiera su informe en un plazo no superior a sesenta días, y que para el desempeño de su mandato podrá constituirse en cualquier lugar del territorio nacional.

El acuerdo del Pleno fue comunicado mediante oficio N°20.016, del señor Secretario General, de 18 de noviembre de 2024.

Adicionalmente, en la misma sesión, la Cámara aprobó unánimemente la solicitud de sesenta y dos diputadas y diputados para crear una Comisión Especial Investigadora encargada de reunir antecedentes relativos a actos del Gobierno, particularmente del Ministerio de Salud y Servicios de Salud relacionados con el manejo de las listas de espera en el sistema público de salud, el cumplimiento de cirugías programadas, las consultas de especialidad pendientes,



la administración y capacidad de gestión del sector, el nivel de operatividad y uso eficiente de pabellones quirúrgicos, las medidas previstas para enfrentar el ausentismo laboral de los equipos médicos, así como los planes y acciones para tratar de manera oportuna a pacientes con enfermedades crónicas cuyas atenciones fueron postergadas durante la crisis sanitaria por Covid-19 (CEI 64).

La Corporación dispuso que la Comisión Investigadora emitiera su informe en un plazo no superior a sesenta días, y que para el desempeño de su mandato podrá constituirse en cualquier lugar del territorio nacional.

El acuerdo del Pleno fue comunicado mediante oficio N°20.021, del señor Secretario General, de 18 de noviembre de 2024.

Con posterioridad, el 20 de noviembre de 2024, los Comités Parlamentarios, por la unanimidad de sus integrantes, acordaron autorizar a las Comisiones Especiales Investigadoras N°s 63 y 64 a sesionar en forma conjunta, en razón de la similitud de sus mandatos, todos ellos referidos a los actos del Gobierno relacionados con la gestión de listas de espera en el sistema público de Salud.

Los Comités Parlamentarios además resolvieron que, para estos efectos, el trabajo deberá abarcar las materias y períodos comprendidos en los dos mandatos respectivos, con la emisión de un informe final único con sus propuestas y conclusiones, y ratificaron que la Comisión Investigadora deberá rendir el referido informe en un plazo no superior a sesenta días, y para el desempeño de su mandato podrá constituirse en cualquier lugar del territorio nacional.

2. Plazo.

El plazo otorgado en el mandato fue de sesenta días, que comenzó a regir el 7 de enero de 2025, hasta el 14 de abril de 2025.

Posteriormente, mediante oficio N°35, de 7 de abril de 2025, la Comisión solicitó a la Sala de la Corporación, de conformidad con el artículo 313, inciso octavo, del Reglamento, solicitar la ampliación del plazo que se le ha fijado para el cumplimiento de su cometido, por un total de quince días.

Mediante oficio N°20.319, de 9 de abril de 2025, el Secretario General de la Cámara de Diputados comunicó que el Pleno, en sesión de igual fecha, accedió a lo solicitado, prorrogándose la vigencia de la Comisión por quince días, esto es, hasta el 5 de mayo de 2025 (documentos de la [Cuenta](#) de la sesión 19ª de la Comisión, de 10 de abril de 2024).

3. Integración.

Las Comisiones Investigadoras se constituyeron originalmente con los siguientes diputados y diputadas, según oficio N°20.100, de 16 de diciembre de 2024, del Secretario General al Secretario Jefe Abogado de Comisiones:

1. Tomás Lagomarsino Guzmán
2. Andrés Celis Montt
3. Mauro González Villarroel
4. Enrique Lee Flores
5. Jorge Saffirio Espinoza
6. Henry Leal Bizama
7. Daniel Lilayu Vivanco
8. Jaime Sáez Quiroz
9. Lorena Fries Monleón
10. Daniel Melo Contreras
11. Camila Musante Müller
12. Luis Sánchez Ossa
13. Lorena Pizarro Sierra

Mediante oficios N^{os} 20.126, 20.130, 20.138, 20.139 y 20.140, todos de 7 de enero de 2025, el Secretario General de la Cámara de Diputados comunicó que el diputado Jaime Araya Guerrero reemplazaba en forma permanente a la diputada Camila Musante Müller, el diputado Hernán Palma Pérez a la diputada Lorena Pizarro Sierra, la diputada Emilia Nuyado Ancapichún al diputado Daniel Melo Contreras, el diputado Patricio Rosas Barrientos a la diputada Lorena Fries Monleón, y el diputado Agustín Romero Leiva al diputado Luis Sánchez Ossa.

II. RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO.

La Comisión, en el cumplimiento de su cometido, celebró **29 sesiones**, procedió a escuchar las opiniones y las declaraciones de las personas invitadas, cuya nómina se detalla a continuación; recibió los documentos que se individualizan en el punto 2, y despachó los oficios mencionados en el punto 3, formulando las consultas o requiriendo la información que en él se detalla con sus respectivas respuestas, los que se encuentran disponibles en el [sitio electrónico de la Comisión](#).

1. Sesiones efectuadas y personas recibidas.

En la sesión 1^a, de 7 de enero de 2025, se constituyó la Comisión y eligió como Presidente, por mayoría de votos, al diputado Tomás Lagomarsino Guzmán.

En las sesiones siguientes, la Comisión recibió a las siguientes personas, según la lista de autoridades y particulares por invitar que aprobó por unanimidad y de acuerdo con la facultad que en la sesión constitutiva confirió al Presidente, también unánimemente, para agendar sus comparecencias, junto con el acuerdo para sesionar en las regiones de Los Lagos, de La Araucanía, de Antofagasta, de Arica y Metropolitana de Santiago:

Sesión	Comparecencia
Sesión 2ª , 14.1.2025	- Contralora General de la República, Dorothy Pérez Gutiérrez.
Sesión 3ª , 20.1.2025	- Contralora General de la República, Dorothy Pérez Gutiérrez.
Sesión 4ª , 21.1.2025	- Dra. Andrea Solís Aguirre, Jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Sesión 5ª , 03.3.2025	- Dr. Carlos Becerra Verdugo, en representación de la Presidenta del Colegio Médico de Chile, acompañado de: - Vicepresidente, doctor Iván Mendoza González. - Abogado, Rodrigo Gaete. - Periodista, Ariandna Valbuena.
Sesión 6ª , 04.3.2025	- Dra. Carolina Goic Borojevic, académica del Departamento de Oncología de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica, Directora Ejecutiva del Centro para la prevención y control del cáncer del Centro de Políticas Públicas UC. - Cristóbal Tello, Director del Laboratorio de Innovación Pública del Centro de Políticas Públicas UC. - Dra. May Chomalí Garib, Directora Ejecutiva del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS) Chile. - Félix Liberona, Subdirector Ejecutivo de CENS Chile.
Sesión 7ª , 10.3.2025	- Por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech): - Dr. Antonio Orellana Tobar, presidente, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. - Dra. Marcela Castillo Franzoy, miembro del directorio, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo. - Dra. Ana María Moraga Palacios, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. - Dra. Giselle Myer, secretaria general, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte. - En representación del Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH): - Dra. Vilma Mansilla Guevara, académica de la Universidad de Tarapacá para la Comisión Multidisciplinaria de Salud. - Dra. Lorena Cifuentes Águila, profesora asociada del Departamento de Pediatría de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Sesión 8ª , 11.3.2025	- Exministro de Salud y director médico de la Clínica MEDS, Enrique Paris.
Sesión 9ª , 13.3.2025 (Antofagasta)	- Director (s) del Hospital de Antofagasta, doctor Pedro Usedo López. - Director Servicio de Salud de Antofagasta, doctor Francisco Grisolia. - Seremi Salud de Antofagasta, doctor Alberto Godoy Tordoya.

	- Presidente Colmed de Antofagasta, doctor Michel Marín Espinoza. - Secretaria de actas del Consejo Consultivo de Usuarios (CCU) del Hospital Regional de Antofagasta, Ivanica Ostoic Muñoz. - Presidente de la Asociación de Enfermeras/os del hospital regional de Antofagasta, José Carrera. - Presidenta de Fentess, Marta Ponce Parra. - Coordinadora Zonal de Fenpruss Antofagasta, Marión Cuevas Jiménez. - Jefe Servicio Traumatología, doctor Juan Péndola. - Jefe de Cardiología, Javier Labbé. - Jefe Servicio Ginecoobstetra, doctor Francisco Bueno. - Dr. Robert Lehnherth, ginecólogo del hospital de Antofagasta. - Representante de pacientes, Rosa Pérez Zambrano.
Sesión 10ª , 17.3.2025	- Presidenta Nacional ONG, Centro de Obesidad y Reconstrucción PODES, Carolina Lillo.
Sesión 11ª , 18.3.2025	- Dr. Emilio Santelices, exministro de Salud.
Sesión 12ª , 20.3.2025 (Aysén)	- Director (S) del Servicio de Salud de Aysén, doctor Juan Pablo Bravo Quintana. - Presidenta del Colegio Médico región de Aysén, doctora Alejandra Paz Born Estrada. - Presidenta COSOC Servicio Salud Aysén, doña Ximena Ruiz. - Presidenta COSOC Gobierno Regional Aysen, doña Sandra Vargas. - Presidenta COSOC Hospital Regional Coyhaique, doña Luz Bastidas. - Presidente Fentess Aysén, don Armando Gacitúa, - Representante de Fenpruss Aysén, enfermera encargada de cirugía mayor ambulatoria, doña Luisa Lafuente. - Presidente de Fenpruss Puerto Aysén, don Francisco Díaz. - Presidenta de apoderados del Liceo Politécnico de Puerto Aysén, doña Francisca Mancilla. - Presidenta de la Unión Comunal de la Junta de Vecinos Coyhaique, doña Verónica Legue. - Presidenta de la Agrupación de Pacientes Cardíacos Aysén, doña Cecilia Chandía. - Dirigente Social de Puerto Aysén, don Luis Hernández. - Director de Fenats base Hospital Regional de Coyhaique, don Bastián Naserke. - Usuaría del Servicio de Salud de Aysén, Silvia Chiguay. - Secretaria Regional Ministerial de Salud de Aysén, doctora Carmen Gloria Monsalve Gómez. - Director del Hospital de Coyhaique, doctor Daniel Jara Espinoza. - Secretario de la Agrupación de Cardiología de Coyhaique, Jaime Vásquez. - Dirigente de Fenats, Horacio Vargas.
Sesión 13ª , 24.3.2025	- Jorge Acosta, médico asesor de Ipsuss Universidad San Sebastián. - Fernando López, investigador del Instituto Res Pública - Carolina Velasco, directora de Estudios Ipsuss.
Sesión 14ª , 25.3.2025	- Eduardo del Solar, director ejecutivo de la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud (APIS AG).
Sesión 15ª , 27.3.2025 (Arica)	- Alcalde de Arica, Orlando Vargas.

	- Directora del Departamento de Salud de la Municipalidad de Arica, Claudia Villegas. - Director del Hospital de Arica, Alfredo Figueroa Seguel. - Directora del Servicio de Salud, Patricia Sanhueza Zenobio. - Presidente del Colegio Médico Dr. Carlos Hidalgo. - Secretario del Colegio Médico, Dr. Mauricio Osorio. - Ana Lobos, hija de paciente neuroquirúrgica. - Directora de la Agrupación Polimetales, Sra. Marta Quisbert. - Marisol Pinto, representante de la JJVV Los Industriales. - Representante del polígono de polimetales, Esperanza Zárate. - Rosa Vilches, Agrupación Oncológica Arica y Parinacota. - Mario Rojas, Agrupación de Cardiopatas Arica y Parinacota. - Ester Quispe, Secretaria de FENPRUSS Arica y Parinacota.
Sesión 16ª , 03.4.2025 (La Araucanía)	- Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región de la Araucanía, Ricardo Cuyul Soto. - Director del Servicio de Salud Araucanía Sur, Vladimir Yáñez Méndez. - Director del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena Temuco, Mauro Salinas Cortés. - Presidente del Colegio Médico Regional Araucanía, José Marco Cuminao Cea. - Presidenta de la Asociación de Funcionarios del Hospital de Temuco, Teresa Saavedra Segura. - Claudio Carrasco, Multigremial del Servicio de Salud Araucanía Sur. - Presidenta Movimiento de la sociedad civil, Fernanda Vásquez.
Sesión 17ª , 07.4.2025	- Ministra de Obras Públicas, Jessica López Saffie. - Director General subrogante de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, Claudio Soto. - Jefe de la División de Construcción, Ricardo Faúndez. - Inspector fiscal del Hospital de Antofagasta, Mauricio Miranda. - Jefa del Departamento de Operaciones de Infraestructura Hospitalaria, señora Claudia Khamg.
Sesión 18ª , 08.4.2025	- María Gabriela Hoffmann Rojas, jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Sesión 19ª , 10.4.2025 (Los Lagos)	- Secretaria Regional Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos, Karin Solís Hinojosa. - Director del Servicio de Salud de Osorno, Rodrigo Alarcón Quesem. - Director subrogante del Hospital Base San José de Osorno, Julio Vargas González. - Presidente del Consejo Regional Osorno del Colegio Médico, Francisco Hornig Acuña. - Presidenta de la Fenpruss Hospitales Purranque y Río Negro y vocera de la multigremial SSO, Magaly Paredes Cárdenas. - Representante de la Asociación de Enfermeras y Enfermeros de la Provincia de Osorno, Diego Llancar Rivas. - Secretario General de la Fenats Nacional, Daniel Bartch Sepúlveda. - Presidenta del Consejo de la Sociedad Civil en Salud de Osorno, María Eugenia Jaramillo Oyarzún.

	- Concejala de Osorno y presidenta de la Comisión de Inclusión, Natali Elizabeth Guissen Ibarra. - Presidenta de la Red de Salud de Pueblos Originarios, Elizabeth Sandoval Hurtado. - Representante de la Asociación de Trabajadores de la Salud del Hospital Base San José de Osorno, Dina Aburto Rupayan.
Sesión 20ª , 14.4.2025	- Presidente ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G., Francisco Javier Vargas Frick. - Presidente nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., Carlos Marchant Pizarro.
Sesión 21ª , 15.4.2025	- Subsecretario de Redes Asistenciales, Bernardo Martorell Guerra. - Jefa de la División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (Digera), Andrea Solís Aguirre.
Sesión 22ª , 17.4.2025 (Hospital Sótero del Río)	- Directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, doctora Patricia Navarrete Mella. - Director del Hospital Dr. Sótero del Río, doctor Ignacio García-Huidobro Honorato. - Secretario regional ministerial de Salud subrogante de la Región Metropolitana, Jorge Vilches Apablaza. - Presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile, doctora María Francisca Crispi Galleguillos. - Jefe de Cirugía del Hospital Dr. Sótero del Río, doctor Alfonso Díaz Fernández. - Jefe de Intermedio Quirúrgico del mismo hospital, doctor Juan Pablo Ramos Perkis. - Presidenta de la Asociación de Profesionales Universitarios de la Salud de dicho centro hospitalario y del servicio de salud, señora Roxana Guajardo Vidal. - Presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile, señor José Luis Espinoza Díaz.
Sesión 23ª , 21.4.2025	- Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Bernardo Martorell Guerra. - Jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud (Digera), doña Andrea Solís Aguirre.
Sesión 24ª, 22.4.2025	- Sesión suspendida.
Sesión 25ª , 24.4.2025 (Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Maipú)	- Directora (s) del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Dra. Patricia Mellado. - Director subrogante del Servicio de Salud Metropolitano Central, Patricio Barría. - Subdirector de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central, Dr. Alexander Recabarren. - Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana de Santiago, Sr. Gonzalo Soto Brandt. - Representante de la Asociación de Consejo de Salud de Chile (ANCOSALUD), Eduardo Nova. - Presidente de la Federación Nacional de Enfermeros y Enfermeras de Chile, José Luis Espinoza Díaz. - Dirigente de la Confederación Nacional de Federaciones de Trabajadores de la Salud de Chile (FENATS) Histórica Hospital El Carmen y Presidente de FENATS Metropolitana Nacional, Emilio Guzmán.

	- Dirigenta de “Tu nueva Fenats” y Vicepresidenta de Fenasalud, Paulina Cortes. - Funcionaria del área ambulatoria del Hospital El Carmen, Catalina Contreras.
Sesión 26ª , 05.5.2025 (Hospital Carlos Van Buren)	- Directora del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, Loreto Maturana Gatica. - Directora del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Dafne Secul Tahan. - Directora del Hospital Eduardo Pereira, Daniela Siegmund Sanhueza. - Presidente del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile A.G., Luis Ignacio De La Torre Chamý. - Presidenta Federación Democrática de Profesionales Universitarios de Valparaíso, FEDEPRUS, del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Sandra Sanguinetti Fava. - Presidenta Asociación de Funcionarios Técnicos en Enfermería de Nivel Superior, AFUTENS, Patricia Arellano Araya. - Presidenta FENATS Base HCVB, Cecilia Alday Riveros. - Presidenta Consejo de Desarrollo Social CSHCVB, Hospital Carlos Van Buren, Carmen Núñez Calderón. - Presidenta de FENATS Histórica, Patricia Sepúlveda.
Sesión 27ª , 05.5.2025	- Ministra de Salud, Ximena Aguilera Sanhueza. - Directora de Presupuestos, Javiera Martínez Fariña.

Durante las sesiones 28ª y 29ª, de 12 y 19 de mayo, respectivamente, se presentaron, discutieron y votaron las conclusiones y proposiciones (ver páginas 150 y siguientes).

2. Documentos recibidos.

En las sesiones celebradas, la Comisión recibió los documentos que se detallan a continuación:

Sesión	Documento
Sesión 1ª, 07.1.2025	Fusión CEI 63 - 64
Sesión 1ª, 07.1.2025	Mandato CEI 63
Sesión 1ª, 07.1.2025	Mandato CEI 64
Sesión 2ª, 14.1.2025	Presentación Contraloría General de la República sobre fiscalizaciones a prestadores públicos de salud
Sesión 4ª, 21.1.2025	Presentación Jefa de la División de Gestión de la Redes Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Dra. Andrea Solís Aguirre
Sesión 6ª, 04.3.2025	Presentación Doctora May Chomali, Directora ejecutiva del Centro Nacional en Sistema de Información de Salud

Sesión 6ª, 04.3.2025	<u>Salud Oportuna: Modelo de gestión del cuidado y acompañamiento de pacientes - Dra.Carolina Goic Boroevic.</u>
Sesión 9ª, 13.3.2025	<u>Presentación Seremi Salud de Antofagasta, doctor Alberto Godoy Tordoya sobre situación del Servicio de Ginecología y Obstetricia</u>
Sesión 9ª, 13.3.2025	<u>Presentación Presidente de la Asociación de Enfermeras/os del hospital regional de Antofagasta, José Carrera.</u>
Sesión 9ª, 13.3.2025	<u>Presentación Director Servicio de Salud de Antofagasta, doctor Francisco Grisolia sobre Informe 400/2024 de la CGR lista de espera no GES hospital Regional de Antofagasta</u>
Sesión 12ª, 20.3.2025	<u>Informe de la Biblioteca del Congreso Nacional sobre listas y tiempos de espera de problemas No GES en Servicio de Salud Aysén en 2024</u>
Sesión 12ª, 20.3.2025	<u>Presentación del Director (S) del Servicio de Salud de Aysén, doctor Juan Pablo Bravo Quintana.</u>
Sesión 13ª, 24.3.2025	<u>Presentación IPSUSS, señor Jorge Acosta, sobre II Ranking de Servicios de Salud</u>
Sesión 14ª, 25.3.2025	<u>Presentación Director Ejecutivo de la Asociación Proveedores de la Industria de la Salud, APISAG, señor Eduardo Del Solar, sobre deuda a proveedores</u>
Sesión 15ª, 27.3.2025	<u>Gestión Lista de Espera GES y no GES, Director (s) del Hospital de Arica y Parinacota, señor Alfredo Figueroa.</u>
Sesión 15ª, 27.3.2025	<u>Documento Dirección de Salud Municipal de Arica, Depto. Gestión de Red</u>
Sesión 15ª, 27.3.2025	<u>Presentación Servicio de Salud Arica y Parinacota.</u>
Sesión 16ª, 03.4.2025	<u>Documento Presidente FENASENF SSAS, Representante Multigremial SSAS, señor Claudio Carrasco.</u>
Sesión 16ª, 03.4.2025	<u>Minuta Seremi de Salud de La Araucanía, señor Andrés Cuyul</u>
Sesión 16ª, 03.4.2025	<u>Presentación Director del Servicio de Salud Araucanía Sur, señor Vladimir Yáñez Méndez</u>
Sesión 16ª, 03.4.2025	<u>Presentación Director del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena Temuco, señor Mauro Salinas Cortés</u>
Sesión 16ª, 03.4.2025	<u>Minuta del Directorio de la Asociación Nacional de Funcionarios de la Junji sobre mala gestión institucional</u>
Sesión 16ª, 03.4.2025	<u>Informe Contraloría Regional de La Araucanía: seguimiento de observaciones al Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena</u>
Sesión 16ª, 03.4.2025	<u>Documento Lista de espera Intercultural Makewe</u>
Sesión 16ª, 03.4.2025	<u>Documento de federaciones de trabajadores de la salud dirigido al diputado señor Miguel Mellado</u>
Sesión 17ª, 07.4.2025	<u>Presentación de la Ministra de Obras Públicas sobre el contrato de concesión del Hospital de Antofagasta</u>
Sesión 18ª, 08.4.2025	<u>Presentación Dra. María Gabriela Hoffman, Subsecretaria de Redes Asistenciales, sobre plan de formación de especialistas</u>

Sesión 19ª, 10.4.2025	Presentación Presidenta de Fenpruss HPU-HRN, Vocera de la multigremial SSO, señora Magaly Paredes Cárdenas
Sesión 19ª, 10.4.2025	Presentación Concejala de Osorno, Presidente de la Comisión de Salud de la Comuna, señora Natali Guissen Ibarra
Sesión 19ª, 10.4.2025	Presentación Director del Servicio de Salud de Osorno, señor Rodrigo Alarcón Quesem, sobre registro y gestión de lista y tiempos de espera
Sesión 20ª, 14.4.2025	Decreto 4, de 1985, del Ministerio de Salud, aprueba reglamento de establecimientos de óptica
Sesión 20ª, 14.4.2025	Circular A 15/46, de 2015, de la Subsecretaría de Salud Pública, sobre la correcta interpretación del artículo 126 del Código Sanitario referente a las salas de venta de lentes ópticos
Sesión 20ª, 14.4.2025	Presentación del Presidente Ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G., señor Francisco Javier Vargas Frick
Sesión 20ª, 14.4.2025	Documento del Presidente Nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, señor Carlos Marchant Pizarro, sobre propuesta para mejorar los procesos de la lista de espera odontológica
Sesión 20ª, 14.4.2025	Presentación del Presidente Nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, señor Carlos Marchant Pizarro, sobre propuesta para mejorar los procesos de la lista de espera odontológica
Sesión 20ª, 14.4.2025	Requisitos técnicos y administrativos para autorización sanitaria de "Sala de Procedimientos de Vicios de Refracción"
Sesión 21ª, 15.4.2025	Presentación del Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Bernardo Martorell, Plan de reducción de tiempos de espera 2025
Sesión 22ª, 17.4.2025	Presentación de la Directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, doctora Patricia Navarrete, sobre gestión listas de espera
Sesión 25ª, 24.4.2025	Presentación del Subdirector de Gestión Asistencial (s) del Servicio de Salud Metropolitano Central, doctor Alexander Recabarren, sobre gestión de listas de espera
Sesión 25ª, 24.4.2025	Documento ANCOSALUD, Asociación de Consejo de Salud de Chile, Contraloría Social ANCOSALUD e Infraestructura, señor Eduardo Nova.
Sesión 25ª, 24.4.2025	Presentación de la Directora (s) del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Dra. Patricia Mellado, sobre gestión del Hospital El Carmen
Sesión 26ª, 05.5.2025	Presentación de la Directora del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, doctora Loreto Maturana Gatica.
Sesión 27ª, 05.5.2025	Presentación de la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza.
Sesión 27ª, 05.5.2025	Presentación de la Directora de Presupuestos, señora Javiera Martínez Fariña, sobre pago automatizado de facturas a proveedores
Sesión 27ª, 05.5.2025	Documento del Ministerio de Salud, mayo 2025, Informe Final sobre la gestión de las listas de espera en el sistema público de salud
Sesión 27ª, 05.5.2025	Presentación de la Directora de Presupuestos, señora Javiera Martínez Fariña, sobre Gasto público en salud en Chile: contexto fiscal, ejecución y costos de operación

3. Listado de oficios despachados y documentos de respuesta recibidos por la Comisión en el marco de su investigación.

Durante el ejercicio de su cometido la Comisión ha despachado los siguientes oficios, formulando las consultas o requiriendo la información que a continuación se detalla con sus respectivas respuestas:

Sesión y fecha	Nº oficio	Destino	Materia	Respuesta
S 1ª 07.1.2025	1	Presidenta Cámara de Diputados	Sesión Constitutiva.	
S 1ª 07.1.2025	2	Director de Comunicaciones	Solicitar a la Dirección de Comunicaciones la transmisión de sus sesiones a través del canal de televisión de la Corporación y también de manera online. Asimismo, acordó solicitar a Ud. que los videos se publiquen cuanto antes en la página web, para que las personas con capacidad auditiva reducida dispongan de subtítulos.	
S 1ª 07.1.2025	3	Jefe de Departamento de Informática	Solicitar la transmisión de sus sesiones a través del canal de televisión de la Corporación y también de manera online. Asimismo, acordó solicitar a Ud. que los videos se publiquen cuanto antes en la web, para que las personas con capacidad auditiva reducida dispongan de subtítulos.	
S 1ª 07.1.2025	4	Jefe de Redacción de Sesiones	Realizar de versiones taquigráficas de las sesiones que celebre esta Comisión, tanto de las públicas como de las que eventualmente se declaren secretas, para lo cual el personal respectivo deberá estar permanentemente presente en las sesiones los días martes de cada semana de 08:30 a 09.50 horas, sin perjuicio de las sesiones especiales que sean citadas.	
S 1ª 07.1.2025	5	Director de la Biblioteca del Congreso Nacional	Disponer apoyo permanente de profesionales de la unidad Asesoría Técnica Parlamentaria, de la Biblioteca del Congreso Nacional.	
S 2ª 14.1.2025	6	Ministra de Salud	Solicita a los Directores de los Servicios de Salud del país remitan un listado con los profesionales de la salud y médicos que formen parte del Sistema Público de Salud, y que en los últimos dos años tengan periodos de licencias médicas que sean iguales o superiores a 180 días continuos, precisando nombre, tiempo de licencia, especialidad, Servicio de Salud al que pertenece y recinto de salud al que presta servicio.	Nº4541/2025 12.3.2025
S 2ª 14.1.2025	7	Director del Fondo Nacional de Salud (FONASA)	Informar respecto de los servicios de cirugías, tratamientos y atenciones comprados por el Fondo Nacional de Salud y hospitales autogestionados, a	Nº6929/2025 11.4.2025

Sesión y fecha	Nº oficio	Destino	Materia	Respuesta
			prestadores privados, especialmente en lo relativo a sociedades médicas, señalando en cada caso los médicos que componen esas sociedades, las fechas de las prestaciones contratadas, los valores de la contratación, y si tales actos se celebraron a través de contratación directa o licitación.	
S 2ª 14.1.2025	8	Ministra de Salud	Informar respecto a si el Ministerio de Salud tiene contemplada alguna política de recontractación de médicos jubilados y que se encuentren con disponibilidad de trabajo, con el objeto de descongestionar la situación actual de las listas de espera en el país.	Nº4545/2025 12.3.2025
S 2ª 14.1.2025	9	Ministra de Salud	Informar, a propósito de la reducción presupuestaria dispuesta por Decreto Nº19 del Ministerio de Hacienda del 10 de enero de 2025, que reduce en \$15.968 millones de pesos el presupuesto de la Partida 16 de salud, principalmente respecto a los motivos que justifican dicha reducción.	Nº4538/2025 12.3.2025
S 2ª 14.1.2025	10	Ministro de Hacienda	Informar, a propósito de la reducción presupuestaria dispuesta por Decreto Nº19 del Ministerio de Hacienda del 10 de enero de 2025, que reduce en \$15.968 millones de pesos el presupuesto de la Partida 16 de salud, principalmente respecto a los motivos que justifican dicha reducción.	
S 2ª 14.1.2025	11	Ministra de Salud	Informar a esta comisión sobre la cantidad de médicos especialistas que renunciaron a su período asistencial obligatorio en los últimos tres años, si en tales casos han sido cobradas las garantías correspondientes, y si dichos profesionales han suscrito convenios con el Fondo Nacional de Salud (FONASA).	Nº4544/2025 12.3.2025
S 2ª 14.1.2025	12	Ministra de Salud	Informa remitir todos los informes correspondientes a la glosa sobre listas de espera de la partida 16 de salud de la ley de presupuestos, desde el año 2008 a la fecha.	Nº4537/2025 12.3.2025 Nº4537 Glosa 06 Ley de Presupuesto, lista espera Ges y No Ges
S 2ª 14.1.2025	13	Director del Instituto Traumatológico Doctor Teodoro Gebauer	Informar sobre las medidas que se han adoptado para enfrentar las modificaciones realizadas respecto de la forma de adquisición de productos e insumos necesarios para las cirugías y operaciones que en ese centro deben ejecutarse en carácter de urgencia.	
S 2ª 14.1.2025	14	Ministra de Salud	Informar sobre el convenio celebrado entre el Servicio de Salud Reloncaví y el Centro de Especialidades Oncológicas de Bariloche, Argentina, que permite que pacientes oncológicos de dicho servicio sean derivados al centro nuclear, particularmente respecto a los motivos	Nº6875/2025 10.4.2025

Sesión y fecha	Nº oficio	Destino	Materia	Respuesta
			por los cuales se ha adoptado dicha política, considerando que la región cuenta con profesionales para llevar a cabo los tratamientos requeridos, y bajo qué normativa se ha celebrado dicho convenio, indicando si para estos efectos el centro del país vecino es un “prestador acreditado”.	
S 2ª 14.1.2025	15	Ministra de Salud	Informar sobre la magnitud de la diferencia que existe entre la información con que cuenta el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) y los sistemas de información locales de cada uno de los Servicios de Salud del país.	Nº8515/2025 05.5.2025
S 2ª 14.1.2025	16	Subsecretario de Redes Asistenciales	Remitir a esta comisión los resultados de los procesos de calificación de los directores de cada Servicio de Salud del país y de los directores de los hospitales dependientes de aquellos, particularmente en lo que respecta a las metas de cumplimiento de listas de espera.	Nº4543/2025 12.3.2025
S 3ª 20.1.2025	17	Ministra de Salud	Responder las interrogantes planteadas durante la sesión celebrada el 21 de enero de 2025, en cuya instancia se recibió a la Jefa de la División de Gestión de la Redes Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Dra. Andrea Solís Aguirre.	Nº8512/2025 05.5.2025 Anexo 05.5.2025
S 3ª 20.1.2025	18	Directora del Servicio de Salud del Reloncaví	Informar circunstancias del fallecimiento de María Elba Aro Vera (adulto mayor) mientras se encontraba esperando atención médica en el servicio de urgencias del Hospital Regional de Puerto Montt, señalando si la paciente se encontraba en alguna lista de espera y si la causa de su muerte se relaciona con la patología, enfermedad o procedimiento médico de dicha lista de espera.	Ord.Nº662 20.2.2025
S 3ª 20.1.2025	19	Ministra de Salud	Informar la forma en que la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI, ha gestionada la operación del Hospital Regional de Antofagasta, y si se ha fiscalizado, y en su caso, aplicado multas por las faltas cometidas por dicha entidad en los últimos cinco años, así como la forma en que se ha visto afectada la gestión de las listas de espera.	Nº4542 12.3.2025
24.1.2025	20	Ministra de Salud	Remitir, a la brevedad posible, el informe de gestión de listas de espera correspondiente al último trimestre del año 2024, que debió ser emitido el pasado 31 de diciembre 2024.	Nº4539 12.3.2025
04.3.2025	20B	Ministra de Salud	Informar sobre la cantidad de personal destinado a labores informáticas, asociados al subtítulo 21, “Gastos en Personal”, del presupuesto del Ministerio de Salud, desglosando dicha información por cada organismo de la red de salud, y por región.	Nº8492 y Nº6928 05.5.2025 11.4.2025

Sesión y fecha	Nº oficio	Destino	Materia	Respuesta
S 6ª 04.3.2025	21	Ministra de Salud	Remitir el registro de todas las cirugías y horas médicas suspendidas a nivel nacional, en los distintos servicios de salud del país, en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2024.	N°8496/2025 05.5.2025
S 6ª 04.3.2025	22	Ministra de Salud	Remitir un listado con todos aquellos establecimientos de salud del país que aún no cuentan con acceso a internet.	N°8494 05.05.2025 Anexo 05.5.2025
S 6ª 04.3.2025	23	Ministra de Salud	Informar sobre las medidas que el Ministerio de Salud ha adoptado frente a la gran cantidad de cirugías retrasadas en el Hospital Regional de Antofagasta, por problemas u obstáculos vinculados a las labores de la concesionaria de dicho recinto de salud.	N°8502/2025 05.5.2025
S 12ª 18.3.2025	24	Segundo Vicepresidente Cámara de Diputadas y Diputados	Recabar el acuerdo de los Comités Parlamentarios en orden a permitir a la comisión sesionar durante el día 3 de abril de la semana distrital, en la comuna de Temuco, Región de La Araucanía, con el objeto de que la instancia alcance a celebrar sus sesiones en todas las regiones acordadas.	Oficio 96 19.3.2025
S 9ª 13.3.2025	30	Ministra de Salud	Emitir un pronunciamiento respecto a la propuesta que se plantea en el proyecto de resolución N°1461 de esta Corporación, donde se solicita una nueva estrategia para la formación de especialistas médicos para zonas extremas.	N°8501/2025 05.5.2025
S 9ª 13.3.2025	32	Presidente de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM)	Adoptar las medidas necesarias, a la brevedad posible, con el objeto de actualizar el contenido del “Registro de especialistas médicos” que esa entidad pública, considerando que en la actualidad en dicho registro habría médicos con especialidad omitidos, y en cambio figurarían otros que se encuentran fallecidos.	
S 9ª 13.3.2025	33	Ministra de Salud	Informar sobre el número o cantidad de camas hospitalarias por cada mil habitantes, su composición y distribución regional, en todo el país, y acompañe los estudios que esa cartera realiza al efecto.	N°8499/2025 05.5.2025 Anexo
S 19ª 10.4.2025	35	Presidente de la Cámara de Diputadas y Diputados	Acordó por unanimidad, oficiar a V.E., para que de conformidad al artículo 313 del Reglamento de la Corporación se sirva recabar el acuerdo de la Sala para ampliar por quince (15) días el plazo fijado para el cumplimiento de su cometido, con el objeto de dar cumplimiento a su acuerdo de visitar diversos hospitales y servicios del sistema público de salud del país, así como de recibir en audiencia a las personas y las autoridades propuestas, que por falta de tiempo dejarían de ser considerados en la investigación, a menos que se obtuviera una prórroga del	Oficio 20.319 9.4.2025

Sesión y fecha	Nº oficio	Destino	Materia	Respuesta
			plazo de vigencia que vence el 14 de abril del año en curso.	
S 9ª 13.3.2025	36	Director del Servicio de Salud de Antofagasta	Remitir un informe que contenga el registro de todas las reuniones que se han celebrado con el Consejo Consultivo de Usuarios (CCU) de Antofagasta, de las que ya se encuentren programadas y las actas que se levanten de esas reuniones.	
S 9ª 13.3.2025	37	Contralora General de la República	Informar sobre los tiempos y la forma en que se han desarrollado los procedimientos administrativos sumarios que se han desarrollado en el Hospital Regional de Antofagasta, desde el año 2022 a la fecha.	
S 15ª 27.3.2025	38	Ministra de Salud	Informar sobre la antigüedad, utilidad, y vida útil del material quirúrgico en el Hospital Regional de Antofagasta en general, y en particular en el departamento de cirugía cardiovascular del recinto. Asimismo, tenga a bien emitir un pronunciamiento respecto a la carencia de un centro especializado para trasplantes en el Hospital Regional de Antofagasta.	N°8498/2025 05.5.2025
S 9ª 13.3.2025	39	Presidente del Consejo de Defensa del Estado	Informar sobre las pérdidas indirectas de recursos, sean materiales o financieros, que se registran en el Hospital Regional de Antofagasta, a causa de inoperancias o incumplimientos de contratos por parte de la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI S.A., señalando cómo y en qué cuantía aquello ha afectado el erario fiscal. En el mismo sentido, le informe detalladamente si se han otorgado condonaciones, sean totales o parciales de las multas cursadas a dicha concesionaria, y si dichas multas han sido en último término efectivamente pagadas por la sancionada.	
S 15ª 27.3.2025	37	Ministra de Salud	Informe que contenga los datos detallados de la cantidad de pacientes oncológicos de la Región de Arica y Parinacota que son derivados y trasladados para ser atendidos en la Región de Antofagasta.	N°8548/2025 05.5.2025 Ord. N°1548 12.5.2025
S 15ª 27.3.2025	38B	Ministra de Salud	Informar sobre el grado de ejecución del programa de salud convenido entre esa cartera y el Gobierno Regional de Arica y Parinacota, y en su caso, explicar los motivos del incumplimiento de las etapas intermedias del mismo	Ord.N°1700 30.4.2025 Oficio N°8507 05.5.2025
S 15ª 27.3.2025	39	Ministra de Salud	Informar sobre el estado de tramitación en que se encuentran diversos sumarios administrativos abiertos tras incumplimientos e infracciones durante el proceso de construcción y habilitación del centro psiquiátrico infantojuvenil de Arica, que ha afectado gravemente los derechos de pacientes (niños, niñas y adolescentes) del referido centro.	N°8557/2025 05.5.2025 Ord.N°1506 12.5.2025

Sesión y fecha	Nº oficio	Destino	Materia	Respuesta
S 15 ^a 27.3.2025	40	Ministra de Salud	Remitir el o los informes que den detallada cuenta de la actual composición de las listas de espera a nivel nacional y desglosado por región. Asimismo, se le solicita se describa en dicho informe las modalidades en que se pone en conocimiento de cada paciente el lugar específico en que se encuentra dentro de la lista de espera, y su movilidad al interior de cada lista.	N°8493/2025 05.5.2025
S 15 ^a 27.3.2025	41	Directora del Servicio de Salud de Arica y Parinacota	Informar sobre las medidas administrativas que se han adoptado para dar solución a la situación que afecta a la paciente neuroquirúrgica, doña Ana Lobos, quien se encuentra a la espera de atención médica especializada, afectada por una grave dolencia.	Ord. N°2127 12.5.2025
S 15 ^a 27.3.2025	42	Ministra de Salud	Reiterar el oficio N°33, de fecha 31 de marzo de 2025, por el cual se solicita tenga a bien informar sobre el número o cantidad de camas hospitalarias por cada mil habitantes, su composición y distribución regional, en todo el país, y acompañe los estudios que esa cartera realiza al efecto.	N°8499/2025 05.5.2025 Anexo
S 15 ^a 27.3.2025	43	Directora del Servicio de Salud de Arica y Parinacota	Adoptar las medidas necesarias con el objeto de mejorar los canales de comunicación entre las unidades de atención primaria de salud y los hospitales del país a fin de que exista una retroalimentación desde el área médica, para una mejor resolución en la derivación de pacientes.	
S 15 ^a 27.3.2025	44	Subsecretario Medio Ambiente	Informar los plazos en que se dará efectivo cumplimiento al compromiso adquirido con la comunidad de la Región de Arica y Parinacota, para la construcción e implementación de centros de monitoreo de la contaminación por polimetales.	
S 15 ^a 27.3.2025	45	Ministra Secretaria General de la Presidencia	Adoptar las medidas necesarias con el propósito de que se actualice la base de datos contemplada en el numeral 2) del artículo 8 de la ley N° 20.590, que establece un programa de intervención en zonas con presencia de polimetales en la comuna de Arica.	
S 15 ^a 27.3.2025	46	Presidente de la República	Adoptar las medidas necesarias para la presentación de un proyecto de ley que permita actualizar la ley N° 20.590 -que establece un programa de intervención en zonas con presencia de polimetales en la comuna de Arica- en el sentido de que las personas nacidas con posterioridad al 30 de mayo de 2012, diagnosticadas con presencia de polimetales en su sangre, puedan ingresar a dicho programa de intervención para ser beneficiarios de salud, educación y habitación. Lo anterior	N°A2025-580 17.4.2025

Sesión y fecha	Nº oficio	Destino	Materia	Respuesta
			para permitir, entre otras cosas, que estos menores de edad se beneficien de la acción de detección por parte de los centros de salud privada, y que el control y el tratamiento de las enfermedades producidas por la contaminación por polimetales, sea realizado por un médico especializado en toxicología.	
S 15ª 27.3.2025	47	Gobernador Regional de Arica y Parinacota Y Directora del Servicio de Salud de Arica y Parinacota	Informar sobre el destino de los recursos correspondientes a dos mil millones de pesos (MM\$2.000) que se habrían comprometido para la región, considerando que uno de los proyectos planteados contemplaba una unidad coronaria que hasta la fecha no se ha concretado.	ORD. N°1811 12.5.2025
S 15ª 27.3.2025	48	Ministra del Desarrollo Social y Familia	Adoptar las medidas necesarias para apresurar el proceso de emisión de una resolución que permita al Servicio de Salud de Arica y Parinacota concretar la instalación y plena operación de un centro oncológico para la región.	
S 15ª 27.3.2025	49	Gobernador Regional de Arica y Parinacota	Manifiestar molestia disconformidad por su inasistencia a la sesión que celebró el día 27 de marzo de 2025, en dependencias del Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani y a la que se le cursó invitación.	
S 16ª 03.4.2025	50	Presidente de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social Cámara de Diputadas y Diputados	Tomó conocimiento de la situación que afecta a los más de 250 trabajadores del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, de Temuco, funcionarios contratados bajo la modalidad de compra de servicios o licitación con empresas externas, lo que los posiciona en una situación de vulnerabilidad laboral, ya que no cuentan con contrato formal y son remunerados por hora, con un salario que está considerablemente por debajo de la remuneración que reciben sus mismos colegas que desempeñan las mismas funciones, por lo que acordó oficiar a US. con el objeto de remitir estos antecedentes y para que tenga a bien recabar el acuerdo de recibirlos para que expongan su situación ante esa comisión.	
S 16ª 03.4.2025	51	Ministra de Salud	Informar sobre el estado en que se encuentran los ascensores y la sala de esterilización del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Asimismo, le solicita tenga a bien remitir un informe con el estado de avance y fechas previstas para el desarrollo del proyecto de angiógrafo de dicho recinto de salud.	N°8505/2025 05.5.2025 Ord. N°1201 12.5.2025
S 20ª 20.4.2025	56	Presidente de la Cámara de Diputadas y Diputados	Recabar el acuerdo de los Comités Parlamentarios en orden a permitir a la Comisión sesionar durante el día martes 29 de abril de la semana distrital, en el Hospital Carlos Van Buren, Región de	Resolución de Comités Parlamentarios con el acuerdo.

Sesión y fecha	Nº oficio	Destino	Materia	Respuesta
			Valparaíso, con el objeto de que la instancia alcance a celebrar sus sesiones en todas las regiones acordadas.	
S 19 ^a 10.4.2025	57	Director del Servicio de Salud de Osorno	Informar sobre el estado de tramitación en que se encuentra el procedimiento sumario llevado en contra del Dr. Alejandro Baeza Soto en su calidad de Subdirector Médico del Hospital Base San José Osorno, y si su actual cargo de Jefe del Centro de Responsabilidad Quirúrgico le fue asignado o no a través de sistema de alta dirección pública.	N°1161/2025 30.4.2025
S 19 ^a 10.4.2025	58	Director del Servicio de Salud de Osorno	Informar sobre las medidas y estrategias que se han ejecutado o se ejecutarán con el propósito de resolver la situación del clima laboral al interior de ese hospital, dado que se han denunciado casos de persecución sindical, acoso laboral, etc., toda vez que situaciones como aquellas afectan el correcto desarrollo de las labores de los funcionarios y repercuten en último término en el incremento o permanencia de las listas de espera.	
S 19 ^a 10.4.2025	59	Ministra de Salud	Informar sobre los motivos por los cuales muchos de los cargos directivos en hospitales de la Región de Los Lagos son cubiertos mediante subrogancias, y áreas críticas de los servicios no son cubiertas por titulares. Asimismo, se sirva indicar los motivos por los cuales no se han realizado todos los concursos de alta dirección pública requeridos para poder ocupar en propiedad los cargos críticos.	N°8510/2025 05.5.2025
S 19 ^a 10.4.2025	60	Director (S) del Hospital Base San José Osorno	Informar sobre las medidas y estrategias que se han ejecutado o se ejecutarán con el propósito de resolver la situación del clima laboral al interior de ese hospital, dado que se han denunciado casos de persecución sindical, acoso laboral, etc., toda vez que situaciones como aquellas afectan el correcto desarrollo de las labores de los funcionarios y repercuten en último término en el incremento o permanencia de las listas de espera.	
S 19 ^a 10.4.2025	61	Secretaria Regional Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos	Informar sobre las medidas y estrategias que se han ejecutado o se ejecutarán con el propósito de resolver la situación del clima laboral al interior del Hospital Base San José de Osorno, dado que se han denunciado casos de persecución sindical, acoso laboral, etc., toda vez que situaciones como aquellas afectan el correcto desarrollo de las labores de los funcionarios y repercuten en último término en el incremento o permanencia de las listas de espera.	
S 19 ^a 10.4.2025	62	Director del Servicio de Salud Osorno	Informar sobre los motivos por los cuales muchos de los cargos directivos en hospitales de la Región de Los Lagos son cubiertos mediante subrogancias, y áreas	

Sesión y fecha	Nº oficio	Destino	Materia	Respuesta
			críticas de los servicios no son cubiertas por titulares. Asimismo, se sirva indicar los motivos por los cuales no se han realizado todos los concursos de alta dirección pública requeridos para poder ocupar en propiedad los cargos críticos	
S 23 ^a 21.4.2025	63	Directora del Servicio de Salud Arica y Parinacota (SSAP)	Informar sobre conocimiento de la situación que afecta al paciente de cáncer de piel don Francisco Terrazas Soto, rut. X.XXX.XXX-X, quien se encontraba en tratamiento de radioterapia en la Región de Antofagasta, sin embargo, fue informado de que no podrá continuar su tratamiento contra el cáncer, ya que no hay disponibilidad para aquello, por lo que acordó oficiar a Ud. con el objeto de que tenga a bien adoptar las medidas necesarias, dentro de la esfera de sus competencias, para dar solución a la problemática que afecta al paciente, remitiendo a la instancia información al respecto. Asimismo, tenga a bien informar sobre los mecanismos que se adoptan en aquellos casos en que hay un incumplimiento de las Garantías de Oportunidad GES para asegurar que las atenciones de salud se realicen dentro del plazo máximo establecido.	Ord.Nº1844 14.5.2025
S 23 ^a 21.4.2025	64	Director del Servicio de Salud de Antofagasta	Informar sobre conocimiento de la situación que afecta al paciente de cáncer de piel don Francisco Terrazas Soto, rut. X.XXX.XXX-X, quien se encontraba en tratamiento de radioterapia en la Región de Antofagasta, sin embargo, fue informado de que no podrá continuar su tratamiento contra el cáncer, ya que no hay disponibilidad para aquello, por lo que acordó oficiar a Ud. con el objeto de que tenga a bien adoptar las medidas necesarias, dentro de la esfera de sus competencias, para dar solución a la problemática que afecta al paciente, remitiendo a la instancia información al respecto. Asimismo, tenga a bien informar sobre los mecanismos que se adoptan en aquellos casos en que hay un incumplimiento de las Garantías de Oportunidad GES para asegurar que las atenciones de salud se realicen dentro del plazo máximo establecido.	
S 23 ^a 21.4.2025	65	Subsecretario de Redes Asistenciales	Informar sobre conocimiento de la situación que afecta al paciente de cáncer de piel don Francisco Terrazas Soto, rut. X.XXX.XXX-X, quien se encontraba en tratamiento de radioterapia en la Región de Antofagasta, sin embargo, fue informado de que no podrá continuar su tratamiento contra el cáncer, ya que no hay disponibilidad para aquello, por lo que acordó oficiar a Ud. con el objeto de que tenga a bien adoptar	

Sesión y fecha	Nº oficio	Destino	Materia	Respuesta
			las medidas necesarias, dentro de la esfera de sus competencias, para dar solución a la problemática que afecta al paciente, remitiendo a la instancia información al respecto. Asimismo, tenga a bien informar sobre los mecanismos que se adoptan en aquellos casos en que hay un incumplimiento de las Garantías de Oportunidad GES para asegurar que las atenciones de salud se realicen dentro del plazo máximo establecido.	
S 23 ^a 21.4.2025	66	Director del Centro Oncológico del Norte	Informar sobre la cantidad de casos de pacientes derivados desde la Región de Arica y Parinacota, que requieren radioterapia se encuentran en espera. Asimismo, refiérase a los mecanismos que se adoptan en aquellos casos en que hay un incumplimiento de las Garantías de Oportunidad GES para asegurar que las atenciones de salud se realicen dentro del plazo máximo establecido.	ORD.Nº228/2025 05.5.2025
S 23 ^a 21.4.2025	67	Subsecretario de Redes Asistenciales	Informar sobre el estado de avance del proceso de suscripción del convenio entre el Hospital Regional de Antofagasta y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile para ejecutar el tratamiento de quimioembolización.	
S 23 ^a 21.4.2025	68	Director Hospital Regional de Antofagasta	Informar sobre el estado de avance del proceso de suscripción del convenio entre el Hospital Regional de Antofagasta y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile para ejecutar el tratamiento de quimioembolización.	
S 23 ^a 21.4.2025	69	Director Hospital Clínica de la Universidad de Chile	Informar sobre el estado de avance del proceso de suscripción del convenio entre el Hospital Regional de Antofagasta y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile para ejecutar el tratamiento de quimioembolización.	
S 23 ^a 21.4.2025	70	Subsecretario de Redes Asistenciales	Informar de las listas de espera oncológicas en general a nivel nacional, que contenga un catastro de los pacientes que se encuentran en lista de espera de cirugía oncológica, radioterapia y quimioterapia, tanto respecto a aquellos casos que pertenecen a las Garantías Explícitas en Salud (GES) como aquellos que no. Asimismo, tenga a bien informar sobre el estado en que se encuentran todos los convenios de programación que tiene el Ministerio de Salud con todos los gobiernos regionales de Chile.	
S 25 ^a 24.4.2025	71	Contralora General de la República	Solicitar que tenga a bien iniciar un proceso de auditoría interna en el Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Maipú, con el objeto de determinar la eficiencia, legalidad y eficacia de la gestión de recursos y operaciones respecto de las listas de espera en el recinto hospitalario.	

Sesión y fecha	Nº oficio	Destino	Materia	Respuesta
S 25 ^a 24.4.2025	72	Director General de Concesiones del MOP	Adoptar las medidas necesarias para disponer que tanto el Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Maipú, como el Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza, La Florida, cuenten con su propio inspector fiscal de obras de concesiones, considerando que en la actualidad hay uno común designado para dichos recintos.	
S 25 ^a 24.4.2025	73	Ministra de Obras Públicas	Informar sobre las multas que se han cursado a la empresa concesionaria a cargo del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada Maipú, en general, por las deficiencias que se han presentado en el recinto, y en particular, por las problemáticas que afectan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En dicho contexto, y en caso de que no se hayan cursado las multas correspondientes, solicita tenga a bien aplicar las sanciones pertinentes.	
S 25 ^a 25.4.2025	74	Ministra de Obras Públicas	Instruir una investigación sumaria con motivo de haber omitido la climatización de espacios comunes en las especificaciones técnicas de las bases de licitación para las concesiones del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, de Maipú, y del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Isunza, de La Florida. Asimismo, en relación con la ejecución del “Proyecto Clima” en el hospital El Carmen, que motivó el traslado del personal administrativo y de la concesionaria y de sus bienes, que tenga a bien informar los motivos por los cuales no se habría considerado la mitigación del efecto clínico y la mudanza de camas clínicas.	
S 25 ^a 25.4.2025	75	Director de Concesiones del MOP	Instruir una investigación sumaria con motivo de haber omitido la climatización de espacios comunes en las especificaciones técnicas de las bases de licitación para las concesiones del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, de Maipú, y del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Isunza, de La Florida. Asimismo, en relación con la ejecución del “Proyecto Clima” en el hospital El Carmen, que motivó el traslado del personal administrativo y de la concesionaria y de sus bienes, que tenga a bien informar los motivos por los cuales no se habría considerado la mitigación del efecto clínico y la mudanza de camas clínicas.	
S 25 ^a 25.4.2025	76	Director General de Concesiones MOP	Informar sobre las multas que se han cursado a la empresa concesionaria a cargo del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada Maipú, en general, por las deficiencias que se han presentado en el recinto, y en particular, por las	

Sesión y fecha	Nº oficio	Destino	Materia	Respuesta
			problemáticas que afectan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En dicho contexto, y en caso de que no se hayan cursado las multas correspondientes, solicita tenga a bien aplicar las sanciones pertinentes.	
S 26 ^a 05.5.2025	77	Ministra de Salud	Adoptar las medidas necesarias para gestionar recursos destinados a financiar los pabellones modulares que tiene proyectado contratar el Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, de Valparaíso.	
S 26 ^a 05.5.2025	78	Ministro de Hacienda	Adoptar las medidas necesarias para gestionar los recursos destinados a financiar los pabellones modulares que tiene proyectado contratar el Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, de Valparaíso.	
S 26 ^a 05.5.2025	79	Ministra de Salud	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.	
S 26 ^a 05.5.2025	80	Ministro de Hacienda	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.	
S 26 ^a 05.5.2025	81	Ministra de Salud	Informar los motivos por los cuales no se habría otorgado expansión presupuestaria durante los meses de octubre y noviembre del año 2024 al Hospital Carlos Van Buren.	
S 26 ^a 05.5.2025	82	Ministro de Hacienda	Informar los 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.	
S 26 ^a 05.5.2025	83	Ministra de Salud	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. tengo a	

III. EXPOSICIONES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS CITADAS O INVITADAS A LA COMISIÓN.

1. [Contralora General de la República.](#)

La **Contralora General de la República, Dorothy Pérez**, intervino expresando que entre los años 2022 y 2024, la Contraloría General de la República realizó un total de 24 auditorías orientadas a fiscalizar la gestión de las listas de espera GES y no GES en el sistema público de salud, además de verificar la veracidad y trazabilidad de los egresos registrados en el sistema informático SIGTE. De estas auditorías, dos fueron realizadas en 2022, dos en 2023 y veinte en 2024. Actualmente, hay cinco auditorías adicionales en curso.

Los hallazgos de estas auditorías muestran una serie de irregularidades transversales que afectan gravemente la transparencia y eficiencia del sistema. Uno de los problemas más graves detectados es la existencia de egresos por fallecimiento asignados a personas que aún estaban vivas o cuyos decesos ocurrieron mucho después de su registro de salida del sistema. En algunos casos, la diferencia entre la fecha de muerte y el egreso alcanzó hasta tres años.

Además, se identificaron múltiples inconsistencias entre los registros locales de los establecimientos de salud y la plataforma SIGTE. En varios hospitales se encontraron miles de casos no registrados, registros duplicados o con datos incompletos o erróneos, lo que evidencia una deficiente gestión de la información.

Otro aspecto crítico detectado fue la existencia de tratos preferenciales indebidos. Funcionarios de los propios hospitales y sus familiares fueron atendidos con mayor rapidez que otros pacientes en lista de espera. En algunos casos, incluso fueron operados en fechas en las que se habían suspendido cirugías para el resto de los pacientes.

También se observó un uso inapropiado de las causales de egreso. Por ejemplo, se egresaron pacientes por inasistencia con solo una citación previa, cuando la normativa exige al menos dos. En otros casos, se utilizaron causales sin documentación clínica que las respaldara o sin evaluación médica que justificara la decisión.

A esto se suma la existencia de personal médico que no contaba con la inscripción necesaria en el registro oficial de prestadores de la Superintendencia de Salud o que no tenía su especialidad debidamente acreditada, lo que cuestiona la legalidad de algunas atenciones.

Finalmente, se reportaron múltiples suspensiones de cirugías por causas atribuibles directamente a la gestión hospitalaria, tales como problemas administrativos, falta de insumos o fallas técnicas, lo cual afecta directamente a los pacientes en espera.

Entre los casos más emblemáticos se encuentran hospitales como el San Martín de Quillota, donde se detectaron 14 egresos por fallecimiento de personas que seguían vivas, y el San Borja Arriarán, donde los funcionarios y sus familiares fueron operados con una espera promedio de apenas cinco días, mientras otros pacientes llevaban más de cinco años esperando. Asimismo, el Hospital de Ovalle reportó la suspensión de 340 cirugías, de las cuales 108 no eran atribuibles al paciente, y en la Subsecretaría de Salud Pública se hallaron más de 22 mil casos sin ingresar a SIGTE, lo que refleja una subestimación significativa de la demanda.

La Contralora continuó su exposición señalando que se realizaron investigaciones especiales en diversos hospitales del país para evaluar la situación de las listas de espera no GES, encontrándose irregularidades graves y sistemáticas en múltiples recintos. En el Hospital San Borja Arriarán, se descubrieron inconsistencias significativas entre los registros manuales y el sistema Sigte, con más de 1.600 casos ausentes en la plataforma nacional por errores en el ingreso de datos. En el Complejo Hospitalario San José, se constataron fallas de interoperabilidad entre sistemas internos, dificultando el control de los pacientes, y se detectó que algunos pacientes egresados supuestamente por contacto fallido nunca fueron realmente contactados.

En el CRS Hospital Provincia Cordillera, se hallaron más de 21.000 registros no incorporados o mal ingresados al Sigte, así como egresos masivos sin justificación documental durante 2021. También se detectaron egresos por una causal inexistente, lo cual motivó la apertura de un sumario. El Hospital Barros Luco Trudeau presentó más de 20.000 inconsistencias entre el sistema local y el Sigte, agravadas por una total falta de integración tecnológica, lo que obliga a transferencias manuales mediante planillas Excel, exponiendo los datos a errores. En el Hospital Franco Ravera Zunino se constató una grave distorsión entre los registros del sistema local y el Sigte, así como errores en la clasificación de causales de egreso.

El Hospital Regional de Talca fue objeto de dos investigaciones. La primera detectó intervenciones quirúrgicas realizadas a funcionarios y familiares con tiempos de espera mucho menores al promedio, en desmedro de otros pacientes. También se identificaron egresos de pacientes cuyos RUN eran inexistentes o incorrectos, y la priorización irregular de familiares de funcionarios en cirugías reprogramadas. En la segunda investigación, se verificó que el hospital usa un sistema local (SisMaule) en lugar del Sigte, lo que ha generado más de 107.000 registros con serias inconsistencias. Además, se encontraron pacientes egresados con RUN inexistentes y casos de intervenciones registradas después del fallecimiento de los pacientes.

En el Hospital de Angol, se comprobó que el 10,8 por ciento de las cirugías se realizaron a funcionarios o sus familiares con un tiempo de espera inferior al promedio, sin justificación válida. En el Hospital Hernán Henríquez Aravena, se detectó una lista de espera paralela que no fue ingresada al sistema

nacional, incrementándose progresivamente, así como errores en las causales de egreso y discrepancias significativas entre los registros locales y el Sigte.

En Osorno, el Hospital Base San José mostró un caso especialmente grave, donde el subdirector médico operó a su hermana tras solo dos días en lista de espera, vulnerando completamente los protocolos. Además, se constataron intervenciones quirúrgicas a funcionarios y familiares con plazos reducidos sin justificación, y posibles conflictos de interés en licitaciones médicas que fueron derivados al Ministerio Público.

En el Hospital de Ancud, se detectaron intervenciones quirúrgicas a familiares de funcionarios sin explicación válida, presencia de profesionales no inscritos en el registro nacional de prestadores de salud, y la realización de cirugías a pacientes sin previsión activa. También se evidenció que la mayoría de las cirugías suspendidas fueron por causas institucionales, no atribuibles a los pacientes.

Finalmente, en el Hospital de Puerto Montt, se verificaron intervenciones realizadas por profesionales no inscritos oficialmente, una alta tasa de suspensiones quirúrgicas atribuibles al recinto, y el registro indebido de pacientes con patologías GES en listas de espera no GES, lo que vulnera la normativa vigente.

En conclusión, las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República revelan serias deficiencias en el control interno y la gobernanza de las listas de espera del sistema público de salud, con impactos negativos tanto en la equidad del acceso como en la calidad del servicio que reciben los usuarios.

La Contralora cerró su exposición agradeciendo a los equipos de fiscalización de la Contraloría General que hicieron posible esta investigación, destacando el esfuerzo desplegado por funcionarios de todo el país ante la magnitud y gravedad de los hechos observados.

En la [siguiente sesión](#) a la que concurrió abordó el estado de los sumarios administrativos derivados de las 24 auditorías relacionadas con listas de espera realizadas en 2024, así como de otras auditorías de años anteriores. Indicó que la mayoría de los sumarios están en curso y que, por su naturaleza, son procedimientos secretos, aunque se comprometió a remitir un informe con el estado general de cada uno.

Explicó las diferencias entre los sumarios instruidos por los servicios públicos, que se rigen por el Estatuto Administrativo, y aquellos realizados directamente por la Contraloría, que siguen una normativa propia (Resolución N°510). Subrayó que el procedimiento actual es lento y anacrónico, por lo que la Contraloría está trabajando en actualizar su reglamento para hacerlo más eficiente. Sin embargo, recalcó que esta modernización no es suficiente y que se necesita una reforma legal que permita a la Contraloría aplicar directamente sanciones, en lugar de solo proponerlas, como ocurre hoy. Esto, dijo, ayudaría a aumentar la efectividad del control y la responsabilidad en los servicios públicos.

La señora Contralora ejemplificó esta necesidad con el caso del Hospital de Osorno, donde la Contraloría no solo inició un sumario directamente, sino que también remitió antecedentes al Ministerio Público y al Consejo de Defensa del Estado, dada la gravedad de los hechos. Aclaró, frente a rumores sobre influencias internas, que la actuación de la Contraloría fue rigurosa y basada únicamente en el mérito de la investigación.

Sobre el Hospital de Antofagasta, indicó que el seguimiento de su auditoría aún no ha comenzado, ya que, por planificación, estas labores suelen realizarse el año posterior a la fiscalización. De las 24 auditorías hechas en 2024, solo cuatro seguimientos han sido iniciados y uno ha sido completado.

Finalmente, respecto de si había hospitales que hubieran mostrado mejores prácticas en el manejo de listas de espera, respondió explicando que las auditorías de la Contraloría se enfocan en el cumplimiento normativo, no en la gestión, ya que desde 2002 la ley prohíbe pronunciarse sobre decisiones de mérito o conveniencia administrativa.

2. Jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La doctora Andrea Solís Aguirre, Jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se refirió al funcionamiento del sistema de referencia y contrareferencia de las listas de espera No GES, las modalidades de ingreso a la lista de espera, las causas de egreso, la articulación entre repositorios locales y nacional, y el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera SIGTE, entre otras materias de su competencia.

Explicó que el sistema de referencia y contrarreferencia se basa en la articulación entre distintos niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) dentro de los 29 servicios de salud del país. Las derivaciones son decididas por los profesionales de salud y buscan resolver los casos que no pueden atenderse en el primer nivel. Este proceso está regulado por la ley N°19.937 y otras normativas técnicas como la N°118.

Destacó que el 92 por ciento de los problemas de salud se resuelven en atención primaria y solo el 8 por ciento se deriva. El proceso incluye evaluación, interconsulta, priorización, agendamiento y posible alta o continuidad de atención. Esta gestión se realiza tanto a nivel local como ministerial, donde DIGERA supervisa la red.

En cuanto a los sistemas informáticos, señaló que existen múltiples plataformas locales (como Sidra en atención primaria y RCE en hospitales) y una falta histórica de integración nacional. Desde 2022 se está avanzando hacia una estrategia de interoperabilidad que permita compartir datos entre sistemas dispares utilizando estándares internacionales.

Respecto de las listas de espera no GES, Solís explicó que estas reflejan el desbalance entre demanda y oferta. Desde 2009 existen registros formales y, desde 2011, normas técnicas para estandarizar la información. El sistema Sigte se utiliza para el seguimiento, aunque ha tenido desafíos de confiabilidad y carga de datos. A fines de 2022 se actualizó la norma N°118 para mejorar la precisión de los registros y las causales de salida.

En resumen, se expuso una red de atención compleja, en evolución hacia una mayor integración y eficiencia, pero aún con importantes desafíos estructurales, especialmente en lo digital y en la reducción de las listas de espera no GES.

Continuó luego explicando que las consultas de nueva especialidad se refieren a la primera interacción del paciente con un especialista, y que las intervenciones quirúrgicas electivas comprenden aquellas no urgentes, que deben registrarse para su seguimiento. En la norma N°118, únicamente se registran atenciones electivas, lo que excluye las de urgencia. Así, las listas de espera se componen por solicitudes médicas generadas a través de interconsultas u órdenes de atención.

El tiempo de espera se mide en días desde la solicitud hasta la resolución, y todos los establecimientos deben registrar los casos por derivar, con datos mínimos estandarizados. La derivación puede originarse en atención primaria, en consultas ambulatorias de especialidad e incluso en casos excepcionales desde urgencias, siempre que se justifique clínicamente. También se generan solicitudes al momento del alta si se indica seguimiento. Los egresos del sistema se clasifican en causales clínicas o administrativas, las cuales deben ser registradas con respaldo documental para garantizar la trazabilidad. En un esfuerzo por reducir la variabilidad, se ha reducido el número de causales de egreso de 22 a 14.

Durante el tiempo en lista de espera, si la condición del paciente cambia y este pasa a ser beneficiario de una garantía GES, se le da seguimiento bajo otro esquema. Las formas de registrar un egreso pueden ser presenciales, por visita domiciliaria o mediante medios digitales como telemedicina o correo electrónico. En este proceso, el Sigte actúa como una herramienta de apoyo para el seguimiento de estas solicitudes.

El Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) fue creado en 2011. Sin embargo, tras una revisión crítica realizada en el marco de la glosa 6, se recomendó desarrollar un nuevo sistema, lo que dio origen al Sigte a fines de 2017. Desde su implementación, el Sigte ha enfrentado numerosos problemas técnicos y operativos. Para 2022 y 2023 se presentaron fallas críticas que forzaron a modificar el modelo de carga, trasladando esta responsabilidad desde los hospitales a los servicios de salud.

El Sigte 1.0 presentaba graves limitaciones: fallas técnicas, falta de mantenimiento y soporte, reducción de capacidad de procesamiento (de 350.000 registros a solo 300), incremento en los tiempos de respuesta y múltiples caídas del

sistema. Además, había dificultades con la definición de roles, permisos y validación de datos, así como la imposibilidad de realizar pruebas y mejoras. Todo esto llevó al rediseño de la plataforma y a la decisión de desarrollar el nuevo Sigte 2.0.

El Sigte 2.0, actualmente en proceso de implementación, es una plataforma moderna que mejora notablemente el rendimiento del sistema: incrementa la capacidad de carga de 500 a 2.500 registros, reduce los tiempos de procesamiento de 15 a 4 minutos, e incorpora validadores automáticos para evitar errores y duplicados. También permite trazabilidad en línea, validación con el Registro Civil, y tiene accesos diferenciados entre administradores y operadores. Su diseño considera la interoperabilidad con otros sistemas como el Registro Clínico Electrónico, Hospital Digital, Fonasa, la Superintendencia de Salud y otros organismos relevantes.

En octubre de 2024 se realizó el traspaso de los datos históricos desde el Sigte 1.0, y en diciembre comenzaron las pruebas en ambiente preproductivo. Durante mayo de 2025, el sistema se encuentra en fase de validación en dos servicios de salud, comparando los registros nuevos con la información histórica para asegurar su consistencia antes de la expansión nacional. La interoperabilidad entre plataformas permitirá visualizar datos en tiempo real, apoyar la gestión y facilitar el acceso de los pacientes a su información.

En resumen, aunque ha habido avances significativos en la informatización de los procesos de las redes asistenciales, la integración entre sistemas ha sido débil. Hasta ahora, el seguimiento paciente a paciente ha dependido mayoritariamente de planillas Excel y de esfuerzos manuales. El Sigte ha sido una herramienta útil pero limitada. La actualización normativa impulsada por la ministra Aguilera y el desarrollo del Sigte 2.0 buscan subsanar estos problemas, modernizar la gestión de tiempos de espera y fortalecer la estrategia de interoperabilidad del sistema de salud, promoviendo una atención más eficiente, coordinada y centrada en el paciente.

Luego de su exposición, con ocasión de consultas formuladas por los integrantes de la Comisión, se refirió a diversas medidas implementadas para mejorar la transparencia y gestión de los tiempos de espera en el sistema de salud público. Destacó la creación del *Visor Ciudadano* y el *Portal Paciente*, que permiten a los ciudadanos acceder a información actualizada sobre su situación en listas de espera. También mencionó la incorporación de estrategias como los *Navegadores en Red* para acompañar a pacientes de mayor riesgo.

Respecto a los sistemas de información, señaló que el sistema Sigte original (2018) presentó múltiples fallas, por lo que desde fines de 2022 se inició la implementación del nuevo *Sigte 2.0*, con foco en la interoperabilidad entre niveles asistenciales. Aclaró que el sistema Sidra sí fue descentralizado, no así el Sigte.

Sobre la atención primaria, afirmó que el 8 por ciento de derivaciones es un indicador positivo de resolutivez y explicó que se ha fortalecido

con programas de especialistas, telemedicina y capacitaciones. En cuanto a la productividad hospitalaria, indicó que se están implementando mejoras en programación quirúrgica y uso eficiente de pabellones para reducir suspensiones innecesarias.

También informó que los tiempos de espera han disminuido desde 2021, pese a la alta demanda y al impacto de la pandemia. Actualmente, la mediana es de 290 días para cirugías y 257 para consultas médicas. Se prioriza la atención de enfermedades con garantías (como cáncer), que representan el 60 por ciento de la carga de atención, con un alto nivel de cumplimiento.

Finalmente, abordó problemas detectados en auditorías, relacionados principalmente con inconsistencias entre registros locales y el Sigte. Aseguró que se han iniciado sumarios en casos de irregularidades y que el plan de interoperabilidad avanza progresivamente con la incorporación de redes asistenciales.

3. [Colegio Médico de Chile.](#)

En representación del Colegio Médico de Chile compareció su tesorero, señor Carlos Becerra Verdugo.

Comenzó manifestando la preocupación del gremio por la crisis de las listas de espera en el sistema público de salud, que afecta a más de 3 millones de personas. Recalcó que, si bien el Colegio Médico no tiene atribuciones fiscalizadoras como la Contraloría o el Congreso, sí participa activamente en el Consejo de Seguimiento del uso de recursos y ha abogado por mayores fondos en la discusión presupuestaria para enfrentar esta problemática.

Criticó la falta de precisión en los registros oficiales, señalando que las auditorías de la Contraloría han evidenciado inconsistencias graves, como pacientes registrados como fallecidos sin estarlo, o personas que aparecen en listas de espera en un sistema, pero no en otros. Llamó a priorizar nacionalmente la solución a las listas de espera, especialmente considerando que el 85 por ciento de la población está asegurada por Fonasa.

Asimismo, destacó que el Colegio ha impulsado la mejora en la distribución de especialistas, más que en el número total, considerando la concentración de médicos en el sistema privado y en grandes urbes. Valoró el rol de los médicos extranjeros y explicó el funcionamiento de la certificación de especialidades a través de Conacem, cuya existencia responde a la falta de una agencia estatal para esa función.

Sobre las llamadas “sociedades médicas”, aclaró que muchas están administradas por no médicos, y reiteró que el incumplimiento de compromisos públicos por parte de profesionales ha sido sancionado éticamente cuando corresponde.

También se refirió a los convenios vigentes con hospitales extranjeros, como los de Esquel y Bariloche, en el marco del DFL 36, señalando que su existencia busca enfrentar problemas de acceso en zonas extremas y no constituye una irregularidad.

Finalmente, el doctor Becerra recalcó la postura crítica y propositiva del Colegio Médico hacia el gobierno actual, subrayando que sin integración público-privada y recursos frescos, no será posible reducir significativamente las listas de espera.

4. [Directora Ejecutiva del Centro para la Prevención y Control del Cáncer del Centro de Políticas Públicas UC.](#)

La Dra. Carolina Goic Borojevic, académica del Departamento de Oncología de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Directora Ejecutiva del Centro para la Prevención y Control del Cáncer del Centro de Políticas Públicas UC, relató que hace un par de años presentó al diputado Lagomarsino una propuesta respecto de la gestión en materia de listas de espera, quien se contactó con el Centro y le pidió presentarla a la comisión. Se trata de un trabajo que están desarrollando desde 2019, intermediado por el Laboratorio de Innovación Pública del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica de Chile, que permite ilustrar, más allá de los números y el seguimiento que se hace en la evolución de las listas de espera, qué es lo que hay detrás del problema. Opinó que la mejor comprensión del problema permitirá generar propuestas, y anunció que quien ha llevado adelante este trabajo es el señor Cristóbal Tello, quien expuso a continuación.

Mencionó que habitualmente se ve la solución de las listas de espera en más recursos, discusión que se da cada año con ocasión de la tramitación de la ley de presupuestos. Sin embargo, si no se atiende a la raíz del problema, que tiene que ver con la gestión, los recursos nunca serán suficientes.

Hay experiencias que son viables, que no implican recursos demasiado onerosos, pero sí exigen generar capacidades en los equipos que hoy están instalados para mejorar la gestión.

5. [Director del Laboratorio de Innovación Pública del Centro de Políticas Públicas UC.](#)

El Director del Laboratorio de Innovación Pública del Centro de Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile, señor Cristóbal Tello, expuso ante la comisión los avances y aprendizajes del proyecto liderado por el Laboratorio de Innovación Pública del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica, orientado a mejorar la gestión de las listas de espera en el sistema público de salud. Este trabajo, que comenzó en 2019, ha sido desarrollado

con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en colaboración con distintos servicios de salud en la Región Metropolitana, Viña del Mar-Quillota y otras instituciones como la Fundación Desafío Levantemos Chile y la Fundación Alegría.

El proyecto, que partió con una etapa de investigación centrada en la experiencia de las personas que esperan atención médica, arrojó tres hallazgos clave: largos tiempos de espera, desinformación sobre el proceso de atención y diagnóstico, y una atención fragmentada y despersonalizada. Las personas que esperan atención médica muchas veces no reciben información durante meses, son contactadas por distintos profesionales y no sienten continuidad en su atención.

El señor Tello explicó también las diferencias en el tratamiento y seguimiento entre las patologías GES (garantías explícitas en salud) y las no GES. En las patologías GES se mide el proceso completo: desde la sospecha hasta el tratamiento y seguimiento. En cambio, en las no GES solo se mide el tiempo hasta la primera consulta con un especialista, sin incluir los pasos posteriores (exámenes, diagnósticos o seguimiento). Esto genera un sesgo en la forma en que se gestionan y reportan las listas de espera. Por ejemplo, con una sola consulta se puede sacar a un paciente de la lista, aunque no haya recibido diagnóstico ni tratamiento. En la práctica, esto produce listas incompletas y da una falsa sensación de avance.

A partir de esta investigación, se diseñó una metodología para mejorar la gestión de las listas de espera, que fue piloteada entre 2020 y 2022 y escalada desde 2023. El enfoque no se basa en aumentar recursos clínicos, sino en mejorar los procesos de gestión dentro de los hospitales.

Uno de los primeros pilotos se llevó a cabo en el Hospital Padre Hurtado y el Hospital San Juan de Dios en tres especialidades. El enfoque consistió en apoyar a los equipos clínicos en la gestión de pacientes: contactarlos antes de la consulta, asegurarse de que llegaran con exámenes vigentes y reducir el número de consultas necesarias para alcanzar un diagnóstico. Esto permitió que la primera consulta fuera lo más resolutiva posible. En el caso de traumatología del Hospital Padre Hurtado, se logró una reducción de más del 95 por ciento en la lista de espera, pasando de más de 6.000 pacientes a menos de 200, sin incorporar nuevos médicos ni equipamiento, solo reorganizando procesos.

En 2023, se replicó esta metodología en el Hospital El Carmen de Maipú, con un enfoque en el cáncer de próstata. Se detectó que tres de cada cuatro pacientes con sospecha de cáncer preferían realizar sus diagnósticos en el sistema privado por la lentitud del público. Para los que permanecían en el sistema público, el tiempo promedio para confirmar el diagnóstico era de cuatro meses. Tras seis meses de trabajo con el equipo de urología, se logró reducir ese tiempo a dos meses y medio, demostrando que incluso en áreas críticas como el cáncer, la mejora de gestión puede tener un impacto directo en los resultados.

Otro piloto en curso es en el Hospital de Quilpué, donde desde octubre de 2023 se trabaja en cuatro especialidades: cardiología, traumatología, ginecología y odontología. Aunque los resultados son preliminares, ya se observa

una reducción significativa en los tiempos de espera, especialmente en cirugía. El equipo ha logrado organizar la atención de acuerdo con la prioridad clínica, asegurando que los casos más urgentes sean atendidos primero. Además, se ha avanzado en asegurar que los pacientes lleguen mejor preparados a la primera consulta, lo que ha permitido que cerca del 90 por ciento de los pacientes de traumatología reciban diagnóstico en esa primera instancia, mejorando así la eficiencia y reduciendo la necesidad de múltiples citas.

El señor Tello concluyó que el problema de las listas de espera no se reduce exclusivamente a la falta de recursos, como comúnmente se plantea en el debate público. Aunque los recursos son importantes, un componente central del problema es la deficiente gestión de procesos clínicos y administrativos. Las experiencias de mejora en distintos hospitales, usando recursos existentes y enfocándose en rediseñar flujos de atención, muestran que es posible lograr reducciones significativas en las listas de espera. Por lo expuesto, hizo un llamado a incorporar esta dimensión de gestión en el diseño de políticas públicas para abordar de manera efectiva y sostenible esta problemática del sistema de salud.

Más adelante enfatizó que la resolución de la problemática de las listas de espera en el sistema público de salud requiere una estrategia integral. Criticó el enfoque predominante centrado en la contratación de servicios privados y la incorporación de más profesionales, ya que estas medidas, si bien pueden reducir temporalmente las listas, no solucionan sus causas estructurales.

En su lugar, hizo hincapié en la necesidad de fortalecer la gestión interna de los establecimientos de salud, señalando que el desempeño no depende únicamente de los recursos disponibles, sino de cómo estos se organizan. Propuso rediseñar los procesos desde la perspectiva del paciente para hacer la atención más eficiente y oportuna, y sugirió que cada centro cuente con equipos de gestión que identifiquen y solucionen sus propios cuellos de botella, ya que cada uno enfrenta realidades distintas.

Además, criticó la forma en que actualmente se mide el problema de las listas de espera, especialmente en el caso de las consultas de especialidad, donde egresar a un paciente tras la primera consulta —sin diagnóstico— es una métrica insuficiente. Propuso adoptar indicadores similares a los utilizados en el sistema GES, incluyendo etapas como sospecha diagnóstica, confirmación y tratamiento, diferenciando además por prioridad clínica. Finalizó señalando la importancia de mantener estadísticas consistentes (medianas y promedios) a lo largo del tiempo para evaluar con precisión el progreso del sistema.

6. [Directora Ejecutiva Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud \(CENS\).](#)

La doctora May Chomalí Garib, Directora Ejecutiva del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS) Chile presentó ante la

comisión investigadora los avances en la implementación de un nuevo sistema de información para la gestión de listas de espera en el sistema de salud chileno. Su exposición abordó, principalmente, los problemas actuales relacionados con la calidad de los datos, la trazabilidad de los pacientes y la obsolescencia del sistema vigente, el Sistema para la Gestión del Tiempo de Espera (Sigte), así como la propuesta del CENS en colaboración con el Ministerio de Salud para modernizarlo.

Comenzó su intervención reconociendo las graves falencias del sistema actual. Señaló que Sigte es un repositorio obsoleto, no interoperable, que depende de la acción manual de funcionarios para ingresar o eliminar pacientes de la lista de espera. Esto genera inconsistencias como casos duplicados, datos faltantes o inadecuados, y una visión incompleta del estado real de las listas de espera. Por ejemplo, no se puede determinar con certeza cuántos pacientes fueron derivados desde la atención primaria, cuántos fueron agendados efectivamente o cuántos abandonaron el proceso. Además, no hay conexión con datos vitales, lo que impide saber si los pacientes fallecieron o resolvieron su problema por cuenta propia, como ocurre frecuentemente en el sistema privado.

Ante esta realidad, el CENS propuso y comenzó a implementar un nuevo sistema de información que busca ser robusto, sostenible y no persona-dependiente. Este sistema permite trazar en tiempo real todo el recorrido del paciente, desde que se solicita una interconsulta hasta que esta es agendada y atendida. Utiliza un modelo basado en estándares internacionales de interoperabilidad (HL7-FHIR) y está diseñado para integrar distintos hitos del proceso, tales como la validación y priorización de la interconsulta por parte de médicos, la agenda de atención, la atención efectiva y el egreso del caso.

Uno de los aspectos centrales del nuevo sistema es que toda la información fluye automáticamente entre los niveles de atención gracias a la interoperabilidad de plataformas. Esto elimina la necesidad de subir o bajar datos manualmente, y evita depender de decisiones locales o de la disponibilidad de personal. Además, incorpora mecanismos para depurar datos en tiempo real, como la vinculación con el Registro Civil para identificar pacientes fallecidos, y con Fonasa para detectar aquellos que optaron por atención privada. También permite incorporar tecnologías de contactabilidad que ya son comunes en el sector privado, como la confirmación automatizada de citas médicas.

En cuanto a la implementación, la doctora Chomalí detalló que el proyecto comenzó con pilotos en los servicios de salud del Biobío, Talcahuano y Metropolitano Occidente en marzo de 2023. Tras superar esa etapa, el plan se expandió territorialmente, y ya hay servicios como el de Aysén y Araucanía Sur que han completado su cobertura. El cronograma contempla que todos los servicios de salud estén integrados al sistema antes de diciembre de 2025, fecha en la que se reemplazará oficialmente a Sigte.

Un componente clave del nuevo sistema es la creación de una aplicación móvil para pacientes, cuya licitación ya está en curso. A través de esta app, los usuarios podrán acceder a un resumen clínico, visualizar el estado de su

interconsulta, modificar sus datos de contacto y conocer los tiempos de espera por especialidad y hospital. Este visor ciudadano, exigido especialmente por la ministra de Salud, busca aportar transparencia y empoderamiento a los pacientes.

Enfatizó que este nuevo sistema se está construyendo como un bien público, sin fines de lucro, y con un enfoque centrado en la calidad de la información y en la experiencia del paciente. También recalcó que el éxito de esta iniciativa ha requerido un importante esfuerzo de coordinación entre múltiples actores, incluyendo hospitales, consultorios y proveedores tecnológicos, cuyos sistemas nunca habían sido interoperables.

Finalmente, destacó que si bien el problema de las listas de espera tiene múltiples causas, entre ellas el desbalance estructural entre oferta y demanda, contar con un sistema de información confiable es condición necesaria para abordarlo con efectividad. Este permitirá tomar decisiones basadas en datos reales y evitar iniciativas improvisadas, como las llamadas masivas para depurar las listas. Según la doctora Chomalí, este es un aporte concreto y trascendental para mejorar la gestión del sistema de salud chileno y reducir las brechas de atención que hoy afectan a miles de pacientes.

7. [Asociación de Facultades de Medicina de Chile \(Asofamech\).](#)

Por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech) intervino en primer lugar su presidente, **Dr. Antonio Orellana Tobar**, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, quien expuso sobre la problemática de la formación y distribución de médicos en Chile. Reconoció que el país no enfrenta una falta de médicos en general, sino una carencia de especialistas y una mala distribución geográfica de estos. Pese a que el número de médicos formados está en línea con la media de la OCDE, la mayoría de los especialistas se concentran en la Región Metropolitana, Valparaíso y Biobío, dejando desatendidas zonas extremas y rurales.

Explicó que los programas de especialización financiados por el Ministerio de Salud incluyen un Período Asistencial Obligatorio (PAO), el cual busca llevar profesionales a regiones, pero no garantiza su permanencia. Según él, los incentivos económicos no han sido efectivos para fomentar el arraigo territorial. Propuso, en cambio, considerar medidas que vinculen a los médicos con sus lugares de origen, promoviendo su regreso y permanencia en esas zonas.

Además, criticó el modelo actual de salud por su falta de fortalecimiento en la atención primaria, la cual debería ser más resolutiva para reducir la sobrecarga de los especialistas. Señaló que es crucial capacitar adecuadamente a los médicos generales y mejorar la formación regional con apoyo de universidades locales.

Subrayó que para lograr una mejor retención de especialistas es necesario comprender las motivaciones personales y familiares de los médicos jóvenes, promoviendo un modelo de salud con enfoque territorial, arraigo y planificación a largo plazo.

Más adelante, abordó diversos aspectos relacionados con la formación de especialistas médicos en Chile, destacando tanto los avances como los obstáculos estructurales que enfrenta el sistema. En primer lugar, valoró que recientemente se haya superado la barrera legal que impedía becas de especialidades de cuatro años, lo que representa un avance significativo. Sin embargo, enfatizó que la formación de un becado es muy costosa, principalmente por la necesidad de contratar docentes con vínculo contractual con las universidades, algo que ha sido dificultado por dictámenes de Contralorías Regionales que interpretan la docencia clínica como un sobresueldo.

Acerca de la incompatibilidad entre funciones docentes y asistenciales, dijo que eleva el costo y limita la capacidad de formar más especialistas, agravado por el alto costo de la acreditación de programas ante la CNA, única instancia reconocida por ley para validar los programas de especialidad. Defendió que un médico pueda enseñar mientras ejerce funciones asistenciales, destacando que la medicina es una disciplina inherentemente tutorial.

Asimismo, señaló que si bien hay avances en la coordinación entre los ministerios de Salud y Educación, aún hay dificultades relevantes. Una de ellas es la falta de cargos disponibles para especialistas una vez terminado el Período Asistencial Obligatorio (PAO), lo que impide que muchos médicos puedan quedarse a trabajar en el sistema público, incluso cuando quieren hacerlo.

También propuso fortalecer la capacitación continua en atención primaria, mediante cursos cortos en terreno o enviando médicos generales de zona a instancias de actualización, sin necesidad de transformarlos en especialistas. Insistió en que operativos médicos y campañas de atención —como las oftalmológicas o dermatológicas— solo alivian momentáneamente la carga, sin resolver el problema estructural.

Finalmente, expresó la plena disposición de las universidades a ampliar la formación médica, pero insistió en que los obstáculos legales, financieros y administrativos deben ser superados, posiblemente mediante reformas legislativas. Recalcó el rol clave que pueden y deben jugar los gobiernos regionales en la planificación y financiamiento de la salud y la educación, pilares fundamentales para el desarrollo del país.

En seguida, la **doctora Marcela Castillo Franzoy, miembro del directorio de la Asofamech y decana de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo**, expresó que, si se quiere realmente tener resolutivez, que es lo que va a aportar para disminuir la lista de espera y tener atención en todas partes, es necesario formar equipos. Enfatizó que trabajar en

solitario en lugares aislados es inviable, especialmente en especialidades como cirugía, donde se requiere equipo para poder operar con seguridad, mantener continuidad de atención y garantizar una calidad de vida laboral adecuada.

Adicionalmente, para ser más resolutivos hay que tener equipamiento en el lugar donde uno está. Así, si un otorrinolaringólogo tiene un microscopio, un nasofibroscopio, acceso a cirugías mínimamente invasivas, por supuesto que va a tener mayor capacidad para resolver problemas, porque, de otro modo, solo va a poder realizar una cirugía simple.

Por su parte, la **doctora Giselle Myer, secretaria general de la Asofamech y decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte**, subrayó la necesidad de una mayor articulación institucional entre todos los actores involucrados en la formación de especialistas: universidades, Asofamech, Ministerio de Salud y demás entidades relacionadas.

Propuso mejorar los mecanismos de coordinación interinstitucional para que las políticas de formación respondan mejor a las necesidades reales del país, especialmente de las regiones. Esta sinergia permitiría optimizar la distribución de los recursos humanos en salud y favorecer la permanencia de profesionales donde más se los necesita.

Complementando lo señalado por el doctor Orellana en cuanto al costo de formar especialistas, observó que no se ha mencionado lo que cobran los distintos campos clínicos para los becados. La universidad recibe un monto que aporta el Ministerio por formar especialistas, pero la otra parte se la quitan los campos clínicos, porque tienen que pagar una suma importante, que es variable; de norte a sur de Chile podrían cobrar entre 6 y 18 UF por becado; no se ha fijado ninguna pauta y el cobro que hacen por tener a los becados en los campos clínicos es totalmente arbitrario.

Luego, la **doctora Ana María Moraga Palacios, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción**, centró su exposición en dos ejes fundamentales: la necesidad urgente de enfrentar el problema crónico de las listas de espera y los obstáculos estructurales para aumentar la formación de especialistas en Chile. Como epidemióloga, planteó que ante una crisis sanitaria de gran magnitud como la actual, se requieren dos estrategias simultáneas: una inmediata, orientada a reducir el daño actual (listas de espera), y otra de largo plazo, enfocada en prevenir que esta situación se repita.

En cuanto a la estrategia inmediata, destacó el rol que pueden asumir las universidades, el Colegio Médico y las sociedades científicas mediante la realización de operativos médicos, que ya se ejecutan en la Universidad de Concepción, para colaborar con los servicios de salud en la reducción de listas de espera. Sin embargo, recalcó que estas son soluciones de corto plazo y que el

verdadero cambio requiere reformas estructurales en el sistema de formación médica.

Sobre este punto, subrayó las limitaciones que impiden ampliar los cupos de formación de especialistas. Aunque la Universidad de Concepción cuenta con 34 programas de especialización, aumentar cupos requiere contratar más docentes, algo que se ve obstaculizado por la normativa vigente. En concreto, los médicos que trabajan en hospitales públicos no pueden sobreponer horas docentes a sus funciones asistenciales, lo que desincentiva la docencia clínica. Esta incompatibilidad, explicó, impide contratar más médicos con doble rol (asistencial y docente), lo que frena la expansión de la oferta de especialistas.

Además, recalcó que la mayoría de los médicos cumple con el Período Asistencial Obligatorio (PAO), y que los incumplimientos son minoritarios. A su juicio, el foco no debe estar solo en las sanciones, sino en asegurar una planificación estratégica de la distribución de los especialistas. Estimó necesario contar con diagnósticos epidemiológicos regionales que permitan asignar especialistas según las necesidades reales de los territorios, dotando además a esos centros de salud con los recursos y tecnologías adecuadas.

Finalmente, hizo un llamado a revisar el lenguaje y la visión centralista que subyace en expresiones como “irse a región”, recordando que todo el país está dividido en regiones, incluidas la Metropolitana y el Biobío. Concluyó enfatizando la urgencia de articular mejor la formación médica con las necesidades del sistema público de salud, eliminando trabas administrativas que impiden una respuesta eficiente y equitativa al problema sanitario del país.

8. [Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas \(CRUCH\)](#).

La **doctora Vilma Mansilla Guevara, de la Universidad de Tarapacá e integrante de la Comisión Multidisciplinaria de Salud del CRUCH**, resaltó la problemática de la falta de arraigo de los médicos especialistas en regiones extremas como Arica, pese a que una mayoría significativa de los estudiantes de medicina en su universidad son originarios de esa zona. A su juicio, esto representa una gran oportunidad perdida, ya que quienes provienen del territorio tienen mayor predisposición a quedarse si se dan las condiciones adecuadas.

Propuso que las universidades regionales trabajen estrechamente con los Servicios de Salud para identificar las necesidades específicas de especialistas (como oftalmólogos, actualmente ausentes en Arica), y sugirió que se generen mecanismos de incentivo dirigidos a los mejores egresados, ofreciéndoles acceso temprano a becas de especialización en otras universidades, con la garantía de retornar luego a la región. Esto permitiría alinear las necesidades sanitarias

locales con las oportunidades de formación profesional, ayudando así a construir capital humano especializado y territorialmente comprometido.

La **doctora Lorena Cifuentes Águila, profesora asociada del Departamento de Pediatría de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile e integrante del CRUCH**, dijo que, desde su experiencia como exdirectora de Postgrado en la UC y participante activa en Asofamech y en el trabajo con el Ministerio de Salud, es necesario abordar dos ejes fundamentales: formación y retención de especialistas.

En materia de formación, destacó avances importantes en los procesos de asignación de becas, especialmente para subespecialidades, que han permitido aumentar los cupos disponibles sin necesidad de más recursos económicos, simplemente a través de una mejor coordinación y centralización de información entre universidades y el Minsal. Además, valoró cambios legales que han permitido a médicos recién egresados postular a becas de cuatro años (como las de Conicyt), algo antes restringido a funcionarios del sistema público.

En cuanto a la retención, enfatizó que los incentivos económicos no han sido efectivos, y que una medida clave sería evitar el envío de especialistas en solitario a zonas remotas. Subrayó la necesidad de fomentar el trabajo en equipos médicos, que permitan generar comunidad, soporte profesional y proyectos conjuntos. También destacó la importancia de fortalecer universidades regionales como núcleos de desarrollo médico local, incluyendo mecanismos que permitan a médicos formarse en universidades centrales y retornar como docentes o profesionales vinculados a su alma mater.

También abordó un obstáculo legal: actualmente, un médico especialista debe devolver su PAO (período asistencial obligatorio) antes de acceder a una subespecialidad, lo cual retrasa la formación, rompe el flujo del proceso educativo y muchas veces frustra vocaciones académicas o clínicas avanzadas. Planteó que permitir la formación continua con compromisos acumulativos de devolución (en lugar de secuenciales) podría evitar esa pérdida de talento.

Más adelante, destacó la necesidad de abordar el problema de las listas de espera en salud desde una perspectiva multifactorial. Subrayó la importancia del trabajo conjunto entre las comisiones de pregrado y posgrado con el Ministerio de Salud para optimizar la formación médica, incluso con recursos limitados. Señaló que muchas veces los cupos formativos no se usan por problemas de gestión más que por falta de financiamiento, aunque ha habido mejoras en ese ámbito. También recalcó la importancia de la retención de profesionales en el sistema y explicó que, si bien los operativos universitarios ayudan a reducir listas de espera de forma inmediata, la solución real es a largo plazo. Para ello, es fundamental formar más y mejores médicos, capacitados para hacer derivaciones eficientes y oportunas, lo que evitaría complicaciones graves y reduciría la sobrecarga del sistema. Finalizó señalando que solo con una buena formación y

retención se puede cerrar el círculo que permite resolver y prevenir nuevas listas de espera.

9. [Exministro de Salud y director médico de la Clínica MEDS, Enrique Paris.](#)

El exministro Enrique Paris centró su exposición en el problema de las listas de espera en el sistema de salud chileno. Desde el inicio, destacó que esta situación no es exclusiva de Chile, ya que afecta a muchos países desarrollados y se ha agravado en los últimos años, particularmente debido al envejecimiento de la población, que aumenta la demanda de atención médica y el consumo de medicamentos.

Enfatizó que el Estado de Chile, y no exclusivamente el gobierno de turno, es el responsable de abordar el problema de salud pública. Según las cifras presentadas, en 2024 había 77.000 casos pendientes en la lista GES, 390.000 cirugías en espera y 2.600.000 consultas pendientes, lo que representa un aumento significativo en comparación con el año anterior. Destacó que parte de este incremento se debe a problemas de gestión, como el uso ineficiente de los pabellones quirúrgicos, cuya tasa de suspensión en Chile es del 8 por ciento, frente al 3 por ciento internacional.

También abordó la problemática de las suspensiones quirúrgicas, mencionando que en 2024 se registró una disminución en las cifras oficiales, pero que se debió a un cambio metodológico que clasificó muchas causas como administrativas en lugar de atribuibles a los pacientes. Esto, a su juicio, refleja deficiencias de gestión que podrían corregirse para mejorar el uso de los recursos disponibles.

Destacó la importancia de modernizar el manejo de las listas de espera y la necesidad de una ficha clínica electrónica que permita compartir información entre centros de salud, evitando así cancelaciones por falta de documentación. Además, sugirió revisar la gestión del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y fortalecer la atención primaria mediante incentivos para que especialistas trabajen en esta área.

Otro punto crítico fue la mala distribución de especialistas, concentrados principalmente en la Región Metropolitana, Valparaíso y Biobío, mientras que regiones del norte y sur carecen de atención especializada, lo que obliga a trasladar pacientes en condiciones adversas.

Instó a dejar de culpar a la pandemia por los problemas actuales en salud y enfocarse en mejorar la gestión y la equidad en el acceso a la atención, a la vez que propuso una mejor integración público-privada y el reconocimiento de especialidades básicas en la atención primaria como parte de la solución. A su juicio, la salud debe ser un derecho universal garantizado por el Estado, sin depender de la capacidad económica del paciente.

Haciéndose cargo de las consultas de la Comisión, el señor Paris abordó la evolución de su perspectiva sobre la gestión sanitaria, destacando que el contexto y la experiencia en el cargo modificaron su visión anterior como presidente del Colegio Médico. Señaló que el gobierno actual ha avanzado en hacer resolutive la atención primaria, aunque considera que el progreso ha sido insuficiente.

Subrayó la necesidad de contar con especialistas en la atención primaria, destacando disciplinas como medicina interna, pediatría, obstetricia y psiquiatría, además de contar con exámenes de laboratorio en los centros de salud primaria para evitar derivaciones innecesarias a hospitales.

Señaló que la existencia de las listas de espera es un fenómeno mundial que debe ser abordado con criterios claros y permanentes en el tiempo, evitando modificar indicadores estadísticos que dificulten la comparación histórica. Asimismo, propuso mejorar la formación y retención de especialistas en regiones para disminuir la desigualdad territorial en salud.

Finalmente, destacó la importancia de una gestión eficiente y despolitizada en los servicios de salud, con continuidad en los cargos de dirección y aprovechamiento de profesionales capacitados, independientemente del cambio de administración gubernamental.

Concluyó reiterando la necesidad de abordar las listas de espera como un problema estructural del sistema de salud chileno y promover un acceso equitativo a la atención médica, especialmente para patologías graves como el cáncer, que presentan un retraso significativo en su atención.

10. [Director \(s\) del Hospital de Antofagasta, Pedro Usedo López.](#)

El director subrogante del Hospital Regional de Antofagasta, señor Pedro Usedo, presentó un diagnóstico exhaustivo de la situación del hospital y los problemas que enfrenta como institución de referencia en la macrozona norte de Chile. El hospital de Antofagasta es un centro de alta complejidad que atiende no solo a la población local, sino también a personas de regiones cercanas, como Arica, Iquique y Copiapó. Esto genera una alta demanda asistencial, agravada por el hecho de que, al ser el último eslabón de la cadena de salud en el norte, cuando no es posible resolver los casos complejos localmente, los pacientes deben ser trasladados a Santiago. Además, la región carece de un sistema privado robusto que pueda complementar la atención pública, lo que hace que el hospital asuma incluso casos del sistema privado.

Uno de los problemas estructurales destacados es la falta de personal médico especializado, especialmente en áreas críticas como oncología, traumatología, reumatología y salud mental. El hospital enfrenta dificultades para retener médicos una vez que terminan su Período Asistencial Obligatorio (PAO), ya que muchos profesionales optan por migrar a otras regiones o reducir sus horas de

trabajo en el hospital público debido a mejores condiciones en el sector privado. Ejemplos emblemáticos son la falta de oncólogos tras la finalización del PAO y el limitado número de cardiólogos y reumatólogos, lo que agrava la situación de listas de espera.

Además, señaló que el 91 por ciento de la población de Antofagasta es usuaria de Fonasa, lo que ejerce una presión significativa sobre un sistema ya colapsado, especialmente tras la implementación del Copago Cero. Aunque esta medida es positiva en términos de acceso, ha generado un aumento en la demanda de servicios médicos, superando la capacidad de respuesta del hospital.

La pandemia también generó un cambio epidemiológico importante, ya que actualmente las principales patologías atendidas en urgencia están relacionadas con salud mental y traumas. Esto ha generado una sobrecarga adicional en servicios de urgencia, con camas ocupadas por pacientes psiquiátricos sin posibilidad de ser derivados a centros especializados, dado que el hospital no cuenta con psiquiatras infanto-juveniles suficientes.

Por otro lado, el modelo de concesión del hospital ha mostrado serias falencias en infraestructura y mantenimiento, lo que afecta tanto al personal como a la atención de pacientes. Problemas como la falta de climatización en áreas críticas, fallas en pabellones quirúrgicos y la paralización de la unidad de esterilización han tenido un impacto directo en la capacidad operativa del hospital. Además, el director mencionó que la falta de especialistas y el ausentismo laboral recurrente incrementan el tiempo de espera para cirugías y consultas especializadas.

El director también hizo referencia al fenómeno migratorio que ha incrementado la demanda en el hospital, al tiempo que mencionó el desgaste laboral del personal médico y las renunciaciones constantes, especialmente en áreas con turnos nocturnos y de alta exigencia. A pesar de los esfuerzos realizados para implementar mejoras en gestión y procesos internos, el contexto geográfico y la falta de un sistema de apoyo privado siguen siendo factores limitantes para una adecuada atención.

Al responder consultas de los diputados, destacó la responsabilidad de la concesionaria Salud Siglo XXI y el rol del Ministerio de Obras Públicas (MOP) en los planes de mitigación.

En relación con el plan de mitigación, aclaró que el MOP es quien debe rendir cuentas sobre dicho plan, ya que actualmente se encuentra en evaluación. A pesar de ello, el hospital ha asumido medidas inmediatas cuando han ocurrido contingencias, ya que, en lugar de ser notificados por la concesionaria, han sido ellos quienes informan al inspector fiscal y, posteriormente, este informa a la concesionaria. Ejemplos de estos problemas incluyen la afectación de los pabellones quirúrgicos y el colapso del laboratorio, lo que obligó al hospital a buscar apoyo en clínicas privadas y enfrentar retrasos en los pagos por parte de la concesionaria.

Respecto al puente aéreo para exámenes de laboratorio, el Dr. Usedo expresó que si bien existe la posibilidad de derivar muestras a la Región Metropolitana, en la práctica, estos procedimientos son inviables para casos urgentes, debido al tiempo de traslado y procesamiento. Esto quedó demostrado durante la pérdida del equipamiento de biología molecular para exámenes PCR respiratorios, donde los resultados, en lugar de estar listos en una hora, tardaron tres días. Además, destacó que el manejo de muestras biológicas de riesgo enfrenta dificultades operativas debido a las regulaciones de las aerolíneas, lo que complica la respuesta inmediata ante emergencias.

Al ser consultado sobre los reportes de incidencias, explicó que el hospital utiliza el Sistema Informático de Comunicaciones (SIC) para informar al inspector fiscal sobre contingencias menores y el sistema COGRID para situaciones más graves. Sin embargo, la falta de rigurosidad por parte de la concesionaria provoca que los problemas operativos persistan, afectando principalmente el inicio de las actividades quirúrgicas por condiciones inadecuadas de temperatura y humedad en los pabellones.

Otro tema abordado fue la seguridad en el hospital, en el que explicó que el centro de salud está ubicado en una zona de alto riesgo, lo que aumenta las situaciones de violencia que enfrentan los funcionarios, especialmente en el servicio de urgencia. La presencia de imputados como pacientes genera complicaciones adicionales en cuanto a control de visitas y protocolos de seguridad. Solicitó el apoyo de los parlamentarios para mejorar la protección del personal hospitalario.

Por último, habló sobre el impacto del fenómeno migratorio en el acceso a la salud y la escasez de especialistas en la región. Afirmó que muchos pacientes migrantes buscan atención debido a enfermedades crónicas, como el VIH, lo que incrementa la demanda en el hospital. Además, destacó la falta de un sistema eficaz para retener a los médicos especialistas que llegan a Antofagasta, lo que repercute directamente en el aumento de las listas de espera.

En conclusión, enfatizó que, aunque el hospital realiza esfuerzos significativos para enfrentar las contingencias, la falta de coordinación con la concesionaria, los problemas logísticos y el déficit de personal especializado siguen siendo desafíos importantes que requieren el apoyo de políticas públicas más efectivas.

Al concluir, expresó su compromiso de seguir trabajando en la optimización de los recursos disponibles, pero hizo un llamado a considerar las particularidades del hospital como centro de referencia para la macrozona norte, enfatizando que muchos de los problemas trascienden la gestión local y requieren soluciones estructurales de nivel central.

11. Director Servicio de Salud de Antofagasta, Francisco Grisolia.

El Director del Servicio de Salud de Antofagasta, doctor Francisco Grisolia, expuso sobre los problemas estructurales y de gestión que afectan la generación de listas de espera en el Hospital Regional de Antofagasta, así como los esfuerzos realizados para enfrentar estas dificultades.

En relación con el informe N°400 de la Contraloría sobre listas de espera no GES, señaló que este se aplicó en varios establecimientos, incluido el Hospital Regional. Dicho informe, recibido en agosto de 2024, contiene diez observaciones, las cuales fueron respondidas a través del sistema informático de la Contraloría. Además, en enero de 2025, se realizó una visita de validación de respuestas por parte de la Contraloría, cuyo nuevo informe aún está en espera. Como resultado del informe, se ordenó un sumario administrativo, que el propio hospital ya había iniciado en mayo de 2024, debido a problemas previamente detectados. Actualmente, el sumario está en la etapa de formulación de cargos.

Destacó que el hospital es de alta complejidad, cuenta con 671 camas, 45 box de consulta, 15 pabellones, un laboratorio clínico, unidades de pacientes críticos, salas de parto integral y una unidad de emergencia. A pesar de ser un centro de referencia para la macrozona norte, enfrenta el desafío del incremento en la población usuaria de Fonasa. Desde su entrega en 2017, la población beneficiaria ha aumentado del 70 por ciento al 95 por ciento, alcanzando los 653.000 usuarios, lo que genera una presión significativa en la red de salud.

Entre los problemas estructurales mencionados, se destacan: el sistema de registro SIGTE, la brecha significativa de especialistas, cambios en la complejidad hospitalaria y fallas en los servicios concesionados. Además, en términos de gestión, se reconocen deficiencias en el registro clínico y en la integración de sistemas locales. Para abordar estos desafíos, se han implementado iniciativas como el sistema Rayen, que ya opera en la atención primaria y está siendo ampliado a otros establecimientos.

También enfatizó la falta de especialistas en la región, lo cual es un factor determinante en la resolución de listas de espera. A esto se suman problemas como la complejización de camas, que requiere más personal, y el déficit de camas hospitalarias en la región, que se sitúa muy por debajo de los estándares recomendados por la OCDE.

Otro aspecto crítico señalado fueron las fallas en los servicios provistos por la concesionaria Salud Siglo XXI, que incluyen problemas recurrentes en aseo, infraestructura, mantenimiento y gestión de residuos. Algunos de los incidentes más graves incluyen fugas de gas, filtraciones de aguas servidas, incendios y fallas en los sistemas de climatización, lo que ha afectado directamente la operatividad del hospital y la realización de cirugías.

A pesar de estos problemas, el hospital ha logrado mantener una producción significativa, con más de 170.000 consultas médicas anuales, 9.500

intervenciones quirúrgicas y más de 200.000 procedimientos, ante lo cual destacó el esfuerzo del equipo de salud y los avances en la implementación de nuevos sistemas para mejorar la gestión de listas de espera.

Al responder consultas de los diputados, informó sobre los avances en la reducción de la lista de espera oncológica, destacando programas financiados que abordan tanto el diagnóstico temprano como el tratamiento. Anunció la próxima inauguración de un acelerador lineal y la ampliación de la unidad de quimioterapia del Centro Oncológico Norte. Además, se están diseñando instalaciones oncológicas en Calama, incluyendo cuatro sillones de quimioterapia que estarán disponibles en 85 días, lo que permitirá atender el 70 por ciento de los casos oncológicos locales y liberar cupos en Antofagasta. Respecto a la lista de espera en general, señaló que se han implementado medidas para depurarla y resolver casos, informando cifras actualizadas: 14.626 en odontología, 8.286 en intervenciones quirúrgicas y 66.904 en consultas de especialidad médica.

Concluyó señalando que, aunque la situación es compleja, se están haciendo esfuerzos significativos para optimizar la gestión hospitalaria y resolver los problemas estructurales que afectan la calidad de la atención médica.

12. [Seremi Salud de Antofagasta, Alberto Godoy Tordoya.](#)

El Secretario Regional Ministerial de Salud de Antofagasta, doctor Alberto Godoy Tordoya, se refirió al uso de los chiller en el hospital. Cuando se generó el evento del incendio, se realizó una inspección por parte de la Seremi de Salud, en donde se levantaron exigencias a la concesionaria para que pudiese presentarlas.

Estas fueron respondidas parcialmente en un plazo de 48 horas, que fue el que se le entregó a la concesionaria. La autoridad sanitaria no fue informada por la concesionaria respecto de la instalación de estos chiller de emergencia y tampoco recibió denuncias en relación con los problemas de ruidos. Por esa razón, a la fecha no ha hecho una fiscalización al respecto. Sin embargo, entendiendo la problemática y tomando conocimiento como autoridad sanitaria de lo que está ocurriendo a nivel del hospital, ya se instruyó la fiscalización respectiva para ver el impacto que está teniendo y, obviamente, se evaluarán las medidas que correspondan de conformidad con el Código Sanitario y la normativa en cuanto a la emisión de ruidos y otras acciones que puedan estar ocurriendo.

13. [Presidente COLMED de Antofagasta, Michel Marín Espinoza.](#)

El Presidente del Colegio Médico de Antofagasta, doctor Michel Marín Espinoza, expuso sobre tres temas centrales: la falta de especialistas en la

región, la situación crítica de la oncología y salud mental, y los problemas con la concesión del hospital.

Acerca de la falta de especialistas, destacó la dificultad para formar especialistas en la región debido a problemas estructurales, como la dualidad de contratos entre el hospital y la universidad, que impide la formación clínica adecuada en el horario hospitalario. Además, enfatizó la importancia de motivar a los profesionales con arraigo local a quedarse en Antofagasta y de mejorar las condiciones laborales para quienes llegan desde otras zonas. Propuso incentivar la permanencia mediante mejores recursos y condiciones laborales, en lugar de imponer obligaciones.

Sobre la situación oncológica y de salud mental, señaló que Antofagasta presenta una alta incidencia de cáncer debido a factores ambientales y cuenta con recursos insuficientes, como la falta de oncólogos y radioterapeutas, además de equipos incompletos o defectuosos, como los aceleradores lineales y el PET-CT. Para enfrentar esta crisis, propuso enfocarse en el diagnóstico precoz mediante exámenes preventivos accesibles. Asimismo, expresó preocupación por la falta de especialistas en salud mental infanto-juvenil, un problema agravado por el impacto de la pandemia.

En lo tocante a los problemas de la concesión hospitalaria, criticó la planificación del hospital, inicialmente diseñado como un recinto de baja complejidad pese a su rol en la macrozona norte. La falta de personal para camas medias y críticas sigue siendo un desafío. Además, denunció falencias en el sistema concesionado, donde la empresa gestora no cumple con las reparaciones necesarias, como el cambio de ampollitas, debido a la autocalificación positiva en sus evaluaciones. Asimismo, cuestionó el papel de los inspectores técnicos de obras (ITO), dependientes del MOP, en la supervisión de infraestructura hospitalaria.

Al concluir, hizo un llamado a replantear el enfoque en salud pública en la región, mejorando la capacitación local de especialistas, incentivando el arraigo profesional, fortaleciendo el diagnóstico precoz de cáncer y revisando los contratos de concesión para garantizar una gestión efectiva de los recursos hospitalarios.

14. [Secretaría del Consejo Consultivo de Usuarios \(CCU\) del Hospital Regional de Antofagasta, Ivanica Ostoic Muñoz.](#)

La señora Ivanica Ostoic expuso en representación del Consejo Consultivo de Usuarios del Hospital Regional de Antofagasta, denunciando la falta de participación ciudadana efectiva en la gestión hospitalaria. Aunque el director del hospital cumple con reuniones obligatorias según la ley N°20.500, no se concretan soluciones ni acuerdos, dejando a la comunidad sin respuesta ante las problemáticas recurrentes.

En cuanto a problemas de participación y transparencia, la señora Ostoic enfatizó que la comunidad se siente excluida de los procesos de toma de decisiones y señaló que el Consejo Consultivo no es tomado en cuenta, a pesar de su rol legal. Además, denunció que la falta de información clara por parte de la autoridad hospitalaria genera desconfianza en la comunidad.

En materia de falencias en infraestructura y gestión hospitalaria, criticó que después de siete años de funcionamiento del hospital aún persistan problemas estructurales graves. Además, la concesionaria del hospital impide el acceso a reuniones del consejo en múltiples ocasiones, lo que limita la gestión comunitaria. También destacó que la red de salud está fragmentada, afectando la continuidad de la atención tras el alta médica.

También planteó la necesidad de redes colaborativas. Al respecto, propuso fortalecer el trabajo en red entre todos los actores del sistema de salud y fomentar la transparencia mediante reuniones abiertas con la comunidad. También planteó que las autoridades sanitarias deben realizar visitas periódicas para asesorar y supervisar la gestión hospitalaria de manera constante.

En conclusión, llamó a construir un sistema de salud integral y participativo, donde la voz ciudadana sea escuchada y se garantice el derecho a la salud como un derecho universal, promoviendo la colaboración entre instituciones y la comunidad para enfrentar los desafíos actuales.

15. [Presidente de la Asociación de Enfermeros y Enfermeras hospital regional de Antofagasta, José Carrera.](#)

El Presidente de la Asociación de Enfermeros y Enfermeras del hospital regional de Antofagasta, José Carrera, expuso sobre los problemas operativos que enfrenta el hospital concesionado donde trabaja, lo que contribuye al aumento de las listas de espera. Señaló que, aunque el hospital cumple formalmente con ciertos indicadores, hay graves falencias en servicios fundamentales como alimentación, aseo y gestión de residuos.

Además, denunció problemas de infraestructura, como tuberías en mal estado, lo que afecta la operatividad y pone en riesgo el funcionamiento del hospital.

También mencionó que algunas soluciones no requieren más recursos, sino una mejor gestión interna, como lo demostrado por los Centros Regionales de Resolución (CRR), que optimizan el uso de pabellones sin aumentar el personal.

Por último, propuso implementar controles biométricos para todos los funcionarios, incluidos los médicos, para mejorar la eficiencia en la atención.

En lo referente al ajuste presupuestario, expresó su preocupación por el impacto económico en el hospital debido a fallas en la infraestructura. Puso

como ejemplo problemas en la climatización de los pabellones entre el 10 y el 28 de febrero de 2023, que afectaron el 82 por ciento de su funcionamiento. Esto provocó una disminución en los ingresos hospitalarios, ya que los procedimientos realizados fuera de la institución no fueron reconocidos por Fonasa, generando una merma económica significativa. Advirtió que estos problemas deben considerarse en el futuro para mitigar pérdidas similares.

16. [Presidenta de la FENTESS, Marta Ponce Parra.](#)

En su intervención, la señora Marta Ponce, presidenta de la Federación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud de Antofagasta, agradeció a la comisión parlamentaria por visitar el hospital, destacando que esta acción fue lo más adecuado en el contexto actual.

Expresó su frustración debido a que, a pesar de reiteradas solicitudes, la ministra de Salud no ha visitado el recinto, enviando en su lugar al subsecretario, cuya presencia consideró infructuosa al no aportar soluciones concretas.

Durante su exposición, valoró especialmente la propuesta relacionada con la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast), ya que abordaría la problemática de la falta de insumos y prótesis, situación que afecta significativamente a los funcionarios. A modo de ejemplo, mencionó el caso de una funcionaria de 38 años que lleva cinco años en lista de espera traumatológica debido a la ausencia de prótesis necesarias, acumulando más de 2.400 días de ausentismo laboral.

Enfatizó que el elevado nivel de ausentismo en el hospital no se debe al personal en pabellón, sino a problemas relacionados con la concesionaria, pacientes mal preparados y la prolongación de intervenciones quirúrgicas. Finalmente, reiteró la necesidad de resolver estos problemas para reducir el ausentismo y mejorar las condiciones laborales y de atención en el hospital.

17. [Coordinadora Zonal de FENPRUSS Antofagasta, Marión Cuevas Jiménez.](#)

La señora Marión Cuevas Jiménez, Coordinadora Zonal de FENPRUSS Antofagasta, manifestó su preocupación por la gestión de la concesionaria a cargo del hospital, la empresa española Sacyr. Señaló que el contrato vigente había generado múltiples problemas en la atención de salud, lo cual impactó negativamente en los pacientes en listas de espera, poniendo en riesgo sus vidas. Hizo un llamado a que el Estado asuma su responsabilidad en la fiscalización de estos contratos, ya que consideró fundamental que el cumplimiento de los acuerdos estuviera garantizado.

Enfatizó que el problema principal residía en la concesionaria y afirmó que, aunque el contrato no podía modificarse, se debía hacer responsable al Estado de Chile por garantizar una atención de calidad. Expresó que, a diferencia de otras obras de infraestructura como carreteras o aeropuertos, en salud cualquier demora puede significar la diferencia entre la vida y la muerte. Por esta razón, solicitó que el inspector fiscal asignado tuviera conocimientos específicos en salud para enfrentar adecuadamente los problemas del sector.

Además, denunció que la concesionaria prefería pagar multas económicas, consideradas irrisorias, antes que realizar el mantenimiento adecuado de las instalaciones, lo que había llevado a situaciones críticas, como el colapso de pabellones y fallas en la climatización. Relató que incluso el gerente anterior de la empresa había admitido esta estrategia frente a diversas autoridades.

También destacó el compromiso y esfuerzo del personal del hospital, quienes, a pesar de las condiciones adversas, continuaban atendiendo a los pacientes. Sin embargo, expresó que la falta de recursos y los problemas de infraestructura afectaban el clima laboral y la estabilidad de los trabajadores, lo que había derivado en renunciaciones y en un aumento de la carga laboral.

Finalmente, lamentó que los informes oficiales no reflejaran la realidad vivida en el hospital y pidió que se realizara una investigación exhaustiva sobre el estado actual de las instalaciones y la gestión de la concesionaria. Insistió en que el Estado debía garantizar una salud pública de calidad, pues el hospital atendía a los sectores más vulnerables, quienes sufrían especialmente por las deficiencias del sistema.

En cuanto a una consulta referida al ajuste presupuestario, aseveró que obviamente va a afectar el presupuesto y la atención. El año pasado, el sector salud tuvo problemas para terminar el año presupuestario. Sin embargo, se hicieron todas las gestiones y se sacó el trabajo adelante, con un presupuesto recortado. Este año 2025, de lo que teníamos programado para doce meses, hoy sólo hay presupuesto para diez. Esto incidirá en las listas de espera, pues no se trata sólo de la falta de especialistas en este hospital, sino de la falta del recurso humano en general. Las camas no se visten solo con el personal médico, sino también con el personal clínico de apoyo.

18. [Jefe del Servicio de Traumatología y Ortopedia, Juan Péndola.](#)

El doctor Juan Péndola, jefe del Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Regional de Antofagasta, expuso ante la comisión sobre el aumento significativo de la lista de espera en su especialidad, atribuyéndolo a diversos factores epidemiológicos como el incremento de accidentes vehiculares y la migración, lo que ha generado un alza exponencial de fracturas y hospitalizaciones. Comparó la situación actual con su experiencia previa,

destacando que el número de pacientes con fracturas diarias ha aumentado considerablemente, pasando de dos o tres a entre seis y nueve casos, muchos de ellos con múltiples fracturas que requieren intervenciones complejas y prolongadas.

Subrayó que la demanda quirúrgica derivada de estas situaciones agudas ha afectado la capacidad de atención de patologías crónicas, ya que el tiempo en quirófano se destina prioritariamente a emergencias traumatológicas. Además, mencionó que el servicio enfrenta un déficit de especialistas, ya que muchos médicos optan por trabajar en el sector privado después de completar su período de devolución de becas, a pesar de los esfuerzos realizados para retenerlos.

El hospital también ha perdido más de un centenar de horas de atención médica debido a la partida de profesionales, lo que afecta la capacidad operativa. Aunque han implementado estrategias para mitigar esta situación, como el apoyo de médicos generales en tareas básicas, el déficit persiste, generando un círculo vicioso en la gestión de pacientes hospitalizados y en lista de espera.

Estimó imprescindible contar con más profesionales, mayor disponibilidad de pabellones y estrategias efectivas para atraer y retener a los especialistas, ya que la situación actual limita gravemente la capacidad de respuesta del servicio ante la creciente demanda.

19. Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular, Javier Labbé.

El doctor Javier Labbé, jefe de la Unidad de Cirugía Cardiovascular del Hospital Regional de Antofagasta, expuso sobre las problemáticas que enfrenta el sistema de salud en el norte de Chile, especialmente en el área de cirugía cardiovascular. Destacó su arraigo con la zona y la importancia de un hospital eficiente para la región. Sin embargo, señaló que existen múltiples dificultades operativas y de gestión.

Uno de los principales problemas abordados fue la lista de espera en cirugía cardiovascular, la cual se reduce solo cuando los pacientes fallecen, ya que muchos no pueden esperar tanto tiempo para ser operados. Además, lamentó que no exista un registro centralizado y accesible de pacientes en la macrozona norte, lo que provoca que algunos enfermos no aparezcan formalmente en las listas de espera. Aunque se han intentado soluciones con unidades prequirúrgicas y el uso de Excel, estas han sido insuficientes.

Otro problema mencionado fue la falta de comunicación efectiva entre las regiones del norte. Explicó que los pacientes y especialistas deben desplazarse en bus, ya que no existen vuelos directos entre ciudades del norte. También subrayó que la baja densidad de cirugías cardiovasculares en ciudades como Arica e Iquique impide establecer centros especializados allí, lo que obliga a centralizar las operaciones en Antofagasta.

También se refirió al problema de infraestructura y equipamiento del hospital. Indicó que el único pabellón disponible para cirugía cardíaca ya resulta insuficiente, mientras que algunos pabellones permanecen desocupados por falta de organización. Además, el equipamiento actual está obsoleto, pues data del año 2011, lo que pone en riesgo la continuidad de las cirugías.

En cuanto a recursos, alertó sobre la falta de un equipo esencial para monitorear los gases en sangre, lo que podría provocar la suspensión de las cirugías cardíacas. A pesar de ser la región más rica de Chile, el hospital no cuenta con los 70 millones de pesos necesarios para adquirirlo.

El tema de los trasplantes cardíacos también fue abordado, ya que el norte de Chile carece de un sistema eficiente para la recolección y traslado de órganos, lo que genera una pérdida significativa de donaciones. Según el doctor, la falta de un centro de referencia en Antofagasta y la ausencia de políticas claras han provocado que los órganos de fallecidos en ciudades del norte no sean utilizados.

Finalmente, expresó que el hospital carece de una proyección clara a futuro y que existe una excesiva dependencia de la concesionaria como excusa para la inacción. Subrayó que no solo el financiamiento es importante, sino también atraer especialistas mediante proyectos ambiciosos y sueños de desarrollo profesional. A su juicio, la falta de visión estratégica debilita el sistema de salud en la región, lo que puede comprometer su sostenibilidad a largo plazo.

20. Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Francisco Bueno.

El jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Antofagasta expuso sobre los problemas que enfrenta su área, destacando las dificultades relacionadas con la infraestructura y la gestión del personal. Mencionó que la lista de espera es multifactorial y que, aunque se identifican los problemas, falta implementar soluciones concretas.

El hospital funciona bajo un modelo de concesión que involucra tres actores: la dirección del hospital, el administrador del contrato y la sociedad concesionaria, destacando el incumplimiento de algunos aspectos contractuales. La infraestructura del hospital está desorganizada, con servicios críticos distribuidos en distintos pisos, lo que dificulta la gestión de urgencias y la atención continua.

Además, hay una escasez de personal médico, con dificultades para cubrir turnos debido a la falta de incentivos y vacantes sin reemplazo. Esto aumenta el riesgo en la atención, especialmente en situaciones de emergencia obstétrica y casos de violencia sexual, que requieren atención especializada y prolongada.

Por último, solicitó mejorar la dotación de médicos y revisar el uso de la infraestructura para optimizar los procesos de atención, destacando la

necesidad de modificar contratos y aumentar la cantidad de residentes para garantizar un servicio seguro y eficiente.

21. [Ginecólogo hospital de Antofagasta, Robert Lehnert.](#)

El doctor Robert Lehnert, ginecólogo con 17 años de experiencia en el hospital, expuso ante la comisión los motivos que, según él, generan la lista de espera en el establecimiento. En primer lugar, mencionó el maltrato laboral, incluyendo acoso y corrupción, que ha resultado en numerosas licencias médicas y su propia suspensión injustificada por tres años, afectando a 500 pacientes. En segundo lugar, criticó a los directores del hospital por enfocarse en encubrir irregularidades en lugar de priorizar la atención a los pacientes, presentando pruebas de encubrimientos y conflictos de interés. Finalmente, abordó el problema de los pagos y la falta de incentivos para que los especialistas permanezcan en sus regiones de origen, proponiendo que el sistema de asignación considere el arraigo familiar y local.

22. [Representante de pacientes, Rosa Pérez Zambrano.](#)

En su intervención, Rosa Pérez Zambra, presidenta de la Asociación de Pacientes, expresó su preocupación por la gestión de los servicios de salud, destacando la falta de organización y coordinación entre los distintos servicios hospitalarios. Criticó especialmente el modelo de hospital concesionado, considerando que incrementa los costos para el Estado. Además, compartió su experiencia personal de espera prolongada y negligencia médica en el sistema público, lo que derivó en el deterioro de su salud. También denunció la falta de ética de algunos médicos extranjeros y la inacción de las autoridades del hospital frente a sus problemas. Finalmente, hizo un llamado urgente a mejorar la gestión hospitalaria y a garantizar la atención adecuada a los pacientes, evitando que otros sufran situaciones similares.

23. [Presidenta ONG, Centro de Obesidad y Reconstrucción PODES, Carolina Lillo.](#)

Carolina Lillo, Presidenta Nacional de la ONG Centro Integral Podes, abordó en su exposición la problemática de las listas de espera y la gestión deficiente de las operaciones de abdominoplastia y tratamientos de obesidad en Chile. Desde 2015, la ONG trabaja en estos temas, y en 2018 comenzaron a gestionar listas de espera relacionadas con el Plan Guatitas de Delantal para cirugías de abdominoplastia.

Explicó que las listas de espera para tratamientos de obesidad y cirugías reconstructivas han aumentado considerablemente en los últimos años.

Aunque el Ministerio de Salud inicialmente atribuyó el retraso a la pandemia, los problemas se remontan a 2018, mucho antes de la crisis sanitaria. Pese a que en 2018 se asignaron 2.500 millones de pesos adicionales para abdominoplastias (reconocidas como patología en 2015 por Fonasa), muchas cirugías no se realizaron como estaba previsto.

Una investigación realizada por la ONG en los 27 hospitales asignados por el Ministerio de Salud reveló que solo 16 habían iniciado efectivamente las abdominoplastias desde 2018, dejando cada año alrededor de 4.500 pacientes en lista de espera. Para 2025, esta cifra ha aumentado de manera significativa. Además, el informe que el Minsal emitió en junio del año anterior justificó el uso de fondos asignados durante la pandemia, pero no se han reactivado los procedimientos pendientes.

Denunció que muchos hospitales reportan listas de espera menores a las reales debido a un convenio entre los centros de salud familiar (Cesfam) y los hospitales, lo que limita la cantidad de derivaciones mensuales para cirugías, creando una falsa percepción de reducción en la demanda. Además, algunos hospitales han priorizado operar al personal médico para evitar el aumento de cifras negativas, lo cual ha sido reportado anónimamente por profesionales de salud.

Otro problema señalado es la contratación de clínicas privadas a altos costos, presionadas por el Ministerio de Salud para reducir las listas de espera. Por ejemplo, mientras una abdominoplastia en el sistema público cuesta alrededor de 2.500.000 pesos, se han pagado hasta 5.400.000 a clínicas privadas, duplicando el gasto por cada intervención. Asimismo, se han registrado casos de médicos no especialistas realizando cirugías, lo que ha resultado en complicaciones graves para algunos pacientes.

Finalmente, expresó su frustración por la falta de voluntad política para resolver estos problemas, destacando que el déficit económico asociado asciende a 8.669 millones de pesos, una cifra que aún no tiene justificación clara. A pesar de múltiples reuniones con el Ministerio de Salud y propuestas desde la ONG, las soluciones implementadas han sido poco efectivas, y la situación continúa sin resolverse de manera adecuada.

24. [Dr. Emilio Santelices, exministro de Salud.](#)

El exministro de Salud Emilio Santelices comenzó su intervención señalando que las listas de espera son un fenómeno dinámico y estructural en el ámbito sanitario. Aunque se lograra eliminarlas en un momento dado, siempre surgirán nuevas listas en otros contextos debido a la naturaleza misma de la atención médica.

Hizo hincapié en que el problema no radica en la existencia de listas de espera, sino en los tiempos excesivos que pueden poner en riesgo la salud de los pacientes. Además, subrayó la importancia de diferenciar entre fallecimientos

'en' lista de espera y 'por' lista de espera. El primero se refiere a aquellos pacientes que fallecen debido a su enfermedad de base mientras esperan atención, mientras que el segundo está relacionado con muertes atribuibles directamente a la demora en la atención médica. Esta distinción es crucial para diseñar políticas públicas adecuadas.

Propuso priorizar las listas de espera utilizando tecnología y buenos registros para evitar los casos más graves. Mencionó que los recursos en salud son limitados, lo que hace imprescindible aplicar criterios de priorización efectivos, como los establecidos en el GES (Garantías Explícitas en Salud), un mecanismo creado durante el gobierno de Ricardo Lagos para racionalizar el uso de recursos en salud.

Otro tema relevante fue el análisis de la productividad del sistema público de salud. Al respecto, destacó que la baja productividad de los hospitales públicos está directamente relacionada con políticas de recursos humanos mal diseñadas, donde el modelo de pago fijo sin incentivos a la eficiencia genera rendimientos decrecientes. Según sus estudios econométricos, existe una diferencia significativa en la eficiencia hospitalaria: algunos hospitales producen hasta el 30 por ciento menos que otros con los mismos recursos.

Asimismo, indicó que la baja productividad se refleja en el número reducido de cirugías diarias y en problemas de gestión, como el cierre temprano de pabellones y el ausentismo laboral elevado. Además, denunció prácticas ineficientes como la realización de cirugías fuera de horario regular con pago adicional, cuando el rendimiento durante el horario laboral era insuficiente.

Propuso modificar el sistema de remuneración, estableciendo un mecanismo de pago basado en el desempeño ('pay for performance'), que incentive una mayor productividad médica. Afirmó que, de no abordar el problema estructural de la gestión hospitalaria, las listas de espera seguirán creciendo debido al aumento de enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población y la persistencia de un modelo de gestión ineficiente.

Finalmente, llamó a enfrentar el problema de manera directa, aunque ello genere controversias gremiales, ya que lo más importante es garantizar la salud de las personas.

Al responder consultas efectuadas por los integrantes de la Comisión, en relación con la falta de infraestructura clínica y especialistas, admitió que no había mencionado estos factores previamente porque su análisis no fue exhaustivo. No obstante, coincidió en que la problemática está ligada a un enfoque hospitalocéntrico del sistema de salud, que prioriza el hospital sobre la atención primaria. Para corregir esta situación, propuso reformular la gestión de salud hacia un modelo centrado en el cuidado comunitario y el fortalecimiento de la atención primaria, sugiriendo aumentar su financiamiento progresivamente.

Respecto a la gestión de recursos humanos y el aumento de especialistas, el señor Santelices indicó que es fundamental mejorar la capacidad resolutive en atención primaria, lo que requiere más recursos y equipamiento.

También abogó por redistribuir progresivamente el presupuesto sanitario, ya que otros países asignan el 30 por ciento a la atención primaria, mientras que en Chile este porcentaje es considerablemente menor.

Sobre los indicadores para evaluar las listas de espera, señaló que deben ser claros, medibles y significativos para los pacientes, enfatizando la necesidad de reducir la incertidumbre en lugar de centrarse únicamente en el tiempo de espera. Propuso mantener informados a los pacientes sobre los plazos para disminuir la ansiedad.

En cuanto al Hospital Digital, defendió su implementación durante su gestión, destacando los beneficios en la reducción de tiempos de espera en consultas especializadas mediante el uso de inteligencia artificial y telemedicina. Lamentó que la iniciativa fuera discontinuada temporalmente, pero valoró su posterior reactivación durante la pandemia, lo que permitió fortalecer la atención de salud a nivel nacional.

Finalmente, sobre la economía política y las tensiones con gremios médicos, sugirió fomentar un pacto político amplio, basado en el interés común, para avanzar hacia un sistema de salud más resiliente. Sostuvo que es fundamental que las decisiones sanitarias tengan una perspectiva de Estado, evitando el uso político oportunista de los problemas estructurales del sector salud.

Hacia el final de su exposición, propuso reemplazar la actual Subsecretaría de Redes Asistenciales por una Dirección Nacional de Servicios de Salud con carácter permanente, integrada por expertos en salud, académicos y representantes de la ciudadanía. El objetivo es crear un organismo central que establezca directrices nacionales en salud, combinando el enfoque técnico y comunitario. Además, sugirió que las regiones cuenten con directorios regionales de salud con autonomía limitada, pero coordinados con el directorio nacional, para adaptar las políticas a las realidades locales sin perder coherencia nacional.

Enfatizó que ese modelo permitiría recoger lo mejor del centralismo en términos de políticas sanitarias comunes, evitando el error de descentralización extrema que vivió España, donde las regiones actuaban como ministerios autónomos y sin coordinación. Asimismo, destacó que esta estructura favorecería la atención primaria y la gestión comunitaria, trasladando el cuidado de la salud al ámbito domiciliario y comunitario, en lugar de depender exclusivamente del hospital. Esto permitiría abordar mejor los problemas de listas de espera, adaptando los planes de salud a las características específicas de cada región.

25. [Director \(S\) del Servicio de Salud de Aysén, doctor Juan Pablo Bravo Quintana.](#)

El director (s) del Servicio de Salud de Aysén, doctor Juan Pablo Bravo, comenzó su exposición destacando el trabajo que se está realizando para mejorar la gestión en la región. Agradeció el apoyo del Gobierno Regional de Aysén

y señaló que se está abordando de manera técnica y responsable la problemática de modelos de gestión, procesos de atención y la falta de recursos humanos, que representan un desafío significativo para la zona.

Indicó que en noviembre de 2023 se cerró el diseño de la red de salud, que incluye los modelos de gestión de todos los establecimientos, como el Hospital de Puerto Aysén y el Hospital Regional de Coyhaique, destacando que este último cerró su estudio de preinversión y se prepara para la etapa de diseño y ejecución el próximo año. Esto es un avance relevante, dado que el hospital ha presentado problemas de capacidad desde hace 20 años.

En términos de eficiencia, el Hospital Regional de Coyhaique ha logrado indicadores a nivel nacional, especialmente en egresos hospitalarios y complejidad de pacientes. Se han alcanzado 8.900 egresos, casi igualando los niveles prepandémicos, y el índice de complejidad hospitalaria ha aumentado respecto a 2019. Asimismo, se ha reducido el ausentismo laboral en la región, lo que ha mejorado los indicadores de eficiencia y lista de espera.

Sobre consultas médicas, informó que en 2024 se realizaron 124.000 consultas en atención primaria y 100.000 de especialidad, superando los niveles de 2019. Sin embargo, persisten desafíos en la reducción de listas de espera, especialmente en oftalmología y odontología, para lo cual se han implementado operativos especializados y se prevé el aumento de personal especializado.

En el ámbito quirúrgico, el Servicio de Salud Aysén ha logrado avances importantes. En 2024, el número de intervenciones quirúrgicas aumentó a 12.800, casi el doble de las realizadas en 2019. Este incremento se debe a la optimización de pabellones tanto en el Hospital Regional de Coyhaique como en el Hospital de Puerto Aysén. No obstante, aún es necesario mejorar la eficiencia en el uso de los quirófanos, especialmente en Puerto Aysén, donde la ocupación es del 70 por ciento, en comparación con el 94 por ciento en Coyhaique.

En cuanto al fortalecimiento del proceso quirúrgico, destacó la importancia de optimizar el prequirúrgico, asegurando que los pacientes electivos estén listos para ingresar al pabellón cuando sea necesario. Asimismo, se está trabajando en el fortalecimiento de los comités quirúrgicos y en la unidad de cirugía mayor ambulatoria. Un avance significativo es el ingreso de recursos extrapresupuestarios para la resolución de listas de espera quirúrgica.

Entre las estrategias hospitalarias en el corto, mediano y largo plazos, se contempla el arriendo de un policlínico y un centro de rehabilitación para el Hospital Regional de Coyhaique, lo que permitirá aumentar en 20.000 las consultas anuales. Además, se están realizando proyectos para fortalecer la infraestructura de otros centros hospitalarios, incluyendo el nuevo Hospital Regional de Coyhaique y el Centro de Diagnóstico Terapéutico de Puerto Aysén.

El director (s) también mencionó el avance en la Unidad de Cuidados Intensivos de Psiquiatría (Uhcip), que pasará de 8 a 18 camas, y en la

implementación de una Central de Mezclas, fundamental para enfrentar problemas logísticos en la región. Se está impulsando también el TAC para Puerto Aysén y el pabellón de urgencias previsto para 2026.

En el largo plazo, el plan de salud contempla el fortalecimiento de la red asistencial con más especialistas, incluyendo 143 profesionales desde 2018 hasta 2027. El objetivo es alcanzar una mayor resolutiveidad en las zonas rurales, mejorando la infraestructura y aumentando la cobertura de atención médica. Además, se implementará el programa de Reducción Integral de Listas de Espera hasta 2025, beneficiando a más de 13.000 pacientes.

En conclusión, si bien se han logrado avances significativos en infraestructura y gestión hospitalaria, dijo que aún existen desafíos en el acceso equitativo a la atención médica, la reducción de listas de espera y la consolidación de los modelos de gestión. Para ello, el Servicio de Salud Aysén continuará trabajando en conjunto con el Ministerio de Salud y el gobierno regional, priorizando la eficiencia y el fortalecimiento de la red asistencial.

26. [Presidenta del Colegio Médico región de Aysén, Alejandra Paz Born Estrada.](#)

La doctora Alejandra Paz Born, presidenta del Colegio Médico de la Región de Aysén, reconoció el esfuerzo realizado para reducir la lista de espera quirúrgica y de especialistas, destacando la llegada de nuevos profesionales en 2023 y la alta productividad del pabellón del Hospital Regional de Coyhaique, que superó los estándares de la OCDE. Sin embargo, subrayó que el principal problema no radica en la falta de médicos, ya que la región cuenta con cerca de 400 profesionales, sino en la insuficiencia de infraestructura, equipamiento e insumos hospitalarios. Instó a colaborar como comunidad para mejorar la atención en salud y solicitó apoyo legislativo para optimizar los recursos y garantizar un mejor servicio en la región.

27. [Presidenta COSOC Servicio Salud Aysén, Ximena Ruiz.](#)

La señora Ximena Ruiz, dirigente social y vicepresidenta del Consejo de la Sociedad Civil (Cosoc) del Servicio de Salud, expresó su preocupación por la falta de participación efectiva de los dirigentes sociales en el ámbito de la salud pública. Señaló que muchos de los dirigentes presentes fueron invitados por diputados y no por el servicio de salud, lo que evidencia una desconexión entre las políticas de participación ciudadana y su aplicación real.

Criticó la falta de comunicación efectiva entre el servicio de salud y las comunidades, lo que genera una percepción errónea sobre los avances en materia de salud. Ejemplificó esta situación mencionando el problema de las listas de espera quirúrgicas, donde los números oficiales no reflejan la realidad vivida por

los pacientes, ya que muchas cirugías realizadas en horarios vespertinos corresponden a servicios privados. Asimismo, destacó las deficiencias en la cobertura de especialidades médicas en zonas aisladas, como Puerto Aysén, que lleva años esperando un equipo de tomografía (TAC) mientras otros centros de menor población ya lo poseen.

Además, cuestionó la gestión de recursos físicos y humanos, subrayando la falta de compromiso en mejorar la infraestructura hospitalaria y la disponibilidad de personal médico, lo cual repercute negativamente en la atención a pacientes con condiciones especiales o crónicas. También manifestó su preocupación por la escasa presencia de autoridades de salud en la región y la insuficiente atención a personas con discapacidades, incluyendo a niños con trastorno del espectro autista (TEA).

Finalmente, hizo un llamado a fortalecer la comunicación y coordinación entre las autoridades y las comunidades, así como a asumir compromisos reales que permitan mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud en la región. Reiteró la necesidad de avanzar en la atención digna y de calidad, recordando que los dirigentes trabajan por convicción y compromiso comunitario, no por reconocimiento político.

28. [Presidenta COSOC Gobierno Regional Aysén, Sandra Vargas.](#)

La Presidenta del Consejo de la Sociedad Civil (COSOC) del Gobierno Regional de Aysén, doña Sandra Vargas, durante su intervención compartió su frustración como dirigente social, especialmente por el hecho de que llevaba años trabajando con más de 80 adultos mayores en un comedor solidario, reflejando las múltiples carencias que enfrentaba la comunidad, especialmente en materia de salud. En ese contexto, pidió claridad sobre el nombramiento de un director titular para el Hospital Regional de Coyhaique, señalando que la figura de un director interino limitaba la gestión y la capacidad de respuesta ante las necesidades del hospital. Consideró urgente cerrar ese ciclo administrativo con el nombramiento de una autoridad definitiva.

Además, destacó la necesidad de avanzar en la construcción del tercer Cefam de Coyhaique, un proyecto que, según señaló, llevaba años en espera a pesar de las múltiples promesas y ceremonias simbólicas que solo generaban expectativas frustradas en la comunidad. Recordó que ya se proyectaban más de 2.200 nuevas construcciones en la zona, lo que incrementaría la presión sobre el consultorio Alejandro Gutiérrez, que ya estaba colapsado.

29. [Presidenta COSOC Hospital Regional de Coyhaique, Luz Bastidas.](#)

La señora Luz Bastidas Portales, presidenta del Consejo de Salud del Hospital Regional de Coyhaique, expuso diversas problemáticas relacionadas con la gestión de salud en la región de Aysén. Durante su intervención, destacó la importancia de vincular a la ciudadanía en la toma de decisiones en el ámbito de salud y subrayó la existencia de múltiples Consejos de la Sociedad Civil (Cosoc) en diferentes instituciones estatales, como vivienda, salud y educación, que aún enfrentan limitaciones para ser considerados efectivamente.

Mencionó el problema del estado de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del hospital, que lleva 14 años funcionando en un espacio físico muy reducido. Ni la dirección del hospital ni los gremios de salud reaccionaron oportunamente para defender a los trabajadores de esta unidad, la cual se convierte en una bodega en horario vespertino, afectando el desarrollo de cirugías y la reducción de listas de espera. Consideró fundamental fortalecer esta unidad para garantizar el aumento en la cantidad de atenciones médicas.

Otra unidad que preocupa es la de Salud Mental, que, con solo ocho camas, debía recurrir a camas del pensionado y de Maternidad para cubrir la demanda, especialmente ante los altos índices de suicidio en la región. Dijo que, que, aunque el gobierno reconoció la salud mental como una prioridad, aún faltan recursos y coordinación para abordar esta situación adecuadamente.

También se refirió al trágico accidente ocurrido el 3 de febrero en el puente Doña Dora, donde falleció una niña de cinco años. En esa ocasión, la falta de comunicación y la escasa preparación de la posta local demostraron la vulnerabilidad del sistema de emergencias en la región. Criticó que el convenio telefónico nacional no considerara las necesidades locales, lo que afectaba la conectividad en situaciones críticas.

Asimismo, expresó su preocupación por la asignación de cargos en el ámbito de la salud, donde profesionales sin el perfil adecuado ocupan posiciones técnicas, lo que repercute en la eficiencia de proyectos e infraestructura. También criticó el gasto excesivo en arriendos, cuando podrían habilitarse espacios públicos ya existentes para optimizar los recursos.

Finalmente, planteó que todos los Cosoc deben tener un carácter vinculante en la toma de decisiones, ya que la participación ciudadana es esencial para lograr mejoras reales en el sistema de salud. Agradeció el espacio otorgado para expresar sus inquietudes y enfatizó la necesidad de avanzar hacia una gestión más inclusiva y efectiva.

30. [Presidente FENTESS Aysén, Armando Gacitúa.](#)

El Presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud (FENTESS) Aysén y tesorero de

la FENTESS Nacional, don Armando Gacitúa, señaló que el problema va más allá de las listas de espera, incluyendo la falta de infraestructura hospitalaria y especialistas debido a la lejanía y falta de conectividad.

Criticó la demora en la construcción del nuevo hospital regional de Coyhaique y la falta de financiamiento por parte de distintos gobiernos.

Abogó por una legislación especial que aborde las dificultades extremas de la región y solicitó mayor agilidad en los proyectos de salud, exigiendo que se deje de tratar a Aysén como una región marginada.

31. Representante de Fenpruss Aysén, Luisa Lafuente.

La representante de Confederación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS) Aysén, enfermera encargada de cirugía mayor ambulatoria, Luisa Lafuente, intervino ante la comisión destacando la crítica situación que enfrenta el hospital respecto a la infraestructura para realizar cirugías ambulatorias.

Explicó que el Hospital de Coyhaique, siendo el único hospital de alta complejidad en la región de Aysén, cuenta únicamente con tres pabellones quirúrgicos programables y un pabellón de urgencias, lo que resulta insuficiente para la demanda existente. Además, enfatizó que la ausencia de un pabellón de cirugía mayor ambulatoria adecuado impide cumplir con los protocolos y lineamientos técnicos necesarios, afectando la calidad de atención a los usuarios.

Describió que la falta de espacio provoca situaciones indignas para los pacientes, ya que, en ocasiones, se deben habilitar áreas inadecuadas como bodegas nocturnas para la atención. Asimismo, lamentó que las instalaciones actuales no permiten separar a pacientes hombres y mujeres en condiciones óptimas, afectando la privacidad y la dignidad de los atendidos.

Resaltó la importancia de contar con una cirugía mayor ambulatoria bien estructurada, ya que esta modalidad permite que los pacientes regresen a sus hogares el mismo día, reduciendo el riesgo de infecciones intrahospitalarias y facilitando una pronta reincorporación a sus actividades cotidianas.

Finalmente, solicitó a los diputados y directores presentes que consideren de manera urgente la ampliación de la infraestructura del hospital, con especial énfasis en la creación de un pabellón de cirugía mayor ambulatoria que garantice condiciones dignas y adecuadas tanto para el personal como para los usuarios.

32. Presidente de FENPRUSS Puerto Aysén, Francisco Díaz.

El Presidente de la Confederación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS) Puerto Aysén, Francisco

Díaz, comentó que la comunidad de profesionales de la salud en la comuna de Puerto Aysén está compuesta por aproximadamente doscientos trabajadores distribuidos en diversos centros de salud. Sin embargo, mencionó que el hospital, que fue construido recientemente en 2017, ya enfrenta problemas de hacinamiento, lo cual es un indicio de los retos futuros que podrían empeorar si no se toman medidas adecuadas.

También destacó que las autoridades están imponiendo diversas exigencias, mientras que las cifras de crecimiento de la comuna evidencian que los servicios de salud no están siendo suficientes. Un problema adicional es que el 25 por ciento de los profesionales de la salud en la zona están contratados bajo la modalidad de compra de servicios, lo que refleja la dificultad de atraer y retener personal calificado debido a la oferta económica limitada. Este fenómeno está contribuyendo a una alta rotación de personal y a la absorción de médicos y otros profesionales por otros centros de salud, lo que agrava la situación.

Finalmente, abordó la insuficiencia del pabellón del hospital, el cual ya está quedando pequeño para la demanda de la población. También mencionó la importancia de considerar el hospital regional como un apoyo para mejorar la calidad de la atención y reducir las listas de espera. A pesar de algunos avances, la comuna aún tiene varios temas pendientes que deben resolverse para mejorar la calidad de la atención sanitaria en la región.

33. [Dirigente social de Puerto Aysén, Francisca Mancilla.](#)

La Presidenta del Centro General de Padres y Apoderados del Liceo Politécnico de Puerto Aysén y dirigente social, doña Francisca Mancilla, expresó que su principal preocupación es la deficiencia en la atención dental para los estudiantes del liceo, especialmente en cuanto a la dificultad para obtener horas médicas y realizar procedimientos. Relató que solicitó mejoras en la clínica dental del liceo para poder atender adecuadamente a los niños, destacando la importancia de este servicio para la salud de los estudiantes.

Además, denunció la falta de atención a los niños que necesitan servicios de rehabilitación en la Teletón. Aseguró que los niños de la región no reciben el tratamiento adecuado, como plantillas y prótesis, debido a que la doctora encargada no está cumpliendo con su responsabilidad de agendar las citas médicas necesarias. Este abandono ha obligado a los padres a costear los procedimientos, lo cual representa una carga económica considerable. En este sentido, hizo un llamado a las autoridades para que se garantice la atención a los niños, no solo de Puerto Aysén, sino de toda la región, ya que muchos niños dependen de estos servicios vitales.

Finalmente, enfatizó que la situación es aún más grave por las condiciones extremas de la región, que complican el acceso a servicios médicos de calidad. Reiteró la necesidad urgente de un kinesiólogo para los niños con

discapacidades y la importancia de mejorar la infraestructura de la clínica del liceo. Hizo un llamado a los responsables a tomar medidas inmediatas para resolver estas problemáticas y aseguró que su lucha es también por todos los niños de la comunidad.

34. [Presidenta de la Unión Comunal de la JJVV Coyhaique, doña Verónica Legue.](#)

La Presidenta de la Unión Comunal de la Junta de Vecinos Pampas del Corral, de Coyhaique, doña Verónica Legue, señaló que la salud en la región de Aysén es un tema crítico. Aunque se mencionan cifras de médicos en la zona, la realidad es que la atención en los centros de salud es insuficiente. Los consultorios enfrentan largas esperas, especialmente para los adultos mayores, quienes deben levantarse a las 5 de la mañana para conseguir una consulta.

También habló de las dificultades que enfrentan los pacientes al intentar acceder a atención médica en el hospital regional. Mencionó las colas interminables y las dificultades para agendar horas médicas, lo que genera frustración tanto entre los usuarios como entre los profesionales de la salud. Además, relató su experiencia personal como trabajadora en el hospital, observando las condiciones laborales y el tiempo que se dedica a las tareas, lo que refuerza su crítica hacia la deficiente atención.

Pidió que la región de Aysén sea considerada con seriedad en la toma de decisiones, señalando las dificultades de acceso debido a la geografía y las condiciones climáticas extremas. Enfatizó que la gente en la región muere porque no puede salir para recibir tratamiento médico adecuado. También expresó que, aunque el gobierno y las autoridades han hablado de mejorar la situación, no han proporcionado soluciones concretas, como el prometido nuevo hospital, que lleva años de retraso.

Finalmente, lamentó la falta de avances reales en la mejora de la salud en Aysén, tras más de 15 años de trabajo en organizaciones sociales y comités de salud. Exigió respuestas tangibles y urgentes, recordando que los dirigentes no reciben compensación por su tiempo y esfuerzo.

35. [Presidenta de la Agrupación de Pacientes Cardíacos Aysén, Cecilia Chandía.](#)

La Presidenta de la Agrupación de Pacientes Cardíacos Aysén (Apaca), doña Cecilia Chandía, expresó su preocupación por la falta de atención médica adecuada en la región. Destacó la necesidad urgente de mejorar la infraestructura de salud, mencionando que más de 2.400 personas esperan por ecografías y electrocardiogramas. Además, comentó que más de 5.000 atenciones fueron canceladas debido a la falta de cardiólogos en Coyhaique, aunque ahora la

ciudad cuenta con uno. Sin embargo, enfatizó que Puerto Aysén aún necesita un cardiólogo disponible las 24 horas.

Resaltó la importancia de la rapidez en los tiempos de respuesta para emergencias, como los infartos, dada la distancia entre Aysén y Coyhaique. También expresó su frustración por la falta de urgenciólogos y pediatras en el hospital, y la insuficiencia de profesionales en prácticas en lugar de médicos capacitados.

Cerró su intervención asegurando que la agrupación seguirá luchando por mejorar la atención en salud en la región.

36. Dirigente Social de Puerto Aysén, Luis Hernández.

El señor Luis Hernández, integrante de la Agrupación de Pacientes Cardíacos Aysén y dirigente social de Puerto Aysén, comenzó su intervención subrayando un compromiso de Estado relacionado con la construcción de un hospital de mediana complejidad en Puerto Aysén. Sin embargo, expresó su preocupación por el incumplimiento de este compromiso, preguntando directamente a la seremi y al director de salud qué acciones han tomado para habilitar dicho hospital. Además, destacó la urgencia de contar con un equipo médico especializado en cardiología en la ciudad, debido a las dificultades y tiempos de traslado a Coyhaique o Santiago en casos de emergencias cardíacas.

Luego, relató su experiencia personal, mencionando que sufrió un infarto el 10 de marzo y que, junto con otras personas de la comunidad, fundó la agrupación para exigir mejoras en la atención médica en Puerto Aysén. Resaltó que, debido a la distancia y los tiempos de traslado, los pacientes cardíacos en la región tienen menos posibilidades de sobrevivir a un infarto en comparación con otros ciudadanos de Chile. Agradeció al hospital local por haberle salvado la vida, pero subrayó que otros pacientes no tienen las mismas oportunidades por los largos tiempos de espera y el limitado acceso a atención especializada.

Finalmente, expresó su preocupación por la posible reubicación de un escáner de Puerto Aysén a Coyhaique, lo cual consideró injusto y potencialmente ilegal. Reiteró que la comunidad de Puerto Aysén no está de acuerdo con esta decisión y que tomarán las acciones necesarias para evitar que ocurra.

Concluyó su intervención pidiendo que se cumpla el compromiso de habilitar el hospital de mediana complejidad y establecer un equipo cardiológico en la ciudad lo antes posible.

37. [Director de Fenats base Hospital Regional de Coyhaique, Bastián Naserke.](#)

El Director de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS) base Hospital Regional de Coyhaique, don Bastián Naserke, agradeció la oportunidad de intervenir en la comisión investigadora sobre las listas de espera, pues ha recibido denuncias de funcionarios y personas independientes sobre posibles irregularidades, como el hecho de que algunos empleados habrían saltado las listas de espera. Pidió que la comisión verifique esta situación con la Contraloría y reciba las denuncias.

Asimismo, solicitó la creación de una nueva comisión investigadora para analizar las contrataciones en los establecimientos de salud, ya que en marzo se realizaron contrataciones para cargos vacantes que no habrían respetado los requisitos y la antigüedad de los funcionarios. Enfatizó la importancia de respetar la carrera funcionaria y la antigüedad para mejorar el ambiente laboral y, por ende, la atención a los pacientes.

Preguntó al Servicio de Salud sobre el concurso pendiente para el director del Hospital Regional de Coyhaique, ya que es crucial contar con un director definitivo. Los trabajadores y usuarios necesitan a alguien con poder de decisión, en lugar de un director subrogante con limitadas capacidades de resolución.

Finalmente, entregó una resolución sobre las contrataciones realizadas el 12 de marzo y solicitó que sea revisada por la comisión.

38. [Usuaría del Servicio de Salud de Aysén, Silvia Chiguay.](#)

La señora Silvia Chiguay, usuaria del servicio de salud, preguntó por qué no se usan los convenios con otras instituciones, como la FACH o la Universidad Católica de Chile, ya que, aunque estos convenios existen, mandan a los enfermos a morir a las quimios en Valdivia.

Ni el director ni los médicos antiguos del Hospital de Coyhaique han hecho algo para resolver esta problemática.

39. [Seremi de Salud de Aysén, Carmen Gloria Monsalve Gómez.](#)

La Secretaria Regional Ministerial de Salud de Aysén, doctora Carmen Gloria Monsalve Gómez, abordó la necesidad de contar con un especialista en cardiología de manera permanente en la región, debido principalmente al aumento de la lista de espera, que incluye cerca de 500 usuarios, de los cuales 44 son de Puerto Aysén. Además, destacó que el incremento en las derivaciones desde la atención primaria hacia la especialidad está relacionado con la búsqueda de atención oportuna en condiciones críticas.

También mencionó que la comuna de Puerto Aysén se incorporó el año pasado como pionera en estrategias de salud familiar, especialmente en el ámbito preventivo. Reconoció que la región enfrenta problemas de salud asociados al sobrepeso, la obesidad y el consumo elevado de tabaco y alcohol, factores influidos por la cultura local. Para enfrentar estos desafíos, se está implementando una política intersectorial que involucra varios ministerios, enfocada especialmente en la desaceleración del sobrepeso infantil.

Respecto al Hospital de Puerto Aysén, explicó que, aunque inicialmente fue concebido como un hospital de baja complejidad, se ha trabajado para aumentar su capacidad, destacando la incorporación de subespecialidades y proyectos como la instalación de un escáner (TAC). Además, abordó la preocupación sobre la centralización de la atención de salud, afirmando que Aysén ha demostrado ser capaz de descentralizar sin perder calidad, destacando avances como la instalación de equipos médicos en postas rurales y el uso de telemedicina.

Finalmente, enfatizó la necesidad de fortalecer la infraestructura hospitalaria en la región, destacando el progreso en el hospital de Chile Chico y el mejoramiento en los servicios de esterilización. También pidió precisión sobre un informe de fallecimientos en lista de espera, aclarando que es importante distinguir si los decesos ocurrieron por la patología que motivó la espera o por otras causas.

40. [Director del Hospital de Coyhaique, Daniel Jara Espinoza.](#)

El Director del Hospital de Coyhaique, doctor Daniel Jara Espinoza, expresó la importancia de mejorar la comunicación con la comunidad, señalando que uno de los principales problemas es la falta de información clara y directa. Destacó que, como residente de la región de Aysén, comprende la preocupación de los habitantes y se esfuerza diariamente por brindar apoyo dentro de sus competencias y bajo el marco legal vigente. Además, valoró que las agrupaciones comunitarias hayan manifestado la necesidad de fortalecer los canales de comunicación.

Asimismo, destacó una mejora significativa en la gestión de horas médicas en el hospital desde julio del año pasado, cuando se eliminó la necesidad de hacer filas para pedir una cita. Explicó que anteriormente muchas horas eran utilizadas para controles, lo que limitaba la disponibilidad para nuevas consultas de especialidad. Tras reorganizar la agenda médica, lograron optimizar la asignación de horas, permitiendo un mejor acceso a consultas nuevas y garantizando los controles necesarios cuando los especialistas así lo indican.

Finalmente, abordó la situación de las listas de espera en el hospital, precisando que, de los 1.700 pacientes en espera en la red oftalmológica, solo alrededor de 500 corresponden al Hospital Regional de Coyhaique. Además, identificó las patologías más frecuentes que generan mayores tiempos de espera,

como problemas de visorefracción y enfermedades del oído en otorrinolaringología, lumbociática en neurocirugía y miomatosis en gineco-obstetricia.

Ofreció proporcionar más detalles de manera estructurada si se requieren datos adicionales.

Respecto de una consulta sobre la cirugía mayor ambulatoria (CMA), explicó que representa una oportunidad de crecimiento para el hospital, ya que la mayoría de las cirugías realizadas pertenecen a esta categoría. A pesar de que la CMA existe desde hace catorce años sin infraestructura adecuada, recientemente se ha presentado una oportunidad de fortalecimiento a través de la creación de Centros Regionales de Resolución (CRR), con apoyo del Ministerio de Salud. Esto permitirá contar con recursos humanos adicionales, aunque aún persisten desafíos en infraestructura.

Además, el director defendió la labor de los funcionarios, destacando su compromiso con la comunidad de Aysén.

41. Secretario de la Agrupación de Cardiología de Coyhaique, Jaime Vásquez.

El señor Jaime Vásquez, secretario de la Agrupación de Cardiología de Coyhaique, expuso de manera crítica la crisis del sistema de salud en la Región de Aysén, calificándola como una “enfermedad terminal” debido a la falta de soluciones estructurales. Comenzó señalando la falta de respeto hacia los dirigentes por parte de las autoridades, destacando que su lucha es en representación de la comunidad que lleva años esperando atención cardiológica.

Denunció que Coyhaique lleva más de dos años sin un cardiólogo, lo que consideró una “vergüenza”, y acusó al gobierno de una pésima gestión en salud pública. Describió cómo los pacientes, especialmente adultos mayores, deben esperar horas en los consultorios desde la madrugada para recibir atención, muchas veces sin éxito. Relató también la experiencia de su abuela, quien esperó siete horas en urgencias para ser atendida, evidenciando la falta de eficiencia y personal médico adecuado.

Asimismo, criticó el uso del Hospital Regional de Coyhaique para fines privados, sugiriendo que se investigue el uso de quirófanos para pacientes particulares. Señaló que muchos médicos jóvenes que se especializan con recursos del Estado terminan trabajando en el ámbito privado, dejando el sistema público desatendido. Además, cuestionó el deterioro de las instalaciones hospitalarias, que consideró paupérrimas, afectando tanto al personal como a los pacientes.

Concluyó con un llamado a las autoridades de salud a dejar sus cargos si no son capaces de gestionar adecuadamente, instando a humanizar el trabajo en el sector público y a luchar por una salud digna en la región. También criticó el aprovechamiento político y la falta de medidas preventivas en salud, instando a trabajar con compromiso genuino hacia la comunidad.

42. [Dirigente de FENATS, Horacio Vargas.](#)

El señor Horacio Vargas, dirigente de la Fenats, desmintió acusaciones sobre el uso indebido de listas de espera por parte de funcionarios, aclarando que la denuncia presentada en Contraloría involucraba un caso relacionado con el GES, no con listas de espera.

Además, abordó el problema del ausentismo prolongado y su vinculación con el artículo 151 del Estatuto Administrativo, que establece la destitución por salud incompatible.

También defendió el proceso de contratación de funcionarios, afirmando que se respetaron acuerdos previos con el servicio de salud.

Reafirmó su compromiso de trabajar por el bienestar de los trabajadores, incluso si esto afecta su vida personal.

43. [Jorge Acosta, médico asesor de Ipsuss Universidad San Sebastián.](#)

El señor Jorge Acosta, médico asesor de Ipsuss Universidad San Sebastián, se refirió a la presentación del segundo ranking de servicios de salud. Durante su intervención destacó la importancia de contar con datos objetivos y rigurosos para evaluar el desempeño de los servicios de salud en el país. Subrayó que el ranking presentado no solo busca identificar fortalezas y debilidades, sino también generar información valiosa para la toma de decisiones en políticas públicas. La evaluación sistemática y transparente de los servicios permite identificar brechas en el acceso y la calidad, proporcionando una base sólida para futuras intervenciones.

Explicó que el análisis se realizó considerando indicadores clave, como acceso, oportunidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud, utilizando fuentes oficiales y metodologías transparentes. Detalló que el proceso incluyó la comparación de distintos centros de salud, tanto públicos como privados, permitiendo una visión integral del sistema. Además, se llevó a cabo un proceso de verificación de los datos para asegurar su consistencia y fiabilidad, involucrando a expertos en salud pública y estadística para realizar una revisión crítica de los resultados.

Luego, profundizó en el análisis de cada uno de los indicadores, destacando que el acceso no solo implica la disponibilidad de servicios, sino también la equidad en la distribución de recursos. En este sentido, enfatizó la importancia de identificar desigualdades geográficas que puedan afectar el acceso oportuno a la atención médica. En cuanto a la oportunidad, explicó que medir los tiempos de espera permite identificar cuellos de botella en el sistema, lo que resulta fundamental para proponer mejoras operativas y administrativas.

Sobre la eficiencia, señaló que esta no se limita únicamente al uso adecuado de recursos económicos, sino también a la capacidad de optimizar procesos clínicos sin comprometer la calidad de la atención. Ejemplificó esta idea mencionando estrategias exitosas implementadas en otros países, las cuales podrían adaptarse a la realidad nacional. En lo que respecta a la calidad, hizo hincapié en la necesidad de medir tanto la satisfacción del paciente como los resultados clínicos efectivos, resaltando que ambos aspectos son igualmente relevantes para una evaluación integral.

Por último, enfatizó la necesidad de fortalecer la colaboración entre instituciones públicas y privadas para mejorar el sistema de salud en su conjunto, promoviendo la implementación de buenas prácticas y fomentando el uso de tecnología para optimizar la gestión de recursos. Señaló que el ranking también representa una oportunidad para que las instituciones evalúen su propio desempeño, fomentando una cultura de mejora continua. Además, planteó que los resultados obtenidos deberían ser utilizados no solo para identificar áreas de mejora, sino también para reconocer y replicar experiencias exitosas en diferentes contextos.

Concluyó su intervención destacando el compromiso de Ipsuss Universidad San Sebastián con la investigación rigurosa y el aporte continuo al mejoramiento del sistema de salud en el país. Subrayó que la generación de datos sólidos y su análisis adecuado son fundamentales para garantizar decisiones informadas que puedan beneficiar a la población en general.

Más adelante, respondió a las preguntas de los diputados abordando principalmente tres puntos clave.

Uno se refiere a los datos sobre la lista de espera GES. Señaló que los resultados más recientes, correspondientes a diciembre, no incluyeron información fundamental como el promedio y la mediana de tiempos de espera por patología, lo cual era habitual en años anteriores. Destacó que se presentó una novedad al informar por patología y no por servicio de salud, mostrando el número de personas atendidas según rangos de tiempo (menos de 30 días, de 30 a 60 días, etc.). Sin embargo, faltó el desglose por servicio de salud.

Otro punto es el referido a los pacientes fallecidos en lista de espera. Informó que aproximadamente 33.000 personas fallecieron en 2024 mientras esperaban atención en la lista GES, lo que representa uno de cada cuatro fallecimientos anuales en Chile. Esto no implica que murieran por falta de atención, pero sí que fallecieron antes de recibirla. Considera grave que el Estado no haya cumplido su compromiso de brindar atención oportuna.

El último tema es sobre información de beneficiarios de Fonasa. Al respecto, dijo que no se cuenta con el dato actualizado de beneficiarios de salud a diciembre de 2024, lo que impide una correcta construcción de los estudios. Explicó que utilizaron el total de beneficiarios reportados por Fonasa en lugar de los

validados, ya que los validados dependen de la gestión de cada municipio y no reflejan el total de la población del servicio de salud.

Hizo un llamado al Ejecutivo para que se entreguen los datos completos y actualizados que solían reportarse en años anteriores, ya que la falta de información afecta el análisis y comprensión de la situación de salud pública en el país.

44. Eduardo del Solar, director ejecutivo APIS A.G.

El director ejecutivo de la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud (APIS A.G.), Eduardo del Solar, dijo que APIS representa a 62 empresas de dispositivos médicos, de las cuales 30% son pymes, 40% son medianas empresas y el resto son grandes empresas. Hay pocas transnacionales, porque deben cumplir un código de ética estricto. APIS promueve la certificación de las empresas en Chile, ya que sus miembros no pueden financiarse en otros mercados como el argentino o brasileño.

Expuso sobre una tercera y crítica lista de espera en los hospitales: la relacionada con el no pago a los proveedores de insumos médicos. Esta situación atenta directamente contra la seguridad y vida de los pacientes, ya que sin insumos como prótesis o marcapasos no es posible realizar tratamientos ni cirugías, generando así una paralización en la atención hospitalaria. Esta crisis se agravó desde marzo de 2023, cuando el gobierno suspendió el sistema de pago automático a proveedores, lo que ha generado millonarias deudas en hospitales de todo el país. Se mencionaron ejemplos concretos, como el Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, con 1.465 días de facturas impagas, y el Hospital Carlos van Buren, donde los pacientes no pueden ser operados.

Destacó que la diferencia no está en la gestión hospitalaria, sino en la existencia o no de pago automático, lo que se refleja en casos como el Hospital San José, que a pesar de sus falencias estructurales mantiene sus pagos al día gracias a ese sistema.

Manifestó la necesidad urgente de regularizar estas deudas para destrabar las listas de espera clínicas.

Ante algunas consultas, aclaró que APIS sí sigue despachando insumos, a pesar de las deudas impagas por parte del Estado., pues la prioridad de APIS es la seguridad del paciente y garantizar el acceso a productos de calidad. Obviamente, eso genera problemas, como que algunos proveedores tienen más de 400 días sin pagos, las líneas de crédito están copadas, lo que impide participar en nuevas licitaciones; las deudas impiden pagar el IVA e imposiciones, con lo que quedan fuera del sistema público, sufren multas por incumplimientos en entrega, derivados de la falta de capacidad para operar, y los servicios de transporte también restringen crédito.

La deuda total del Estado estimada asciende a 90 mil millones de pesos con el conjunto de empresas del gremio. El cálculo se basa en datos reales con respaldo de facturas de 20 empresas, principalmente medianas y pequeñas. Estas empresas informaron 20 mil millones de pesos en deuda. Si se extrapola al total, se alcanza la cifra estimada. Los hospitales más deudores son el Hospital Gustavo Fricke (615 días de atraso), Hospital Guillermo Grant Benavente, Hospital Regional de Rancagua, entre otros. El promedio de días de deuda varía según el hospital, llegando incluso a más de 1.600 días en algunos casos (ej. Hospital Eduardo Pereira).

45. [Directora del Depto. de Salud de la Municipalidad de Arica, Claudia Villegas.](#)

La Directora del Departamento de Salud de la Municipalidad de Arica, Claudia Villegas, valoró la visita de los diputados a la región, destacando la importancia de visibilizar el rol de la atención primaria en la gestión de salud, especialmente en la formación de listas de espera. La atención primaria es el primer contacto del sistema de salud con las personas, y cuando no puede resolver un caso, se activa el proceso de referencia a nivel secundario mediante una interconsulta electrónica.

Describió la red de salud primaria en Arica, que incluye CESFAM, UAPO, el Centro de Salud Ambiental y móviles dentales. Señaló que el trabajo se rige por lineamientos del Ministerio de Salud, y que existe una revisión rigurosa de las interconsultas a través de comités con médicos contralores, digitadores y protocolos específicos para asegurar su pertinencia antes de enviarlas al nivel secundario.

En 2024 se generaron 37.810 interconsultas, de las cuales solo el 7,4 por ciento no fueron pertinentes. El promedio de tiempo para su aprobación fue de 2,6 días, cumpliendo con la normativa que exige menos de 10 días. Además, la pertinencia de las interconsultas alcanzó el 90 por ciento, y la Contraloría observó un cumplimiento general adecuado en el proceso GES y no GES, recomendando únicamente formalizar una unidad ya existente.

Finalmente, destacó que actualmente la atención primaria ya no maneja cupos, sino que la gestión pasa directamente al nivel secundario a través del sistema Gmed, de acuerdo con la prioridad clínica del caso.

46. [Director del Hospital de Arica, Alfredo Figueroa Seguel.](#)

El señor Alfredo Figueroa, director del Hospital Regional de Arica, inició sus palabras expresando el compromiso del hospital con la mejora continua en la atención de pacientes, particularmente en la reducción de tiempos de espera, tema que consideró prioritario para el establecimiento.

A modo de contexto, refirió que el Hospital Regional de Arica es un centro de alta complejidad ubicado en el extremo norte de Chile, con 318 camas, 9 pabellones (dos de urgencia) y una infraestructura moderna que permite la entrega de servicios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos con altos estándares tecnológicos. Según el Ministerio de Salud, es uno de los hospitales más demandados del país y mantiene buenos indicadores de gestión.

Destacó cuatro ejes clave en la gestión de las listas de espera:

1. Compromiso institucional y trabajo en equipo: desde la dirección hasta el personal de reciente incorporación, todos trabajan con dedicación para resolver los problemas de atención de la población.
2. Cumplimiento normativo: el hospital prioriza el cumplimiento de las obligaciones legales, especialmente las relacionadas con el GES, lo que guía gran parte de su planificación y acciones.
3. Integración de la red asistencial: el hospital trabaja coordinadamente con la Atención Primaria y otros niveles del sistema, destacando la colaboración como un pilar para mejorar la salud de la población regional.
4. Eficiencia en el uso de recursos: con conciencia del gasto estatal, el hospital busca constantemente optimizar procesos para un uso racional y transparente del presupuesto.

Añadió que el hospital cuenta con un modelo de gestión del GES liderado directamente desde la dirección, lo que refleja la prioridad institucional del tema. Cada semana se realizan reuniones para evaluar resultados y anticipar necesidades, con un equipo clínico GES consolidado que gestiona las garantías con eficacia. Existe un compromiso transversal de los jefes de servicio para priorizar estos casos, lo que contribuye al cumplimiento de los plazos legales y la atención oportuna de los pacientes.

En lo tocante a la gestión de las listas de espera no GES, es el ámbito que representa uno de los mayores desafíos. El hospital ha establecido dos equipos especializados: uno para listas de espera ambulatorias y otro para listas quirúrgicas. Desde fines de 2024 y con fuerza durante 2025, han integrado la unidad de gestión quirúrgica con la unidad de atención, buscando agilizar los procedimientos. Además, el ciento por ciento de las interconsultas se gestionan digitalmente, lo que asegura trazabilidad, transparencia y permite priorizar casos con criterios clínicos. En colaboración con el Ministerio de Salud, se priorizan pacientes de mayor riesgo, como los oncológicos, mediante coordinación inmediata desde Atención Primaria. Además, se realizan reuniones regulares con el Servicio de Salud para monitorear y resolver los casos críticos.

En materia de productividad institucional y eficiencia quirúrgica, señaló que el hospital ha fortalecido su gestión interna para aumentar la eficiencia y productividad. Cada día, a las 8:30 a.m., el equipo directivo revisa el estado de camas y a mediodía lidera la reunión de gestión quirúrgica. En 2025, el hospital se integró al proyecto de Centros Regionales de Resolución (CRR), logrando

indicadores que reflejan un alto nivel de eficiencia en sus dos pabellones estratégicos.

Enfatizó el avance en digitalización de procesos y la implementación del “hospital virtual”, donde los pacientes pueden revisar su información personal, actualizar sus datos y monitorear el estado de sus interconsultas o solicitudes médicas. A la fecha, más de 25 mil personas han actualizado sus datos y más de 16 mil han mantenido contacto activo con el sistema, lo que facilita la entrega de horas y programación de cirugías. El hospital también participa en un proyecto piloto de interoperabilidad, lo que les permitió convertirse en el primer hospital del segundo grupo nacional en integrarse plenamente al sistema, facilitando la comunicación con otros niveles de la red asistencial.

También relató que, para mejorar la experiencia de los pacientes durante su espera, el hospital implementó un equipo de “navegadores”, compuesto por profesionales clínicos y administrativos, que se dedica al acompañamiento de personas en situación de riesgo (clasificación G3), focalizándose en especialidades como cardiología, cirugía y gastroenterología. Este equipo identifica necesidades sociales, coordina exámenes y busca garantizar que la primera consulta sea resolutive. A la fecha, 518 pacientes están siendo acompañados activamente, y la iniciativa ha sido bien recibida por la comunidad.

Concluyó su intervención reafirmando el compromiso del Hospital Regional de Arica con la salud pública, la eficiencia y la transparencia. Destacó la relevancia del trabajo conjunto con la red asistencial, el uso de tecnologías digitales y la humanización de la atención mediante el acompañamiento a pacientes en espera. Expresó que el hospital se siente orgulloso de los logros alcanzados y continuará trabajando para mejorar el acceso y calidad de la atención en la región.

47. [Directora del Servicio de Salud, Patricia Sanhueza Zenobio.](#)

La directora del Servicio de Salud de Arica y Parinacota, Patricia Sanhueza, presentó un detallado informe sobre la situación de la red asistencial de su región, destacando avances, retrocesos y desafíos estructurales que enfrenta el sistema.

Comenzó dando cuenta de la evolución de la producción de la red asistencial desde 2019, año prepandémico que se utiliza como base de comparación. En este sentido, subrayó que las consultas nuevas de especialidades médicas, odontológicas y los controles de especialidad sufrieron una fuerte caída durante la pandemia, con una recuperación significativa desde el año 2022 en adelante. Para 2023 y 2024, los niveles de producción ya superan los registros del 2019, tanto en consultas como en cirugías mayores y menores, y en controles de especialidad.

En relación con la producción quirúrgica, destacó que las cirugías mayores electivas se priorizaron por sobre las ambulatorias, en un intento de reducir la lista de espera más antigua y compleja. De hecho, las cifras muestran un crecimiento progresivo en la cantidad de intervenciones y egresos quirúrgicos desde 2022, lo cual es considerado como un avance importante. Pese a esto, señaló que las listas de espera no GES han tenido un aumento importante entre 2022 y 2024, con incrementos que alcanzan hasta un 230 por ciento en consultas médicas, un 150 por ciento en cirugía y cifras similares en odontología, lo que revela una tensión creciente en la capacidad de resolución frente a la demanda acumulada.

Entre las especialidades con mayor carga de espera mencionó ginecología, oftalmología, otorrinolaringología y urología, mientras que en odontología destacó la ortodoncia. También evidenció que la región mantiene consistentemente una mediana de días de espera inferior al promedio nacional, lo que considera un indicador positivo en términos de eficiencia, pese a la presión creciente sobre el sistema. En cuanto a la atención realizada, sostuvo que siempre han egresado más del 80 por ciento de los casos ingresados, con el restante 20 por ciento afectado por factores administrativos como duplicidades o ausencia del beneficiario.

En el ámbito de las garantías GES, presentó cifras que indican un cumplimiento cercano al 100 por ciento desde 2019 hasta 2024, subrayando que esto es resultado de un esfuerzo sostenido del personal de salud. No obstante, también informó que existen 1.093 garantías GES exceptuadas transitoriamente, en su mayoría no oncológicas, además de una mínima proporción de retrasos que ya han sido resueltos. En el caso de las garantías oncológicas, el cumplimiento es del 100 por ciento, lo cual enfatizó como una prioridad estratégica para el servicio.

Luego, la directora detalló los principales nudos críticos del sistema, que incluyen una aguda brecha de especialistas en áreas clave como cardiología, gastroenterología, oncología y hematología. También describió limitaciones materiales, como la falta de equipamiento esencial —por ejemplo, un equipo láser para urología que podría reducir drásticamente los días cama— y la dependencia de compras de servicios externos para resolver ciertas prestaciones. En oftalmología, una de las áreas más demandadas, gran parte de la atención se gestiona mediante compras externas o Fonasa.

Un problema estructural que arrastra la región es la dificultad para retener médicos y odontólogos que cumplen su Período Asistencial Obligatorio (PAO). De los profesionales que llegan, alrededor del 60 por ciento opta por trasladarse a otras regiones tras finalizar su obligación. Esta fuga también ocurre en el ámbito odontológico, con una retención de apenas el 63 por ciento en 2024. A esto se suma una deficiente homologación de grados profesionales desde que la región fue creada en 2007, lo que ha dejado a muchos funcionarios desempeñando cargos superiores con grados contractuales inferiores, sin una regularización acorde a sus responsabilidades actuales.

Otro factor limitante de peso es la conectividad territorial. La directora relató las dificultades logísticas que enfrentan para trasladar pacientes a otras regiones, especialmente por la limitada frecuencia y complejidad de los traslados aéreos y terrestres, agravadas por eventos como derrumbes o cortes de caminos. Esto no solo impacta a los usuarios, sino también a la cadena de suministros, mantenimiento, capacitaciones y presupuesto. Indicó que un insumo que cuesta un millón de pesos en Santiago puede llegar a costar el doble en Arica, lo que daña la eficiencia presupuestaria del servicio, especialmente en un contexto donde el año presupuestario 2025 tendrá una duración efectiva de 13 meses debido a una apertura anticipada del presupuesto en diciembre de 2024.

Sobre la infraestructura hospitalaria, mencionó que, si bien el hospital regional cuenta con un diseño moderno, sus espacios resultan insuficientes para la alta demanda, especialmente en la urgencia hospitalaria, que atiende entre 550 y 620 usuarios al día. Por esta razón, se trabaja con la Atención Primaria de Salud para derivar casos menos complejos (C4 y C5) a los SAPU y SAR. También se refirió al apoyo del gobierno regional, que ha permitido avanzar en la adquisición de equipos por más de 2.000 millones de pesos, aunque muchas compras se han visto retrasadas por razones administrativas.

Para enfrentar las listas de espera, describió estrategias implementadas como el seguimiento detallado por medio de reuniones, supervisiones y el trabajo de “navegadores” que permiten mantener un contacto activo con los pacientes. En cuanto a resultados, indicó que, al cierre de 2023, la lista de espera en especialidad médica era de 24.748 casos, de los cuales se resolvieron 20.193, quedando pendientes 4.555 casos. A esto se suma la demanda generada en 2024. En paralelo, detalló estrategias como la implementación de unidades prequirúrgicas y mecanismos de trazabilidad desde la asignación de horas hasta la cirugía. También expuso datos sobre el desempeño de los Centros Regionales de Resolución (CRR), donde algunos indicadores muestran cumplimiento adecuado, aunque hay alertas como el promedio de recambio quirúrgico, que supera los tiempos recomendados.

48. [Presidente del Colegio Médico de Arica, Carlos Hidalgo.](#)

El doctor Carlos Hidalgo, presidente del Colegio Médico de Arica, expuso su preocupación por la crítica situación del sistema de salud en la región, haciendo especial énfasis en la creciente dificultad para cubrir la demanda quirúrgica debido a la escasez de especialistas. Señaló que en el último tiempo han dejado el hospital al menos cinco cirujanos y se espera la salida de tres más por término de su devolución obligatoria (PAO), lo que ha reducido significativamente el equipo médico. Esta situación ha provocado una sobrecarga laboral entre los cirujanos restantes, acercándolos al burnout y afectando directamente la capacidad de mantener la tabla quirúrgica y atender adecuadamente las urgencias.

En consecuencia, la falta de personal y de insumos ha tenido un impacto directo en el aumento de las listas de espera quirúrgicas, ya que no se pueden realizar todas las cirugías requeridas. Hidalgo subrayó que la reducción presupuestaria en salud agrava esta problemática, y llamó a las autoridades a considerar incentivos que permitan retener especialistas y planificar estratégicamente el futuro del sistema. Además, destacó la necesidad de mejorar la infraestructura hospitalaria y la coordinación con la atención primaria, para optimizar el manejo de los pacientes y reducir los tiempos de espera.

49. [Secretario del Colegio Médico, Mauricio Osorio.](#)

El secretario nacional del Colegio Médico, señor Osorio, destacó la importancia de fortalecer el sistema público de salud, especialmente en regiones como Arica, donde la atención durante la pandemia recayó casi exclusivamente en dicho sector. En el contexto de la comisión investigadora sobre listas de espera, señaló que en Chile existen actualmente alrededor de tres millones de personas en esta condición, lo que representa un problema urgente y de alta sensibilidad ética.

Enfatizó que el Colegio Médico participa activamente en la Comisión de Seguimiento de Listas de Espera y está comprometido en colaborar con todas las instancias que busquen soluciones concretas. Subrayó que la retención de especialistas en regiones es clave para disminuir las listas de espera y que esto no solo debe abordarse con incentivos económicos, sino también mediante cambios legales y estructurales que permitan ofrecer condiciones atractivas para que los profesionales jóvenes se queden y desarrollen sus vidas en sus territorios.

Finalmente, hizo un llamado a trabajar en alianzas entre todos los actores del sistema para mejorar la productividad y eficiencia, con el fin de dar una mejor respuesta a las necesidades sanitarias de la población, especialmente en zonas apartadas como Arica.

50. [Ana Lobos, hija de paciente neuroquirúrgica.](#)

La señora Ana Lobos relató el complejo y doloroso proceso que ha vivido junto a su madre, una paciente con una grave enfermedad neurológica, destacando los graves problemas del sistema público de salud y, especialmente, las consecuencias de las extensas listas de espera. Tras ser diagnosticada en Arica, su madre fue derivada al Instituto de Neurocirugía Asenjo en Santiago, donde se le informó que debía someterse a una operación urgente, pero que había más de 2.000 personas en lista de espera. La alternativa privada tenía un costo inalcanzable de 20 millones de pesos.

Lobos denunció la falta de transparencia en la gestión de las listas de espera, ya que nunca recibió información clara sobre la posición de su madre ni sobre los tiempos estimados. También criticó el trato impersonal de algunos médicos en Santiago, la falta de insumos en el Hospital de Arica —que impide realizar intervenciones complejas localmente—, y el abandono administrativo del caso tras la jubilación del primer médico tratante.

Su testimonio expuso el desgaste emocional, económico y familiar al que se ven sometidas las personas con enfermedades graves, sumadas a la frustración de enfrentarse a un sistema que no entrega soluciones oportunas ni respuestas humanas. Concluyó haciendo un llamado urgente a mejorar la infraestructura hospitalaria en Arica y a resolver el colapso de las listas de espera, que hoy están afectando directamente la calidad de vida y la dignidad de los pacientes.

51. [Directora de la Agrupación Polimetales, Marta Quisbert.](#)

La señora Marta Quisbert expuso la grave crisis sanitaria derivada de la histórica contaminación por polimetales que afecta a la ciudad desde mediados de los años 80. Señaló que esta contaminación, causada por la exposición a 17 o 18 minerales tóxicos, ha dejado profundas secuelas en la salud de la población, manifestadas en enfermedades crónicas como tumores, problemas articulares y otros padecimientos graves que afectan a familias enteras.

Destacó que, pese a que existe una ley sobre polimetales, esta no ha sido implementada con la urgencia y eficacia necesarias. Recalcó que las necesidades son inmediatas y no pueden seguir postergándose, haciendo un llamado a ser tratados con dignidad y a que se garantice una atención en salud adecuada para los afectados. Además, denunció la falta de voluntad de las autoridades para declarar a Arica como zona de catástrofe ambiental, pese a la magnitud del daño.

Añadió, hablando en nombre de toda la comunidad, no solo del área directamente contaminada, que el problema se ha extendido por toda la ciudad debido a factores como el viento. Cerró su intervención exigiendo con urgencia la construcción de un hospital acorde a las necesidades de Arica y reiterando que la lucha por la salud de las familias afectadas continúa gracias al esfuerzo comunitario.

52. [Representante de la JJVV Los Industriales, Marisol Pinto.](#)

La señora Marisol Pinto, representante de la Junta de Vecinos Los Industriales, destacó el rol fundamental de las mujeres en la detección temprana de los efectos de la contaminación por polimetales en Arica, lo que permitió impulsar la ley N°20.590. A pesar de contar hoy con un programa de salud y un centro provisorio, denunció que el Centro de Salud Ambiental aún no ha sido entregado a

la comunidad, y que no cuenta con especialistas adecuados para abordar las patologías derivadas de esta contaminación crónica. Los pacientes son derivados al hospital regional, el cual está colapsado y atiende a toda la región, sin un tratamiento diferenciado para los casos relacionados con polimetales.

Reclamó que la ley no se está cumpliendo plenamente, ya que no se han asignado los profesionales necesarios ni se ha erradicado a quienes siguen viviendo en zonas contaminadas. Además, criticó la falta de gestión en centros de salud como el Cesfam Amador Neghme, donde problemas como la inhabilitación de espacios por falta de ascensor permanecen sin solución pese a tener proyectos aprobados.

Subrayó la urgencia de abordar los “nudos críticos” ya identificados en el sistema de salud, y pidió que el Ministerio de Salud asuma su responsabilidad directa en lugar de desviar fondos del Plan Especial de Desarrollo de Zonas Extremas (Pedze), que tiene otros fines.

Finalmente, hizo un llamado a valorar y cuidar al personal de salud, evitando su sobrecarga, y agradeció que se escuchen las voces desde las regiones afectadas.

53. [Representante del polígono de polimetales, Esperanza Zárate.](#)

La señora Esperanza Zárate agradeció la realización de la sesión en Arica y expuso la necesidad urgente de modificar la guía clínica asociada a la ley N°20.590, ya que actualmente solo contempla cinco patologías, mientras que las personas afectadas están falleciendo por otras enfermedades no reconocidas en dicha guía. Solicitó que se amplíen los criterios para incluir nuevas patologías derivadas de la exposición a polimetales.

Además, pidió que los niños nacidos después del año 2012, hijos y nietos de personas contaminadas, sean acreditados dentro del programa, ya que también forman parte del ciclo de contaminación, aunque hoy no se les reconoce ni se les otorgan los beneficios. Subrayó que, de no actualizarse la ley y extender su alcance, esta dejará de aplicarse cuando fallezca el último beneficiario actual.

Finalmente, reclamó que beneficios como la beca JUNAEB se entregan solo a estudiantes de enseñanza media y superior, excluyendo a niños de educación básica, y también denunció que menores con discapacidad o necesidades especiales no están recibiendo apoyo adecuado dentro del marco legal vigente.

54. [Rosa Vilches, Agrupación Oncológica Arica y Parinacota.](#)

Rosa Vilches inició su intervención agradeciendo la presencia de la comisión y señaló que los problemas que se han mencionado sobre el sistema de salud en Arica son reales. Explicó que las estadísticas oficiales no reflejan la realidad, ya que muchos pacientes no logran acceder a especialistas por falta de horas disponibles, lo que impide diagnosticar correctamente diversas patologías, incluido el cáncer. También denunció la falta de personal administrativo y operativo para ejecutar proyectos en los hospitales de la región.

Expuso la urgencia de mejorar la infraestructura y el acceso a servicios médicos especializados, mencionando que incluso los traslados de emergencia, como los que requieren helicóptero, no son posibles por la precariedad logística y geográfica de la región. Subrayó que la situación sanitaria en Arica está “agonizando”.

Además, llamó la atención sobre la falta de especialistas, comparando la situación con la Región de Aysén, donde se solicitó en 2016 una ley especial para garantizar médicos en zonas extremas. Enfatizó que Arica sufre una doble carga por su condición fronteriza y el flujo migratorio, lo que incrementa la demanda de servicios, pero no se ve reflejado en asignaciones de recursos ni en políticas específicas. Criticó también la forma en que se distribuyen los recursos según estadísticas de denuncias, dejando a regiones como Arica en desventaja.

Finalmente, pidió con urgencia la creación de incentivos para atraer profesionales de salud, como bonos e incrementos salariales, especialmente en áreas críticas como salud mental y neurología infantil, donde actualmente hay una grave escasez de especialistas. Insistió en que la única solución sostenible es una legislación que trate a las zonas extremas con un enfoque diferenciado, reconociendo sus condiciones particulares y asegurando una atención digna para toda la población.

55. [Mario Rojas, Agrupación de Cardiópatas Arica y Parinacota.](#)

El señor Mario Rojas expuso la crítica situación que enfrentan los pacientes con cardiopatías en Arica, destacando las largas listas de espera y los traslados inadecuados que muchas veces implican viajes por bus, lo que representa un gran sacrificio para personas con enfermedades cardíacas. Mencionó que, por problemas administrativos, en 2023 hubo un período en el que no se pudieron trasladar pacientes, lo que provocó el fallecimiento de dos personas en espera de tratamiento.

Ante esta situación, solicitó la habilitación de un pabellón quirúrgico en el Hospital Regional de Arica para realizar operaciones cardíacas. Explicó que ya contaban con un proyecto del doctor Labbé y con financiamiento del gobierno regional (2.000 millones de pesos), pero el cambio de autoridades provocó la

pérdida de esos fondos, obligando a reiniciar el proceso. Insistió en la necesidad de contar con una unidad coronaria en la región para evitar el traslado a otras ciudades y mejorar la respuesta médica oportuna.

También abordó el problema generalizado de las listas de espera en el hospital, indicando que muchos pacientes esperan años por una atención, con exámenes que se vencen antes de poder operarse. Relató cómo, a través de su contacto diario con la comunidad, ha recogido múltiples testimonios de frustración e ineficiencia en el sistema de salud local.

Finalmente, denunció la falta de planificación y ejecución de proyectos dentro del hospital, como el mal estado de ambulancias o equipos médicos sin uso, y llamó a las autoridades a actuar con urgencia. Subrayó que ya han presentado propuestas concretas, pero que hasta ahora no han recibido respuestas ni avances, a pesar de haber sostenido reuniones en Santiago. Solicitó retomar el proyecto del pabellón quirúrgico como una solución prioritaria para los cardiopatas de la región.

56. Ester Quispe, Secretaria de FENPRUSS Arica y Parinacota.

La secretaria FENPRUSS Arica y Parinacota comenzó señalando que, aunque se han logrado ciertas mejoras en el sistema, los propios funcionarios también son usuarios del servicio, por lo que conocen de primera mano las dificultades que enfrenta la población. Esta doble condición les permite comprender profundamente la realidad del sistema de salud y empatizar con los pacientes.

Centró su intervención en el concepto de eficiencia, destacando que, si bien algunos indicadores pueden parecer positivos, no reflejan completamente la realidad humana del sistema, especialmente la sobrecarga que enfrentan los trabajadores. Señaló que muchos funcionarios cumplen su labor con vocación y compromiso, pero eso tiene un alto costo para su salud, especialmente en términos de salud mental.

Mencionó que los esfuerzos del ministerio por cerrar las brechas estructurales de salud han sido insuficientes y se enfrentan constantemente a la respuesta de que “no hay recursos”. A nivel local, la presión por “portarse bien” y ajustarse a presupuestos limitados lleva a una reducción de personal, lo que agrava aun más la sobrecarga laboral.

Finalmente, advirtió que estudios internos muestran que alrededor del 50 por ciento de las unidades presentan un alto riesgo mental, lo cual refleja el nivel de agotamiento del personal de salud. Subrayó la necesidad de reconocer y atender esta situación estructural para asegurar un sistema de salud más humano, tanto para los usuarios como para quienes lo sostienen.

57. [Seremi de Salud de la Araucanía, Ricardo Cuyul Soto.](#)

El Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región de la Araucanía, Ricardo Cuyul Soto, expuso los principales lineamientos y acciones que el Ministerio de Salud está implementando en la región para enfrentar el desafío de las listas de espera. Señaló que la reducción de los tiempos de espera es una prioridad nacional y regional, y que para ello se están ejecutando estrategias integrales y multidimensionales enfocadas en fortalecer la atención primaria de salud (APS), mejorar la resolutiveidad del sistema y ampliar el acceso a tecnologías y especialistas.

Destacó que el sistema público atiende al 80 por ciento de la población regional y, por lo tanto, requiere un refuerzo sustancial, particularmente en APS, desde donde se generan las interconsultas. Se han implementado diversas medidas como la extensión horaria en CESFAM, incorporación de unidades oftalmológicas, aumento en la oferta de consultas telemáticas, y programas como “Más CESFAM” y “APS Universal” con conectividad rural y Hospital Digital Rural.

Subrayó los logros en salud digital, que incrementó sus atenciones en un 300 por ciento entre 2022 y 2024, y la eliminación del copago para usuarios de Fonasa, lo cual ha significado un ahorro regional de casi 15 mil millones de pesos. Además, explicó que se están ejecutando estrategias específicas para aumentar la producción quirúrgica y ambulatoria, incluyendo el uso optimizado de pabellones, formación de especialistas y desarrollo del “Portal Paciente”.

También mencionó proyectos de inversión relevantes como el Centro Oncológico Regional, con más de 138 mil millones de pesos, y la creación de Centros Regionales de Resolución (CRR) en Padre Las Casas y Villarrica, destinados a mejorar la capacidad quirúrgica. Informó que el gobierno regional está destinando más de 5.400 millones para listas de espera desde 2025.

Finalmente, enfatizó que reducir las listas de espera no depende solo del sector salud, sino que requiere un enfoque intersectorial que aborde determinantes sociales como alimentación, vivienda y ambientes saludables, y destacó la importancia de la participación ciudadana y parlamentaria para avanzar en estos desafíos estructurales.

58. [Director del Servicio de Salud Araucanía Sur, Vladimir Yáñez Méndez.](#)

El director del Servicio de Salud Araucanía Sur, señor Vladimir Yáñez, comenzó su intervención destacando la importancia de dar a conocer la realidad de Araucanía Sur, enfatizando que la salud está profundamente condicionada por los determinantes sociales. La región, con más de 1 millón de habitantes, está marcada por una alta ruralidad (27,9 por ciento), una población con un 30 por ciento de adscripción étnica mayoritariamente mapuche, y una fuerte incidencia de pobreza multidimensional (20 por ciento). Esta situación repercute

directamente en los indicadores de salud, dado que la falta de servicios básicos, el hacinamiento y la violencia intrafamiliar generan impactos sanitarios significativos.

Araucanía Sur cubre el 76 por ciento de la población regional y opera con una infraestructura limitada: un solo hospital de alta complejidad para más de un millón de personas, 5 hospitales de mediana complejidad y 10 de baja. La carga asistencial también proviene de Araucanía Norte, donde los hospitales, si bien clasificados como de alta complejidad, funcionan en la práctica como de nivel medio. Comparado con otras regiones, Araucanía Sur cuenta con muy pocos pabellones quirúrgicos de alta complejidad (12), lo que influye directamente en la resolución de la demanda.

A pesar de las limitaciones, el Servicio de Salud Araucanía Sur se posiciona como el segundo a nivel nacional en número de egresos (sin considerar la RM) y el quinto en producción total. Este rendimiento ha sido posible gracias al compromiso de todo el personal de salud, médicos y no médicos, que han logrado una tasa de ocupación superior al 90 por ciento en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

No obstante, existe un gran desafío: 235.767 atenciones en lista de espera, lo que representa aproximadamente el 9 por ciento de la lista nacional, siendo mayoritariamente consultas de especialidad (71 por ciento), intervenciones quirúrgicas (10 por ciento) y odontológicas (19 por ciento).

En cuanto a estrategias de gestión y resolutiveidad, explicó que desde la asunción de su gestión en 2023, se han impulsado varias estrategias para aumentar la capacidad resolutive. Estas incluyen: revisión de programación médica para optimizar horas disponibles; priorización por antigüedad en listas de espera (percentiles 75 al 90); descentralización de especialidades, por ejemplo, cirugía bariátrica en Pitrufquén, cirugía digestiva y neurocirugía en Villarrica, y prevención renal avanzada (UCRA) en Nueva Imperial; e Inversión en infraestructura y equipamiento, incluyendo el fortalecimiento de anatomía patológica en Padre Las Casas y Villarrica.

Además, mediante financiamiento regional (FNDR), se destinarán más de 5.300 millones de pesos a consultas, odontología y cirugía, lo que permitirá realizar cerca de 24.000 atenciones adicionales fuera del horario institucional.

Se destacó el trabajo colaborativo con fundaciones, ONG y agrupaciones médicas. Ejemplos relevantes son los operativos ad honorem del personal del hospital y los grupos médicos como G86, que realizan intervenciones en zonas vulnerables como Galvarino y Lautaro.

Otra medida importante es la compra estratégica de servicios externos, regulada bajo bandas de precio acordadas con el Colegio Médico para evitar sobrecostos y garantizar eficiencia. Asimismo, se fortalecieron las unidades prequirúrgicas para priorizar y ordenar cirugías con mejor planificación.

En materia oncológica, el director expuso importantes avances. Se ha implementado una unidad de gestión oncológica, duplicado la capacidad de

sillones de quimioterapia (de 11 a 23), habilitado una nueva farmacia para producir fármacos oncológicos, y gestionado mayores capacidades locales frente a la limitada respuesta desde Concepción.

El crecimiento ha sido notorio: en 2019 se realizaron 1.700 atenciones oncológicas, y en 2024 se proyectan más de 15.000, con un incremento sostenido en quimioterapias, biopsias, hospitalizaciones e ingresos a cuidados paliativos.

Se están desarrollando importantes proyectos de inversión, como el Centro Integral Oncológico con una inversión de más de 140.000 millones de pesos, y el Centro TROI (Tratamiento Oncológico Infantil) que abrirá en agosto de 2024 para atender casos pediátricos desde todo el sur de Chile, con apoyo de la Fundación Vivir Más Feliz.

En relación con la lista de espera, se evidenció un incremento durante 2020-2021 debido a la pandemia, que redujo la capacidad productiva en más del 50 por ciento. No obstante, se ha ido recuperando terreno: en 2023 se alcanzó un 4 por ciento de mejora respecto a la base de 2019, y en 2024 un 17 por ciento más. Esto refleja un esfuerzo concreto por revertir la brecha acumulada.

En odontología, la situación es más crítica: la lista de espera ha crecido un 41 por ciento desde 2019. La falta de especialistas y recursos obliga a aumentar fuertemente la oferta de atención.

Por último, reiteró la necesidad de equidad territorial en salud. Las estadísticas demuestran que el acceso a atención está directamente relacionado con la concentración de infraestructura en el centro y norte del país. En contraste, desde Ñuble al sur se acumulan más listas de espera por falta de pabellones, hospitales y especialistas. La salud, concluyó, no es solo un problema técnico, sino estructural y político, y requiere decisiones que reduzcan las brechas de acceso en todo el país.

Más adelante, en respuesta a consultas formuladas por los diputados, comenzó aclarando que todas las observaciones formuladas por la Contraloría General de la República en el informe N° 428-2024, de marzo de 2025, fueron debidamente subsanadas tanto por el servicio como por el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Subrayó que esta información está respaldada por documentos oficiales y que el principio de integridad guía la labor de los funcionarios públicos.

Abordó también la validez de las fuentes de información, aclarando que los datos del servicio provienen del sistema Sigte, el cual extrae automáticamente datos desde el sistema interno Ssasur. Señaló que el 93 por ciento de las inconsistencias detectadas provienen del propio Sigte y no del servicio, por lo que planteó la necesidad urgente de mejorar esta plataforma para garantizar información oportuna y precisa. Actualmente, por ejemplo, los datos disponibles son de diciembre de 2024, lo que muestra el desfase existente.

En relación con las estrategias para reducir las listas de espera, indicó que se está apostando por intervenciones con funcionarios en horarios no hábiles, para lo cual se requieren recursos adicionales. También destacó el trabajo colaborativo que se desarrolla con universidades regionales como la Universidad de La Frontera, Mayor y Autónoma, y la incorporación de la Universidad Católica de Temuco mediante convenios docente-asistenciales, con el objetivo de fortalecer la formación de especialistas y subespecialistas en la región.

Subrayó que la formación médica es actualmente un proceso centralizado a nivel nacional, lo que permite que un especialista formado en Temuco pueda ser destinado a cualquier lugar del país. Por ello, propuso avanzar hacia una estrategia territorial de formación médica, ya que los profesionales formados en la región tienden a quedarse, generando arraigo y fortaleciendo el sistema local.

Criticó la tradicional separación entre “ley médica” y “ley no médica”, abogando por un enfoque integrador centrado en las personas que trabajan en salud. Explicó que muchas especialidades, como oncología, requieren fortalecer equipos de apoyo (como la enfermería oncológica), y señaló las brechas existentes en especialidades como genética u oftalmología, donde el número de horas disponibles es limitado.

El objetivo del Servicio, enfatizó, es formar 120 nuevos especialistas y subespecialistas, con una meta proyectada de 400 nuevos especialistas en diez años, considerando tanto el recambio natural como el crecimiento poblacional.

También abordó la necesidad de coordinación con el Servicio de Salud Araucanía Norte, que no estuvo presente en la sesión, recordando que muchos pacientes de esa zona (Victoria, Traiguén, Angol) son atendidos por Araucanía Sur. Asimismo, indicó que el hospital de Angol fue el involucrado en el caso de priorización irregular de pacientes y no el hospital bajo su dirección.

Sobre los criterios de priorización en las listas de espera, aclaró que estos se basan en el criterio biomédico (patología y gravedad), seguido por criterios territoriales, y que se respetan los marcos legales establecidos (GES, cáncer, urgencias). También descartó irregularidades en el servicio bajo su responsabilidad.

Reconoció la necesidad de fortalecer áreas críticas como la salud mental y la atención oncológica, donde se ha logrado atraer a nuevos especialistas como nunca antes. Destacó que profesionales de hospitales como Nueva Imperial, Villarrica y el propio hospital base están realizando cirugías en recintos de baja complejidad (Cunco, Carahue, Puerto Saavedra, y próximamente Galvarino), lo que permite aprovechar pabellones disponibles y aumentar la resolutiveidad de la red.

Como meta concreta, el servicio se comprometió a reducir en un 25 por ciento las listas de espera, tomando como referencia la línea base de 2019. Esta reducción debe basarse en atenciones reales y no en egresos administrativos, los cuales hoy representan entre el 17 y el 20 por ciento del total. En cuanto a las suspensiones quirúrgicas, informó que representan menos del 5 por ciento del total de casos programados.

Finalmente, reiteró su compromiso con la salud pública, enfatizando que él mismo y su familia se atienden en el sistema estatal, por lo que comprende profundamente las dificultades que enfrentan los usuarios.

59. Director del hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena Temuco, Mauro Salinas Cortés.

El Director del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena Temuco, señor Mauro Salinas Cortés, comenzó haciendo un diagnóstico institucional y contexto regional. Destacó el rol central que cumple el hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena como el único establecimiento de alta complejidad para más de un millón de habitantes en la Región de La Araucanía. Enfatizó que, a pesar de las limitaciones estructurales y de infraestructura, el hospital ha logrado un alto desempeño gracias al compromiso y la calidad del equipo humano que lo conforma.

Con experiencia previa como director del hospital de Curicó, señaló las diferencias sustanciales entre regiones similares, como la existencia de tres hospitales de alta complejidad en el Maule, frente al único hospital disponible en La Araucanía Sur. Además, detalló que el hospital es centro de referencia regional y en algunos casos macrozonal en áreas como cardiocirugía, fisura labiopalatina y atención a grandes quemados, lo que incrementa aún más su carga asistencial.

También abordó los desafíos sociales de acceso, como la dificultad para contactar a pacientes en sectores rurales aislados, y el uso de estrategias inusuales como la entrega de medicamentos a caballo. Este contexto obliga a priorizar la atención según criterios biomédicos, lo que se traduce en extensas listas de espera.

Se refirió luego a la eficiencia hospitalaria, producción y gestión quirúrgica. Subrayó la eficiencia hospitalaria como uno de los pilares de la gestión. A pesar de contar con solo 12 pabellones quirúrgicos –en contraste con hospitales como el Sótero del Río (28 pabellones) o el Guillermo Grant Benavente (21 pabellones)–, el hospital supera con creces los estándares del Ministerio de Salud. Realiza 5,2 cirugías electivas diarias por pabellón (la meta nacional es 4,1), y mantiene una tasa de ocupación quirúrgica superior al 97 por ciento, lo que evidencia el compromiso de los equipos clínicos.

En cuanto a la producción quirúrgica, el 59 por ciento de los procedimientos son electivos y el 41 por ciento ingresan por urgencia. Del total de intervenciones electivas, el 39 por ciento corresponde a casos urgentes, el 33 por ciento a lista de espera general, el 25 por ciento a garantías GES (con mayoría oncológica), y el 3 por ciento a cáncer no-GES.

La lista de espera quirúrgica alcanza los 7.190 casos, con mayores cargas en traumatología, cirugía infantil, otorrinolaringología y cirugía plástica. Para enfrentar esta situación, el hospital ha diseñado estrategias de corto, mediano y largo plazo. En el corto plazo, se prioriza la contactabilidad temprana, el resguardo

de pabellones para pacientes en lista de espera, la optimización de procesos prequirúrgicos y quirúrgicos, y el aumento de capacidad con horarios extendidos (hasta las 20:00 horas e incluso fines de semana).

En el mediano y largo plazo, el enfoque está en fortalecer la red de resolución quirúrgica con prestadores asociados, incorporar tecnologías mínimamente invasivas y aumentar la infraestructura con la construcción de cinco nuevos pabellones ya financiados. También se trabaja en la retención y atracción de especialistas mediante programas de formación, investigación y desarrollo profesional, junto con el fortalecimiento de alianzas con universidades.

Luego, el señor Salinas abordó el gran desafío en las consultas de nuevas especialidades, donde la lista de espera llega a 52.040 pacientes, concentrándose en otorrinolaringología, oftalmología, neurocirugía y urología. Las estrategias para mejorar este escenario incluyen la optimización de la programación médica, el fortalecimiento del trabajo en red con hospitales como Villarrica, Nueva Imperial y Padre Las Casas, y la ampliación de la oferta ambulatoria con la apertura del Centro de Especialidades Médicas (CEM), que contará con 47 boxes disponibles.

Además, el hospital ha implementado operativos ambulatorios en especialidades prioritarias, los cuales muchas veces son organizados directamente por los propios funcionarios. Destacó como ejemplo el operativo de glaucoma liderado por tecnólogos médicos, demostrando un compromiso poco habitual en otras instituciones.

Otra estrategia clave es el uso de tecnologías innovadoras para la gestión de pacientes. El hospital está utilizando inteligencia artificial y plataformas como WhatsApp para mejorar la contactabilidad, confirmar citas y reagendar atenciones. Estas herramientas permiten segmentar a los pacientes y optimizar la interacción, sin perder el vínculo humano necesario.

En cuanto al desarrollo institucional, se proyecta una estrategia de fortalecimiento del capital humano mediante capacitación continua y aumento de la dotación médica en áreas críticas. Esta medida busca acompañar el crecimiento de la medicina moderna y responder a las demandas de la población, manteniendo la eficiencia y la calidad de la atención.

El señor Salinas destacó que el hospital mantiene urgencia odontológica los siete días de la semana, siendo el único en su tipo. Además, subrayó el resultado positivo del reciente informe de Contraloría, que no presentó observaciones para el hospital ni para el servicio de salud, a diferencia de lo ocurrido en otros recintos del país.

Finalmente, hizo un reconocimiento explícito al compromiso y profesionalismo de los funcionarios, asegurando que el valor del hospital no radica en su infraestructura, sino en las personas que lo hacen funcionar día a día, quienes permiten que, a pesar de los déficits, el hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena se destaque como uno de los más eficientes del país.

60. Presidente COLMED Regional Araucanía, José Marco Cuminao Cea.

El doctor José Marco Cuminao, presidente del Colegio Médico Regional Araucanía, señaló que la crisis de las listas de espera representa una problemática dolorosa y urgente, afectando directamente la calidad de vida de miles de personas que esperan por atenciones o intervenciones médicas críticas.

Desde una perspectiva gremial, valoró el compromiso de los funcionarios del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena, subrayando que trabajan con responsabilidad, a pesar de las limitaciones presupuestarias y las condiciones laborales que podrían mejorar. Mencionó que, durante una reciente asamblea hospitalaria, surgieron como prioridades la reducción de listas de espera, el fortalecimiento del área de oncología y el abordaje urgente de la salud mental, esta última descrita como “el hermano olvidado” del sistema. Enfatizó el aumento sostenido de patologías psiquiátricas tras la pandemia y la falta de recursos adecuados para tratarlas correctamente.

Abordó también la devolución de becas por parte de médicos especialistas, indicando que la gran mayoría cumple con su obligación legal de retornar el doble de años que duró su formación. Aclaró que los casos en que médicos no devuelven su especialidad son mínimos y excepcionales (alrededor del 3 por ciento), usualmente justificados por razones personales de peso. Como Colegio Médico, respaldan el cumplimiento de esta normativa, aunque apoyan gestiones humanitarias puntuales.

Sobre la lista de espera, expresó su preocupación por la inconsistencia y falta de depuración de los datos entre los registros del Ministerio de Salud y los del servicio local. Considera que, sin una base estadística clara y confiable, es imposible diseñar soluciones efectivas. Recalcó que el primer paso es transparentar y ordenar los datos.

En términos de gestión, señaló que, si bien no es competencia directa del Colegio Médico intervenir, sí han actuado como colaboradores activos. En este sentido, recordó la grave crisis financiera que vivió el hospital el año anterior, ante lo cual el Colegio Médico propuso una solución concreta: valorizar económicamente la lista de espera. Este ejercicio arrojó un costo estimado de 750.000 millones de pesos, y se planteó dividir ese gasto en tres cuotas anuales para resolver el problema en un plazo de tres años. La propuesta fue acogida y aprobada tanto por la Cámara de Diputados como por una comisión supervisora, sin embargo, hasta la fecha, no ha sido posible rastrear con claridad la ejecución de dichos fondos en los servicios de salud.

Sobre la formación de especialistas, insistió en la necesidad de establecer concursos locales que privilegien a médicos formados en la región, quienes tienen mayor arraigo social y posibilidades de quedarse a trabajar. Destacó

que en la Araucanía Norte el déficit de especialistas es aún más agudo, y que esto afecta directamente a la zona sur, dado que los casos más complejos terminan siendo derivados al Hospital de Temuco, sobrecargando su capacidad.

Finalmente, planteó una preocupación específica sobre la falta de capacidad quirúrgica: los pabellones están ocupados casi al 100 por ciento, lo cual impide ampliar la productividad quirúrgica sin inversión adicional. Propuso como medida urgente la construcción de más pabellones (aunque reconoció que esto requiere tiempo) y, como solución inmediata, el fortalecimiento de convenios de compra de servicios o el uso del extrasistema con financiamiento especial.

En resumen, solicitó mayor claridad en los datos, gestión eficiente de los recursos, inversión inmediata, y políticas de formación de especialistas con enfoque territorial, todo en función de resolver estructuralmente el problema de las listas de espera.

61. [Presidenta Asociación de Funcionarios hospital Temuco, Teresa Saavedra Segura.](#)

La señora Teresa Saavedra, presidenta de la Asociación de Funcionarios del hospital de Temuco, expuso con franqueza y preocupación la crítica situación que enfrenta el hospital Hernán Henríquez Aravena. Comenzó destacando que el hospital ha alcanzado un nivel de saturación estructural tal, que ya no admite más intervenciones parciales; la constante adición de espacios ha transformado el recinto en una especie de “Frankenstein” arquitectónico, lo que afecta directamente la atención a los usuarios y el bienestar del personal.

Uno de los problemas más relevantes mencionados fue la construcción de cinco nuevos pabellones, que implica reubicar servicios como traumatología y urología a un séptimo piso, reduciendo considerablemente el espacio y el número de camas, en circunstancias donde las listas de espera ya son excesivas. Saavedra criticó la falta de presupuesto y de gestión participativa en este tipo de decisiones, que se han venido planteando desde hace más de diez años sin una respuesta concreta por parte de las autoridades.

Asimismo, denunció el grave ausentismo del personal de pabellón, especialmente del equipo de enfermería, cuyo nivel de licencias médicas se ha disparado en el 167 por ciento en el último año, principalmente por problemas de salud mental. A esto se suma la falta de recambio y formación de nuevos profesionales y técnicos, la escasez de recursos para servicios de apoyo como imagenología y esterilización, y la obsolescencia de equipos clave. Saavedra recalcó que muchas cirugías se suspenden porque el instrumental no está en condiciones óptimas, y que incluso hay funcionarios que deben costear sus propias operaciones en el extrasistema por la falta de prioridad en la atención interna.

También abordó las deficientes condiciones laborales de muchos trabajadores, incluyendo a más de 380 contratados por compra de servicios y más

de 40 a honorarios, quienes aún no tienen certeza sobre su continuidad ni posibilidades de pasar a contrata. Reclamó la falta de claridad presupuestaria, señalando que el hospital solo tendría fondos asegurados hasta junio, lo que genera un clima de inestabilidad e incertidumbre permanente.

Saavedra denunció prácticas poco transparentes, como listas de espera paralelas, marcajes irregulares del personal médico (a pesar de existir una resolución para el control biométrico obligatorio), y el incumplimiento de horarios de inicio de cirugías. Estas situaciones provocan suspensiones constantes y frustración tanto en los pacientes como en el personal. Advirtió que sin una fiscalización real y sin una reforma profunda, ni siquiera un aumento de presupuesto será suficiente para resolver la crisis.

También manifestó preocupación por el área de oncología, afectada por sumarios administrativos, escasez de especialistas y retrasos en tratamientos que afectan incluso a trabajadores del hospital. En salud mental, propuso construir un nuevo espacio fuera del recinto para asegurar condiciones dignas de rehabilitación. En el ámbito dental, criticó la eliminación del box de urgencia y la falta de un pabellón propio, lo que obliga a arrendar espacios externos y perpetúa una lista de espera no resuelta en más de una década.

Finalmente, Saavedra reiteró con firmeza la necesidad urgente de iniciar un proceso de normalización del hospital, es decir, la construcción de un nuevo recinto que permita resolver de raíz los problemas estructurales, humanos y operativos que afectan al principal centro asistencial de La Araucanía. Cerró su intervención con un llamado a las autoridades a actuar con responsabilidad y visión de futuro, tal como se ha hecho en otras regiones del país.

62. [Representante Multigremial del Servicio de Salud Araucanía Sur, Claudio Carrasco.](#)

El señor Claudio Carrasco, presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile (Fenasenf) en Temuco, expuso en representación de la multigremial del Servicio de Salud Araucanía Sur, denunciando la crítica situación de la red de salud pública en la región, especialmente en relación a las listas de espera quirúrgicas. Afirmó que la crisis no es reciente ni exclusiva de la región, pero que en La Araucanía adquiere mayor gravedad debido a la presión que enfrenta el único hospital de alta complejidad, con más del 44 por ciento de los egresos hospitalarios requiriendo cirugía y una UCI con ocupación superior al 92 por ciento, lo que obstaculiza las intervenciones planificadas.

Detalló que el problema se agrava por la falta de infraestructura y equipamiento, la urgencia de los pabellones quirúrgicos y el aumento de cirugías oncológicas GES y no GES. Señaló un déficit en unidades de apoyo como esterilización, imagenología y lavandería, sumado al uso de equipamiento obsoleto

y a la escasez de camas posoperatorias. También criticó el presupuesto insuficiente, la creciente externalización de servicios sin adecuada fiscalización y la falta de derivaciones efectivas que sobrecargan los centros de mayor complejidad.

Enfatizó la grave carencia de personal en todas las áreas, incluyendo enfermería y técnicos, así como el impacto del ausentismo laboral debido a problemas de salud mental y enfermedades osteomusculares.

Denunció que el Ministerio de Salud ha cerrado el diálogo con los trabajadores y pidió el fortalecimiento del Plan Nacional de Salud Mental. Finalmente, llamó a implementar soluciones estructurales, como la modernización de pabellones, aumento de camas, mejor gestión de la red, descentralización quirúrgica y creación de centros regionales resolutivos. Solicitó a la comisión impulsar políticas de financiamiento y fortalecimiento del sistema público que garanticen atención digna y sostenible para la población.

63. [Presidenta del Movimiento Social de Pacientes, Fernanda Vásquez.](#)

La señora Fernanda Vásquez, presidenta del Movimiento Social de Pacientes, intervino ante la comisión en representación de la sociedad civil, destacando la ausencia de acciones concretas por parte de las autoridades pese a tres años de reuniones y solicitudes. Relató el caso de su hermana, paciente durante seis años en el sistema, cuya experiencia de vulneración de derechos y tortura motivó un fallo del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) y un pronunciamiento de la Corte Suprema, instruyendo mejoras en dotación de personal y espacios en salud mental, que aún no se han materializado.

Denunció que continúan ocurriendo vulneraciones de derechos dentro del sistema de salud mental de la región, especialmente en urgencias, lo que ha sido comunicado a las autoridades sin respuestas claras. En una reciente reunión con el delegado presidencial y equipos de los servicios de salud, las respuestas fueron nuevamente ambiguas. Solicitó que estas situaciones se integren al proyecto de salud mental integral, abogando por protocolos específicos para pacientes con distintas enfermedades, como mujeres en preparto, quienes también enfrentan la falta de atención especializada en salud mental.

Advirtió sobre la proyección de una crisis de salud mental hacia 2030, exigiendo que la sociedad civil sea incorporada activamente en la elaboración de soluciones. Recalcó que han pedido participar en espacios de construcción de políticas públicas sin éxito, quedando todo en promesas. Reiteró la necesidad de una mirada estructural que contemple la participación ciudadana para abordar esta crisis de forma efectiva.

Finalmente, destacó el compromiso de los profesionales del hospital pese a las precarias condiciones laborales, evidenciadas por el alto número de licencias médicas. Subrayó que la mejora en la atención a los pacientes solo será

posible si se asegura una buena calidad de vida laboral para los funcionarios. Solicitó mayor inversión, visibilización y voluntad política para garantizar un servicio de salud digno, señalando que la invisibilización del movimiento social solo agrava la crisis existente.

64. Ministra de Obras Públicas, Jessica López Saffie.

La Ministra de Obras Públicas, Jessica López Saffie, comenzó saludando a los presentes y agradeciendo la invitación para abordar la situación del hospital de Antofagasta, el cual opera bajo el modelo de concesión. Destacó la importancia de que los parlamentarios comprendan el funcionamiento del Programa de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria, así como el desempeño específico de dicho hospital desde su puesta en marcha.

Señaló que ya existe información oficial del Ministerio de Salud sobre el impacto de los eventos ocurridos en el hospital, especialmente en lo que respecta a la atención de salud y las listas de espera, y que dicha información fue enviada previamente a la comisión. En su exposición, enfatizó que su intervención se centraría en explicar el funcionamiento de un hospital concesionado, detallando las responsabilidades de la sociedad concesionaria, los mecanismos de control existentes y el rol del inspector fiscal.

Además, indicó que se referiría a los principales desafíos actuales que enfrenta el hospital y cómo se planea abordarlos desde el Ministerio. Para apoyar su exposición técnica, solicitó autorización para que el señor Claudio Soto, director general de Concesiones subrogante, pudiera intervenir, dado que el titular se encuentra fuera del país. También pidió la posibilidad de contar con el respaldo del inspector fiscal si fuera necesario.

Con esta solicitud, la ministra concluyó su intervención preliminar, enfocando su presentación en aportar claridad sobre el modelo concesionado en salud y las medidas de fiscalización y mejora que se están considerando para el caso específico del hospital de Antofagasta.

Más adelante en la sesión, la ministra Jessica López subrayó el fuerte compromiso del Ministerio de Obras Públicas, especialmente de la Dirección de Concesiones, con el programa hospitalario nacional. Actualmente, este programa contempla cinco hospitales ya en funcionamiento y otros veinte en distintas etapas constructivas, los que permitirán aumentar en 11 por ciento la capacidad de camas en la red hospitalaria.

Destacó que este avance es posible gracias a la decisión del Estado de incorporar el sistema de concesiones en salud, lo cual considera una buena medida. Reconoció la complejidad técnica y operativa que implica construir y gestionar hospitales, especialmente porque en los hospitales concesionados todo queda registrado, permitiendo un mejor control de los incidentes diarios.

La ministra abordó también los desafíos enfrentados, mencionando el impacto de la pandemia, que duplicó o triplicó la demanda prevista para muchos hospitales. Como ejemplo, citó el Hospital de Antofagasta, que fue diseñado para una cantidad menor de personal del que actualmente alberga. Dijo que se están realizando modificaciones importantes en ese hospital, incluyendo el reemplazo del sistema de tuberías y el refuerzo de los sistemas de climatización, ya que el diseño original no se ajusta a las actuales necesidades climáticas de la zona.

Reconoció que ha habido demoras y complicaciones debido a la pandemia, como el aumento de costos, quiebras de empresas y retrasos en proyectos, pero afirmó que el panorama ha comenzado a normalizarse desde 2023-2024. Reiteró que el ministerio está comprometido en sacar adelante estos contratos, y que cada modificación contractual implica un análisis financiero importante.

La ministra defendió el modelo de concesión, destacando que garantiza recursos anuales para la operación y mantención de la infraestructura y el equipamiento, lo que asegura altos estándares en el largo plazo. También compartió su experiencia reciente en Antofagasta, donde el ministerio ha iniciado un proceso de mayor control sobre la concesionaria debido a la alta frecuencia de incidentes.

Finalmente, reafirmó el compromiso del ministerio con el buen desarrollo de los contratos de concesión hospitalaria, señalando que, a pesar de las dificultades, este modelo representa un avance importante en la infraestructura de salud del país.

65. Director General (s) de Concesiones, Claudio Soto.

El Director General subrogante de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas, Claudio Soto, intervino respecto del Hospital de Antofagasta y la política de hospitales concesionados en Chile.

Dando un contexto general del sistema de hospitales concesionados, el señor Soto inició su intervención contextualizando la política pública de concesiones hospitalarias en Chile. Señaló que desde 2009 el Ministerio de Obras Públicas ha desarrollado dos programas de concesiones hospitalarias. El primer programa incluyó hospitales como los de Maipú, La Florida, Félix Bulnes, Salvador y Antofagasta, con una inversión de aproximadamente 1.000 millones de dólares. El segundo programa, más ambicioso, contempla 20 hospitales en diseño y construcción, con una inversión estimada de 2.400 millones de dólares.

Actualmente hay 13 contratos de concesión que abarcan 24 hospitales, de los cuales cuatro están operativos: Maipú-La Florida (un contrato), Félix Bulnes y Antofagasta. En conjunto, estos centros aportan cerca del 5 por ciento de las camas del sistema público de salud (aproximadamente 1.900 camas), y se espera que esta participación aumente al 11 por ciento una vez finalizado el segundo programa.

Luego, entró en detalles del contrato de concesión del Hospital de Antofagasta. Comentó que el Hospital Regional de Antofagasta fue concesionado en 2013 e inició su operación en 2017. Tiene una duración de 15 años de explotación, con fecha de término el 22 de diciembre de 2032. Su infraestructura abarca 124.000 m², con 671 camas disponibles, 16 pabellones quirúrgicos, 6 salas de parto integral, 81 boxes de atención, entre otros espacios especializados. El hospital atiende actualmente a más de 1.3 millones de personas, pese a que fue diseñado para una población de aproximadamente un millón.

El contrato considera la prestación de 14 servicios concesionados, que incluyen aseo, alimentación, climatización, equipamiento, seguridad, ropería, residuos, mantenimiento, cafetería, estacionamientos y servicios tecnológicos. A la fecha, ya se ha ejecutado la cuota 15 de las 30 programadas.

En el año 2024, el hospital realizó más de 14.000 mantenimientos preventivos, 14.500 correctivos, más de 88.000 aseos terminales, 2.000 mantenimientos a equipos médicos, 1.500.000 raciones de comida entregadas, y 1.400 toneladas de residuos hospitalarios gestionadas. En términos financieros, se han invertido 107.000 UF en equipamiento médico dentro del contrato y otras 44.000 UF en adquisiciones adicionales. También se han ejecutado 41.000 UF en proyectos de infraestructura no previstos inicialmente.

Más adelante abordó la evaluación de desempeño y fiscalización. Expresó que el contrato establece una metodología de evaluación de los 14 servicios, mediante niveles de servicio que se miden con puntajes que se descuentan ante fallas. Estos niveles son auditados por un inspector fiscal y un equipo de 36 personas que fiscalizan permanentemente el cumplimiento del contrato. A la fecha, no se han detectado incumplimientos graves y se han aplicado 148 multas, por un total de 27.000 UF, principalmente durante la etapa de explotación.

La gestión incluye una plataforma informática que registra más de 585.000 incidentes o avisos, y un sistema de control con más de 638.000 transacciones de datos, generando más de 1.000 pautas de fiscalización. Además, existen dos comités clave: el Comité Técnico de Adquisición y Reposición de Equipamiento Médico (CETAR), y el comité de explotación, integrado por el director del hospital, la concesionaria y el inspector fiscal.

En materia de incidentes y problemas estructurales, refirió que durante el período de operación, el hospital ha enfrentado diversos problemas, principalmente en su sistema de climatización. Entre los más relevantes: falla de enfriadores (2023), que obligó a instalar chillers de respaldo; inundación del laboratorio clínico (2024); fallas eléctricas e incendio en la torre del hospital, y problemas de filtraciones vinculadas al sistema de clima.

La evaluación técnica identificó que la causa principal de los fallos en climatización es el uso de tuberías de acero negro, las que presentan fallas prematuras. Como respuesta, el MOP instruyó a la concesionaria a reemplazar

todas las tuberías de clima e instalar dos plantas de tratamiento de agua, considerando que la alta dureza del agua desalinizada puede estar afectando las instalaciones.

Adicionalmente, se está trabajando en la modificación del contrato para abordar problemas no previstos como la sobredemanda asistencial, la necesidad de nuevas residencias médicas, mejoras en la central de residuos, y regularización de las camas críticas y de corta estadía.

Finalmente, el director subrogante expuso los principales desafíos a corto plazo:

- Implementar un plan estratégico comunicacional con autoridades y comunidades hospitalarias.
- Finalizar el recambio de tuberías de climatización durante 2025.
- Profundizar estudios sobre las causas de fallas estructurales.
- Modernizar el mantenimiento con tecnología que permita inspección interna de tuberías.
- Avanzar en la implementación de la modificación contractual, a la espera de respuesta del Ministerio de Salud.

La exposición concluyó con el compromiso del MOP de seguir colaborando estrechamente con el hospital, el Ministerio de Salud y los actores locales, con miras a resolver los problemas estructurales y optimizar la gestión del contrato concesionado.

Luego de algunas consultas formuladas por los congresistas, el señor Soto aclaró aspectos técnicos relacionados con el contrato de concesión del Hospital de Antofagasta. Explicó que las cuotas de explotación se pagan durante los 30 años del contrato, mientras que las cuotas de construcción cubren la infraestructura del hospital. En ese sentido, ya se han pagado ocho de las diez cuotas anuales, lo que indica que el proceso está dentro de los plazos estipulados. También enfatizó que el hospital siempre ha sido público, a pesar de operar bajo un modelo de concesión.

Detalló las acciones emprendidas a partir de una reunión sostenida la semana del 28 de marzo con gremios, autoridades del hospital y representantes del MOP, en la que se comprometieron a abordar diversas problemáticas mediante metas a corto y mediano plazo. Como parte de estos compromisos, se estableció una instancia de trabajo semanal entre el equipo del ministerio (liderado por Claudia Khamg y el inspector fiscal) y el hospital, a través de reuniones todos los jueves que funcionan como una especie de comité de emergencia. Se espera que a fines de abril se realice una evaluación de los avances logrados en los compromisos adquiridos.

Uno de los temas más relevantes abordados es el cambio de materialidad en uno de los edificios más afectados, cuyo cronograma (carta Gantt) ya fue entregado al hospital y puede compartirse también con las diputadas y

diputados. Otro aspecto clave es la mejora del sistema de información utilizado para la gestión de incidentes hospitalarios. Actualmente, dicho sistema guarda la trazabilidad de los eventos, pero presenta errores importantes, como la posibilidad de que la concesionaria cierre incidentes de forma automática. Por esta razón, se está trabajando en su mejora, tanto a través de una nueva capacitación para el personal como en una actualización del software, lo que requerirá una modificación contractual. El nuevo sistema será desarrollado por una empresa contratada por la concesionaria, bajo supervisión del inspector fiscal y del director del hospital.

En relación con los pagos y compensaciones por servicios suspendidos por causas atribuibles a la concesionaria (como cirugías o atenciones pospuestas), explicó que la práctica habitual es consultar al hospital si prefiere una derivación o una compensación directa, decisiones que se coordinan en conjunto con la administración del establecimiento.

Destacó que, de los cuatro hospitales actualmente en operación bajo régimen de concesión, el Hospital de Antofagasta es con el que mantienen la mejor relación de trabajo. Aseguró que existe una comunicación fluida entre el inspector fiscal y el director subrogante del hospital, lo que ha permitido una coordinación efectiva en la gestión diaria y en la resolución de problemas.

Uno de los puntos críticos tratados fue el sistema de climatización. El señor Soto reconoció la responsabilidad del MOP y planteó que la solución más eficaz es una modificación del contrato que permita separar los sistemas de climatización de los pabellones y del laboratorio, ya que el diseño original no consideró esa necesidad. Mientras tanto, la concesionaria ya ha iniciado el cambio de todas las tuberías implicadas.

Finalmente, hizo un llamado urgente al Ministerio de Salud para aprobar la modificación de contrato, ya que esta fue elaborada a partir de solicitudes de los gremios, trabajada en conjunto con el hospital y entregada al Minsal en octubre del año anterior. Aseguró que el contrato del Hospital de Antofagasta ha sido el más visitado y supervisado durante su gestión reciente, debido a la prioridad que le asignan como ministerio.

66. Jefa Departamento Operaciones de Infraestructura Hospitalaria, Claudia Khamg.

La Jefa del Departamento de Operaciones de Infraestructura Hospitalaria, dependiente de la Dirección de Concesiones del MOP, señora Claudia Khamg, explicó que en el Hospital El Carmen de Maipú se produjo una falla en el serpentín de una manejadora de aire que regula la temperatura en la unidad UCI-UTI, afectando 6 cupos UCI y 12 UTI. Debido a que no se cumplen las condiciones normativas de temperatura, esos cupos no pueden utilizarse como unidades críticas. Para mitigar el problema, se acordó con la directora del hospital adquirir cupos en la red privada (extrasistema), a cargo de la sociedad concesionaria, hasta

que el nuevo serpentín llegue e instale. Además, señaló que el hospital enfrenta una alta demanda con cerca de 100 pacientes en urgencias, por lo que el área afectada se está utilizando de forma parcial con cupos intermedios, en coordinación con la directora del establecimiento.

Informó que desde la detección de la falla en marzo han transcurrido 16 semanas para la llegada del serpentín original, el cual debe ser idéntico al equipo industrial instalado, según contrato. Sin embargo, como medida de mitigación, la sociedad concesionaria encargó la fabricación local de dos serpentines alternativos, cuyo plan de instalación será presentado al final de esta semana. De aprobarse dicho plan, se podría estabilizar la temperatura conforme a la norma mientras se espera el componente original. Se espera tener una respuesta definitiva sobre esta alternativa durante la próxima semana.

67. [Depto. de Capacitación, Formación y Educación Continua, Subsecretaría de Redes Asistenciales, María Gabriela Hoffmann Rojas.](#)

La doctora María Gabriela Hoffmann Rojas, jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, centró su presentación del Plan de Formación de Especialistas. Dicho plan tiene como objetivo mejorar la distribución y disponibilidad de médicos generales, especialistas y odontólogos en el sistema público de salud en Chile.

Contexto del Plan de Formación. Durante su intervención, destacó la relevancia de contar con profesionales capacitados y distribuidos equitativamente en el territorio nacional. Actualmente, en el sector público existen 29.402 médicos cirujanos, de los cuales el 45 por ciento son mujeres. De este total, 17.331 son especialistas y 12.071 generales. Además, hay 3.169 odontólogos, de los cuales 2.172 son especialistas. La distribución de estos profesionales tiende a concentrarse en la Región Metropolitana, Biobío y Valparaíso, lo que refleja un desafío continuo de descentralización.

Componentes del Plan de Formación. El plan contempla tres componentes fundamentales: destinación, formación y Período Asistencial Obligatorio (PAO). El componente de destinación busca asignar médicos generales y odontólogos a la atención primaria, especialmente en regiones con menos cobertura. La etapa de formación comprende la capacitación especializada, que ha aumentado en el 21 por ciento desde 2021. Finalmente, el PAO garantiza la permanencia de los especialistas en zonas con mayor necesidad asistencial.

Resultados y Desafíos. La señora Hoffmann destacó que desde 2021 se ha incrementado un 25 por ciento la dotación de médicos generales y un 12 por ciento la de especialistas. En cuanto a los odontólogos, el aumento fue del 14 por ciento. El plan también ha logrado captar al 70-75 por ciento de los egresados

de medicina para el sector público. Sin embargo, el principal reto sigue siendo mantener a los especialistas en regiones alejadas de los centros urbanos, como Aysén, Ñuble y Arica.

Propuestas de Mejora. Entre las propuestas se encuentran: aumentar la capacidad formadora en áreas críticas como psiquiatría y oncología; regular mejor la Relación Asistencial Docente; optimizar el proceso de destinación de médicos generales de zona, y reforzar el cumplimiento del PAO, proponiendo medidas como el registro de incumplimiento en el Registro Nacional de Prestadores Individuales.

Concluyó su intervención destacando la necesidad de ajustar el Plan de Formación a los desafíos actuales del sistema de salud público en Chile, con el objetivo de garantizar una mejor distribución de especialistas en todo el país.

Más adelante, dando respuesta a consultas de los diputados, en relación con la formación de especialistas en el área de la salud, particularmente en oftalmología y otorrinolaringología, destacó que la oferta formadora en estas especialidades está completamente cubierta, ya que el 100 por ciento de los cupos disponibles se proveen anualmente. Sin embargo, subrayó que el principal problema no radica en la disponibilidad de cupos, sino en la capacidad formativa. En colaboración con la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, se han realizado esfuerzos significativos para ampliar dicha capacidad, pero factores como la falta de tecnología adecuada y la escasez de docentes especializados han dificultado el proceso. Asimismo, mencionó que existe un cierto desincentivo para participar en la docencia, lo que ha generado tensiones en los programas formadores. Ante esta situación, el Ministerio ha implementado estrategias para mitigar el impacto en la formación de profesionales.

Otro de los puntos abordados fue la propuesta de no reconocer la especialidad médica hasta que el profesional no haya completado su Período Asistencial Obligatorio (PAO). Acogió la idea y aseguró que el Ministerio está trabajando en una actualización del plan de formación que será enviado al Congreso Nacional, lo que permitirá evaluar y proponer medidas para desincentivar el incumplimiento del PAO.

En cuanto a la distribución regional de especialistas, explicó que, desde 2022, se implementó un nuevo sistema que vincula el destino del profesional con las necesidades asistenciales específicas de cada región. Previamente, los especialistas podían ser asignados a regiones sin considerar su lugar de origen o residencia, lo que generaba dificultades en el arraigo profesional. El nuevo modelo prioriza regiones con mayores brechas y toma en cuenta factores como listas de espera y proyectos de inversión en infraestructura sanitaria. Además, se están aplicando incentivos para que los profesionales que se especialicen en una región puedan retornar a sus lugares de origen tras completar su formación.

La doctora también abordó el problema de los pagos incumplidos por profesionales que no completan su PAO. Aunque la cifra de incumplimientos es

baja (alrededor del 1 por ciento), la situación resulta sensible, especialmente en especialidades críticas como oncología. El Ministerio ha optado por procesos administrativos más ágiles para el cobro de deudas, aunque algunos casos han sido judicializados con resultados diversos. Actualmente, se están implementando nuevas estrategias para garantizar el retorno de los recursos invertidos en la formación de especialistas.

En relación con la incorporación de especialistas extranjeros, señaló que el Ministerio trabaja en el reconocimiento de títulos médicos a través de entidades certificadoras nacionales, como la Conacem y varias universidades. Este proceso se está agilizando para aprovechar el potencial de médicos extranjeros que ya residen en el país.

Finalmente, destacó que el plan de formación de especialistas tiene como objetivo principal contribuir a la disminución de listas de espera en el sistema público de salud. Para ello, se prioriza la formación en especialidades con mayor demanda regional, asegurando que los especialistas formados se inserten en las áreas que más lo necesitan. Además, se está evaluando un nuevo concurso para subespecialistas, que incluirá incentivos específicos para zonas desprovistas.

68. [Seremi de Salud de Los Lagos, Karin Solís Hinojosa.](#)

La Secretaria Regional Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos, Karin Solís Hinojosa, destacó los desafíos particulares que enfrenta la región en materia de salud, enfatizando la dispersión geográfica, la insularidad, la ruralidad y la pobreza multidimensional que afectan a sus casi 900.000 habitantes. A su vez, subrayó la importancia de la labor realizada por los funcionarios de la red asistencial durante y después de la pandemia de COVID-19, calificándolos como héroes que continúan salvando vidas diariamente.

Explicó que uno de los principales objetivos del gobierno ha sido la reducción de los tiempos de espera en atenciones quirúrgicas y de especialidad, destacando una disminución nacional de más de 370 días en el ámbito quirúrgico y más de 90 días en atención especializada desde 2021 a 2024. Sin embargo, reconoció que existen limitaciones estructurales en la región, como la falta de hospitales de alta complejidad, lo que requiere una mayor inversión en infraestructura y recursos humanos.

Asimismo, valoró el fortalecimiento de la red público-privada y el éxito de estrategias implementadas, como el uso de anticuerpos monoclonales, lo que permitió la ausencia de muertes de lactantes menores de un año durante el último invierno. Enfatizó que los inviernos en Los Lagos son especialmente difíciles debido a factores climáticos que incrementan la circulación viral.

También destacó el enfoque en salud mental y la importancia de los programas de promoción y prevención en atención primaria, enfatizando que estos

son fundamentales para enfrentar el creciente diagnóstico de enfermedades crónicas y cáncer.

Finalmente, hizo un llamado a seguir trabajando colaborativamente con los funcionarios del sistema de salud para enfrentar los desafíos actuales y futuros, priorizando tanto la atención médica como el bienestar de los trabajadores de la salud.

69. Director del Servicio de Salud de Osorno, Rodrigo Alarcón Quesem.

El Director del Servicio de Salud de Osorno, Rodrigo Alarcón Quesem, dividió su presentación en dos partes: la primera a cargo del propio director y la segunda a cargo del director del Hospital Base de Osorno.

Red Asistencial en la Provincia de Osorno. La red asistencial abarca la provincia de Osorno, que cuenta con siete comunas y aproximadamente 250.000 habitantes. Su configuración geográfica presenta dificultades de comunicación, especialmente en las zonas cordillera-mar. Las comunas presentan niveles socioeconómicos bajos y problemas de acceso a educación y recursos básicos, lo que impacta negativamente en la salud de la población.

La red cuenta con un hospital de alta complejidad en Osorno con 18 años de antigüedad y una superficie de 40.000 m², aunque el estándar actual requiere entre 140.000 y 160.000 m². El Ministerio de Salud ha autorizado su reposición en un nuevo hospital ubicado en el sector de Rahue. Además, la red incluye seis centros de salud familiar (cesfam), dos centros comunitarios de salud familiar (cecosf), dos centros de salud mental (cosam) y un centro de diagnóstico para adultos mayores.

Desafíos y Logros en Atención de Salud. Los desafíos en infraestructura incluyen la reposición del Hospital de Purranque y la mejora del Hospital de Río Negro, ambos considerados insuficientes en términos de capacidad y tecnología. También se destacan las iniciativas para dotar de conectividad digital a todas las postas rurales, enfrentando la brecha tecnológica que limita el acceso a la información médica.

En cuanto a producción asistencial, se destacó el aumento en el número de consultas y procedimientos desde 2019, recuperando cifras previas a la pandemia en la mayoría de las áreas. Sin embargo, persisten brechas en el ámbito odontológico. Las intervenciones quirúrgicas han aumentado significativamente, destacando un crecimiento del 22 por ciento en cirugías menores y del 29 por ciento en cirugías mayores.

Listas de Espera y Resolución de Casos. El Servicio de Salud ha hecho un esfuerzo significativo para reducir las listas de espera, logrando disminuir el número de pacientes en consulta nueva de especialidad de 26.598 en diciembre de 2024 a 24.205 en abril de 2025. Sin embargo, la demanda de intervenciones

quirúrgicas sigue en aumento, pasando de 8.939 casos en diciembre de 2024 a 9.439 en abril de 2025.

Reconocimientos y Buenas Prácticas. El Servicio de Salud de Osorno ha sido reconocido a nivel nacional por su alto nivel de cumplimiento en garantías explícitas de salud (GES) y compromisos de gestión (Comges). El director obtuvo una evaluación del 92,7 por ciento en la gestión pública, mientras que el subdirector administrativo del hospital logró un 96,1 por ciento.

Finalmente, resaltó la importancia de seguir trabajando en la mejora de las condiciones laborales y de autocuidado del personal, así como en la implementación de políticas contra la violencia laboral y el fortalecimiento de la salud mental de los funcionarios. La intervención concluyó con el compromiso de continuar trabajando para reducir los tiempos de espera y fortalecer la red asistencial en Osorno.

En respuesta a algunas consultas de los diputados, sobre las estrategias para reducir las listas de espera en el Hospital Base San José de Osorno, señaló que el principal problema radica en la limitada capacidad de los pabellones quirúrgicos, que ya operan al 87 por ciento de su capacidad. Para enfrentar esta situación, propuso implementar un horario extendido para el uso de los pabellones, incluyendo jornadas vespertinas y fines de semana. Sin embargo, advirtió que esto requeriría contratar más personal, ya que no se puede mantener el funcionamiento continuo con el equipo actual.

También explicó que, a pesar de maximizar el uso de los recursos disponibles, la demanda sigue superando la oferta. Propuso aumentar la eficiencia operativa mediante el uso de turnos en espejo para evitar interrupciones durante la hora de almuerzo. Además, mencionó la necesidad de invertir en recursos humanos y equipamiento, ya que muchas máquinas son operador-dependientes. El director señaló que, a largo plazo, el hospital actual no podrá absorber la demanda creciente y que una opción sería construir hospitales adicionales especializados en listas de espera.

Respecto a la infraestructura, destacó que el Hospital Base San José de Osorno, aunque en buenas condiciones, es insuficiente en espacio. La falta de terreno disponible limita las posibilidades de expansión, lo que ha llevado a utilizar soluciones modulares temporales, especialmente en áreas como urgencia pediátrica. También se están considerando terrenos para la construcción de un nuevo hospital en Rahue Alto, con estudios ya en curso.

En cuanto a las listas de espera, reconoció que el aumento de la esperanza de vida y el cambio en el perfil epidemiológico de la población generan mayores demandas de atención, especialmente en áreas como salud cardiovascular y cáncer. Asimismo, resaltó que el fortalecimiento de la atención primaria es esencial para evitar el colapso hospitalario, ya que una red primaria robusta permite una mejor prevención y gestión de enfermedades crónicas.

En respuesta a consultas sobre el tema presupuestario, el señor Alarcón explicó que el Servicio de Salud de Osorno enfrenta dificultades presupuestarias recurrentes, superando históricamente su presupuesto anual en el 20 o 25 por ciento. En 2023, el déficit fue del 11 por ciento, lo que generó una deuda de aproximadamente 5.000 millones de pesos sobre un presupuesto de 160.000 millones. Esta situación obliga a priorizar el pago de remuneraciones, pero limita la inversión y reposición de recursos.

Además, destacó que el aumento de cargos en salud se da principalmente con la apertura o ampliación de establecimientos. Aunque hay 48 especialistas en formación, muchos de ellos cubrirán jubilaciones, lo que limita el incremento neto de profesionales. Asimismo, comentó que algunos médicos quieren regresar a la región, pero el servicio no cuenta con cargos ni infraestructura suficiente para recibirlos.

Sobre el clima laboral, reconoció la existencia de diferencias con los dirigentes sindicales, pero señaló que estas no se resolverán en la instancia parlamentaria, ya que involucran aspectos legales que aún no han sido formalmente reclamados en organismos como la Inspección del Trabajo o la Contraloría.

Finalmente, mencionó que, aunque el sistema de salud local ha mostrado avances significativos, aún enfrenta desafíos estructurales relacionados con la infraestructura, el recurso humano y la capacidad de respuesta ante una demanda que continúa en aumento.

70. [Director Hospital Base San José de Osorno, Julio Vargas González.](#)

El Director subrogante del Hospital Base San José de Osorno, Julio Vargas González, destacó la relevancia del establecimiento en la red asistencial de salud de la provincia de Osorno. El hospital cuenta actualmente con 374 camas, 13 box de urgencia y 12 camillas de observación. A pesar de haber sido normalizado hace 18 años, el hospital mantiene la misma capacidad, lo que genera desafíos para enfrentar la creciente demanda de atención.

Una de las mejoras recientes en la gestión hospitalaria es la optimización de la unidad de emergencia, donde antes había hasta 70 pacientes hospitalizados en camillas de urgencia. Gracias al apoyo del Ministerio de Salud y al esfuerzo del personal especializado, se ha logrado eliminar esta situación crítica desde hace más de un año.

En cuanto a los recursos quirúrgicos, el hospital dispone de diez pabellones, de los cuales cuatro están dedicados a urgencias y estrategias regionales, mientras que seis se destinan a la atención de la población beneficiaria. Además, el hospital cuenta con 42 box de atención ambulatoria y 55 especialidades, aunque la cantidad de pabellones de cirugía menor sigue siendo insuficiente.

Destacó el incremento en la actividad quirúrgica: de 2023 a 2024 las cirugías crecieron el 12.7 por ciento, las de urgencia el 12 por ciento y las atenciones odontológicas el 11 por ciento. Además, el hospital ha superado la meta nacional al realizar el 52 por ciento de sus cirugías de forma ambulatoria. Sin embargo, persisten problemas de demanda insatisfecha, ya que el incremento de atenciones no ha logrado disminuir las listas de espera, que incluso han aumentado en volumen a pesar de reducir los tiempos de espera.

El director señaló que el hospital enfrenta dificultades específicas en especialidades como traumatología, neurocirugía y oftalmología, que concentran más del 50 por ciento de la lista de espera. Aunque se ha mejorado la eficiencia en los tiempos de atención, la falta de especialistas sigue siendo un obstáculo significativo.

Otro aspecto relevante fue el informe de auditoría N°387 de la Contraloría, que identificó debilidades en el control interno, incluyendo irregularidades en las intervenciones quirúrgicas de funcionarios o sus familiares. Frente a estos problemas, se han iniciado sumarios administrativos y se han tomado medidas para mejorar los procesos de registro y priorización clínica. Se eliminaron prácticas inadecuadas, como la manipulación de registros GES, y se implementaron protocolos estrictos para evitar la repetición de estos incidentes.

El hospital también enfrenta problemas de infraestructura debido a sus 18 años de funcionamiento. Esto impacta en el aumento de suspensiones quirúrgicas y limita el rendimiento del equipamiento médico. Para abordar estos desafíos, el hospital está trabajando en colaboración con el gobierno regional y otros actores para fortalecer las capacidades de atención.

Finalmente, expresó su preocupación por la falta de presentación de pacientes a las consultas y cirugías programadas, lo que genera pérdidas significativas de recursos. A pesar de estos inconvenientes, el hospital sigue avanzando en su estrategia de mejora continua, buscando soluciones colaborativas y optimizando la gestión interna para responder de manera más eficiente a las necesidades de la comunidad.

Más adelante, respondió a diversas inquietudes de los parlamentarios, con especial énfasis en el tema de las listas de espera en el hospital.

En primer lugar, acerca de la contactabilidad del hospital hacia la comunidad, indicó que se realizaron más de 55.000 llamadas telefónicas y 2.046 visitas a terreno, pero a pesar de estos esfuerzos, más de 16.000 pacientes no se presentaron a su atención de policlínico y 70 pacientes no asistieron a su intervención quirúrgica. Esto refleja una problemática persistente en el acceso efectivo a los servicios de salud, pese a los intentos de comunicación y seguimiento.

Sobre la falta de especialistas, comentó que en los últimos dos años se produjeron dos salidas significativas: un especialista que fue judicializado para la devolución de recursos tras incumplir su compromiso, y otro que se trasladó a la Región de Valparaíso. Sin embargo, el hospital logró un acuerdo con el mismo

servicio de salud para recibir a dos anestesiistas en reemplazo del cardiólogo que emigró, lo que permitió reforzar una de las áreas más deficitarias.

Asimismo, destacó que actualmente la red cuenta con 48 especialistas en formación y que hacia fin de año se espera el arribo de nueve nuevos profesionales, lo que contribuirá a reducir la brecha existente en la oferta de atención especializada. También subrayó el rol del hospital como centro de referencia regional, recibiendo pacientes desde zonas tan alejadas como Punta Arenas, Coyhaique, Chiloé, Temuco y Valdivia, especialmente en situaciones críticas durante la campaña de invierno.

Por último, se refirió a la problemática de los pacientes derivados por el Poder Judicial, muchos de los cuales no cuentan con un diagnóstico claro pero requieren hospitalización por orden judicial. Esta situación genera inconvenientes operativos significativos, ya que obliga a destinar camas y recursos a personas que no necesariamente cumplen con los criterios clínicos de hospitalización. Pidió apoyo desde el ámbito legislativo para abordar este problema, comparándolo con lo que ocurrió en el pasado con pacientes sociosanitarios que ocupaban recursos hospitalarios debido a la falta de soluciones específicas por parte del sistema público.

En resumen, resaltó la complejidad de gestionar las listas de espera en un contexto de alta demanda, insuficiencia de especialistas y factores externos que afectan la disponibilidad de recursos hospitalarios.

71. [Presidente Colmed Osorno, Francisco Hornig Acuña.](#)

El Presidente del Consejo Regional Osorno del Colegio Médico, Francisco Hornig Acuña, destacó la importancia de compartir la visión del gremio médico sobre el trabajo en salud realizado en la región. Expuso su punto de vista no solo desde su rol gremial, sino también como subjefe del Centro de Responsabilidad Quirúrgica del hospital, lo que le permite conocer en detalle la realidad interna de la institución, comenzando por la sobrecarga del sistema público de salud, que atiende principalmente a pacientes afiliados a Fonasa, que constituyen el 95 por ciento de la población atendida en la provincia.

Uno de los principales problemas que destacó es la falta de camas en el hospital de Osorno, que a pesar de ser relativamente nuevo, enfrenta carencias importantes en su infraestructura. La planificación de la construcción del hospital fue deficitaria, ya que se consideró que la salud ambulatoria sería más eficiente, reduciendo así la necesidad de camas hospitalarias. Durante la pandemia, el hospital sufrió una crisis por la falta de capacidad para atender a los pacientes, especialmente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que tuvo que ser expandida de forma improvisada, aumentando la capacidad de atención.

Compartió su experiencia personal como jefe del servicio de Traumatología, donde se encontró con una lista de espera de aproximadamente

1.900 pacientes, muchos de ellos con urgencias debido a accidentes y fracturas. Destacó la dificultad para manejar esta situación, ya que el 70-80 por ciento de las operaciones en su servicio son urgentes, lo que hace que los pacientes programados para cirugía tengan que esperar. A pesar de las buenas intenciones, la capacidad quirúrgica del hospital es insuficiente, y la única manera de mejorar la situación es con más recursos para financiar la compra de servicios y optimizar la gestión.

Mencionó la importancia de maximizar el uso de los pabellones quirúrgicos, ya que el hospital pierde dinero cuando estos están ociosos. Sin embargo, operar más pacientes también genera más complicaciones, lo que implica un mayor esfuerzo en el control postoperatorio.

Otro aspecto crítico que mencionó es el sistema de registro de salud, que es obsoleto y poco eficiente. Se requiere un sistema único de registros médicos que permita tener acceso a la información de los pacientes a nivel nacional.

Luego, abordó la escasez de especialistas en la región, un problema estructural a nivel nacional, ya que la mayoría de los especialistas se concentran en la Región Metropolitana. En particular, hay una alta demanda de subespecialistas en traumatología, cuya formación es difícil de conseguir en regiones. Aunque algunos médicos de la zona se han formado en la región, la falta de especialistas sigue siendo una barrera para una atención adecuada.

En cuanto al sistema de hospitalización ambulatoria y los programas de salud domiciliaria como el Hospital Domiciliario (Hodom), que ha sido exitoso, estimó que no es suficiente para cirugías complejas, que requieren más tiempo de hospitalización.

Finalmente, se refirió a los problemas de relaciones humanas en el hospital y la importancia de mejorar la gestión de recursos humanos. A pesar de los desafíos, destacó que el hospital de Osorno tiene un equipo humano valioso que debe ser fortalecido, por lo que hizo un llamado a la unidad para superar las dificultades y garantizar que los pacientes reciban la atención que merecen.

72. [Presidenta Fenpruss Hospitales Purrangue y Río Negro, Magaly Paredes Cárdenas.](#)

En seguida intervino la Presidenta de la Confederación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (Fenpruss) de los Hospitales Purrangue y Río Negro y vocera de la multigremial del Servicio de Salud Osorno, Magaly Paredes Cárdenas, quien inició su intervención destacando que su rol era representar a los cuatro gremios más grandes dentro de la red del Servicio de Salud Osorno.

En su presentación, abordó las barreras que dificultan el avance en la atención y solución de las listas de espera, destacando que no son solo cuestiones de recursos, sino de gestión y procesos. Señaló que, aunque se han

identificado mejoras, como el aumento de pabellones, este esfuerzo no es suficiente si no se aborda también el tema de la esterilización, el instrumental quirúrgico y la eficiencia de los equipos médicos, muchos de los cuales están obsoletos.

Hizo énfasis en la falta de especialistas, particularmente en traumatología, y en la escasez de personal. A pesar de la disposición de los gremios a colaborar en soluciones como el empleo de honorarios y la compra de servicios, insistió en que la solución es multifactorial, involucrando recursos, voluntad y mejoras en infraestructura y equipamiento. También subrayó que la pandemia ya no puede seguir siendo excusa para la falta de avances en la atención de salud.

Criticó la falta de responsabilidad en la gestión, mencionando que el sistema de salud sigue teniendo serias deficiencias en el manejo de las suplencias y en la toma de decisiones. Expresó que las autoridades deben pedir disculpas públicas por no haber abordado estos problemas a tiempo y señaló que el 48 por ciento de las causas de suspensión de procedimientos no son atribuibles a los pacientes. Finalmente, demandó el alejamiento inmediato del director del hospital, el señor Alarcón, debido a prácticas irregulares y su falta de liderazgo efectivo.

Concluyó resaltando que los usuarios y los trabajadores de la salud merecen avanzar y mejorar la calidad de vida, y que los cambios deben hacerse de manera urgente.

73. [Asociación de Enfermeras y Enfermeros Provincia de Osorno, Diego Llancar Rivas.](#)

El señor Diego Llancar Rivas, representante de la Asociación de Enfermeras y Enfermeros de la Provincia de Osorno, comenzó su intervención agradeciendo la presencia de la Cámara de Diputados y destacando la importancia de esta instancia para encontrar soluciones concretas a los problemas del hospital. Mencionó que la urgencia había estado colapsada en el pasado, lo que llevó a una intervención ministerial, y ahora se enfrenta el desafío de las listas de espera, por lo que consideró esencial que una comisión revisora se encargue de este tema.

Puso énfasis en la importancia de la integridad en la función pública, destacando que la confianza de la ciudadanía se ve afectada cuando no hay transparencia en la gestión de las listas de espera. Aseguró que la culpa no recae en los funcionarios, sino en la dirección del hospital y el Servicio de Salud, ya que, según él, la dirección no ha marcado el rumbo adecuado. Exhortó a que no solo se hagan llamados de atención o clases de ética, sino que haya sanciones para los responsables de la mala gestión.

Concluyó su intervención expresando su esperanza de que, gracias a esta instancia, las cosas mejoren en el hospital, lo cual es el objetivo principal de todos los involucrados.

74. Secretario General Fenats Nacional, Daniel Bartch Sepúlveda.

El señor Daniel Bartch, secretario general de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (Fenats) Nacional, comenzó su intervención expresando su preocupación por el trato recibido por los dirigentes de la región, especialmente por parte del director del Servicio de Salud, quien ha faltado el respeto tanto a la comisión de salud como a los presentes. Señaló que el director ha mostrado actitudes de maltrato y prácticas antisindicales, lo que ha generado un ambiente de hostilidad en los establecimientos. Destacó que es necesario que este director dé un paso al costado, considerando la gravedad de su actitud hacia los trabajadores.

Además, hizo un llamado al Ministerio de Salud para que tome responsabilidades y pida la renuncia inmediata del director, considerando que su comportamiento desafiante hacia los trabajadores y los dirigentes sindicales no es aceptable.

75. Presidenta Consejo Sociedad Civil Salud de Osorno, M. Eugenia Jaramillo Oyarzún.

La señora María Eugenia Jaramillo Oyarzún, Presidenta del Consejo de la Sociedad Civil en Salud de la provincia de Osorno y a nivel regional, y vicepresidenta nacional de los usuarios de la salud pública, destacó la importancia de abordar el problema de las listas de espera desde una perspectiva integral. Reconoció el esfuerzo realizado por los servicios de salud, pero afirmó que el problema no radica exclusivamente en la gestión, sino que también depende de factores personales y sociales que afectan a los usuarios, como el temor a perder el empleo al someterse a una cirugía. Mencionó el caso de una paciente que rechazó dos veces su operación por razones laborales y personales, lo que ejemplifica las dificultades que enfrentan muchos usuarios del sistema público.

Desde su experiencia como exdirectora de establecimientos educativos y dirigente gremial, señaló que el trabajo gremial debe realizarse fuera del horario laboral para evitar conflictos con la labor profesional. Asimismo, enfatizó que el funcionamiento del sistema de salud no debería depender exclusivamente del liderazgo, ya que debe mantenerse operativo independientemente de quién ocupe los cargos directivos.

Además, indicó que el problema de las listas de espera no es exclusivo de Osorno, ya que situaciones similares ocurren en otras regiones, aunque muchas veces no se visibilizan públicamente. También expresó su preocupación por el escaso tiempo que tienen los usuarios para responder a solicitudes a través de la OIRS, sugiriendo ampliar el plazo para facilitar la participación ciudadana.

Finalmente, apeló a que se consideren las propuestas de la sociedad civil para mejorar el sistema de salud y expresó su deseo de representar fielmente el sentir de la comunidad en esta problemática.

76. [Concejala Osorno y presidenta de Comisión de Inclusión, Natali Guissen Ibarra.](#)

La concejala de Osorno y presidenta de la Comisión de Inclusión del municipio, Natali Elizabeth Guissen Ibarra, abordó las dificultades que enfrentan las personas en situación de discapacidad para acceder a la salud, destacando que tienen una esperanza de vida 20 años menor y mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas como diabetes, depresión y problemas de salud mental. Además, enfrentan seis veces más barreras para acceder a establecimientos de salud y quince veces más obstáculos para usar el transporte público, lo que agrava su situación.

Señaló que, aunque existen leyes que establecen atención preferente para estos grupos, como las leyes N°s 20.584 y 21.380, en la práctica las demoras son considerables, especialmente en la transición desde la atención primaria a la secundaria y terciaria. Además, el protocolo municipal de Osorno creado en 2023 contempla la atención preferente en consultas médicas y procedimientos, pero no siempre se cumple de manera efectiva.

Asimismo, cuestionó que el ordinario N° 536 no incluya específicamente a las personas con discapacidad entre los “grupos protegidos”, lo que deriva en una falta de prioridad en las listas de espera. También expuso la problemática de la interseccionalidad, especialmente en zonas rurales donde la exclusión aumenta al combinarse factores como discapacidad, género, interculturalidad y contexto socioeconómico desfavorable.

Finalmente, enfatizó la necesidad de incluir explícitamente a las personas en situación de discapacidad en los grupos protegidos de las listas de espera, crear registros estadísticos específicos y considerar el impacto en los cuidadores, mayoritariamente mujeres, que también enfrentan problemas de salud debido a sus responsabilidades de cuidado.

77. [Presidenta de la Red de Salud de Pueblos Originarios, Elizabeth Sandoval Hurtado.](#)

La Presidenta de la Red de Salud de Pueblos Originarios de Osorno, Elizabeth Sandoval Hurtado, expresó su preocupación por la atención de salud hacia los pueblos originarios. Señaló que, históricamente, estas comunidades han luchado para ser escuchadas y reconocidas, logrando avances significativos en el ámbito de la salud con pertinencia cultural en el hospital local, pero aún enfrentan desafíos, especialmente en relación con las listas de espera.

Destacó que los pueblos originarios no solo habitan zonas rurales, ya que muchos han tenido que migrar a la ciudad, lo que genera nuevas dificultades en el acceso a la salud. Compartió un caso reciente en el que una integrante de la comunidad fue devuelta a casa justo antes de una cirugía, evidenciando la falta de coordinación y sensibilidad en la gestión hospitalaria.

También reflexionó sobre el valor del diálogo como herramienta para resolver conflictos y construir acuerdos, algo que considera esencial para enfrentar los problemas del sistema de salud. Finalmente, enfatizó la necesidad de reducir los tiempos de espera y garantizar una atención digna y culturalmente pertinente para su comunidad.

78. [Asociación Trabajadores de la Salud Hospital San José de Osorno, Dina Aburto Rupayan.](#)

La señora Dina Aburto Rupayan, representante de la Asociación de Trabajadores de la Salud del Hospital Base San José de Osorno, agradeció la oportunidad de participar en la comisión sobre listas de espera y expuso las dificultades que enfrentan los trabajadores del hospital. Dijo que, aunque existen problemas en la gestión de las listas de espera, especialmente en el área no GES, no se debe responsabilizar indiscriminadamente a todos los funcionarios, ya que muchos están comprometidos con su labor y sufren las consecuencias de fallas estructurales.

Como trabajadora del área informática del hospital, mencionó que el sistema informático está desintegrado, lo que dificulta el manejo eficiente de las listas de espera. Criticó la falta de integración de sistemas a nivel nacional y subrayó que el Ministerio de Salud debe asumir su responsabilidad en esta materia.

Además, señaló que algunos trabajadores han sufrido agresiones debido a la frustración de los pacientes por la larga espera. Resaltó la importancia de priorizar el bienestar de los funcionarios a través del Centro de Atención Integral al Funcionario (CAIF), ya que no pueden atender adecuadamente si ellos mismos están enfermos o agotados.

Finalmente, hizo un llamado a trabajar de manera conjunta para mejorar el sistema de salud y evitar señalar culpables sin un análisis profundo y justo de la situación.

79. [Cámara de la Industria Óptica de Chile, Francisco Javier Vargas Frick.](#)

El Presidente ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G., señor Francisco Javier Vargas Frick, expuso sobre la preocupante situación de la lista de espera en oftalmología, que representa el 17 por ciento del total de pacientes en espera en el sistema de salud pública chileno. Con más de 375.000

personas esperando atención oftalmológica, destacó la urgencia de abordar el problema de manera eficiente y colaborativa, sin enfocarse únicamente en cifras catastróficas.

La Cámara de la Industria Óptica, que agrupa a ópticas independientes, cadenas regionales, nacionales e internacionales, así como a laboratorios ópticos y proveedores de la industria, busca contribuir a la solución de esta crisis. Señaló que, aunque la Ley de Optometría de 2010 permitió que tecnólogos médicos puedan realizar exámenes optométricos, persisten obstáculos administrativos y normativos que impiden un uso óptimo de estos profesionales.

Históricamente, Chile ha tenido dificultades para integrar la optometría en el sistema de salud. Desde 1931, cuando se mencionó la posibilidad de una cátedra universitaria en optometría, hasta la promulgación de la Ley de Optometría en 2010, ha habido un largo proceso de avance y retroceso, en gran parte debido a restricciones normativas y falta de adaptación a las necesidades actuales de salud visual.

Una de las principales trabas es el decreto N°4, de 1985, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento de establecimientos de óptica, puesto que regula los establecimientos de óptica de manera obsoleta, exigiendo requisitos académicos insuficientes para la práctica óptica. Además, el instructivo de salas de procedimiento para vicios de refracción establece condiciones poco realistas, como la presencia de camillas en salas de examen visual, lo que genera costos innecesarios que terminan afectando a los pacientes.

La Circular A 15/46, de 2015, del Ministerio de Salud, sobre la correcta interpretación del artículo 126 del Código Sanitario referente a las salas de venta de lentes ópticos, también ha generado problemas, al flexibilizar los requisitos para las salas de venta de lentes ópticos, lo que ha favorecido el comercio ilegal. Enfatizó que esta normativa debe revisarse urgentemente para recuperar el control sobre los establecimientos ópticos legales.

Propuso que el ministerio dicte un nuevo reglamento actualizado para los establecimientos de óptica y revise las exigencias administrativas que obstaculizan el funcionamiento de las salas de procedimiento. También solicitó una circular que reemplace la A 15/46, para frenar la proliferación de ópticas irregulares.

Como compromiso concreto, la Cámara de la Industria Óptica de Chile pone a disposición 143 centros con cobertura nacional, equipados con tecnología moderna y profesionales capacitados, para contribuir a la reducción de la lista de espera. La solución no requiere grandes recursos financieros, sino voluntad política y colaboración intersectorial.

En conclusión, la actualización de las normativas y la integración efectiva de los tecnólogos médicos son pasos fundamentales para mejorar el acceso a la salud visual en Chile. La colaboración entre el sector óptico y las autoridades de salud es esencial para resolver una problemática que afecta a millones de personas y que puede abordarse con medidas concretas y eficientes.

80. [Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, Carlos Marchant Pizarro.](#)

El Presidente Nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., Carlos Marchant Pizarro, abordó la problemática de las listas de espera odontológicas en Chile, así como los desafíos y propuestas para mejorar la situación. Durante su presentación, destacó el impacto negativo que tiene el acceso limitado a la atención dental, especialmente en los sectores más vulnerables de la población.

Problemática de las listas de espera odontológicas.

Previo a la pandemia, las listas de espera odontológicas representaban el 25 por ciento del total, disminuyendo posteriormente de manera aparente debido a operativos específicos de cirugía maxilofacial impulsados por el gobierno. Sin embargo, esta reducción fue temporal y no abordó la problemática estructural de fondo. Las enfermedades bucales siguen siendo prevalentes y generan un impacto significativo en la salud general, afectando especialmente a niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres.

Las listas de espera odontológicas representan un problema persistente que se ha mantenido oculto debido a la falta de diagnóstico adecuado y a la insuficiente cobertura en la Atención Primaria de Salud (APS). Aunque se realizaron esfuerzos para disminuirlas mediante operativos temporales, el problema estructural persiste. Además, el registro de pacientes tras la primera consulta crea una falsa percepción de avance, ya que muchos tratamientos requieren múltiples sesiones y no se consideran resueltos en la primera visita. Esto genera listas de espera secundarias, donde los pacientes requieren nuevas intervenciones incluso después de ser atendidos inicialmente.

Cobertura odontológica y desigualdades.

En Chile, el acceso odontológico es limitado: solo el 45 por ciento de la población visita al dentista al menos una vez al año, y el gasto de bolsillo en atención dental es el segundo más alto del país. La cobertura está principalmente orientada a menores de 20 años afiliados a Fonasa y a ciertos grupos cubiertos por las Garantías Explícitas en Salud (GES). Para el resto de la población, la atención es insuficiente y desigual, ya que la priorización de patologías GES desplaza otros problemas de salud bucal.

Desarticulación de programas de salud.

El señor Marchant señaló que existe una fragmentación entre los programas de salud pública y las redes asistenciales del Ministerio de Salud, lo que genera inconsistencias en la cobertura odontológica. La eliminación del cargo de director nacional odontológico afectó la coordinación de políticas y estrategias, lo que limita la capacidad de respuesta ante las necesidades del país.

Propuestas para enfrentar el problema.

Entre las propuestas, planteó la creación de un perfil para referentes y contralores odontológicos a nivel nacional, así como la actualización de manuales y protocolos de registro de listas de espera. Además, propuso implementar dispositivos móviles que acerquen la atención a zonas alejadas, mejorar la teleodontología y establecer una ficha clínica única e integrada en la red de salud.

También recomendó fortalecer el rol del odontólogo en los equipos multidisciplinarios y promover el acceso público a la odontología mediante la creación de un arancel Fonasa para el mundo privado, además de desarrollar un Plan de Calidad Odontológico que garantice la evaluación continua de los procesos y resultados, promoviendo la integración de la salud bucal en políticas públicas de salud general.

Concluyó señalando que es fundamental avanzar hacia una atención odontológica integral y continua, articulada con el Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030. La reintroducción de la figura del director nacional odontológico permitiría una mejor coordinación y planificación de las políticas públicas en el área dental.

81. Subsecretario de Redes Asistenciales, Bernardo Martorell Guerra.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, Bernardo Martorell Guerra, reconoció la complejidad del problema de las listas de espera y destacó que su gestión buscará dar continuidad a las iniciativas ya en marcha, aportando nuevos enfoques sin intentar reformular lo existente.

Presentó el plan de reducción de tiempos de espera, centrado en tres pilares fundamentales: aumentar la producción de la red asistencial, modernizar y transparentar los sistemas de información, y mejorar el acceso a la atención primaria. Este plan busca alcanzar la meta de 200 días en la espera para consultas de especialidad y procedimientos quirúrgicos y odontológicos no GES, manteniendo el cumplimiento de las garantías GES.

El subsecretario subrayó el aumento de la producción de la red asistencial, destacando que en el último año se realizaron 57 millones de atenciones en el nivel primario, más de un millón de cirugías y cerca de 10 millones de consultas con especialistas. Además, se logró reducir los tiempos de espera en consultas de especialidad y procedimientos quirúrgicos en aproximadamente 90 y 367 días, respectivamente, en comparación con 2021.

En cuanto a infraestructura, mencionó la entrega de 12 hospitales operativos durante el actual gobierno y la expectativa de entregar otros 12 en fase final próximamente, alcanzando un total de 24 nuevos centros hospitalarios en el período.

Continuando con su presentación, el subsecretario Martorell presentó estrategias para reducir las listas de espera, organizadas en siete puntos clave: 1) priorización de acciones en los servicios de salud más críticos; 2) resolución de casos del 25% con mayor tiempo de espera; 3) establecimiento de metas de producción hospitalaria; 4) implementación de Equipos Móviles de Salud (EMS); 5) abordaje del ausentismo laboral; 6) monitoreo de la provisión de cargos; 7) creación de Centros Regionales de Resolución (CRR).

Además, explicó en detalle algunas estrategias específicas para mejorar la gestión en consultas médicas de especialidad, destacando el acto único (donde el paciente resuelve todas sus necesidades en una sola visita) y el uso de navegadores en red (personas que acompañan al usuario en el proceso de atención). También mencionó la modernización de los hospitales comunitarios para incrementar su capacidad resolutoria según las necesidades de cada territorio.

Hizo hincapié en el fortalecimiento de la atención primaria mediante la conectividad satelital en postas rurales, que permitirá a 300 postas tener acceso a internet este año, mejorando así su capacidad de respuesta. Asimismo, se promoverá el uso de incentivos para incrementar la productividad del personal de salud.

También presentó el nuevo Sistema de Información de Gestión de Tiempos de Espera (Sigte 2.0), que permite la interoperabilidad y facilita el registro automático de datos desde la ficha clínica electrónica, superando la dependencia de planillas Excel del sistema anterior. Esta actualización garantiza una mejor calidad de la información y un acceso más transparente a los tiempos de espera a través de un visor ciudadano actualizado, desarrollado en colaboración con el Banco Interamericano de Desarrollo.

Concluyó dando respuesta a las consultas de los diputados.

Respecto al ausentismo laboral en el sector salud, reconoció que este es un factor relevante que incide en la capacidad de atención y explicó que existen planes para abordar el tema, incluyendo metas específicas y medidas de gestión en conjunto con los directivos de salud.

Sobre la reducción de los tiempos de espera, explicó que las cifras presentadas corresponden a la mediana, lo que refleja la realidad de la mayoría de los pacientes. Si bien el promedio puede ser más alto debido a casos extremos, la reducción de 90 días en consultas de especialidad y 367 días en intervenciones quirúrgicas respecto a 2021 se considera un avance hacia la normalización de los tiempos pre-pandémicos.

En cuanto al hospital de Ancud, señaló que se han producido retrasos en su consolidación y que se espera su marcha blanca hacia el final del periodo gubernamental.

También abordó la contradicción aparente entre la reducción de tiempos de espera y el crecimiento de las listas. Explicó que el aumento en la lista no implica necesariamente más tiempo de espera si el flujo de atención es rápido.

Además, el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas impactan directamente en la demanda asistencial.

Ante las diferencias entre los datos oficiales del Ministerio y los informes de la Contraloría, el subsecretario aclaró que la Contraloría usualmente observa casos puntuales de errores en registros y que el principal desafío es modernizar los sistemas de información para asegurar la precisión y consistencia de los datos.

En cuanto al visor ciudadano de listas de espera, explicó que el sistema está en marcha y busca garantizar el acceso público, aunque aún enfrenta ajustes y mejoras para su pleno funcionamiento.

Respecto a los servicios de salud no priorizados, indicó que la estrategia es similar pero con menor intensidad según la disponibilidad de recursos. Además, destacó la importancia de fortalecer hospitales comunitarios para disminuir la presión sobre centros de mayor complejidad.

Sobre la participación del sector privado, señaló que se está trabajando en convenios para complementar la red pública, especialmente en zonas críticas como Antofagasta.

En cuanto a los Equipos Móviles de Salud (EMS), precisó que se enfocarán en operativos médicos y odontológicos para atender a usuarios en listas de espera en zonas con baja cobertura.

En relación a la pérdida de horas de especialidad, reconoció el problema y señaló que se están desarrollando estrategias para disminuir el porcentaje de consultas no realizadas, que puede alcanzar el 25 por ciento a nivel nacional.

Finalmente, respecto a la organización de los servicios de salud, planteó la necesidad de descentralizar la gestión para mejorar la eficiencia, sugiriendo la posibilidad de involucrar más a los gobiernos regionales y establecer consejos de supervisión regionales.

El señor Martorell [concurrió a una nueva sesión](#) a concluir su exposición. Inició su nueva intervención respondiendo preguntas previas sobre los operativos realizados en el contexto de reducción de listas de espera. Indicó que se llevaron a cabo 36 operativos, prestando 6.500 servicios, principalmente organizados por instituciones de caridad y equipos médicos voluntarios. Aclaró que, aunque estos operativos son marginales en relación con las listas de espera, la participación privada también incluye iniciativas más amplias, como las licitaciones de Fonasa para atender 120.000 casos.

Explicó que se ha implementado un marco regulatorio para la participación de equipos médicos públicos en actividades asistenciales fuera de su horario laboral. Esto incluye una glosa presupuestaria que establece convenios preferenciales con Fonasa y una regulación de los precios de las horas adicionales trabajadas, evitando contrataciones sin marco normativo.

En cuanto a las metas de producción asistencial, precisó que estas se calculan según la cantidad de personal y su capacidad productiva, multiplicada por coeficientes técnicos específicos. Durante 2025, el objetivo es incrementar la producción en áreas quirúrgicas, odontológicas y consultas de especialidad. Además, se trabaja en la modernización de la normativa para aumentar la capacidad resolutoria de hospitales de baja complejidad.

El subsecretario también destacó la modernización de los sistemas de información, específicamente la actualización del sistema Sigte a su versión 2.0 y la interoperabilidad de datos asistenciales. Asimismo, subrayó la transparencia mediante la disponibilidad de paneles públicos con información de tiempos de espera.

Respecto a los resultados de gestión, presentó datos que muestran un aumento significativo en la producción quirúrgica y consultas especializadas en comparación con el período prepandémico. En particular, se logró un incremento del 42 por ciento en cirugías mayores y menores y del 21 por ciento en consultas de especialidad médica durante 2024. Además, la producción de consultas odontológicas aumentó en el 82 por ciento.

El subsecretario resaltó el avance en los primeros meses de 2025, con un 90 por ciento de cumplimiento en consultas médicas y un 84 por ciento en cirugías mayores. Sin embargo, reconoció dificultades en algunos servicios de salud, como Tarapacá y Antofagasta, debido a retrasos en la carga de datos y problemas de infraestructura.

Destacó el esfuerzo de modernización y planificación para alcanzar las metas propuestas, especialmente en servicios priorizados con alta ponderación en listas de espera. El objetivo sigue siendo acercar los servicios de salud a la comunidad, modernizar la gestión asistencial y transparentar los avances a la ciudadanía.

Luego, atendiendo algunas consultas formuladas, se refirió a los siguientes puntos:

- Incentivos y bonos: actualmente no hay indicadores vinculados directamente con los salarios del personal médico, aunque existen incentivos variables menores que representan un porcentaje reducido del salario. Mencionó la necesidad de mejorar el sistema de incentivos, ya que algunos indicadores actuales son poco efectivos o están muy diluidos, lo que genera poca claridad sobre su impacto en la remuneración.

- Transparencia de datos: respondiendo una inquietud sobre el falseamiento de cifras, explicó que el proyecto de interoperabilidad del sistema de salud busca evitar manipulaciones administrativas al cargar la información directamente desde la ficha clínica electrónica a un servidor central en la nube. Esto garantizará datos más precisos y menos susceptibles a alteraciones manuales.

- Sistema Sigte 2.0: detalló que el Sigte 2.0 es una actualización del sistema anterior que permite procesar una mayor cantidad de datos con mejor

capacidad de validación. Sin embargo, el sistema aún depende de cargas manuales mediante Excel. El objetivo final es lograr la interoperabilidad directa desde la ficha clínica electrónica.

- Implementación de la interoperabilidad: mencionó que el proyecto de interoperabilidad se encuentra en proceso y que el objetivo es implementarlo en todos los servicios de salud antes de que finalice el actual periodo gubernamental. Esto permitirá obtener información en tiempo real desde el origen y ofrecer una mayor transparencia en los tiempos de espera y gestión clínica.

Destacó la importancia de avanzar en la implementación del sistema interoperable para garantizar una mejor gestión de la información en salud pública.

Más adelante, siempre en relación con la interoperabilidad, estimó relevante contar con un sistema de información interoperable para mejorar la gestión de datos en salud. La calidad de los datos es fundamental para una gestión adecuada, y la manipulación manual genera riesgos de error. Explicó que el proyecto de interoperabilidad requiere estandarización de datos, utilizando estándares internacionales como HL7 FHIR, y capacitación técnica tanto en el ministerio como en los servicios de salud.

También hizo una distinción entre el sistema GES y el sistema no GES, indicando que el primero cuenta con protocolos bien definidos y un seguimiento detallado a través del sistema Sigges. En cambio, extrapolar ese nivel de detalle a toda la actividad es complejo sin un sistema interoperable.

Además, reconoció el desafío de medir la demanda no expresada, como sucede en Tacna y en situaciones donde los pacientes no logran ser atendidos en atención primaria. Sin embargo, mencionó avances como el Programa de Telesalud, que permite registrar la demanda oculta.

Aclaró que la baja en cirugías menores en Antofagasta podría deberse a la falta de medición previa y a la reciente priorización de estos procedimientos.

En la última parte de su intervención ante la Comisión, el subsecretario de Redes Asistenciales, señor Martorell, destacó la importancia de la transparencia y gestión de la información en el ámbito de la salud pública, enfatizando que la medición adecuada permite una gestión más efectiva. Explicó que, si bien los tiempos de espera aumentaron durante la pandemia, se han realizado esfuerzos significativos para reducirlos, especialmente en consultas de nueva especialidad e intervenciones quirúrgicas. Gracias a la implementación de la estrategia del percentil 75, se ha logrado priorizar a los pacientes que más tiempo llevan esperando, lo que ha permitido disminuir las listas de espera en varios ámbitos, incluyendo el odontológico.

También abordó la necesidad de fortalecer los sistemas de información para asegurar la interoperabilidad y precisión de los datos, destacando que este avance es fundamental para mejorar la eficiencia del sistema de salud.

Además, subrayó el compromiso de responder a los oficios parlamentarios y las auditorías en curso, asegurando que cada observación se resuelva de manera adecuada.

Reconociendo la urgencia de atender a los pacientes que sufren debido a los tiempos de espera, destacó que la solución no se limita al mejoramiento de los sistemas de información. También es necesario abordar otros problemas en paralelo, como la infraestructura, la disponibilidad de especialistas y la colaboración público-privada. Asimismo, indicó que el presupuesto no debe ser una barrera para una gestión eficiente y que es fundamental fortalecer la red de gestores para modernizar el sistema de salud.

Mencionó que la gestión del ausentismo y la atención primaria universal son parte de las seis prioridades del Ministerio de Salud para este año, en busca de equilibrar los desafíos financieros y sanitarios. Aseguró que el equipo continuará trabajando para mejorar la eficiencia y respuesta del sistema de salud, estando dispuesto a proporcionar toda la información requerida para el seguimiento de estos objetivos.

Luego, respondió a las inquietudes planteadas en relación con las prácticas presupuestarias y la gestión del personal en los hospitales.

Respecto a la desvinculación de personal a honorarios en el Hospital de Antofagasta y la aparente falta de lógica en el uso del presupuesto, el señor Martorell explicó que el fenómeno identificado responde a una práctica de larga data en el sistema de salud. Esto se debe a que el presupuesto inicial de los servicios de salud suele diferir del presupuesto final, lo que genera incertidumbre en la gestión. Señaló que esta práctica no está necesariamente vinculada con los contratos a honorarios, ya que estos tienen por ley un carácter transitorio. Además, destacó que el problema radica en el modelo de financiamiento de la salud secundaria, que depende de decisiones presupuestarias anuales, a diferencia de la atención primaria que cuenta con un financiamiento per cápita predecible. Por lo tanto, esta situación genera ajustes durante el año y hace que el presupuesto inicial sea complementado posteriormente.

En cuanto a la inquietud sobre la distribución de personal clínico en funciones administrativas, afirmó que la dotación de personal pertenece al servicio de salud y que, si bien existen casos donde los recursos destinados a labores clínicas se utilizan en funciones administrativas, esta práctica es incorrecta y debe ser abordada. Reconoció que no existe un registro nacional preciso sobre las comisiones de servicio o la reasignación de funciones, lo que dificulta cuantificar el impacto de estos movimientos en la atención clínica.

Finalmente, el subsecretario enfatizó que el Ministerio está trabajando en la medición de la productividad esperada de cada establecimiento para garantizar el uso eficiente de la dotación asignada y que, aunque ciertos fenómenos pueden parecer pequeños, podrían tener un impacto acumulativo relevante en el funcionamiento de los servicios de salud.

82. [División Gestión Redes Asistenciales Ministerio de Salud, Andrea Solís Aguirre.](#)

La Jefa de la División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (Digera), Andrea Solís Aguirre, destacó que la compra de prestaciones público-privadas mediante licitación de Fonasa está vigente por tres años y permite derivar casos tanto GES como no GES a prestadores privados. Sin embargo, enfrentan dificultades de contactabilidad y rechazo por parte de pacientes.

Además, mencionó la colaboración de asociaciones civiles como Mater y Desafío Levantemos Chile en operativos médicos, que realizan consultas y procedimientos los fines de semana en hospitales, con un total planificado de 36 operativos para este año, incluyendo 6.500 prestaciones médicas y odontológicas.

También explicó el funcionamiento del Portal Paciente, que permite actualizar datos de contacto y verificar si el usuario está en lista de espera, aunque sin un número de orden específico. Asimismo, planteó estrategias para optimizar consultas médicas, promoviendo derivaciones a la atención primaria o a hospitales de menor complejidad cuando el seguimiento no requiere atención especializada.

En la [segunda ocasión que compareció ante la Comisión](#), explicó que el nuevo sistema de interoperabilidad busca integrar la información de los servicios de salud desde el nivel primario al secundario mediante un “bus de integración”. Esto permitirá capturar los datos automáticamente desde las fichas clínicas electrónicas, evitando la carga manual de planillas.

El proceso contará con alrededor de seis buses de integración que recogerán la información y mostrarán los pacientes derivados en visores específicos. Cuando el hospital complete una atención, el sistema actualizará automáticamente la lista de espera, eliminando al paciente atendido.

Como primera etapa, se priorizará la consulta de nueva especialidad, dada la variabilidad de los sistemas clínicos electrónicos y el rezago en la informatización hospitalaria en comparación con la atención primaria. El avance dependerá de la modernización de los sistemas locales, como Rayen y AVIS Latam.

Sobre la lista de espera de exámenes complejos, Solís señaló que el Sigte 1.0 no logró registrar adecuadamente consultas, cirugías y exámenes debido a deficiencias técnicas y de implementación. Aunque el Sigte 2.0 mejora en seguridad, capacidad de procesamiento y velocidad, el problema de fondo sigue siendo la interoperabilidad desde el origen de los datos. Para este año, se priorizará el registro de procedimientos endoscópicos y radiología intervencional, especialmente colonoscopías y endoscopías, mientras que los exámenes de laboratorio clínico siguen siendo difíciles de registrar debido a su volumen y diversidad.

83. Directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Patricia Navarrete Mella.

La doctora Patricia Navarrete Mella, directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, presentó un informe detallado sobre la gestión y desafíos del servicio. Comenzó destacando la magnitud del servicio, que abarca siete comunas, cuenta con cuatro hospitales grandes, 35 CESFAM, 20 SAPU y cinco SAR, atendiendo a más de 2.6 millones de personas. Pese al alto volumen de usuarios, el servicio destaca por su eficiencia, con una tasa de espera menor en comparación con el promedio nacional.

Señaló importantes logros en la reducción de listas de espera desde 2020: un 37 por ciento en consultas de especialidad, 47 por ciento en odontología y 37 por ciento en intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, mencionó problemas administrativos detectados en el Hospital Dr. Sótero del Río en 2023, relacionados con irregularidades en el registro de listas de espera, lo que motivó auditorías internas y de la Contraloría en diversos establecimientos de la red, detectándose inconsistencias en el registro de egresos, control interno deficiente y problemas de interoperabilidad entre sistemas.

Para enfrentar estas deficiencias, el servicio implementará auditorías cruzadas periódicas y ha desarrollado un modelo de gestión de demanda, con mejoras en la derivación de pacientes y la optimización de recursos. Además, se trabaja en integrar la interoperabilidad tecnológica a través de Sigte 2.0 y un canal único de derivación. En cuanto al manejo de listas de espera, el servicio está destinando recursos adicionales para contratar horas médicas y está coordinando la derivación de pacientes hacia el sector privado, cuando es necesario.

En el ámbito quirúrgico, el enfoque está en maximizar el uso de pabellones y potenciar la cirugía mayor ambulatoria, destacándose como uno de los servicios con mayor producción en esta área. Finalmente, enfatizó el compromiso de fortalecer la gestión clínica, el registro y la interoperabilidad de sistemas, alineándose con la normativa actualizada del Ministerio de Salud, para asegurar una atención eficiente y de calidad.

Respondiendo algunas consultas de los diputados, expresó, en materia de Optimización de Recursos y Gestión de Listas de Espera, que el servicio está trabajando en maximizar el uso de recursos, optimizando las horas médicas y la coordinación con la atención primaria para resolver problemas de salud visual, auditiva y cirugía menor. Un desafío importante es la contactabilidad de los usuarios, ya que muchos pacientes no asisten a las citas. Para enfrentar esto, están implementando un sistema maestro de pacientes y trabajando con la comunidad para mejorar la comunicación.

En materia de Proyectos de Infraestructura, reconoció que, aunque se están realizando proyectos como la reposición del Hospital Sótero del Río y el nuevo Hospital Provincia Cordillera, estos no resolverán completamente la demanda debido al crecimiento y envejecimiento de la población. Además, se

proyecta fortalecer la subred Santa Rosa y normalizar el Hospital Padre Hurtado para diversificar la carga asistencial que recae actualmente en el Hospital Sótero del Río.

En lo tocante a Gestión de Recursos Financieros, explicó que el modelo de pago a través de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) aún presenta problemas de ajuste presupuestario, pero se están realizando revisiones para mejorar la eficiencia. La deuda hospitalaria del servicio al cierre de 2024 fue de 42.800 millones de pesos, de los cuales la mitad corresponde al Hospital Sótero del Río. Actualmente, están a la espera de ser incorporados al sistema de pago centralizado para facilitar la gestión.

Planteó finalmente, como una necesidad específica, un aumento en el presupuesto del subtítulo 29 para la adquisición de equipamiento médico, ya que la renovación de equipos es esencial para enfrentar la demanda quirúrgica y mantener la calidad del servicio.

En resumen, la señora Navarrete enfatizó la necesidad de una mejor gestión de recursos y contacto con los pacientes, el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria y la necesidad de más recursos financieros para equipos médicos.

84. [Director del hospital Dr. Sótero del Río, Ignacio García-Huidobro Honorato.](#)

El Director del hospital Dr. Sótero del Río, doctor Ignacio García-Huidobro Honorato, inició su intervención destacando que el hospital es el más grande y complejo de Chile, con cerca de 46.000 egresos anuales y un peso medio GRD de 1,24, lo que lo sitúa entre los hospitales más productivos del país. Además, cuenta con una tasa de hospitalización promedio de 5,9 días, logrando un ahorro significativo de días cama gracias a estrategias de gestión eficaces. También es el hospital con mayor demanda de urgencias en Chile, atendiendo entre 190.000 y 200.000 consultas anuales.

En el ámbito quirúrgico, el hospital mantiene una alta productividad con aproximadamente 1.200 cirugías anuales por pabellón, y es líder nacional en trasplante hepático, realizando alrededor de 90 trasplantes por año, además de destacarse en cardiocirugía, comparándose con el Instituto Nacional del Tórax en volumen de procedimientos.

El director abordó también los problemas administrativos que se detectaron tras auditorías de la Contraloría General de la República. Estas auditorías revelaron debilidades en el control interno y en la gestión de listas de espera. Sin embargo, el hospital ya ha cumplido con todas las observaciones y trabaja en conjunto con el Ministerio de Salud para mejorar la interoperabilidad de los sistemas (Sigte 2.0).

Desde noviembre de 2024, bajo una nueva gobernanza, el hospital ha implementado convenios de desempeño con jefes de áreas, estableciendo indicadores claros para monitorear avances. La unidad de gestión de listas de espera fue reestructurada como un departamento con capacidad de gestión activa, priorizando pacientes según riesgos y antigüedad. Además, se ha optimizado la oferta médica programática, aumentando la cantidad de consultas en comparación con años anteriores.

Entre los resultados obtenidos, destacó la reducción de la mediana de espera en especialidades médicas de 376 días en diciembre de 2024 a 211 días en abril de 2025, lo que representa una disminución del 44 por ciento. En el área odontológica también se han logrado avances. Además, se logró regularizar la situación de 19.291 pacientes que no estaban registrados en el sistema Sigte, de los cuales 18.395 ya han sido gestionados.

Finalmente, el director reafirmó el compromiso del hospital con una gestión eficiente y transparente, trabajando de manera coordinada con los equipos internos y el Ministerio de Salud para continuar reduciendo las listas de espera y mejorando la calidad de la atención.

Ante algunas consultas de diputados, el señor García-Huidobro destacó los esfuerzos de gestión realizados, como la firma de convenios de desempeño con jefaturas, el seguimiento de indicadores y la coordinación con equipos directivos. Reconoció que uno de los mayores desafíos es la alta ocupación de camas y de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con una ocupación del ciento por ciento y todos los pacientes en ventilación mecánica. Además, mencionó que el hospital suele tener entre 50 y 60 pacientes hospitalizados en el servicio de urgencia debido a la falta de camas.

En cuanto a infraestructura y equipamiento, señaló que el hospital enfrenta un déficit en el subtítulo 29 (equipamiento y mantención) y mencionó que dos ecocardiógrafos están fuera de servicio, lo cual ya están gestionando. También destacó la necesidad de mejorar la interoperabilidad con la atención primaria para gestionar de manera más eficiente la demanda de salud.

Respecto al financiamiento, informó que el hospital terminó el año 2024 con una deuda hospitalaria de 20.000 millones de pesos y que actualmente la deuda sigue en torno a los 19.500 millones. Aunque el presupuesto del subtítulo 22 (compra de servicios) está totalmente aprobado, las transferencias aún no se completan. García-Huidobro valoró la posibilidad de contar con el pago automático para mejorar la gestión financiera del hospital.

Finalmente, mencionó que el futuro Hospital Provincia Cordillera permitirá descomprimir la carga asistencial del Sótero del Río, especialmente en casos de menor complejidad.

85. [Seremi de Salud \(s\) de la Región Metropolitana, Jorge Vilches Apablaza.](#)

El Secretario regional ministerial de Salud subrogante de la Región Metropolitana, Jorge Vilches Apablaza, destacó el trabajo intersectorial que se está realizando para disminuir los tiempos de espera en la atención de salud en la región. La coordinación se realiza con los seis servicios de salud metropolitanos, con el objetivo de implementar estrategias de apoyo y soporte que incluyan la colaboración con el gobierno de Santiago y otras entidades.

Durante los años 2023 y 2024, se llevaron a cabo proyectos específicos para abordar problemas de salud no GES, ya que estos casos presentan mayores dificultades para ser resueltos en la red asistencial por la falta de recursos. En 2023, se resolvieron 300 casos de prótesis de cadera no GES, y en 2024, 600 casos de prótesis de rodilla, también fuera de patologías GES. Estos proyectos contaron con financiamiento del gobierno de Santiago y el apoyo de la organización Desafío Levantemos Chile, extendiéndose a los seis servicios de salud de la región.

Actualmente, la Seremi de Salud está trabajando en un nuevo plan con la División de Desarrollo Social y Humano del gobierno de Santiago, priorizando iniciativas que ayuden a reducir los tiempos de espera en la red asistencial metropolitana. En este contexto, la Seremi proporciona soporte técnico para identificar patologías no GES que requieren resolución quirúrgica o de procedimientos específicos, alineando estos esfuerzos con las prioridades establecidas por los servicios de salud de la región.

En conclusión, enfatizó la importancia del trabajo conjunto entre sectores para enfrentar los desafíos que presentan las patologías no GES.

86. [Presidenta del Colmed Santiago, María Francisca Crispi Galleguillos.](#)

La doctora María Francisca Crispi, presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile, expresó su profunda preocupación por la situación crítica de las listas de espera en el sistema de salud público, destacando que más de tres millones de personas esperan atención en Chile. Como gremio médico, consideran fundamental que cualquier iniciativa para investigar y solucionar este problema cuente con el apoyo del Colegio Médico.

Según ella, el principal obstáculo para reducir las listas de espera es la insuficiencia presupuestaria. Aunque el presupuesto de salud aumentó un 4,2 por ciento en la última ley, este incremento fue absorbido por las deudas hospitalarias acumuladas, lo que impide que los centros de salud gestionen eficazmente sus recursos. Asimismo, criticó los esfuerzos del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda para enfrentar el problema por ser insuficientes y estar mal orientados, especialmente en lo que respecta a la externalización de atenciones

al sector privado, estrategia que considera ineficaz para resolver el problema estructural de las listas de espera.

Enfatizó que la solución radica en fortalecer la salud pública, garantizando que los hospitales trabajen a plena capacidad, con horarios extendidos y funcionamiento continuo de pabellones, incluyendo fines de semana. Para ello, es imprescindible destinar recursos adecuados y mejorar la gestión hospitalaria. Además, rechazó la idea de que la salud pública sea inherentemente ineficiente, subrayando que responde positivamente cuando cuenta con financiamiento suficiente.

Hizo un llamado al Ejecutivo para que priorice la inversión en salud pública, valore correctamente el impacto de las listas de espera y asuma el compromiso de enfrentar esta crisis con medidas concretas.

Luego de una serie de consultas de los diputados, la señora Crispi destacó que la gestión de las listas de espera debe ser eficiente y acorde a las necesidades de la ciudadanía, enfatizando el apoyo del Colegio Médico a dicho proceso. Expresó su preocupación por el aumento de las garantías GES oncológicas vencidas, señalando que la falta de celeridad en el sistema de salud es crítica. Asimismo, indicó que el presupuesto en salud para 2025 es insuficiente, ya que ni siquiera considera el aumento del IPC, lo cual dificulta la expansión de la atención médica.

Además, resaltó el aumento en la complejidad de los pacientes, en especial debido al envejecimiento poblacional y al incremento de enfermedades crónicas, lo que exige una mayor capacidad de respuesta del sistema público. Criticó la entrega fragmentada de recursos, que impide una planificación adecuada, y subrayó la necesidad de gestionar eficientemente la red hospitalaria, aprovechando mejor los pabellones mediante horarios continuados.

También abordó la importancia de la interoperabilidad de fichas clínicas y expresó su preocupación por el plan de cobertura complementaria de Fonasa, que podría derivar más recursos al sector privado, restando profesionales al sistema público.

Además, expresó su preocupación por la falta de incentivos para retener especialistas en la salud pública. Indicó que, aunque al inicio del gobierno se conformó una comisión con la Subsecretaría de Redes Asistenciales para abordar el tema, esta dejó de sesionar por falta de recursos aprobados por la Dirección de Presupuestos.

Los incentivos para los especialistas son tanto monetarios como no monetarios. En el ámbito salarial, mencionó que las asignaciones, esenciales para hacer atractiva la permanencia en el sector público, no se están pagando según lo comprometido. Además, advirtió que la cobertura complementaria de Fonasa podría generar mayor migración de especialistas al sector privado.

En cuanto a los incentivos no monetarios, subrayó la necesidad de mejorar la gestión hospitalaria para reducir la frustración profesional, que surge, por

ejemplo, de la falta de interoperabilidad en la atención médica. También cuestionó el recorte de recursos destinados a la extensión horaria en el sistema público, lo que limita el uso eficiente de la red hospitalaria.

Llamó al Parlamento a ser parte activa de la solución mediante reformas legislativas que mejoren la gestión hospitalaria y garanticen financiamiento adecuado.

87. Jefe de Cirugía del hospital Dr. Sótero del Río, Alfonso Díaz Fernández.

El Jefe de Cirugía del hospital Dr. Sótero del Río, doctor Alfonso Díaz Fernández, expuso ante la comisión su visión sobre la problemática de las listas de espera en el sistema público de salud, abordándola desde una perspectiva crítica y reflexiva basada en su vasta experiencia de 60 años como cirujano en dicho hospital. Comenzó destacando que las listas de espera, tal como se conocen hoy, son un fenómeno relativamente reciente. Hasta 1982, los especialistas trabajaban directamente en la atención primaria, lo que permitía resolver los problemas de salud sin generar grandes acumulaciones de pacientes esperando atención.

Se refirió al concepto de "riesgo sanitario" asociado a las listas de espera, argumentando que muchos de los pacientes en espera fallecen no necesariamente por el problema que los mantiene en lista, sino por enfermedades comunes en la población chilena, como accidentes cardiovasculares o cánceres. En este contexto, destacó la necesidad de realizar un monitoreo continuo de estos pacientes, ya que la demora en la atención puede enmascarar diagnósticos más graves que los que inicialmente motivaron la consulta. Además, enfatizó que es fundamental priorizar a aquellos pacientes cuya condición implique un mayor riesgo de muerte, en lugar de seguir estrictamente el orden cronológico de las listas.

Mencionó el ejemplo de las hernias en el hospital Sótero del Río, donde se identificaron más de 500 casos en lista de espera. Tras un análisis exhaustivo, se identificaron alrededor de 180 hernias con mayor riesgo, por lo que este tipo de pacientes debe ser intervenido prioritariamente. Opinó que esta metodología debe extenderse a otras patologías, como vesículas con riesgo de cáncer, para evitar desenlaces fatales mientras el sistema resuelve el problema de fondo.

En cuanto a la subutilización de la atención primaria y el potencial de los médicos familiares, muchos problemas considerados complejos pueden ser resueltos en la atención primaria mediante el uso de nuevas tecnologías, como la inteligencia artificial aplicada al diagnóstico precoz de cáncer gástrico. Mencionó el ejemplo del uso del programa Kardio para el diagnóstico de problemas cardíacos y el potencial de los médicos familiares para realizar procedimientos como endoscopías y diagnóstico de cánceres digestivos. Propuso que se reconsideren

las capacidades de estos profesionales para descongestionar las listas de espera de especialistas.

También reflexionó sobre la gestión hospitalaria, destacando que el Hospital Sótero del Río ha tenido momentos de mayor capacidad resolutive en el pasado, gracias a una gestión flexible que permitía el diálogo entre profesionales y autoridades del hospital. Sin embargo, lamentó la falta de presupuesto para reponer equipos, lo que ha disminuido la eficiencia en la atención. Mencionó ejemplos concretos, como la disminución en el uso de cajas quirúrgicas debido a cambios en las normativas de esterilización, lo que ha reducido significativamente el número de procedimientos posibles.

Finalmente, resaltó los logros del hospital, como su liderazgo en trasplante hepático a nivel latinoamericano, y la capacidad de resolver aneurismas del cayado aórtico con mejor desempeño que el Instituto Nacional del Tórax. No obstante, advirtió que los obstáculos administrativos y técnicos amenazan con frenar estos avances.

Para concluir, hizo un llamado a revisar el rol de la atención primaria y fortalecer la gestión hospitalaria, destacando la importancia de aprovechar al máximo las capacidades existentes para reducir el impacto negativo de las listas de espera.

Más adelante, abordó varios aspectos críticos relacionados con la gestión hospitalaria y la lista de espera. Primero, destacó la importancia de capacitar a los médicos familiares para que puedan diagnosticar precozmente patologías graves, como el cáncer de recto, lo que aumentaría la cantidad de pacientes operables y reduciría los casos terminales que requieren cuidados paliativos. Además, propuso retomar el sistema de gestión 2x1 que anteriormente mejoró la eficiencia de los pabellones, aunque reconoció que la implementación actual enfrenta problemas debido a la creación de empresas internas que no siempre responden a las prioridades sanitarias.

También enfatizó la crisis de insumos y la escasa reposición de equipos médicos. Explicó que antes se reutilizaban instrumentos desechables para optimizar recursos, pero el presupuesto actual no permite ese nivel de reutilización, lo que afecta la continuidad de las cirugías. Además, mencionó la falta de equipos fundamentales, como mesas quirúrgicas y máquinas de anestesia, lo que obliga a posponer procedimientos.

Respecto al manejo de listas de espera, destacó el trabajo realizado por el equipo liderado por el doctor Ramos, que identificó casos de hernias de alto riesgo que deberían priorizarse en cirugías electivas para evitar emergencias con alta mortalidad.

Finalmente, insistió en la necesidad de otorgar mayor autonomía a los directores de hospitales para que puedan tomar decisiones en tiempo real, garantizando la transparencia en el gasto y priorizando la atención de los pacientes más críticos.

88. Jefe de Intermedio Quirúrgico del hospital Sótero del Río, Juan Pablo Ramos Perkis.

El Jefe de Intermedio Quirúrgico del hospital Dr. Sótero del Río, doctor Juan Pablo Ramos Perkis, compartió su perspectiva sobre la problemática de las listas de espera desde su experiencia en el manejo de patologías herniarias. Reconoció que la situación es compleja y que la solución no es sencilla, ya que los pacientes actualmente presentan cuadros más complejos que requieren de una gestión eficiente y más recursos. Aunque el hospital está implementando estrategias internas y los equipos clínicos se están preparando para enfrentar esta realidad, persisten desafíos significativos, especialmente con los pacientes de mayor riesgo, que suelen ser los más antiguos y con más comorbilidades. Ramos manifestó su preocupación por estos casos complejos que, al no ingresar por la vía regular de lista de espera sino por urgencias, representan un riesgo elevado de mortalidad. Además, coincidió con el doctor Díaz en que las dificultades diarias, como la falta de insumos y la reducción de disponibilidad de pabellones, limitan la capacidad resolutoria del hospital, a pesar de los esfuerzos realizados.

89. Presidenta de la Asociación de Profesionales Universitarios de la Salud del hospital Sótero del Río, Roxana Guajardo Vidal.

La señora Roxana Guajardo Vidal, presidenta de la Asociación de Profesionales Universitarios del Hospital Sótero del Río y de la Dirección del Servicio de Salud, expresó su preocupación por las condiciones laborales y la gestión hospitalaria. Afirmó que la problemática de las listas de espera no solo afecta a la gestión sanitaria, sino también a los trabajadores, quienes enfrentan precariedad laboral y falta de insumos. Criticó la creciente dependencia de empresas privadas en el hospital, lo que, según ella, desvía recursos públicos y perjudica la atención. Además, denunció que los presupuestos destinados a mejorar las condiciones laborales no han aumentado, mientras que los recursos para empresas externas sí lo han hecho, afectando áreas clave como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la medicina nuclear.

También reclamó la falta de diálogo con el Ministerio de Salud y exigió mayor inversión directa en los hospitales para evitar la tercerización de servicios.

Finalmente, hizo un llamado a priorizar tanto la atención a los pacientes como las condiciones laborales de los trabajadores de la salud pública.

90. [Presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile, José Luis Espinoza Díaz.](#)

El señor José Luis Espinoza Díaz, Presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile, destacó que para abordar las listas de espera en salud es necesario replantear el modelo actual, enfocándose en la prevención y promoción de la salud pública, más que solo en la atención de patologías avanzadas.

Señaló que la actual política de compras de servicios a empresas externas, debido a la falta de recursos específicos, ha generado dependencia de sociedades médicas privadas, lo que incrementa el gasto público de manera innecesaria.

Criticó que muchos profesionales de la salud, al no contar con cargos institucionales, terminen trabajando para empresas privadas dentro de los propios hospitales, lo que afecta la eficiencia del sistema. Asimismo, enfatizó que la escasez de recursos humanos y equipamientos obliga a recurrir al subtítulo 22 (compra de bienes y servicios), en lugar de invertir en equipamiento propio y contratación directa.

También destacó la falta de diálogo con el Ministerio de Salud y la necesidad de avanzar en la carrera funcionaria, compromiso que, según él, el gobierno ha desatendido. Llamó a reconocer el esfuerzo de los trabajadores de salud, que, a pesar de enfrentar condiciones laborales precarias, mantienen su compromiso con el sistema público. Además, pidió a la ministra Aguilera abrir espacios de diálogo y avanzar en soluciones concretas, incluyendo modificaciones legales que prioricen la atención de los propios trabajadores de la salud, dada su labor esencial.

Por último, instó a que todos los actores involucrados se unan para enfrentar el problema de las listas de espera con una perspectiva centrada en la salud pública y el bienestar de los trabajadores.

El señor Espinoza concurrió nuevamente a la Comisión, con ocasión de la [sesión en el hospital El Carmen](#), de Maipú. En esta oportunidad, abordó los problemas estructurales del sistema de salud pública en Chile. Señaló que la principal problemática radica en la falta de enfoque en la prevención de enfermedades, lo que ha generado un aumento continuo de patologías y una demanda hospitalaria que el sistema no puede cubrir eficientemente.

Destacó el esfuerzo y compromiso de los trabajadores de salud para enfrentar la crisis, pero enfatizó que el problema es de carácter estructural y presupuestario. El presupuesto asignado a salud no ha crecido en proporción al encarecimiento de la vida, lo que dificulta la contratación de personal y la adquisición de insumos necesarios. Además, el Subtítulo 21, que cubre remuneraciones, no

permite resolver las brechas de recursos humanos, generando dependencia de contratos honorarios y compras de servicios.

El dirigente mencionó la alta demanda de consultas y cirugías, con listas de espera que superan los 40 mil pacientes en el Hospital El Carmen. La baja disponibilidad de especialistas en horarios vespertinos y la insuficiencia de recursos para alargar la jornada productiva son también factores que agravan la situación.

Cuestionó el modelo de concesiones en salud, ejemplificando el caso del Hospital El Carmen, que se entregó sin climatización adecuada, un error de planificación que afecta tanto a trabajadores como a pacientes. Criticó que el modelo concesionario, lejos de ser eficiente, replica los problemas en otros hospitales concesionados como el de La Florida y Antofagasta. Propuso que se revise la ley de concesiones, ya que considera que este modelo no satisface las necesidades sanitarias.

Finalmente, hizo un llamado a los parlamentarios a tomar decisiones que incrementen el presupuesto en salud y prioricen la gestión eficiente de los recursos, y dijo que detener el avance de nuevos hospitales concesionados es crucial para evitar repetir los mismos errores estructurales que afectan a la atención de la población.

91. [Directora \(s\) del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Patricia Mellado.](#)

La Directora (s) del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Dra. Patricia Mellado, abordó los principales desafíos de gestión del hospital y los avances realizados para enfrentar los problemas derivados de la alta demanda de atención en salud pública.

El Hospital El Carmen, esperado por más de 30 años y en funcionamiento desde 2014, fue concebido inicialmente como un hospital de baja complejidad. Sin embargo, debido al aumento significativo de la población y la complejidad de los pacientes, el hospital ha tenido que adaptarse y expandirse. Desde su apertura, se ha incrementado el número de camas de 365 a 451, enfrentando constantes desafíos de infraestructura y recursos humanos, especialmente en términos de especialistas médicos. Además, el hospital enfrenta problemas derivados de la pandemia, el aumento de la migración y el proyecto Clima, que ha generado una reducción temporal de camas y espacios clínicos.

Uno de los principales problemas abordados en la exposición fue el de las listas de espera, particularmente en cirugía mayor ambulatoria y consulta médica y dental. A pesar de los esfuerzos realizados, el número de ingresos continúa superando el número de egresos, lo que ha dificultado reducir significativamente la lista de espera. Sin embargo, se destacó una reducción en la mediana de días de espera en cirugía mayor ambulatoria (22,9 por ciento), consulta médica (39 por ciento) y consulta dental (31 por ciento) entre 2023 y 2024.

Para enfrentar el colapso en el servicio de urgencia, se implementaron estrategias como el aumento de la eficiencia en los pabellones y la ampliación de la capacidad de respuesta mediante la creación de pabellones de alta resolutivez. Estas medidas permitieron cumplir con las metas ministeriales de ocupación de quirófanos (78,9 por ciento) y reducir la suspensión de cirugías (5,9 por ciento). Además, se fortaleció la atención ambulatoria y la telemedicina para reducir la presión sobre los servicios presenciales.

El proyecto Clima, destinado a mejorar la climatización en el hospital, ha generado complicaciones adicionales al reducir temporalmente el número de camas disponibles, especialmente en medicina de adultos. Esta situación ha generado estrés tanto en el personal como en la comunidad usuaria del hospital. A pesar de esto, el equipo directivo ha mantenido un enfoque claro en mantener la producción hospitalaria de 2024, haciendo esfuerzos para mitigar los impactos mediante la coordinación con otros centros de salud, telemedicina y la reconversión de camas.

Al finalizar su intervención inicial, destacó el compromiso del equipo clínico y administrativo con la misión del hospital, subrayando que, a pesar de las dificultades, el objetivo es mantener la continuidad de la atención y seguir mejorando los indicadores de gestión. El compromiso de mantener los resultados alcanzados en 2024 refleja la convicción de seguir avanzando en la mejora continua de los servicios de salud pública en la comuna de Maipú.

Más adelante se refirió a materias que formaron parte de las consultas de los diputados. Expuso sobre los múltiples problemas que enfrenta el hospital debido a su condición de concesionado y la falta de infraestructura adecuada. Los puntos más relevantes abordados fueron los siguientes:

1. Problemas estructurales y administrativos del hospital concesionado. El Hospital El Carmen fue concebido como un establecimiento de mediana complejidad para una población mucho menor de la que actualmente atiende. Sin embargo, debió transformarse en un hospital de alta complejidad, aumentando el personal de 1.800 a 4.600 y el número de camas de 365 a una cifra aún insuficiente. No obstante, la concesión limita cualquier ampliación o modificación de la infraestructura sin autorización de la empresa concesionaria, lo que obstaculiza la respuesta a la creciente demanda de atención médica.

La concesionaria tiene a su cargo la seguridad, alimentación, lavandería, limpieza y mantenimiento de infraestructura, lo que implica altos costos para el hospital. La administración del hospital no puede contratar servicios externos, lo que genera problemas cuando se necesitan modificaciones simples como la instalación de enchufes, cuyo costo presupuestado por la concesionaria puede ser excesivo.

2. Falencias en climatización y problemas en la Unidad de Paciente Crítico (UPC). Desde su inauguración, el hospital ha presentado deficiencias en climatización. Durante el verano de 2015, las salas de pediatría alcanzaron hasta

38°C, y la única solución propuesta fueron equipos portátiles de aire acondicionado. Recién en 2021 se aprobó el proyecto Clima, a cargo de la concesionaria, que sufrió retrasos y complicaciones en su implementación.

El colapso de la climatización en la UPC de adultos en enero de 2025 obligó al cierre temporal de la UCI, debido a temperaturas de hasta 35°C que afectaban tanto a pacientes como al personal. Aunque se implementó una solución temporal con un serpentín provisorio, la situación aún no está completamente resuelta. La concesionaria tardó años en gestionar los fondos y en iniciar el proyecto de climatización definitivo.

3. Impacto de las deficiencias en la gestión hospitalaria. La falta de climatización adecuada ha causado el cierre de camas UCI y ha dificultado la atención de pacientes críticos, generando traslados costosos y estresando el sistema hospitalario. La concesionaria ha incumplido plazos y no ha garantizado soluciones permanentes, lo que ha afectado la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

4. Estrategias para enfrentar la crisis de camas. Para mitigar la falta de camas, el hospital ha intentado utilizar camas del Centro de Referencia de Salud (CRS) de Maipú, que cuenta con 40 camas, pero solo una fracción cumple con los requerimientos clínicos necesarios. Además, se ha coordinado con el Hospital San Borja Arriarán para agilizar los traslados de pacientes que requieren tratamientos especializados. Otra opción evaluada fue la compra de camas medias, pero el alto costo impidió su implementación.

5. Proyecciones y preocupaciones ante la campaña de invierno. La doctora Mellado expresó su preocupación por el colapso que podría ocurrir durante la campaña de invierno, cuando aumenten las infecciones respiratorias y se necesiten más camas críticas. La reducción de 40 camas por el proyecto Clima, sumada a la alta demanda, genera un riesgo significativo para la atención de urgencias.

92. Director (s) Servicio de Salud Metropolitano Central, Patricio Barría.

El director subrogante del Servicio de Salud Metropolitano Central, Patricio Barría, enfatizó que las listas de espera representan uno de los mayores problemas del sistema de salud pública, ya que afectan directamente a las personas que requieren atención médica oportuna, especialmente en casos de cirugía, oncología y consultas médicas. Destacó que el aumento de la población, especialmente migrante, y el traspaso de usuarios desde isapres a Fonasa han incrementado la demanda de los servicios de salud en la zona.

El Servicio de Salud Metropolitano Central cuenta con tres hospitales de alta complejidad, de los cuales solo dos resuelven listas de espera: el Hospital San Borja Arriarán y el Hospital El Carmen, de Maipú. La situación se ha

visto agravada por el incendio que afectó al Hospital San Borja Arriarán en 2021 y la necesidad de reparar la climatización en el Hospital El Carmen. Además, la falta de hospitales de mediana o baja complejidad genera una carga adicional en estos centros.

El señor Barría manifestó el compromiso de trabajar arduamente para reducir las listas de espera y garantizar el acceso oportuno a las prestaciones de salud, subrayando la importancia de la coordinación entre instituciones para abordar esta problemática de manera efectiva. Reconoció también la importancia de la labor fiscalizadora del Poder Legislativo para contribuir a la mejora continua del sistema de salud pública.

Finalmente, coincidió con la exposición anterior en que, a pesar de las dificultades, el compromiso es mantener la calidad de atención y seguir trabajando para reducir los tiempos de espera, reforzando la gestión y optimización de los recursos disponibles en la red de salud pública.

93. [Subdirector de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central, Alexander Recabarren.](#)

El Subdirector subrogante de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central, doctor Alexander Recabarren, comenzó su intervención destacando la importancia de transparentar la situación de las listas de espera en los hospitales públicos, especialmente en consultas de nueva especialidad, consultas odontológicas, intervenciones quirúrgicas y procedimientos. Reconoció que la incertidumbre que genera la espera en la población requiere una gestión auditable y transparente, según el mandato del Ministerio de Salud.

El Servicio de Salud Metropolitano Central atiende a cuatro comunas: Santiago, Estación Central, Cerrillos y Maipú, con una población de aproximadamente 1.450.000 personas, de las cuales 925.000 son beneficiarias de Fonasa, destacando que cerca del 30 por ciento son extranjeros. La red de salud cuenta con tres hospitales de alta complejidad: el Hospital Clínico San Borja Arriarán, el Hospital El Carmen y otros centros comunitarios de salud mental, así como dispositivos de atención primaria y el SAMU Metropolitano.

El subdirector hizo referencia a la evolución demográfica, que ha afectado la producción asistencial. Aunque se observa una disminución en ingresos hospitalarios, hay un incremento significativo en consultas de especialidad (5 por ciento) y procedimientos quirúrgicos (8 por ciento). Sin embargo, el acceso a camas desde urgencias mejoró, aunque sigue siendo un desafío.

Respecto a las listas de espera, el subdirector señaló que se ha producido un aumento significativo en consultas nuevas (25 por ciento), intervenciones quirúrgicas (8 por ciento) y procedimientos (30 por ciento), debido a la mayor demanda desde la atención primaria. A pesar de este incremento, la mediana de espera ha disminuido en especialidades médicas (9 por ciento),

odontológicas (20 por ciento) y quirúrgicas (18 por ciento), gracias a mejoras en la gestión hospitalaria.

Entre los problemas detectados, se mencionaron diferencias en registros locales y nacionales, falta de priorización clara de pacientes y problemas en la documentación de suspensiones quirúrgicas, identificados en auditorías de la Contraloría General de la República. Las medidas implementadas incluyen sumarios administrativos, creación de unidades prequirúrgicas, regularización de registros y establecimiento de protocolos para priorización y documentación.

El señor Recabarren destacó la estrategia de reorganización interna con iniciativas como los Navegadores en Red, que facilitan el acompañamiento de pacientes en el sistema de salud. También se está trabajando en la interoperabilidad de listas de espera entre atención primaria y hospitalaria, y en fortalecer el proceso de referencia y contrarreferencia, mejorando así la coordinación y continuidad de los cuidados.

Más adelante respondió las consultas de los diputados en relación al aumento de las listas de espera en el Hospital El Carmen, explicando que dicho incremento se debe a la dinámica del registro de pacientes, donde confluyen los ingresos provenientes de la atención primaria y los egresos por atenciones efectivas. A pesar de que el hospital ha aumentado su capacidad de producción en consultas de especialidad en aproximadamente un 30 por ciento anual, el número de ingresos sigue superando a los egresos, lo que genera un aumento progresivo de las listas de espera. Esto también refleja que la capacidad resolutive de la atención primaria sigue siendo insuficiente, aunque destacó que el sistema de atención primaria en Chile es comparable con el de países desarrollados en términos de recursos humanos y calidad asistencial.

Aclaró que el aumento de la producción en atención primaria no ha sido suficiente para reducir la presión sobre los servicios hospitalarios. Esto se ha agravado tras el impacto de la pandemia, que incrementó las derivaciones hacia los establecimientos de mayor complejidad.

Además, explicó que la reciente reapertura de la UCI en el Hospital El Carmen ha disminuido la necesidad de trasladar pacientes críticos, pero el problema de las listas persiste debido a factores estructurales y administrativos.

Sobre la gestión de las listas de espera, mencionó que existen 18 causales para el egreso, priorizándose que estos se produzcan por razones médicas en lugar de administrativas. No obstante, aún quedan pacientes en espera desde antes de 2017, lo cual indica que, pese a los esfuerzos, no siempre se logra el contacto efectivo para brindar la atención pendiente.

En cuanto a las especialidades críticas, dijo que las más afectadas son traumatología adulto y otorrinolaringología, debido a la alta demanda de intervenciones quirúrgicas y la falta de especialistas, lo que genera tiempos de espera prolongados. La problemática se agrava por la dificultad de retención de personal especializado, especialmente en áreas de alta complejidad como

otorrinolaringología. Además, mencionó que el enfoque gubernamental en la priorización de las listas da preferencia a los casos GES y oncológicos, mientras que otros pacientes tienden a acumularse en las listas debido a la priorización de casos más recientes, lo que retrasa la atención de aquellos que llevan más tiempo esperando.

Respecto a las estrategias implementadas para enfrentar la demanda asistencial, el hospital ha incorporado telemedicina y hospitalización domiciliaria, siendo esta última una de las más grandes del país con 170 cupos, lo que permite aliviar el uso de camas hospitalarias. Sin embargo, los recursos presupuestarios siguen siendo limitados, lo que impide una respuesta más efectiva a la demanda. Además, destacó el desafío financiero que enfrenta el hospital y la necesidad de fortalecer el presupuesto destinado a la contratación de personal y la modernización de equipos, especialmente en intervenciones quirúrgicas que requieren pabellones y recursos adicionales.

En cuanto a la coordinación con otros servicios de salud, expresó que la relación contractual con la concesionaria del hospital es compleja, ya que el contrato también incluye al Hospital de La Florida, lo que dificulta la implementación de mejoras específicas en cada centro. Aunque la relación ha sido cordial en el pasado, recientemente se ha vuelto más tensa debido a dificultades en la ejecución de proyectos compartidos. Además, la reciente apertura de un Servicio de Atención de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) en Maipú, en lugar de reducir la demanda, ha generado un aumento en la atención de urgencias, lo que está siendo evaluado para comprender el fenómeno.

Finalmente, respecto a los fallecimientos en listas de espera, reconoció que algunos pacientes mueren antes de recibir atención y que se requiere un análisis detallado para determinar si la causa de muerte está relacionada con la patología por la que esperaban tratamiento. Se comprometió a entregar los datos requeridos por la comisión investigadora, reconociendo la necesidad de mejorar la gestión de las listas de espera para evitar que los casos más antiguos se perpetúen sin atención oportuna.

94. [Seremi de Salud Región Metropolitana, Gonzalo Soto Brandt.](#)

El Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana de Santiago, señor Gonzalo Soto Brandt, destacó la importancia de trabajar de manera conjunta con los servicios de salud para abordar las listas de espera, dada la complejidad del contexto actual. enfatizó el papel de la Seremi en la coordinación con hospitales y servicios municipales, especialmente en situaciones críticas como siniestros que afectan a hospitales como San Borja y Luis Calvo Mackenna.

Subrayó el esfuerzo conjunto con el gobierno regional y otras entidades para fortalecer la atención primaria y reducir la carga hospitalaria. Un ejemplo es el proyecto de reducción de listas de espera no GES en traumatología, que cuenta con financiamiento para intervenir a pacientes mayores de 60 años con prótesis de rodilla. Además, destacó el uso de móviles de mamografía y ginecología para facilitar diagnósticos en atención primaria.

Asimismo, señaló el avance en la georreferenciación de listas de espera, lo que permite identificar brechas en diferentes comunas y destinar recursos de manera más eficiente.

Finalizó su intervención reiterando el compromiso de la Seremi de Salud en colaborar activamente con los servicios de salud y los municipios para reducir los tiempos de espera en la atención hospitalaria.

95. Representante de Ancosalud, Eduardo Nova.

El representante de la Asociación de Consejo de Salud de Chile (Ancosalud), señor Eduardo Nova, comenzó su intervención agradeciendo la invitación y destacando el rol de Ancosalud como una asociación que agrupa consejos de salud a nivel nacional en Chile. Además, compartió su experiencia como dirigente social en el Hospital El Carmen, subrayando las dificultades que enfrentan tanto usuarios como trabajadores del sistema de salud.

El señor Nova enfatizó los problemas estructurales del Hospital El Carmen, incluyendo falencias en la gestión, mantenimiento y administración por parte de la concesionaria. Mencionó casos graves, como el corte de energía que dejó el hospital paralizado durante casi 48 horas, lo que ocasionó la muerte de pacientes, según registros del Ministerio de Obras Públicas (MOP). También destacó la problemática del aire acondicionado en áreas críticas, lo que ha generado contaminación cruzada y enfermedades en pacientes.

Otro punto relevante fue la denuncia de una deficiente gestión de camas y el aumento de costos por el incremento de estas, pasando de 345 a más de 400, lo que genera un gasto adicional para el hospital. También criticó la falta de coordinación entre el sistema de salud primaria y hospitalaria, mencionando el uso de sistemas informáticos incompatibles que impiden el intercambio eficiente de información médica.

En relación con la gestión pública de salud, señaló que a pesar de los múltiples congresos nacionales organizados por Ancosalud desde 2009, las recomendaciones para fortalecer el control social y mejorar la gestión aún no se concretan. Destacó la creación de la Comisión Contraloría Social de Ancosalud, que trabaja en la fiscalización y control social a nivel nacional y local, promoviendo el trabajo colaborativo sin estructuras jerárquicas.

Luego manifestó su frustración por la falta de avances estructurales en la salud pública, a pesar de los esfuerzos de dirigentes sociales, quienes a

menudo enfrentan trabas burocráticas y falta de acceso a información relevante. Los problemas no se limitan al Hospital El Carmen, sino que son parte de una crisis nacional del sistema de salud pública en Chile.

Finalmente, hizo un llamado a los diputados a considerar la situación con seriedad y urgencia, destacando que el problema radica en la estructura misma del sistema de salud. Solicitó que se revisen los contratos de concesión hospitalaria, que se tomen decisiones políticas que prioricen el bienestar de los usuarios y que se releve la importancia de trabajar colaborativamente con dirigentes sociales, quienes pueden aportar significativamente al diagnóstico y mejoramiento del sistema, siempre que se les otorguen recursos y se respeten sus aportes.

96. [Dirigente FENATS Histórica Hospital El Carmen, Emilio Guzmán.](#)

El señor Emilio Guzmán, dirigente de la Confederación Nacional de Federaciones de Trabajadores de la Salud de Chile (FENATS) Histórica Hospital El Carmen y Presidente de FENATS Metropolitana Nacional, destacó el rol fundamental de los trabajadores de la salud en la atención directa a los usuarios. Recordó que el Hospital El Carmen fue inaugurado apresuradamente sin estar en condiciones adecuadas, lo que ha generado problemas estructurales y operativos que persisten hasta hoy.

Enfatizó que el modelo de concesiones en salud ha resultado ineficiente, generando múltiples inconvenientes en la gestión y mantención del hospital, y cuestionó la falta de multas aplicadas a la empresa concesionaria por incumplimientos. Además, denunció la precariedad laboral de más de seiscientos funcionarios contratados a honorarios, así como la ausencia de una carrera funcionaria clara y estable para los trabajadores del hospital.

Otro aspecto crítico abordado fue la existencia de privilegios en la lista de espera de cirugía, donde algunas jefaturas favorecen a sus familiares, hecho que ha sido denunciado sin respuesta efectiva. Asimismo, señaló irregularidades en la asignación de cargos y acusó falta de transparencia en los procesos internos. Guzmán también manifestó su frustración ante la ausencia de respuestas por parte de las autoridades de salud a las reiteradas solicitudes de diálogo para tratar estos problemas.

97. [Dirigenta de “Tu nueva Fenats” y Vicepresidenta de Fenasalud, Paulina Cortes.](#)

La dirigenta de “Tu nueva Fenats” y Vicepresidenta de Fenasalud, Paulina Cortes, manifestó su descontento respecto a la asignación técnica que solo beneficia a los clínicos, excluyendo a otros técnicos como los administrativos o

jurídicos. Abogó por una ampliación de esta asignación para asegurar justicia e igualdad entre todos los trabajadores de la salud.

Asimismo, hizo un llamado a que las conversaciones realizadas en la comisión no queden en meras palabras, sino que se traduzcan en acciones concretas y decisiones legislativas que mejoren las condiciones laborales del personal de salud.

Además, instó a revisar el Estatuto Administrativo vigente, que considera restrictivo y represivo, pidiendo que se aborden los problemas estructurales de fondo que afectan al sector.

98. Funcionaria TENS del área ambulatoria del Hospital El Carmen, Catalina Contreras.

La señora Catalina Contreras, TENS del Hospital El Carmen, expuso las precarias condiciones laborales que enfrenta en el área ambulatoria. Ella trabaja en el agendamiento de las listas de espera para procedimientos de endoscopia y colonoscopia, gestionando alrededor de 4.000 pacientes que han estado esperando atención desde el año 2022. A pesar de la carga laboral, solo trabajan dos técnicos en esta tarea, quienes se encargan de citar a los pacientes, proporcionar indicaciones y asegurar que lleguen preparados a sus exámenes.

Señaló que su remuneración es insuficiente, ya que, estando a contrata, recibe alrededor de 650.000 pesos mensuales, mientras que su compañera, que trabaja a honorarios, percibe incluso menos que el sueldo mínimo. Además, explica que trabajan largas jornadas de lunes a sábado, y las horas extras se pagan a un valor irrisorio de 3.000 pesos, a diferencia del pago que recibe el personal médico, que asciende a entre 100.000 y 200.000 pesos por procedimiento. Esta disparidad salarial refleja una falta de consideración hacia el personal técnico, que realiza tareas fundamentales para el avance de las listas de espera.

Enfatizó el impacto que esta situación tiene en los pacientes, algunos de los cuales han fallecido esperando un diagnóstico por sospecha de cáncer, debido a la demora en realizar procedimientos como colonoscopías. Expresó su frustración al ver que las negociaciones laborales solo favorecen a los altos cargos y personal médico, mientras que el esfuerzo del personal técnico no es valorado ni reconocido adecuadamente.

Por otro lado, denunció las condiciones precarias en las que desempeñan su trabajo. Durante la reciente remodelación de la climatización, han tenido que trabajar al lado de ruidos intensos como martillazos y máquinas cortando, lo que afecta la atención presencial de los pacientes. Además, algunos compañeros han sido trasladados a *containers* ubicados lejos del acceso principal, lo que implica caminar largas distancias bajo condiciones adversas, como lluvia y terreno resbaladizo.

La falta de recursos también se evidencia en la insuficiencia de insumos tanto clínicos como administrativos. Mencionó que deben comprar materiales básicos de oficina con su propio dinero, ya que no se les proporcionan implementos esenciales como lápices o corcheteras.

Concluyó destacando que su compromiso no es con la institución ni con el sistema, sino con los pacientes que necesitan atención oportuna. Hizo un llamado a las autoridades para que visiten el área ambulatoria y constaten las dificultades que enfrentan diariamente, buscando visibilizar las problemáticas laborales y la urgencia de mejoras estructurales y salariales.

99. Directora del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Loreto Maturana Gatica.

La Directora del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, doctora Loreto Maturana Gatica, realizó una exposición sobre la situación actual y los desafíos de la red asistencial bajo su administración. La presentación abordó distintos aspectos relacionados con la gestión de salud en la región, destacando el contexto poblacional, la infraestructura hospitalaria, el desempeño asistencial y los problemas críticos que enfrenta el servicio.

Refiriéndose a la población usuaria y red asistencial, relató que el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio atiende a aproximadamente 471.000 personas pertenecientes a Fonasa, y cuenta con 66 dispositivos de salud, a los cuales se han sumado cuatro nuevos dispositivos desde 2021, principalmente en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS). Además, el servicio opera como macro-red asistencial en oncología, neurocirugía y neurorradiología intervencional, alcanzando una cobertura potencial de 3.224.952 personas.

En cuanto al desempeño del servicio de salud, dijo que durante 2024, el servicio realizó cerca de diez millones de prestaciones, incluyendo atenciones de urgencia, hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, especialidades médicas y atención primaria. A pesar de los avances, aún no se han alcanzado los niveles de atención previos a la pandemia en consultas médicas de especialidad, aunque se ha superado el número de cirugías electivas.

En el ámbito de las urgencias, se ha registrado una disminución en las consultas de menor complejidad (C4 y C5), lo que se atribuye al fortalecimiento de la atención primaria. Sin embargo, las consultas actuales son más complejas y derivan con mayor frecuencia en hospitalización. En 2024, se registraron más de 30.000 egresos hospitalarios, con un promedio de 7.7 días de estancia y una edad media de 48 años entre los pacientes atendidos.

En lo referente a las listas de espera y cumplimiento GES, destacó que el servicio logró un cumplimiento GES del 96 por ciento en 2024, aunque la demanda de garantías ha aumentado en 26.8 por ciento en los últimos años. En cuanto a las listas de espera no GES, se ha logrado disminuir tanto el promedio

como la mediana de espera en comparación con el promedio nacional, especialmente en las áreas de oftalmología, otorrinolaringología y ginecología.

En el ámbito odontológico, también se ha reducido el tiempo de espera gracias a una mejora continua en la gestión de casos. Además, el servicio ha avanzado en la reducción de listas de espera quirúrgicas, a pesar de los desafíos de infraestructura y recursos humanos.

Planteó luego otras problemáticas y planes de mejora. Dijo que entre los problemas críticos identificados se encuentra la falta de recursos humanos especializados, especialmente en áreas como psiquiatría y oftalmología. Además, el ausentismo laboral es significativo, afectando la capacidad operativa de los hospitales.

Para abordar estos problemas, se están reactivando comités de gestión de demanda y eficiencia hospitalaria, además de implementar nuevas estrategias de retención de especialistas. Asimismo, se trabaja en la mejora de la infraestructura hospitalaria, incluyendo la modernización del Hospital Carlos van Buren y otros centros de la red.

En conclusión, la presentación de la señora Maturana evidenció el esfuerzo constante del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio por mejorar la gestión y atención a la comunidad, a pesar de los múltiples desafíos estructurales, financieros y humanos. Las medidas en curso buscan optimizar los procesos asistenciales, reducir las listas de espera y garantizar un mejor acceso a la atención médica de calidad.

Luego, ante consultas de los diputados, habló sobre el egreso de pacientes de las listas de espera médica, odontológica y quirúrgica. Indicó que el 11 por ciento de los egresos de la lista de espera quirúrgica corresponde a renuncias o rechazos voluntarios por parte de los pacientes. Además, el 4 por ciento de los casos fueron resueltos en el extrasistema, mientras que el 3 por ciento corresponde a pacientes reevaluados que ya no requerían cirugía. Asimismo, el 3,5 por ciento son casos donde el contacto no corresponde. En conjunto, estas causales suman un 20 por ciento del total de egresos. Por otro lado, los pacientes que no se presentan representan aproximadamente un 5 por ciento adicional de los egresos de la lista de espera.

100. [Directora del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Dafne Secul Tahan.](#)

La doctora Dafne Secul, directora del Hospital Carlos van Buren, presentó un informe sobre la situación actual del hospital, abordando la recuperación de la producción asistencial tras la pandemia, los desafíos de gestión de listas de espera y los resultados de las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República.

Durante la presentación, destacó cómo la producción de consultas médicas de especialidad disminuyó drásticamente durante la pandemia y, aunque se ha recuperado progresivamente, aún no alcanza los niveles prepandemia. En cuanto a las consultas de urgencia, explicó que la disminución ya era evidente antes de la crisis sanitaria, lo que refleja un uso más eficiente de la red, con mayor atención de casos leves en dispositivos SAPU y SAR. Sin embargo, el hospital ha visto un aumento en la complejidad de los pacientes que llegan a urgencias.

Respecto a los egresos hospitalarios, estos también disminuyeron significativamente durante la pandemia debido a los nuevos estándares de hospitalización que exigen mayor distancia entre pacientes, lo que redujo la cantidad de camas disponibles. Aunque se ha incrementado el número de egresos desde entonces, el impacto de estos estándares persiste.

En cuanto a impacto financiero y listas de espera, dijo que la producción de consultas nuevas de especialidad cayó durante la pandemia, mostrando una leve recuperación hacia finales de 2022. No obstante, una nueva caída a fines de 2024 se atribuye a problemas de financiamiento. Algo similar ocurrió con la atención odontológica, que se vio afectada durante la crisis sanitaria pero comenzó a recuperarse gracias a recursos especiales destinados a resolver listas de espera.

En cuanto a intervenciones quirúrgicas, la pandemia provocó una caída considerable en su realización, seguida de una recuperación parcial. Sin embargo, la producción se redujo nuevamente debido a dificultades financieras a finales del año pasado.

Refiriéndose a las auditorías de la Contraloría General de la República, la doctora Secul mencionó que el hospital fue objeto de dos auditorías. La primera, en 2023, concluyó con observaciones relacionadas con egresos sin respaldo suficiente y problemas de migración de datos entre los sistemas Intersystem y Experto. Estos inconvenientes ya han sido abordados mediante planes de corrección y actualización de registros.

La segunda auditoría, en 2024 (N°399), fue motivada por egresos masivos desde sistemas locales sin suficiente documentación. Aunque el Hospital Carlos van Buren no se vio afectado directamente, la directora detalló cómo se están corrigiendo problemas de migración de registros históricos en colaboración con el Ministerio de Salud.

Luego abordó los planes de mejora y gestión de datos. Dijo que para enfrentar las falencias detectadas, el hospital ha implementado planes de trabajo centrados en reducir las listas de espera más antiguas y mejorar el registro de pacientes fallecidos. Se han reactivado comités internos y se han establecido medidas para agilizar la gestión de casos complejos. Además, se están optimizando los procesos de migración de datos para garantizar una mayor coherencia entre los sistemas locales y el Sigte.

La exposición resaltó los esfuerzos del Hospital Carlos van Buren por recuperar los niveles de producción asistencial previos a la pandemia y enfrentar los desafíos estructurales que persisten. A través de planes de mejora, auditorías continuas y estrategias de optimización, el hospital busca garantizar una atención médica eficiente y de calidad, enfrentando de manera activa los problemas heredados de la crisis sanitaria.

Respondiendo consultas de los diputados, la directora del Hospital Carlos Van Buren, se refirió a la compleja situación financiera que enfrenta el establecimiento de salud, especialmente en lo referente a la atención de pacientes traumatológicos. Señaló que el hospital prioriza la atención de urgencias traumatológicas, lo que ha generado una extensa lista de espera para cirugías electivas. Esta problemática se agravó a finales del año 2024 y principios del 2025 debido a una insuficiencia presupuestaria que limitó el abastecimiento de insumos esenciales.

Explicó que la crisis financiera se originó por una combinación de factores, incluido el cambio en el sistema de pago automático de los hospitales que fue suspendido en marzo de 2023. Hasta ese momento, los hospitales contaban con un mecanismo que garantizaba el pago directo desde el Ministerio de Hacienda. Tras la suspensión, los hospitales tuvieron que gestionar sus propios recursos, lo que provocó dificultades en momentos de crisis presupuestaria. La crisis se agudizó al finalizar el año 2024 y que, pese a las expectativas de recibir el presupuesto 2025, la asignación inicial fue insuficiente. Esto afectó gravemente la capacidad de adquisición de insumos médicos, especialmente en el área de traumatología, donde los proveedores bloquearon la entrega de materiales debido a deudas pendientes.

Para superar esta situación, el hospital mantuvo negociaciones con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, lo que permitió la apertura completa del presupuesto de subtítulo 22 y la generación de flujos de caja para pagar deudas con los proveedores. Gracias a estas gestiones, se logró reactivar parcialmente la compra de insumos críticos, y se espera que en los próximos días se liquide el total de la deuda del año 2024.

Otro aspecto abordado fue el impacto de la pandemia en los estándares hospitalarios, como la mayor distancia entre camas y el uso obligatorio de insumos desechables, lo que elevó significativamente los costos operativos. Destacó que estos cambios se han convertido en estándares permanentes y que los hospitales deben adaptarse para cumplir con las nuevas normativas de calidad.

Reiteró la necesidad de garantizar un financiamiento adecuado y continuo para evitar nuevos quiebres financieros que afecten la atención de pacientes. Además, se hizo un llamado a las autoridades para que reconsideren el sistema de pago directo, asegurando que los recursos destinados a la salud lleguen de manera oportuna y eficiente a los hospitales.

Ahondando en los problemas presupuestarios y de gestión en el Hospital Carlos Van Buren, así como las medidas adoptadas para hacer frente a

esta situación, la señora Secul, mencionó en primer término la insuficiencia presupuestaria y gestión de recursos. Explicó que históricamente los hospitales reciben un presupuesto de apertura en enero, el cual se expande entre septiembre y noviembre para ajustar los gastos. Sin embargo, en 2024, esta expansión no se realizó, lo que dejó al hospital con un presupuesto insuficiente para cubrir sus necesidades. El presupuesto de apertura del subtítulo 22, destinado a bienes y servicios de consumo, fue de 44.000 millones de pesos, mientras que el requerimiento estimado superaba los 70.000 millones, además de arrastrar una deuda de 24.000 millones. Esta situación llevó a la implementación de un plan de compras austero para gestionar los recursos de manera eficiente.

También destacó la labor del Comité de Ausentismo, creado tras la pandemia para abordar el alto índice de ausentismo prolongado entre el personal. Se realizaron visitas domiciliarias y gestiones para apoyar a los funcionarios con problemas de salud, logrando reincorporar a varios de ellos. Sin embargo, el ausentismo sigue siendo un desafío debido a las complejidades del trabajo en salud, especialmente en servicios de alta exigencia como urgencias.

Otro tema relevante fue la problemática asociada con la banda de precios impuesta por Fonasa, que limita el pago máximo por hora a profesionales contratados por honorarios. Esto ha generado dificultades para atraer especialistas, especialmente anestesiólogos, ya que el hospital compite con otros establecimientos que ofrecen mejores condiciones. Resaltó que el hospital necesita más recursos para mantener la contratación de estos profesionales, ya que, al ser un centro de alta complejidad, su demanda de especialistas es significativa.

También mencionó la falta de espacio para almacenar fichas clínicas en papel debido a la falta de fichas electrónicas, lo que ha generado problemas de almacenamiento en el hospital. A pesar de reiteradas solicitudes para arrendar una bodega externa, no han obtenido la aprobación necesaria por parte de la Dirección de Presupuestos.

101. [Directora del Hospital Eduardo Pereira, Daniela Siegmund Sanhueza.](#)

La directora del Hospital Doctor Eduardo Pereira, Daniela Siegmund Sanhueza, coincidió con la doctora Secul en la importancia del trabajo en red para enfrentar la lista de espera quirúrgica. Señaló que el fortalecimiento de la infraestructura es esencial, ya que los pabellones de su hospital son antiguos y de dimensiones reducidas, lo que limita la realización de cirugías electivas. Actualmente, el hospital cuenta con seis pabellones construidos en 1940, cuatro de los cuales miden menos de 17 m², uno 26 m² y otro 35 m², cuando la norma establece 42 m², lo que representa un obstáculo significativo para reducir las listas de espera.

Ahondando en los problemas relacionados con los pabellones del hospital, expresó que al asumir su cargo, presentó la situación al director del servicio de salud, quien pudo constatar el mal estado de las instalaciones. Aunque los pabellones no cumplen con la norma técnica actual, se decidió mantenerlos abiertos para no afectar la atención de más de tres mil pacientes al año.

El hospital enfrenta dificultades para realizar cirugías complejas debido a la antigüedad y reducido tamaño de los pabellones, lo que limita la capacidad quirúrgica. Además, en 2023, dos de los seis pabellones estuvieron cerrados por problemas estructurales, afectando aún más la capacidad operativa.

Para enfrentar esta situación, la dirección del hospital exploró opciones como los pabellones modulares utilizados en el Hospital de Villarrica, los cuales cumplen con estándares modernos de calidad. Tras un año de investigación, se identificó a la empresa ContainerLand como única oferente de pabellones modulares de alta complejidad. La propuesta consiste en arrendar estos pabellones por 72 meses, con un costo de 100 millones de pesos mensuales, y al finalizar el contrato, pasarían a ser propiedad del hospital.

Esta alternativa permitiría resolver el problema de infraestructura en un plazo de nueve meses. Sin embargo, para llevar a cabo el proyecto, es necesario obtener la autorización de la Contraloría y asegurar el aumento del presupuesto proyectado, ya que el actual es insuficiente para cubrir el costo del arriendo. Además, la directora mencionó la necesidad de renovar el instrumental quirúrgico, cuya última actualización fue en 2018, para mantener la calidad de las intervenciones.

La implementación de estos pabellones modulares sería una solución eficiente y de rápida ejecución, mejorando significativamente la capacidad operativa del hospital y garantizando una mejor atención a los pacientes.

102. [Presidente Colmed Valparaíso, Luis Ignacio De la Torre Chamy.](#)

El Presidente del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile A.G., doctor Luis Ignacio De La Torre Chamy, abordó el grave problema de las listas de espera en los hospitales de la región. Expresó que esta problemática no surge de un gobierno en particular, sino que es una falencia del Estado en su conjunto, perpetuada a lo largo de al menos seis administraciones. La falta de atención oportuna y de calidad ha llevado a que los pacientes recurran a la justicia, obteniendo fallos favorables debido a la vulneración de derechos constitucionales en materia de salud.

Señaló que el problema no radica en el recurso humano, ya que el personal médico y paramédico cuenta con una alta capacitación y vocación. Sin embargo, la infraestructura hospitalaria es claramente insuficiente. Ejemplos significativos incluyen la demolición de los pabellones quirúrgicos del Hospital

Enrique Deformes, el cierre del Hospital Ferroviario para proyectos inmobiliarios y el cierre de pabellones en el Hospital Carlos van Buren por incumplimiento de normativas. En total, se han perdido quince pabellones quirúrgicos, mientras que el único proyecto de reposición apenas ha sumado dos.

Además de la falta de infraestructura, el señor De la Torre destacó una brecha presupuestaria crítica que se hizo evidente en septiembre pasado, cuando el Hospital Carlos van Buren enfrentó graves dificultades financieras. Aunque se reconocieron posibilidades de gestión por parte de las autoridades, la falta de financiamiento adecuado sigue siendo un obstáculo. Para reducir las listas de espera, algunos programas gubernamentales han optado por soluciones rápidas mediante el aumento temporal de recursos, lo que solo disminuye los números de manera transitoria.

En seguida, enfatizó la necesidad de adoptar soluciones estructurales en lugar de enfoques temporales. Una de sus propuestas es extender el horario de funcionamiento de los quirófanos hasta las 20:00 horas, aumentando el personal a través de un segundo turno. Esta medida no requiere infraestructura adicional, solo un ajuste en la dotación de recursos humanos. Además, planteó que el Ministerio de Salud debe establecer tiempos máximos de espera, siguiendo modelos internacionales que garantizan la atención oportuna.

Finalmente, llamó a una revisión del modelo de gobernanza en salud, cuestionando la doble función del Ministerio como ente regulador y ejecutor. Planteó la creación de una entidad independiente que supervise el cumplimiento de los derechos de los pacientes. Para asegurar una mejor gestión financiera, también propuso revisar el cálculo presupuestario para alinearlos con los gastos reales de los hospitales, evitando así situaciones de endeudamiento crónico.

103. [Presidenta Fedepus del Hospital Carlos Van Buren, Sandra Sanguinetti Fava.](#)

La Presidenta de la Federación Democrática de Profesionales Universitarios de Valparaíso, FEDEPRUS, del Hospital Carlos Van Buren, Sandra Sanguinetti Fava, expuso su preocupación por la profunda crisis que atraviesa el establecimiento. Según dijo, la situación responde a múltiples factores que interactúan entre sí, afectando gravemente la atención en salud.

Señaló que el hospital enfrenta una serie de carencias graves: falta de insumos médicos, escasez de medicamentos, déficit de especialistas y una infraestructura deficiente, con algunos espacios inutilizables. A esto se suma un presupuesto históricamente insuficiente y, hasta hace poco, parcializado. Además, el sistema informático sigue siendo anticuado, ya que el registro de pacientes aún se realiza con lápiz y papel, lo que repercute en las largas listas de espera.

Otro aspecto crítico mencionado fue el alto porcentaje de ausentismo del personal y el recorte de horas extraordinarias, lo que ha impactado

negativamente en los ingresos de los funcionarios. También denunció la rotación frecuente de los equipos directivos, lo cual afecta la continuidad de las políticas de gestión y dificulta la planificación a largo plazo.

Por otro lado, destacó que en el área de pabellón aún persiste la contratación de personal a honorarios para cubrir la brecha de recursos humanos, lo que evidencia la necesidad de una expansión presupuestaria en el subtítulo 21, que permita aumentar la dotación de personal de manera estable.

Hizo un llamado a reconocer la deuda histórica del hospital y avanzar en la inyección de recursos para garantizar una atención digna y de calidad. Enfatizó que sin un presupuesto adecuado no es posible ofrecer salud a la comunidad porteña, que se ha visto afectada por la falta de inversión en el sistema hospitalario local.

104. [Presidenta Afutens, Patricia Arellano Araya.](#)

La señora Patricia Arellano Araya, Presidenta de la Asociación de Funcionarios Técnicos en Enfermería de Nivel Superior, AFUTENS, y presidenta de la Federación Alianza de Salud Quinta Región, expresó su preocupación por la crisis que enfrenta el sistema de salud en la región, destacando la precariedad de la infraestructura y el déficit de recursos humanos, agravado por el aumento de la población atendida. Señaló que muchos trabajadores aún están contratados a honorarios para suplir la demanda de atención, mientras que las horas de trabajo han disminuido debido a restricciones presupuestarias.

Hizo un llamado al gobierno para que brinde apoyo al hospital, ya que la situación financiera actual es insuficiente para garantizar una atención adecuada. A pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades locales, la dirigente enfatizó la necesidad urgente de mayores recursos para enfrentar la crisis.

105. [Presidenta Fenats Base HCVB, Cecilia Alday Riveros.](#)

La señora Cecilia Alday, presidenta de la Fenats del Hospital Carlos van Buren, expuso la difícil situación que atraviesa el establecimiento. Denunció la falta de insumos médicos, problemas de infraestructura y carencia de recursos humanos suficientes, lo que repercute directamente en la calidad de la atención a los pacientes.

Destacó que la central de alimentación del hospital se encuentra en condiciones precarias debido a la caída del techo, lo que ha obligado a cocinar en espacios hacinados. Además, señaló problemas con los ascensores, que dificultan el traslado de residuos hospitalarios, y mencionó que muchos espacios destinados a los pacientes han sido ocupados como salas de descanso para los médicos.

Expresó que los trabajadores del hospital enfrentan una sobrecarga laboral, recibiendo agresiones verbales por la falta de insumos y atención, mientras que los médicos no experimentan el mismo nivel de presión. Asimismo, criticó la falta de comunicación y disposición de la dirección del hospital para escuchar a los gremios, lo que ha motivado a recurrir a parlamentarios en busca de apoyo.

Insistió en que no se puede ocultar la realidad crítica que enfrenta el hospital y llamó a las autoridades a escuchar a quienes están en contacto directo con los pacientes. Además, lamentó que el director del hospital afirmara que, si se tratara de una empresa privada, el establecimiento ya habría cerrado, lo que refleja la gravedad de la situación.

Concluyó haciendo un llamado urgente a las autoridades a intervenir y garantizar los recursos necesarios para brindar una atención digna y adecuada a los usuarios del Hospital Carlos van Buren.

106. [Presidenta Consejo de Desarrollo Social, Hospital Carlos Van Buren, Carmen Núñez Calderón.](#)

La señora Carmen Núñez, presidenta del consejo de usuarios del Hospital Carlos van Buren, expresó su preocupación por la falta de recursos económicos destinados al hospital. Reconoció que la directora del establecimiento hace lo posible con los recursos limitados que recibe, destacando su esfuerzo y organización, pero enfatizó que el problema radica en la falta de financiamiento adecuado para cubrir las necesidades de medicamentos y atención médica.

También manifestó su incomodidad ante algunas protestas realizadas fuera del hospital, considerando que existen formas más respetuosas y efectivas de expresar descontento. Afirmó que el enfoque debe estar en impulsar el hospital hacia adelante en lugar de perjudicar su imagen pública. Además, hizo un llamado a mantener el espíritu de lucha por el hospital y recordó su deseo de ver concretada la construcción de un nuevo recinto.

Por otro lado, señaló que en el pasado se contrató personal que no cumplía con los requisitos profesionales necesarios, situación que, según ella, afecta la calidad de la atención médica actual. Solicitó investigar estos casos para asegurar que el personal contratado cumpla con los estándares requeridos para el correcto funcionamiento del hospital.

Finalmente, reiteró su compromiso con el bienestar del hospital y su comunidad de usuarios. Subrayó la importancia de apoyar y fortalecer el establecimiento, en lugar de criticarlo o generar conflictos que puedan debilitar su funcionamiento. Su principal deseo es ver mejoras estructurales y administrativas que permitan brindar un servicio digno y eficiente a los pacientes.

107. [Presidenta de FENATS Histórica, Patricia Sepúlveda.](#)

La señora Patricia Sepúlveda, presidenta de la Fenats Histórica del Hospital Carlos van Buren, destacó en su intervención la profunda crisis que atraviesa el hospital, haciendo hincapié en la falta de gestión y la ausencia de fiscalización por parte de las autoridades. Señaló que el hospital enfrenta problemas graves, como la falta de pago de la sala cuna desde noviembre y una bodega bloqueada que contiene fichas importantes. Además, subrayó el déficit de atención médica para el personal, mencionando que el policlínico cuenta con un solo médico que atiende solo once horas.

Manifestó que los trabajadores del establecimiento son responsables y comprometidos con la salud pública, y rechazó las prácticas antisindicales que, según ella, se han llevado a cabo en la gestión actual.

Asimismo, reconoció el esfuerzo realizado por la doctora Dafne Secul para mejorar la situación del hospital, destacando su disposición para trabajar en conjunto y avanzar en soluciones. Sin embargo, insistió en que se debe continuar con las investigaciones sobre los sumarios pendientes y la pérdida de insumos, pues algunos casos están detenidos sin resolución.

Finalmente, hizo un llamado a trabajar unidos y sin exclusiones para enfrentar la crisis del hospital. Subrayó que los funcionarios están comprometidos con mejorar la atención a los usuarios y que es fundamental que las autoridades consideren su voz y participación en la toma de decisiones.

108. [Directora de Presupuestos, Javiera Martínez Fariña.](#)

La Directora de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, Javiera Martínez Fariña, realizó una presentación inicial enfocada en tres puntos fundamentales: el primero es la mirada general de la partida del Ministerio de Salud desde el punto de vista de las competencias de la Dirección de Presupuestos. Una segunda mirada corresponde a lo que se ha hecho para afrontar un desafío que, en lo que compete a la Dirección de Presupuestos, es de carácter fiscal. Y un tercer punto corresponde a un foco especial en las listas de espera.

Expresó que las listas de espera en los hospitales son un problema persistente que afecta a numerosos sistemas de salud alrededor del mundo, y Chile no es la excepción.

Acerca del contexto presupuestario del gasto en salud, dijo que el gasto público en salud ha sido una prioridad constante en Chile, ocupando aproximadamente el 6 por ciento del PIB y el 20 por ciento del presupuesto nacional.

Tras la pandemia de COVID-19, este gasto se ha incrementado debido al aumento en los costos de prestaciones, la inflación y el envejecimiento poblacional. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se espera que el gasto en salud alcance el 12 por ciento del PIB en 2040. Esta tendencia genera presiones fiscales significativas que desafían la sostenibilidad de las políticas públicas.

Acerca del impacto en las listas de espera, señaló que el incremento del gasto público en salud no siempre se traduce en una reducción efectiva de las listas de espera, uno de los principales problemas que enfrentan los hospitales chilenos. El aumento de costos en materiales de uso y consumo, especialmente en medicamentos e insumos hospitalarios, ha sido significativo, creciendo un 90 por ciento en la última década. Esta situación genera mayores costos operativos para los servicios de salud, limitando los recursos disponibles para abordar directamente la atención de los pacientes.

Expresó luego que se han implementado algunas medidas presupuestarias para reducir las listas de espera y mejorar la eficiencia del gasto en salud, tales como el fortalecimiento del sistema GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico), que permite una gestión más equitativa de recursos según la complejidad de los casos tratados. Asimismo, se ha priorizado la atención primaria como estrategia preventiva para reducir la carga sobre los hospitales. Desde 2022 hasta 2025, el presupuesto para la atención primaria ha aumentado en el 25 por ciento.

Además, se han destinado recursos específicos para reducir las listas de espera mediante el Fondo de Emergencia Transitorio, creado durante la pandemia, y el Plan de Productividad Quirúrgica del Ministerio de Salud, que ha incrementado el número de cirugías mayores ambulatorias.

Concluyó señalando que las listas de espera en los hospitales siguen siendo un desafío significativo para el sistema de salud chileno. A pesar de los esfuerzos realizados, la combinación de factores demográficos, económicos y operativos sigue influyendo en la extensión de los tiempos de espera. No obstante, el enfoque presupuestario centrado en la eficiencia y la prevención representa un avance hacia una mejor gestión de los recursos, aunque se requiere un esfuerzo continuo para lograr una reducción sostenida de las listas de espera.

En una segunda parte de su intervención, abordó temas relacionados con la gestión presupuestaria en los servicios de salud de Chile, particularmente en el contexto de la normalización pospandemia y los desafíos fiscales actuales. A lo largo de su intervención, planteó tres ideas fundamentales que estructuran su exposición: la planificación presupuestaria, la adaptación a la realidad pospandemia y la optimización de recursos en el sistema de salud.

Acerca de la planificación presupuestaria y suplementación, dijo que el primer elemento destacado se centra en la importancia de una correcta planificación presupuestaria por parte de los jefes de servicio. Enfatizó que el presupuesto aprobado debe ser el marco de referencia para la gestión anual, evitando la costumbre de solicitar suplementos presupuestarios hacia finales de año. Sin embargo, reconoció que la planificación no siempre es homogénea, ya que algunos servicios ejecutan rápidamente sus recursos, generando presiones adicionales.

Sobre los desafíos fiscales y la normalización de la situación fiscal derivada de la pandemia de COVID-19, subrayó que el Ministerio de Salud enfrenta una carga financiera significativa debido a los gastos extraordinarios realizados durante la emergencia sanitaria. El envejecimiento de la población también agrega presiones fiscales. Por lo tanto, el enfoque no radica en reducir el presupuesto de salud, sino en buscar estrategias para gastar eficientemente los recursos disponibles.

En lo referente a la plataforma de pago automatizado y transparencia financiera, mencionó los avances en la plataforma de pago automatizado, una herramienta diseñada para mejorar la gestión financiera y evitar pagos duplicados. Sin embargo, la implementación ha enfrentado obstáculos tecnológicos y normativos que han afectado especialmente a los servicios de salud. Destacó la necesidad de garantizar que los recursos públicos se utilicen de manera adecuada, asegurando transparencia y responsabilidad.

Luego de algunas consultas, la señora Martínez nuevamente se refirió al complejo escenario presupuestario en el ámbito de la salud pública en Chile, especialmente en relación con las listas de espera en los hospitales públicos. Durante la pandemia, los servicios de salud contaron con recursos extraordinarios que facilitaron la gestión presupuestaria, pero en la actualidad enfrentan mayores restricciones fiscales. Por eso, la directora subrayó la necesidad de equilibrar el uso eficiente de los recursos con el desafío de reducir los tiempos de espera.

Añadió que las listas de espera para intervenciones médicas, como las abdominoplastías, generan preocupación tanto en la ciudadanía como en el ámbito legislativo. La gestión de tiempos de espera es compleja, ya que siempre existirán listas de espera, pero lo relevante es definir cuáles son razonables y tolerables según el tipo de prestación médica. También destacó que, si bien el Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD) ha ayudado en la asignación de recursos para hospitales de alta complejidad, el desafío persiste en aquellos de menor complejidad que no cuentan con este sistema. Por lo tanto, el gobierno está trabajando en métodos alternativos para mejorar la asignación de recursos en dichos establecimientos.

Reconoció que para alcanzar tiempos de espera comparables con la mediana de los países de la OCDE se necesitarían entre 250 y 300 millones de dólares adicionales al año. No obstante, señaló que más recursos no siempre garantizan una reducción inmediata de los tiempos de espera, ya que también es fundamental mejorar la eficiencia en el uso del presupuesto disponible. Ejemplificó esta afirmación mencionando el gasto en suplencia y reemplazo, que podría optimizarse. Además, resaltó que el espacio fiscal para aumentar el presupuesto de salud podría generarse mediante mayores ingresos, rebajas de gasto en otras áreas o incrementos en la eficiencia de los servicios hospitalarios.

109. [Ministra de Salud, Ximena Aguilera Sanhueza.](#)

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza, señaló que, en los últimos años, el sistema de salud pública en Chile ha enfrentado un desafío significativo en cuanto a las listas de espera, especialmente en el contexto posterior a la pandemia de COVID-19. Por ello, presentó un diagnóstico exhaustivo sobre esta problemática, junto con una serie de estrategias destinadas a reducir los tiempos de espera y mejorar el acceso a la atención médica.

Las listas de espera en el sistema de salud chileno no son un fenómeno reciente, sino el resultado de años de acumulación de casos no resueltos, especialmente en áreas como consultas de especialidad y cirugías electivas. Desde antes de la pandemia, el sistema ya mostraba signos de saturación debido al crecimiento de la demanda y a la insuficiencia en la capacidad de respuesta. La pandemia exacerbó esta situación debido a la postergación de atenciones no urgentes y a la priorización de recursos hacia la emergencia sanitaria. Esta acumulación de casos dejó una huella significativa que sigue afectando la atención en la actualidad. Asimismo, el sistema de salud chileno ha enfrentado históricamente problemas de inequidad en el acceso, lo que ha impactado de manera diferenciada a regiones más vulnerables.

El diagnóstico realizado por el Ministerio de Salud revela un aumento significativo en los tiempos de espera debido a la acumulación de casos y la falta de recursos humanos y materiales en hospitales públicos. Durante la pandemia, muchos procedimientos electivos fueron suspendidos, lo que generó un atraso significativo en la lista de espera de especialidades médicas y cirugías. Adicionalmente, el personal de salud experimentó desgaste profesional, lo que impactó en la capacidad de respuesta. Se identificaron las principales brechas que dificultan la resolución de estos casos, tales como la infraestructura hospitalaria insuficiente, la sobrecarga del personal médico y la carencia de protocolos de atención coordinada entre los distintos niveles del sistema de salud. El diagnóstico también considera el impacto psicológico en pacientes que han esperado largos períodos para recibir atención especializada.

Entre las causas estructurales de las listas de espera destacan: la falta de especialistas en áreas críticas, la infraestructura hospitalaria inadecuada, la falta de articulación efectiva entre la atención primaria y los hospitales, así como problemas en la gestión y distribución de recursos. Además, la brecha tecnológica y la falta de digitalización de procesos dificultan la coordinación y seguimiento de casos. La ministra hizo énfasis en la necesidad de abordar estos problemas desde una perspectiva integral, considerando tanto la modernización del sistema como la formación de nuevos especialistas para cubrir las demandas actuales y futuras. Asimismo, se identificó la necesidad de políticas de retención de personal médico en zonas rurales y de difícil acceso.

Manifestó que el Gobierno ha implementado diversas estrategias para abordar el problema, entre ellas: la ampliación de jornadas médicas para maximizar la capacidad de atención, el fortalecimiento de la atención primaria mediante la incorporación de más profesionales de salud y la integración de tecnologías digitales para agilizar la gestión de casos. Además, se han firmado convenios con clínicas privadas para realizar cirugías electivas, reduciendo así el número de pacientes en espera. El uso de plataformas en línea también ha permitido el monitoreo continuo de los casos en espera, mejorando la transparencia y eficiencia del sistema. Además, se han impulsado campañas de concienciación sobre el uso adecuado de los recursos de salud pública para evitar saturación innecesaria.

Las listas de espera prolongadas generan repercusiones sociales significativas, como el aumento de la desigualdad en el acceso a la salud y el deterioro de la calidad de vida de los pacientes que deben postergar tratamientos esenciales. En términos económicos, esta problemática impacta directamente en la productividad laboral, ya que muchas personas se ven imposibilitadas de trabajar debido a condiciones de salud no tratadas. Además, el costo asociado a la prolongación de enfermedades crónicas puede aumentar, ya que el tratamiento tardío suele ser más complejo y costoso.

La colaboración público-privada en el abordaje de esta problemática resulta fundamental para optimizar recursos y agilizar la atención. Las alianzas estratégicas con el sector privado permiten descongestionar hospitales públicos mediante convenios específicos para procedimientos médicos. Asimismo, el financiamiento compartido facilita la implementación de tecnología avanzada y la modernización de la infraestructura hospitalaria.

En cuanto a resultados y proyecciones, destacó que, hasta el momento, las estrategias han logrado reducir un porcentaje significativo de las listas de espera en algunas especialidades críticas, aunque persisten desafíos en áreas de alta complejidad. Los informes de gestión indican que las intervenciones han tenido mayor impacto en regiones con mayor disponibilidad de recursos. Con la continuidad de estas medidas y el fortalecimiento de la atención primaria, el acceso

a la atención médica debiera mejorar progresivamente, reduciendo las brechas en salud pública. Se espera que, en el largo plazo, la consolidación de estas estrategias permita una mejor coordinación intersectorial y una reducción sostenida de los tiempos de espera. Además, se prevé la implementación de nuevas políticas para abordar la carga de enfermedades crónicas que también impactan en la demanda de atención especializada.

El enfoque integral planteado por el Ministerio de Salud ofrece un camino prometedor para la reducción de las listas de espera. No obstante, el éxito de estas iniciativas dependerá de la capacidad de implementar cambios estructurales en el largo plazo, del fortalecimiento continuo de la coordinación intersectorial y de la adaptación constante a los nuevos desafíos que surgen en el contexto de la salud pública en Chile. También será crucial mantener un monitoreo constante de los resultados para realizar ajustes oportunos en las estrategias propuestas.

Al final de la sesión, luego de las consultas de los diputados, la ministra de Salud respondió destacando las dificultades para implementar cambios rápidos en el sistema de salud debido a su gran tamaño e inercia estructural. Señaló que, aunque se están tomando medidas para enfrentar las listas de espera, el proceso es complejo y requiere recursos adicionales, gestión eficiente y un enfoque gradual y responsable.

Explicó que el principal desafío radica en equilibrar el aumento de atenciones médicas con el control del gasto fiscal. Se han destinado recursos adicionales a la Atención Primaria de Salud (APS), que ha recibido un aumento del 25 por ciento en financiamiento, especialmente para mejorar la resolutiveidad y la gestión de listas de espera. Además, mencionó que el incremento de personas en listas de espera refleja la reactivación de la derivación de pacientes tras la pandemia, cuando el sistema estuvo detenido.

Sobre la gobernabilidad, afirmó que el sistema debe centrarse en la rendición de cuentas más que en el control absoluto de cada establecimiento. La responsabilidad debe recaer en los directivos de salud pública, mientras que la supervisión corresponde a la Subsecretaría de Redes Asistenciales. También se refirió a la flexibilidad presupuestaria para apoyar hospitales específicos, como el de Iquique, cuando existen acuerdos con gobiernos regionales.

Finalmente, la ministra enfatizó que las soluciones requieren tiempo, recursos y coordinación intersectorial, así como adaptaciones culturales y estructurales dentro del sistema de salud.

IV. CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES.

En las sesiones 28ª y 29ª, celebradas los días lunes 12 y 19 de mayo de 2025, la Comisión recibió las propuestas de conclusiones y proposiciones que presentaron los siguientes diputados, que se pueden leer en los vínculos respectivos:

- [Hernán Palma](#), referidas a listas de espera y salud visual.
- [Jorge Saffirio](#), con un apartado de conclusiones sobre responsabilidades y falencias (rol de los ex Subsecretarios de redes Asistenciales; situación de la región de La Araucanía y falta de especialistas médicos y la problemática para su capacitación y mantención en el sistema público de salud), y otro apartado con propuestas referidas a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a los Servicios de Salud y recintos hospitalarios de la Región de la Araucanía y mejoras en la capacitación de médicos especialistas.
- [Henry Leal](#), con acápites sobre crisis por listas de espera, región de La Araucanía, irregularidades detectadas por la Contraloría y responsabilidades políticas.
- [Daniel Lilayú](#), que contiene diagnósticos y propuestas en los temas de información y coordinación de la red asistencial, gestión tecnológica del proceso quirúrgico, sistema de priorización oncológica y alerta sanitaria nacional y situación del hospital de Osorno.
- [Agustín Romero](#), que tiene un apartado con conclusiones que versan sobre los siguientes tópicos: irregularidades detectadas por Contraloría, funcionamiento de los servicios de salud y Servicio de Salud Metropolitana Centro, y otro apartado de proposiciones, donde se encuentran las siguientes: 1. Solicitud al Presidente de la República para que reconozca a las listas de espera como una emergencia nacional y actúe en consecuencia una creando una línea especial en la próxima ley de presupuesto. 2. Solicitud al Presidente de la República para promover iniciativas legislativas que faciliten la gestión pública de los servicios de salud. 3. Solicitud al Ministerio de Salud para modificar el Programa de Formación de Especialistas y Subespecialistas para exigir a los beneficiarios el programa a ejercer en el Sistema de salud pública. 4. Solicitudes al Ministerio de Salud para mejorar la entrega de información.

En la sesión 29ª, celebrada el lunes 19 de mayo de 2025, el [diputado Tomás Lagomarsino presentó una propuesta](#) que contiene una sistematización y ampliación de los contenidos formulados en las propuestas individuales de los integrantes de la Comisión. Adicionalmente, en esta última sesión ingresaron nuevas propuestas los siguientes diputados:

- [Hernán Palma](#), con conclusiones acerca de la situación del hospital Sótero del Río.
- [Jaime Araya](#), que contiene conclusiones sobre las listas de espera en el hospital regional de Antofagasta en las siguientes materias: sobrecarga de demanda en el sistema público, deficiencias en recursos humanos, infraestructura hospitalaria y equipamiento, modelo concesionado y fiscalización contractual, sistemas de

información fragmentados y observaciones y sumarios administrativos. Adicionalmente, contiene propuestas de índole legislativa (ley de incentivos para profesionales de salud en zonas extremas, ley de gestión unificada de listas de espera y fichas clínicas, ley para el fortalecimiento contractual de concesiones hospitalarias) y concluye con la solicitud de renuncia de la Ministra de Salud.

- [Jaime Sáez](#), con propuestas estructurales para abordar las listas de espera en el sistema de salud chileno.

- Jorge Saffirio y Henry Leal, que contiene conclusiones sobre [responsabilidad de los ex Subsecretarios de Salud Pública](#) y sobre [responsabilidades del Director del Servicio de Salud Araucanía Sur](#).

- [Emilia Nuyado](#), con propuestas que contienen medidas generales (transparencia y orden de atención, disminución de listas de espera) y medidas específicas en materia de zonas rurales y de mujeres y niños como pacientes oncológicos en listas de espera.

V. DEBATE Y VOTACIÓN.

Discusión.

El diputado **Hernán Palma** planteó su preocupación por la falta de apoyo del Estado a personas adultas que están finalizando sus estudios secundarios, especialmente aquellas con problemas de visión o audición. Señaló que más de 400.000 adultos en Chile están en esta situación, muchos de los cuales tienen escasos recursos y deben recurrir a soluciones precarias, como lentes comprados en ferias o audífonos costosos.

Relató que, tras consultar a Junaeb, esta institución confirmó que sus programas de apoyo en salud visual y auditiva están dirigidos solo a personas de hasta 24 años, centrando sus recursos en la población infantojuvenil. Frente a esto, los adultos deben acudir al sistema público de salud, lo que, según el diputado, podría aumentar significativamente las ya saturadas listas de espera en especialidades como oftalmología y otorrinolaringología.

Finalmente, destacó que las dificultades sensoriales afectan directamente el proceso de aprendizaje de estas personas y llamó la atención sobre la necesidad de considerar este grupo en las políticas públicas de salud y educación.

El diputado **Daniel Lilayu** valoró el planteamiento del diputado Hernán Palma respecto a las personas con problemas de audición y visión. Enfatizó que estas condiciones no solo dificultan el aprendizaje, como se mencionó, sino que también están asociadas al aumento de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, debido al aislamiento sensorial que pueden provocar.

Recalcó que mejorar la salud sensorial es clave para mantener la función cognitiva y que este tema debe considerarse dentro del abordaje de las

listas de espera. Finalizó señalando que solo recientemente se ha comenzado a comprender la verdadera importancia de estos factores.

El diputado **Jaime Araya** agradeció la visita de la comisión al Hospital de Antofagasta, destacándola como un aporte significativo en la larga lucha por mejorar su funcionamiento, impulsada por pacientes, gremios de la salud, funcionarios, autoridades y parlamentarios. Mencionó que recientemente el director nacional de Concesiones informó sobre multas aplicadas por cerca de 55.000 UTM debido a deficiencias en el hospital, lo que confirma los problemas denunciados. Si bien no considera que la visita haya sido determinante, sí valora su contribución y espera que la presencia de la comisión en otros hospitales también ayude a mejorar la salud pública en general.

El diputado **Agustín Romero** calificó la situación de la salud en Chile como una crisis dramática, especialmente por las listas de espera. Reconoció que el actual gobierno tuvo su oportunidad de abordarlas, pero enfatizó que el informe de la comisión debe trascender el momento político y servir como hoja de ruta para el próximo gobierno, sin importar quién lo encabece. Valoró el trabajo realizado por la comisión, destacando su enfoque profesional y en terreno, y expresó su deseo de que el informe final sea aprobado por unanimidad.

Propuso que el documento incluya propuestas concretas en gestión, fiscalización, concesiones y funcionamiento de los servicios de salud, con el objetivo de evitar que se repita una comisión investigadora similar en el futuro, lo cual sería, según sus palabras, una burla para la ciudadanía.

El diputado **Jaime Sáez** valoró positivamente el trabajo de la comisión, a pesar de haber sido inicialmente escéptico. Reconoció que las primeras sesiones no fueron del todo racionales, pero destacó que con el tiempo, especialmente con las visitas a hospitales en regiones como Osorno, se logró una mejor comprensión del complejo problema de las listas de espera, incluso para quienes no provienen del área de la salud.

Propuso cinco ejes principales para abordar la crisis:

1. Fortalecer la red pública con unidades resolutorias en atención primaria.
2. Aumentar la dotación y productividad del personal especializado.
3. Mejorar la transparencia y control social sobre la gestión de las listas de espera.
4. Realizar una compra estratégica de servicios a prestadores privados.
5. Impulsar una ley marco que garantice tiempos máximos de espera razonables.

La diputada **Emilia Nuyado** valoró el trabajo de la comisión, especialmente las visitas a hospitales en regiones como Osorno y Antofagasta. Destacó que estas visitas permitieron evidenciar las diferencias entre hospitales concesionados y aquellos gestionados directamente por el Ministerio de Salud. Señaló que las concesiones no han demostrado ser una solución efectiva, ya que no han mejorado la rapidez ni la calidad de la atención, y han generado condiciones

laborales difíciles para los funcionarios, así como falta de participación de los usuarios.

Propuso que estas observaciones queden reflejadas en el informe final y que las recomendaciones sean transversales, útiles para cualquier futuro gobierno. Coincidió en que se debe evitar que el trabajo de la comisión quede archivado y que sirva como una herramienta para avanzar en la reducción de las listas de espera y en la mejora del sistema de salud pública.

El diputado **Enrique Lee** felicitó al presidente de la comisión por su gestión y valoró positivamente la labor realizada, destacando especialmente las salidas a terreno como un elemento que dio real valor a esta comisión investigadora. Subrayó que un aspecto clave para abordar efectivamente el problema de las listas de espera es contar con información transparente y veraz.

Criticó duramente que, según su experiencia, varios servicios de salud han ocultado, manipulado o tergiversado datos, impidiendo así un diagnóstico adecuado de la situación. Puso como ejemplo a la Región de Arica y Parinacota, que aparece erróneamente como una de las mejores evaluadas, debido —según afirmó— al falseamiento de información por parte de sus autoridades. Mientras no se corrija esta falta de transparencia, no será posible resolver el problema de fondo en el sistema de salud.

--00--

Una vez recibida durante la sesión 29ª la propuesta presentada por el Presidente de la Comisión, señor Lagomarsino, los integrantes de la comisión formularon diversas apreciaciones.

El diputado señor **Hernán Palma** solicitó incorporar de manera más exhaustiva lo referente a salud visual que él presentó.

El diputado **Agustín Romero** precisó que su propuesta referida a la interacción público-privada ha sido planteada con el foco puesto en la mejor gestión, pues toda transferencia público-privada debe medirse en resultados objetivos.

El diputado **Jaime Sáez** manifestó estar de acuerdo con esa propuesta del señor Romero.

Observó en el punto IV el uso inadecuado de la palabra “governabilidad”, la que debiera reemplazarse por “governanza” (propuesta final letra D). Porque la gobernabilidad se refiere a la capacidad del gobierno para diseñar e implementar políticas efectivas y en Chile existen distintos tipos de políticas implementadas del estado hace muchos años. En cambio la gobernanza tiene que ver con cuestiones de carácter más específico estructural y de funcionamiento y de participación de actores.

Añadió discrepar del juicio contenido en el inicio de las conclusiones, que señala que “El Estado de Chile, y particularmente el Ministerio de Salud y la Dirección de Presupuestos, desde hace muchos años perdieron el sentido

de urgencia respecto de las Listas de Espera GES y No GES”. Esa aseveración a lo menos debiera matizarse.

El diputado **Daniel Lilayú** reconoció el excelente trabajo del Presidente de la Comisión. Pero a la vez dijo echar de menos en su propuesta la asignación de responsabilidad a la autoridad, pues no aprecia que aparezca descrita, en circunstancias que ha quedado acreditado que hay responsabilidad en los niveles ministerial, de subsecretarías, delegaciones presidenciales, etc. En este informe tiene que quedar claro no solamente la descripción de un problema, sino también la responsabilidad frente al desastre sanitario.

El diputado **Tomás Lagomarsino** (Presidente) recordó que en la penúltima sesión la Comisión acordó que el tono de las conclusiones fuera más bien propositivo y constructivo. Sobre esa base ha elaborado la propuesta en debate.

El diputado **Jaime Araya** dijo que hay responsabilidades políticas claras. De hecho, el Director Nacional de Concesiones del Ministerio de Obras Públicas renunció a su cargo a propósito de las fallas del hospital de Antofagasta. Y desde octubre la Ministra de Salud no ha resuelto los 14 puntos de modificación del contrato. Por eso, pidió su propuesta, que no está contenida en la que ha presentado el Presidente de la Comisión, que pide la renuncia de la Ministra de Salud, sea sometida a votación, porque ha actuado negligentemente en esa materia.

El diputado **Agustín Romero** opinó que las conclusiones y proposiciones tienen que quedar redactadas de tal manera que sean útiles al próximo gobierno, porque el actual ya terminó y no podrá corregir nada, salvo incorporar algunos puntos en la próxima ley de Presupuestos. Dijo concordar con que la Ministra de Salud debe renunciar, pero eso no tendrá ningún efecto práctico.

Respecto de la propuesta del diputado Jaime Araya, opinó que se trata de una forma de dejar sin ejecución las leyes, lo cual constituye una causal de acusación constitucional.

El diputado **Tomás Lagomarsino** observó que ninguna modificación contractual por una parte contraria a la que solicita dicha modificación contractual lo hace a título gratuito. El gran obstáculo de la modificación del contrato del hospital regional de Antofagasta es el costo que cuesta dicha modificación contractual.

El diputado **Henry Leal** pidió hacer algunas precisiones en las conclusiones, puesto que en la propuesta global del diputado Lagomarsino se ha recogido solamente un tercio de lo que él aportó.

Es muy importante que quede establecido que en el hospital regional de Temuco las quimioterapias a los pacientes se están haciendo cada 50 o 60 días, en circunstancias que la quimioterapia se hace cada 21 días. Y esa negligencia está provocando muerte de personas.

El diputado **Jorge Saffirio** expresó que en una parte de las propuestas que remitió se habla de las responsabilidades de los directores de servicios, de los directores de hospitales. Y hasta ahora, la propuesta en discusión

contiene sólo un diagnóstico, pues no menciona a los responsables de los hechos tan graves que han ocurrido.

La diputada **Emilia Nuyado** estimó positivo que el planteamiento del diputado Araya quede en las conclusiones y proposiciones, en relación con los hospitales concesionados. El problema se presenta no sólo con el hospital de Antofagasta, sino también con el hospital El Carmen. Y hay hospitales cuya construcción aún no se inicia, como en la región del Bío Bío, donde hay cuatro hospitales que se concesionaron hace más de tres años, en la Administración pasada, y han avanzado solamente un tres o un cuatro por ciento. La empresa que se los adjudicó es Sacyr, la misma del hospital de Antofagasta. Es una empresa española con capital extranjero. Lo sucedido demuestra que la modalidad de concesión no es la más adecuada que se haya podido aplicar. Y es de preverse que las complicaciones seguirán sucediendo.

Por lo tanto, la responsabilidad la tienen los dos ministerios: el de Obras Públicas, a través del encargado de las concesiones, y el de Salud, como mandante. Sin embargo, pedir la renuncia de la Ministra de Salud no es la solución, porque los problemas van a continuar.

El diputado **Enrique Lee** consideró inconveniente que el informe proponga alguna sugerencia de acusación o de sanción a una determinada autoridad. Del mismo modo, estimó absolutamente inapropiado señalar, por ejemplo, de que el mecanismo de concesión es inadecuado. Es posible que los contratos no hayan sido los adecuados, porque en algunos países el sistema de concesiones ha funcionado perfectamente bien.

El diputado **Daniel Lilayú** insistió en la necesidad de determinar responsabilidades. Si no es la Ministra, tendrá que ser el Subsecretario de Redes Asistenciales, los directores de servicios u otras autoridades políticas que son las encargadas de tener una salud pública adecuada.

El diputado **Enrique Lee** refirió que en la visita a los hospitales de Antofagasta y de Arica la Comisión pudo constatar que el hospital de Antofagasta funciona como un centro de referencia de muchas patologías de Arica, y que los pacientes de Arica se ven perjudicados porque no hay vuelos interregionales entre esas dos ciudades. Ha habido esfuerzos individuales y grupales para que se restablezcan esos vuelos interregionales, y pidió que este punto se considere dentro de las conclusiones.

Votación.

La propuesta que la Comisión resolvió tomar como base para la discusión y votación fue la que presentó el diputado señor [Tomás Lagomarsino](#).

- Sometida a votación la propuesta del señor Lagomarsino, fue aprobada por la unanimidad de los diputados presentes (10/0/0). Votaron a favor la señora Emilia Nuyado y los señores Jaime Araya, Henry Leal, Enrique Lee, Daniel Lilayú, Hernán Palma, Agustín Romero, Jaime Sáez, Jorge Saffirio y Tomás Lagomarsino.

- Con la misma votación, la Comisión acordó introducir en dicha propuesta las siguientes enmiendas:

1. Agregar, a propuesta del diputado Jaime Sáez, la expresión “desde hace muchos años perdieron” en el párrafo 2 de la conclusión principal contenida en el capítulo A (página 158).

2. Agregar en el capítulo F sobre “Atención Primaria de Salud”, página 173, la siguiente propuesta del diputado Hernán Palma sobre salud visual:

“En salud visual, se solicita un trabajo coordinado entre la Sociedad Chilena de Oftalmología, Ópticas de Chile y otros gremios a fin de abordar en conjunto con la autoridad la abultada lista de espera de consulta en esta especialidad. Adicionalmente se solicita al Ministerio revisar, entre otras, las normas del Decreto N°4 de 1985 (Reglamento de Establecimientos de Óptica), el Instructivo Salas de Procedimiento de Vicios de Refracción y la Circular sobre Salas de Venta A15-46 de 2015 a fin de que los profesionales de salud visual puedan desempeñar su actividad profesional con la mayor eficiencia y productividad.”

3. Agregar, a sugerencia del diputado Jaime Sáez, en el capítulo H, Situación Financiera de los Hospitales, en la página 176 el motivo de la suspensión del pago automatizado, en los siguientes términos: “La Directora de Presupuestos planteó que la razón por la cual se suspendió el pago automatizado corresponde a la existencia de pagos duplicados y algunos de ellos no reintegrados por la Contraloría General de la República y, para reincorporarse el pago automatizado, indica que debe firmarse un convenio con la DIPRES.”.

4. Agregar en la parte referente al hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de La Araucanía (capítulo J, número 6) la propuesta del diputado Henry Leal sobre crisis oncológica, en la página 184, haciendo referencia a que el sistema está colapsado, ya que, en la actualidad, una paciente puede esperar hasta 50 días entre un ciclo de quimioterapia y otro, cuando la práctica clínica internacional recomienda intervalos de 21 días.”

5. Incorporar, a propuesta del diputado Enrique Lee, el problema de los vuelos interregionales (entre regiones de Arica y Parinacota y Antofagasta) en el apartado referido al hospital de Arica (capítulo J, número 1, página 178), con el siguiente texto:

“Se pudo constatar que la falta de vuelos interregionales entre las ciudades de Arica y Antofagasta repercute negativamente en la salud de los pacientes, agravando su condición. Algunos deben trasladarse más de 800km por tierra en un viaje largo y con controles intermedios, mientras que otros deben hacer transbordos aéreos en Santiago debiendo recorrer más de 3 mil kilómetros con esperas en aeropuerto.

Se ha constatado esfuerzos parlamentarios para reanudar estos vuelos interregionales pero no nos consta que el mismo esfuerzo haya sido hecho por el ejecutivo.”.

- Asimismo, la Comisión acordó modificar la propuesta del diputado Tomás Lagomarsino en los siguientes puntos, lo que fue aprobado por mayoría de los diputados presentes:

1. Incorporar en el capítulo C, página 162, la propuesta de los diputados Jorge Saffirio y Henry Leal sobre responsabilidades de los ex Subsecretarios de Salud Pública (6/3/1). Votaron a favor los diputados Jaime Araya, Henry Leal, Enrique Lee, Daniel Lilayú, Agustín Romero y Jorge Saffirio. Votaron en contra la diputada Emilia Nuyado y los diputados Hernán Palma y Jaime Sáez. Se abstuvo el diputado Tomás Lagomarsino.

2. Incorporar, en el apartado referido al Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (capítulo J, número 6, página 182), la propuesta de los diputados Jorge Saffirio y Henry Leal sobre responsabilidades del Director del Servicio de Salud Araucanía Sur (7/0/3). Votaron a favor los señores Jaime Araya, Henry Leal, Enrique Lee, Daniel Lilayú, Hernán Palma, Agustín Romero y Jorge Saffirio. Se abstuvieron la diputada Emilia Nuyado y los señores Tomás Lagomarsino y Jaime Sáez.

Por último, la Comisión rechazó por mayoría de votos (4/6/0) la propuesta del diputado Jaime Araya consistente en añadir al final del punto 2 del capítulo X, sobre visita al Hospital Regional de Antofagasta, el siguiente texto: “La profunda crisis que se vive en el hospital Regional de Antofagasta, se debe en gran parte a los problemas de mantenimiento y operación que han originado las graves y reiteradas fallas de funcionamiento que ha causado la concesionaria SACYR, cuyo camino de solución está obstruido por la negligencia manifiesta de la señora Ministra de Salud, quien mantiene por más de 8 meses sin respuesta las proposiciones que ha formulado la Dirección de Concesiones, dependiente del Ministerio de Obras Públicas, y cuyo nivel de criticidad ha sido completamente desatendido por la máxima autoridad ministerial, cuestión que resulta inexplicable e injustificado, toda vez que las fallas son reiteradas por parte de la concesionaria SACYR, de tal manera que es ineludible solicitar a la señora Ministra que renuncie a sus altas responsabilidades y libere al señor Presidente de la Republica de mantenerla en su cargo. Se suma a lo anterior la persistente negativa de la señora Ministra de acudir al hospital de Antofagasta, para conocer en terreno la crítica realidad que se vive en el principal recinto de salud de la macrozona norte del país.”. Votaron a favor los diputados Jaime Araya, Henry Leal, Daniel Lilayú y Agustín Romero. Votaron en contra la diputada Emilia Nuyado y los señores Enrique Lee, Hernán Palma, Jaime Sáez, Jorge Saffirio y Tomás Lagomarsino.

El diputado **Enrique Lee** fundamentó su voto negativo señalando que considera que los hallazgos encontrados en el Hospital de Antofagasta justifican que se solicite la renuncia de la directora del Servicio de Salud Arica. Sin embargo, incorporar esa solicitud en el informe le parece inadecuado.

VI. TEXTO FINAL DE LAS CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES APROBADAS.

En virtud de los acuerdos registrados en el acápite precedente, la Comisión ha adoptado el siguiente texto de conclusiones y proposiciones de la investigación, que somete a consideración del Pleno:

A. CONCLUSIÓN PRINCIPAL

La situación de las Listas de Espera representa una de las manifestaciones más graves de desigualdad y problemas estructurales del sistema de salud público chileno, afectando a quienes aguardan por una atención médica digna y oportuna, lo que repercute en la calidad de vida de la población, especialmente de los sectores más vulnerables, lo que, a su vez, erosiona el tejido social y la confianza en el Estado.

El Estado de Chile, y particularmente el Ministerio de Salud y la Dirección de Presupuestos, desde hace muchos años perdieron el sentido de urgencia respecto de las Listas de Espera GES y No GES. Esta emergencia nacional no es reconocida como una crisis, que debe tratarse como tal, y que deben ponerse todos los esfuerzos y recursos para resolverla. Fue necesaria la publicación de una serie de informes de Contraloría, una Interpelación y la constitución de una Comisión Especial Investigadora, estas dos últimas de la Cámara de Diputadas y Diputados, para que se empezaran movilizar esfuerzos del Estado para enfrentar esta crisis.

Es imperativo el reconocimiento de las Listas de Espera como una emergencia de carácter nacional y que requiere que todos los sectores lleguen a acuerdos contundentes y de largo plazo, que trascienda a los ciclos políticos, para su correcto enfrentamiento y resolución; sobre todo en miras de disminuirlas a niveles previos a la Pandemia del Covid-19.

B. RESPONSABILIDAD LEGAL DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES RESPECTO A LISTAS DE ESPERA

El decreto con fuerza de ley N° 1, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469, establece en el artículo 4°, numeral 10, que es función del Ministerio de Salud “*velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles*”; mientras que el artículo 8° establece que:

“El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles.

Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios

de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema.”

Los Servicios de Salud son creados en el artículo 16 que *“coordinadamente tendrán a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas”* y, agrega, que *“dependerán del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento, y a cuyas políticas, normas y planes generales deberán sujetarse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determine el presente Libro”*.

Tanto la función del Ministerio de Salud, establecida en el numeral 10 del artículo 4°, como las responsabilidades de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, establecida en el artículo 8°, y de los Servicios de Salud, establecida en el artículo 16, están claramente incumplidas, tanto por los hallazgos recabados por la Contraloría General de la República como por los Informes de Listas de Espera GES y No GES que se entregan a la Cámara de Diputados en función de la Glosa N° 06 de la Ley de Presupuestos Año 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024. Es importante relevar que el Ministerio de Salud ha incumplido las obligaciones emanadas de la Glosa 06, de la Partida 16, de la ley N°21.722, de Presupuestos del Sector Público correspondiente al año 2025, dado que no ha remitido el Informe de Listas de Espera GES y No GES correspondiente al mes de marzo de 2025, a la Comisión de Salud de la Cámara ni lo ha publicado en su sitio web¹.

C. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LISTAS DE ESPERA

Las Listas de Espera siempre van a existir dado que son una herramienta de gestión sanitaria que ordenan la demanda según prioridad clínica y antigüedad; además son esperables en un modelo con puerta de entrada abierta (Atención Primaria de Salud). Sin embargo, el volumen que ha alcanzado y las tremendas deficiencias que tiene el Sistema de Información –indicado por el Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS)– que acompaña al paciente en las Listas de Espera es lo que aborda esta Comisión Especial Investigadora. De estas enormes falencias dio cuenta los 24 informes de Contraloría General de la República. Respecto de estos últimos, se destacan los siguientes hallazgos comunes a los distintos establecimientos que fueron objeto de las auditorías:

1. PROBLEMAS DE EGRESO POR FALLECIMIENTO:

- a. Se registraron egresos de la Lista de Espera No GES por fallecimiento antes de la defunción del paciente.
- b. Se registraron egresos de la Lista de Espera No GES por fallecimiento de pacientes que no habían fallecido.
- c. Se registraron plazos muy prolongados entre la fecha de deceso y la fecha en que fueron egresado de la Lista de Espera No GES por fallecimiento.

¹ <https://www.minsal.cl/publicaciones-institucionales-segun-ley-de-presupuesto/>

- d. Se detectaron atenciones de consulta de especialidad e intervenciones quirúrgicas que fueron anotadas como realizadas en fechas posteriores al deceso del paciente.

2. PROBLEMAS DE REGISTRO

- a. Se verificaron pacientes con patologías GES que estaban incluidos en la Lista de Espera No GES.
- b. Se verificaron casos en listas de espera que figuraban en los registros del sistema local del establecimiento de salud y que no estaban registradas en el SIGTE.
- c. Se verificaron casos en listas de espera que estaban registrados en el SIGTE y que no figuraban en los registros del sistema local del establecimiento de salud.
- d. Existieron egresos de listas de espera registrados en el sistema local pero no en SIGTE.
- e. Se verificaron casos con registros duplicados en el SIGTE.
- f. Se encontraron incongruencias en las causales de egreso de los pacientes en la lista de espera No GES, quienes por error fueron egresados de la lista de espera en circunstancias que no correspondía que fueran egresados.
- g. Se verificó error en la causal de salida en que se registraba por causal N° 7 (Recuperación Espontánea) en circunstancias que la documentación tenida a la vista da cuenta que la persona recibió la atención médica.
- h. Se verificó casos de egreso de lista de espera por causal N° 8 (Inasistencia) sin que conste inasistencia a 2 citaciones.
- i. Se detectó que interconsultas fueron egresadas del sistema local por “Inasistencia del paciente”, sin cumplir los requisitos de la Norma Técnica N° 118.
- j. Se detectó que en el sistema local del establecimiento existen casos egresados por “Atención realizada” no contando con evidencia que respalde que la atención efectivamente fue realizada.
- k. Se verificaron pacientes egresados por causal N° 11 (Contacto no corresponde) que no fueron contactados por el hospital ni se les envió carta certificada.
- l. Se verificó la existencia de una lista paralela de pacientes que se encuentran a la espera de intervención quirúrgica, la cual no fue ingresadas a la plataforma ministerial.
- m. Los registros de la base de datos local de listas de espera son traspasados en forma manual al SIGTE, pues carecen de integración e interoperabilidad.

3. PROBLEMAS DE GESTIÓN

- a. Se verificó la suspensión de cirugías atribuibles a faltas u omisiones de responsabilidad de los recintos asistenciales.

- b. Se detectaron egresos masivos de sistemas locales de establecimientos de salud sin que se verificara alguna causal.
- c. Se verificó que profesionales que realizaron intervenciones quirúrgicas no se encontraban inscritos en el Registro Nacional de Prestadores de Salud.
- d. Se constató que profesionales de la salud no se encontraban inscritos en el Registro Nacional de Prestadores de Salud y no poseían autorización por parte de la Secretaría Regional Ministerial de Salud para desempeñar funciones ni tampoco estaban registrados en SIAPER.
- e. Se comprobó cirugías practicadas a pacientes vinculados por parentesco con personas funcionarias y que tuvieron un menor tiempo de espera para ingresar a pabellón que el promedio general por especialidad, sin que se advierta alguna circunstancia que justifique estas situaciones.
- f. Se identificaron facultativos que efectuaron atenciones vinculadas a Lista de Espera No GES, inscritos en el registro de prestadores Individuales de salud pero que no registran especialidad o subespecialidad respectiva, o alguna autorización temporal.

En particular, respecto a los familiares de funcionarios que recibieron una atención en un tiempo excesivamente menor al promedio para la misma atención, esta situación se produjo en los siguientes recintos asistenciales:

- 1. Hospital de Ovalle: 16 cirugías realizadas a un familiar o funcionario del recinto, el mismo día que se suspendió la prestación a pacientes en Lista de Espera.
- 2. Hospital de Osorno: El subdirector médico intervino quirúrgicamente a su hermana, la que estuvo 2 días en Lista de Espera.
- 3. Hospital de Ancud: 167 cirugías a parientes con un menor tiempo de espera.
- 4. Hospital de Angol: 359 cirugías (11%) a funcionarios del Servicio de Salud Araucanía Norte y su red hospitalaria, o a sus parientes con menor tiempo de espera.
- 5. Hospital de Talca: 121 casos en que funcionarios y sus familiares fueron intervenidos quirúrgicamente con tiempos de espera inferiores al promedio.
- 6. Hospital de La Florida: Cirugías realizadas 159 funcionarios y 345 familiares de ellos.
- 7. Hospital Padre Hurtado: 53 intervenciones a funcionarios y sus parientes con tiempos de espera de 5 días o menos.

Esto demuestra un grave problema en los sistemas de registro de cada uno de los establecimientos de salud del país y de la plataforma del Ministerio de Salud denominado SIGTE (Sistema de Gestión de Tiempos de Espera). Esto se debe a una gran diversidad de sistemas informáticos, según lo que se dijo por la División de Gestión de las Redes Asistenciales (DIGERA), que no interoperan entre la Atención Primaria de Salud, los Hospitales Autogestionados, los Servicios de Salud y el Ministerio de Salud.

En el informe de la Contraloría General de la República se expone una crisis estructural en la gestión de las listas de espera del sistema público de salud, que compromete directamente a los exsubsecretarios de Redes Asistenciales, Fernando Araos

y Osvaldo Salgado. A partir de múltiples auditorías, se constató la existencia de fallas graves de gobernanza, adulteración de registros y priorizaciones arbitrarias que vulneraron el derecho a la atención oportuna. Destaca la manipulación de egresos por fallecimiento, con casos como el del Hospital San Martín de Quillota, donde se dieron por muertos a pacientes vivos o se registraron egresos con fechas posteriores al fallecimiento, distorsionando artificialmente los tiempos de espera.

Además, se evidenció la exclusión de millones de personas del sistema oficial de trazabilidad, tanto GES como no GES, y la proliferación de listas paralelas en hospitales de diversas regiones, lo que generó graves distorsiones estadísticas y beneficios discrecionales a funcionarios. Casos como los de Talca, Ovalle, La Florida y el Hospital San Borja Arriarán mostraron prácticas que beneficiaron a grupos privilegiados en perjuicio del resto de la población. La Contraloría advierte que esta situación ha tenido efectos reales en la vida de los pacientes, al provocar muertes sin atención oportuna, erosionando la confianza pública en el sistema.

Es importante indicar que la Contralora señaló que, para que las auditorías y procesos administrativos llevados a cabo por la Contraloría General de la República tengan resultados reales, deben modernizarse las normas, algunas muy anacrónicas, del Estatuto Administrativo, especialmente sobre aquellos procesos administrativos que son ejecutados por los servicios. También debe facultarse a la Contraloría General de la República a disponer medidas disciplinarias, dado que los procesos administrativos que son ejecutados por el órgano contralor solo le permiten proponer una medida disciplinaria que debe ser acogida por el servicio; en muchos casos el servicio dispone medidas disciplinarias muy bajas y sin proporcionalidad a los resultados del proceso.

En el nivel secundario y terciario existen Desarrollos Locales y proveedores privados como Rayen Salud, Intersystems y Sistema Expertos; mientras que en la Atención Primaria de Salud también existen Desarrollos Locales y proveedores privados como AVIS, Rayen Salud, Intersystems y OMI.

Ha faltado una política pública del Ministerio de Salud para armonizar y lograr que interoperen los sistemas de información de listas de espera en todo el país. Cabe señalar, que en el año 2011 se crea el Repositorio Nacional de Listas de Espera que entre los años 2017 y 2018 da paso al Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE). El Ministerio de Salud reconoce que desde su inicio el SIGTE presenta problemas en su funcionamiento y que, debido a eventos críticos ocurridos entre los años 2022 y 2023, es que se inicia la actualización de la plataforma hacia el SIGTE 2.0 para disminuir las falencias detectadas.

Igualmente, es importante relevar que a diferencia del Sistema de Garantías Explícitas en Salud en que se establecen plazos máximos y retrasos respecto a distintos hitos del proceso de atención de un paciente en una determinada patología, en las Listas de Espera No GES estamos midiendo solo dos hitos que no abordan la integralidad del proceso de atención; a saber, Nueva Consulta de Especialidad e Intervención Quirúrgica.

Efectivamente, la Lista de Espera No GES de Nueva Consulta de Especialidad mide desde que un médico general de la Atención Primaria de Salud deriva a un paciente a un especialista en el nivel secundario hasta que este realiza la primera atención de especialidad. En la primera consulta de especialidad más de un 70% de los pacientes todavía no tiene el diagnóstico producto que se requieren exámenes y más atenciones. Algo parecido ocurre en la Lista de Espera No GES de Intervención Quirúrgica en que se deja sin medir la etapa de seguimiento.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene la meta de que todos los Servicios de Salud estén interoperando en Nueva Consulta de Especialidad Médica antes de Marzo de 2026, a fin de evitar que se repitan una buena parte de las incongruencias detectadas por Contraloría.

Por otro lado, en vista de la cantidad de hallazgos realizados por Contraloría respecto a atención expedita de familiares de funcionarios en Listas de Espera, deben implementarse mecanismos que anonimicen los datos personales del paciente al momento que se prioriza una atención para que sean exclusivamente los criterios clínicos los que guíen esta priorización.

También debe dotarse a los egresos por razones no relacionadas con la atención realizada de un marco legal y supervisión –que puede realizarlo la Superintendencia de Salud–, especialmente en lo referente a problemas de contacto, inasistencias y atención extrasistema. Esto debe ir de la mano de un marco legal para la Gestión Unificada de Listas de Espera y Fichas Clínicas que no existe en el DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

D. GOBERNANZA Y GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Transversalmente se reconoció un problema de gobernanza del sistema de salud chileno dada la enorme fragmentación que existe. En particular, la relación de una Subsecretaría de Redes Asistenciales con 29 Servicios de Salud hace muy dificultosa la gestión, en propias palabras del subsecretario Bernardo Martorell. El IPSUSS indicó que no se justifica que un país como Chile que tiene alrededor de 20 millones de habitantes tenga 29 Servicios de Salud.

La situación antes descrita se replica cuando un Servicio de Salud debe entenderse y articular decenas de entidades administradoras de salud municipal, más sus hospitales que pueden o no ser autogestionados en red.

La creación de nuevas regiones y la subdivisión de regiones en más de un Servicio de Salud ha llevado a que pacientes en Lista de Espera de un Servicio de Salud terminen estando imputadas a otros Servicios de Salud que son los que finalmente resuelven dichas patologías. Ejemplos de esta situación son el Servicio de Salud Arica con el Servicio de Salud Tarapacá y el Servicio de Salud Araucanía Norte con el Servicio de Salud Araucanía Sur. Esto lleva a cuestionarse la existencia de dichos Servicios de Salud de forma independiente dado que sus redes no son capaces de resolver patologías que son de nivel secundario y no de nivel terciario.

Existe un problema estructural donde el diseño sigue siendo hospitalocéntrico y no se ha fortalecido la atención primaria de salud, sobre todo en su resolutivez que será abordado más adelante. Actualmente, el director de Servicio de Salud se transforma en una especie de jefe de los hospitales de su red, siendo que debería ser el encargado del cuidado global de la población articulando los prestadores de atención primaria de salud, los prestadores de nivel secundario y terciario, además de los prestadores privados en convenio. Se debe reformular el quehacer de los Servicios de Salud para lograr esto (Capítulo II del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud) y avanzar a mecanismos que eviten la captura política de estos.

Es necesario avanzar a una mayor integración de la atención de beneficiarios FONASA entre los prestadores públicos y privados de tal forma de hacer más eficiente el sistema. Actualmente, el sistema exige que todo paciente para que llegue al nivel

secundario haya pasado por la Atención Primaria de Salud, sin embargo, y sobre todo de la mano de la Modalidad Libre Elección, muchos pacientes obtienen un diagnóstico GES y No GES en el sector privado y se les obliga a tener una consulta de morbilidad en APS para ser derivados al nivel secundario, lo cual transforma a este nivel en una oficina de partes, desperdiciando horas de morbilidad y sobreburocratizando la búsqueda de solución a su problema de salud de los pacientes. Se debe avanzar en una integración que permita articular las prestaciones realizadas en Modalidad Libre Elección al sistema. Por ejemplo, un paciente que es diagnosticado con cataratas en una consulta privada, a pesar de ya tener realizado el diagnóstico por un oftalmólogo, debe pasar por el Consultorio para ser derivado al Hospital de referencia.

El Fondo Nacional de Salud ha sido un actor ausente en su responsabilidad de asegurar que los pacientes reciban las atenciones que requieren, actuando en la práctica como una mera caja pagadora. Se debe potenciar su rol como asegurador público a fin de que pueda administrar sus carteras y derivar a los pacientes con tiempos de espera GES retrasados y, respecto a las prestaciones No GES, cuando excedan un tiempo más allá de lo razonable.

Durante el año 2024 se suspendieron 30.946 intervenciones quirúrgicas de un total de 446.372 cirugías programadas, lo que equivale al 6,93%. Las cirugías suspendidas por problemas administrativos, inasistencias o preparación incompleta de pacientes representa una pérdida crítica de capacidad quirúrgica y aumentan la frustración de quienes esperan por lo cual se debe fortalecer esta área a través de una Plataforma Digital Integrada de Gestión Quirúrgica, automatización de notificaciones y estandarización de la preparación prequirúrgica.

Es importante relevar la experiencia del Laboratorio de Innovación Pública de la Universidad Católica que a través de una serie de pilotos en diversos recintos asistenciales y especialidades logró mejorar los tiempos de espera y reducir los volúmenes de pacientes esperando al reforzar los equipos de gestión. Esto es importante dado que no solo hay un problema de recursos, sino que también hay problemas grandes de gestión, que es necesario abordar y que la discusión solo de los recursos elude los problemas de gestión que existen.

E. EVOLUCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA

Existe un desbalance entre la oferta de consultas de especialidad y de intervención quirúrgica en el sector público de salud y la demanda de pacientes que requieren dichas prestaciones de salud que pertenecen al Fondo Nacional de Salud, lo que ha generado un incremento progresivo y sostenido en los volúmenes de las personas en Lista de Espera en Chile.

El incremento en la demanda asistencial se explica por el envejecimiento de la población y aumento de la multimorbilidad –con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, aumento de la complejidad de los casos y necesidad de atenciones múltiples por cada paciente–, la incorporación de cerca de 1,5 millones de nuevos beneficiarios a FONASA en los últimos años, mayor conocimiento ciudadano sobre sus derechos sanitarios, avances científicos que amplían opciones terapéuticas –con costos que tensionan la financiación del sistema– y aumento de la cobertura de la Atención Primaria de Salud que es una puerta de entrada abierta a las Listas de Espera.

Existen diversos indicadores para evaluar la evolución de las Listas de Espera, sin embargo, es indiscutible que las personas del total de la población que están en Lista de Espera GES y No GES, ha crecido más que lo que ha crecido la población nacional de acuerdo con las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas; como se muestra en la siguiente tabla:

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Población Proyección Nacional INE (Base 2017)	19.107.216	19.458.310	19.678.363	19.828.563	19.960.889	20.086.377
Personas con retraso de Garantía de Oportunidad	S/I	51.894	52.821	60.234	68.385	74.740
% Población Nacional con retraso de Garantía de Oportunidad	S/I	0,27%	0,27%	0,30%	0,34%	0,37%
Personas en espera de Nueva Consulta de Especialidad	1.653.555	1.648.945	1.692.188	1.851.733	1.955.793	2.165.195
% Población Nacional en espera de Nueva Consulta de Especialidad	8,65%	8,47%	8,60%	9,34%	9,80%	10,78%
Personas en espera de Intervención Quirúrgica	258.297	254.529	280.970	267.921	294.565	343.630
% Población Nacional en espera de Intervención Quirúrgica	1,35%	1,31%	1,43%	1,35%	1,48%	1,71%

Lo que también, se ve reflejado en las personas que fallecen en una Lista de Espera GES y No GES (aunque no sea a causa de la patología por la cual estaban esperando) como se observa en la siguiente tabla:

	2019	2020	2021	2022	2023
Fallecidos en Lista de Espera GES	830	2.817	3.683	5.437	5.711
Fallecidos en Lista de Espera No GES	23.705	31.736	36.322	38.564	35.492

Ha existido una discusión importante en la opinión pública respecto a los indicadores que se utilizan para evaluar el manejo de las Listas de Espera GES y No GES. Al respecto, el ex Ministro de Salud Emilio Santelices indicó que los indicadores se han modificado de manera coyuntural y con una oportunidad de realizar mejores presentaciones de un problema que es creciente y dramático para las familias chilenas. En la misma línea, el Ex Ministro de Salud Enrique Paris señaló que los tiempos de espera siempre se habían medido a través del promedio y que impide hacer un adecuado seguimiento cambiar la forma en que medimos un determinado problema como son las Listas de Espera.

Desde el IPSUSS, indicaron que tanto la mediana como el promedio son datos importantes y tienen que ser utilizados para evaluar el manejo de las Listas de Espera GES y No GES, sin embargo, en el contexto actual no se puede utilizar solo la mediana. Esto es porque después de la Pandemia del Covid-19 hubo un aumento muy significativo de las derivaciones a especialidad y las solicitudes de pabellón por lo que hay un volumen importante de pacientes que está esperando poco tiempo provocando que la mediana baje

más que el promedio. La mediana es engañosa habiendo muchas personas esperando poco tiempo dado el rebote post Pandemia.

También, es importante relevar la presentación que hizo el Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián (IPSUSS) en que presentó un ranking de los Servicios de Salud respecto a su desempeño en materia de Listas de Espera GES y No GES como instrumento alternativo a los Compromisos de Gestión (COMGES) que dado que posee indicadores mucho más laxos disminuyen el peso de un tema tan importante como las Listas de Espera.

En efecto, respecto al ranking, al comparar al Servicio Metropolitana Sur con el Servicio Metropolitana Norte, se evidencia una evidente superioridad del primero por sobre el segundo en materia de listas de espera, tanto de casos totales de personas en situación de lista de espera, como de promedio de días de espera. De hecho, el Servicio Metropolitana Sur es el octavo servicio que mejores resultados obtiene, mientras que el Servicio Metropolitana Norte se encuentra en el vigésimo octavo lugar (penúltimo). Esta información llama poderosamente la atención si se considera que ambos servicios operan en la misma región, cubren a una cantidad de población similar en muchos sentidos y que cuentan con recursos similares.

Un caso similar ocurre en la región de Valparaíso donde el Servicio Aconcagua goza de un privilegiado tercer lugar en el mencionado ranking, mientras que el Servicio Valparaíso-San Antonio, el cual opera en la misma región exhibe cifras mucho más preocupantes y que lo desplazan hasta la vigésimo cuarta posición.

Además de la comparativa, el ranking conformado a partir de los datos obtenidos en 2022, 2023 y 2024, arroja datos interesantes relativos al funcionamiento de los diferentes servicios de salud en el contexto de las listas de espera para patologías GES y no GES:

- El crecimiento abrupto de veintiún posiciones en tres años del Servicio Aconcagua, pasando del lugar veinticuatro en 2022 al puesto tres en 2024.
- La disminución abrupta del Servicio Metropolitana Norte en tres años, bajando del puesto diecisiete hasta el puesto veintiocho. Por otro lado, el Servicio Antofagasta que bajó desde el cuarto al treceavo lugar, mientras que el Servicio de Iquique bajó del octavo al décimo séptimo puesto.

Estas cifras dan a entender que es posible que una buena gestión en la materia permite disminuir significativamente los casos de listas de espera, así como los días de promedio de espera, así como también, que existen circunstancias que explican aumentos explosivos en las listas de espera.

El estudio también acompaña un gráfico que refleja que el gasto no se encuentra directamente relacionado con la posición de los servicios de salud en el ranking, existiendo en efecto, servicios que gastan poco y obtienen una buena posición; servicios que gastan poco y obtienen mala posición; servicios que gastan mucho y obtienen buena posición; y servicios que gastan mucho y obtienen una mala posición.

Este tipo de información permite aventurar que, independiente de las dificultades particulares que imperen en el territorio de cada servicio, el factor gestión puede jugar un rol importante y que contar con instrumentos que permitan medir dicha gestión puedes contribuir de manera significativa a mejorar el sistema de salud pública en general y, en lo que interesa a la presente comisión investigadora, a reducir las listas de espera.

Fuera de esta discusión, debe existir una integralidad y consistencia de los indicadores que informa el Ministerio de Salud en materia de Listas de Espera GES y No

GES. Desde esta perspectiva, es importante que los informes de Listas de Espera que se elaboran en función de la Glosa de Información N° 06 de la Ley de Presupuestos informe:

1. Garantías de Oportunidad retrasada
 - Registros y personas tanto a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
 - Promedio y mediana tanto a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
2. Nueva Consulta de Especialidad Médica en espera
 - Registros y personas tanto a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
 - Promedio y mediana tanto a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
 - Ingresos en el período a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
 - Egresos por causal de egreso a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
3. Nueva Consulta de Especialidad Odontológica en espera
 - Registros y personas tanto a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
 - Promedio y mediana tanto a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
 - Ingresos en el período a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
 - Egresos por causal de egreso a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
4. Intervención Quirúrgica en espera
 - Registros y personas tanto a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
 - Promedio y mediana tanto a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
 - Ingresos en el período a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud
 - Egresos por causal de egreso a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud

Adicionalmente, a los indicadores arriba mencionados, el Ministerio de Salud debe entregar información respecto a los médicos especialistas contratados, así como las atenciones de especialidad y cirugías programadas suspendidas a nivel nacional como desglosado por Servicio de Salud.

Hay que considerar que la Glosa N° 06 de la Ley de Presupuestos del año 2024 y 2025 incluyó por primera vez la obligación del Ministerio de Salud de informar Listas de Espera de exámenes, sin embargo, se está incumpliendo esta obligación legal por no incorporar esta información. La Subsecretaría de Redes Asistenciales indicó que se está trabajando para incorporar al registro de Listas de Espera la endoscopía, colonoscopía y radiología intervencional. Este mismo esfuerzo se debería replicar para los hitos de cánceres no incluidos en el GES al menos en lo que se refiere a quimioterapia y radioterapia.

Uno de los aspectos que más transversalmente se planteó en las sesiones fue el problema que significa la incertidumbre para los pacientes al no saber si permanecen estando en la Lista de Espera o cuándo serán eventualmente atendidos. Para esto el Ministerio de Salud debe avanzar en una plataforma que permita a los pacientes conocer el estado de su interconsulta o cirugía en espera, además de la posición en esta.

De igual forma, debe existir mayor transparencia para un control social efectivo de la gestión de la Lista de Espera que, en parte, es abordado con el Visor Ciudadano recientemente implementado por el Ministerio de Salud. La existencia de estos datos públicos le permite a la cartera de salud y la ciudadanía disponer de una torre de supervigilancia y/o control para conocer qué está ocurriendo en una red tan grande y fragmentada y poder actuar ante las contingencias que ocurren.

El paciente tiene que ser colocado al centro del sistema de salud y evitar trámites en materias que deberían tener mayor automatización, por lo que debe ser prioridad avanzar en el Proyecto de Ley que modifica la Ley N° 19.966, que establece un Régimen de Garantías en Salud, para designar de manera automática un prestador de salud distinto para su otorgamiento (Boletín N° 17.220-11) y el Ejecutivo debería darle urgencia en su tramitación. De igual manera, deberían establecerse períodos máximos de espera para patologías no incluidas en el GES como son cánceres, prótesis de cadera y rodilla, entre otras, que activen un segundo prestador.

El Ministerio de Salud, particularmente en la presentación realizada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, transparentó las metas de la cartera en materia de Listas de Espera No GES y de producción asistencial.

Respecto a resolución de Listas de Espera No GES la meta es realizar las prestaciones al 25% de la población que más tiempo lleva esperando lo que implica la realización de 523.305 atenciones de Nueva Consulta de Especialidad Médica, 97.780 Intervenciones Quirúrgicas y 128.384 atenciones Nueva Consulta de Especialidad Odontológica. También alcanzar una mediana de tiempos de espera de 200 días, que, hasta el momento, solo ha sido alcanzada por un Servicio de Salud.

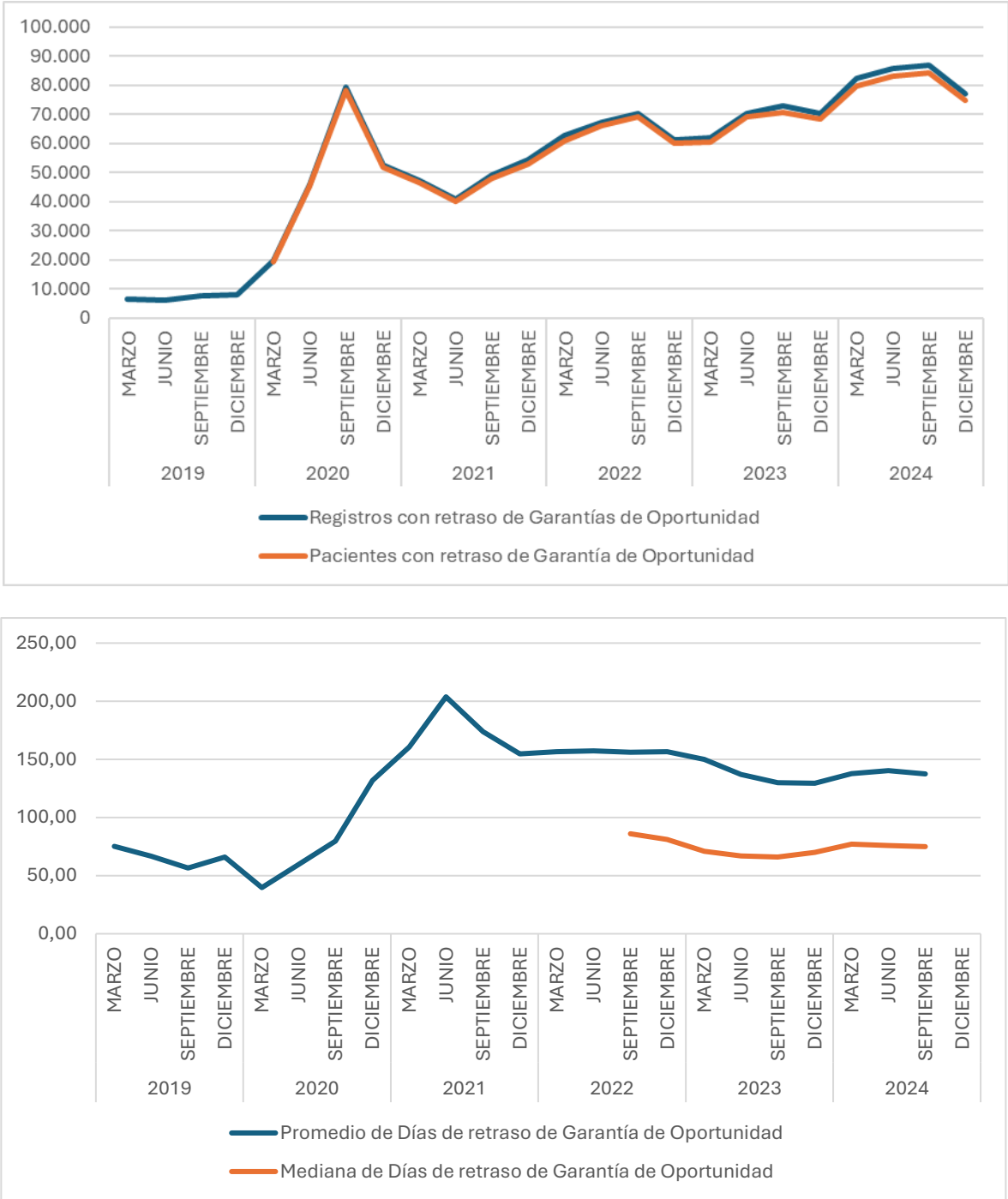
Respecto a productividad asistencial para el año 2025 la meta es realizar 9.581.845 atenciones de Nueva Consulta de Especialidad Médica, lo que implica realizar 2,8% más que el año 2024, 2.013.625 atenciones de Nueva Consulta de Especialidad Odontológica, lo que implica realizar 7,9% más que el año 2024, 524.265 Intervenciones Quirúrgicas de Cirugía Mayor, lo que implica realizar 9,9% más que el año 2024 y 210.113 Intervenciones Quirúrgicas de Cirugía Menor, lo que implica realizar 3,8% más que el año 2024.

Es imposible pensar que estas metas se alcanzarán sin la necesaria colaboración público-privada en el sistema de salud dado que el sector público claramente no es capaz de responder por sí solo a la demanda asistencial creciente que ha sido mencionada con anterioridad. Es por lo anterior que se requiere la implementación de una política de compra estratégica de servicios a prestadores privados.

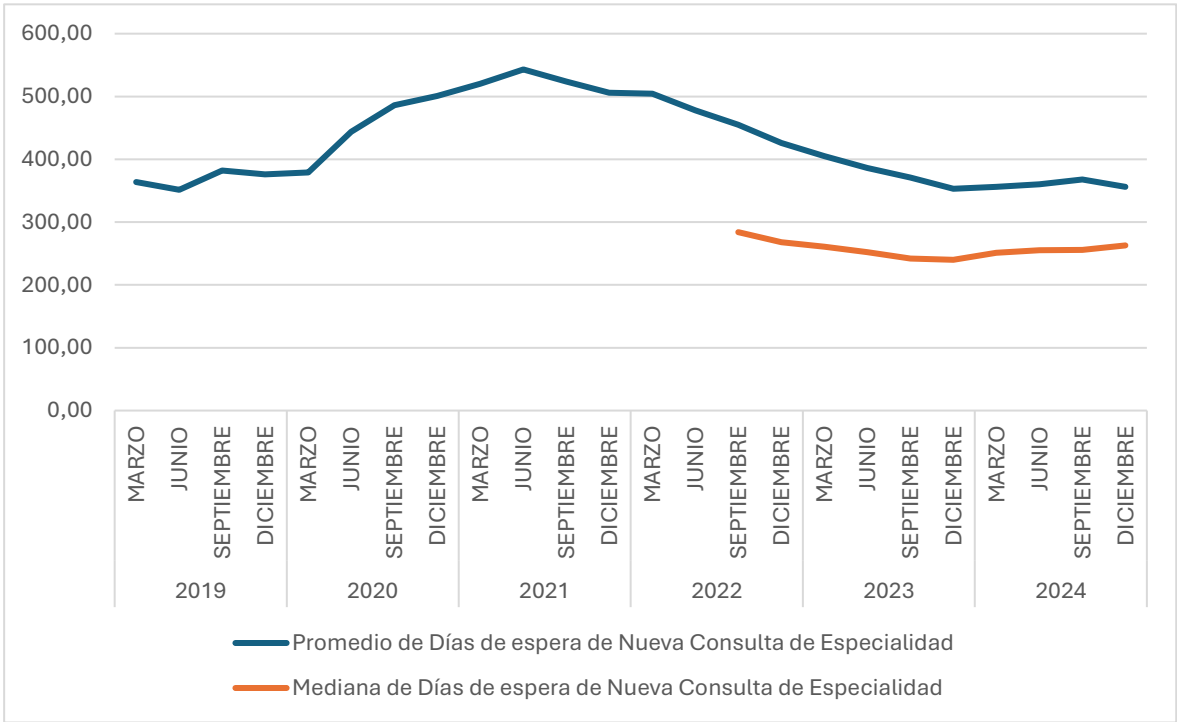
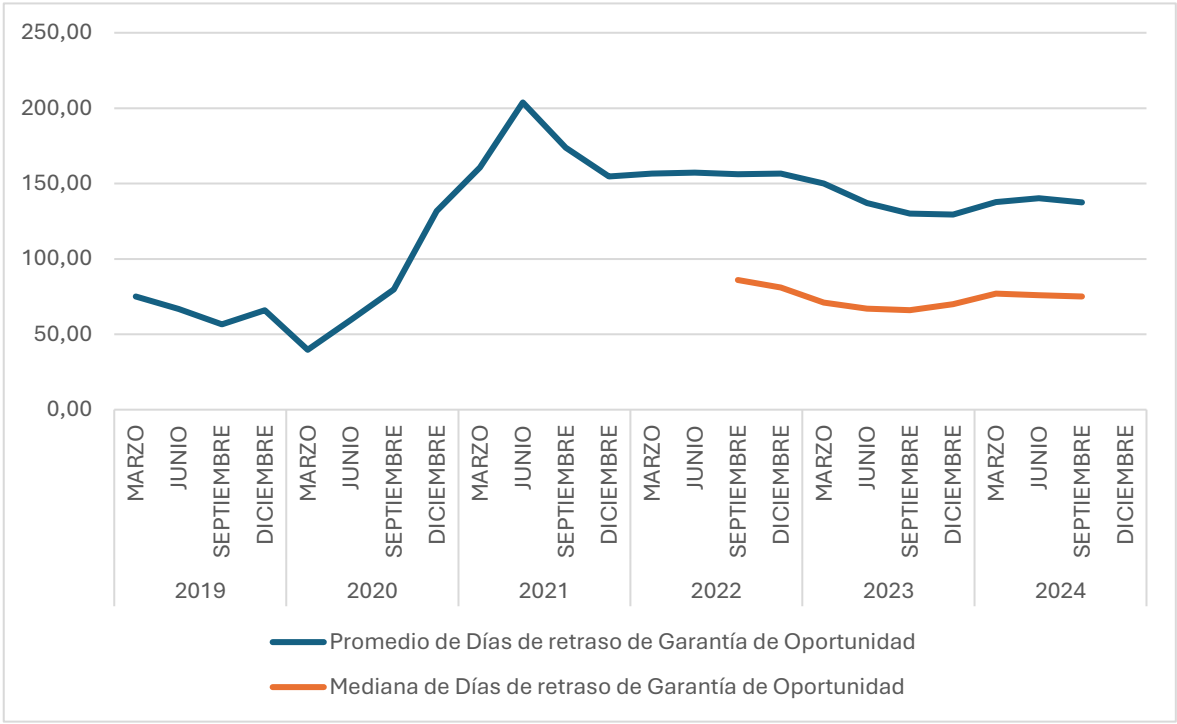
Se debe potenciar la telemedicina para lo cual se debe avanzar en la creación del Servicio de Salud Digital y mejorar la conectividad de la red asistencial. Respecto a esto último, el Subsecretario de Redes Asistenciales anunció que se conectarán muchas postas rurales este año mediante Starlink.

Respecto al volumen y tiempos de espera de las Listas de Espera GES y No GES a continuación se entregan desagregados una serie de datos relevantes a considerar:

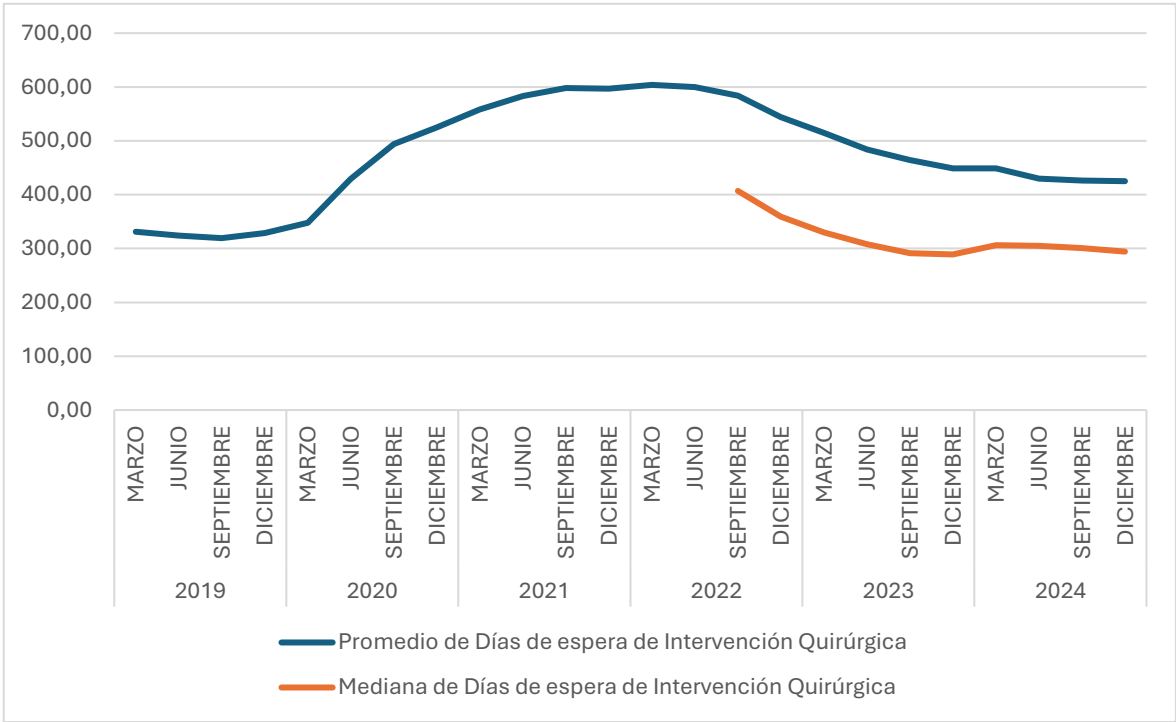
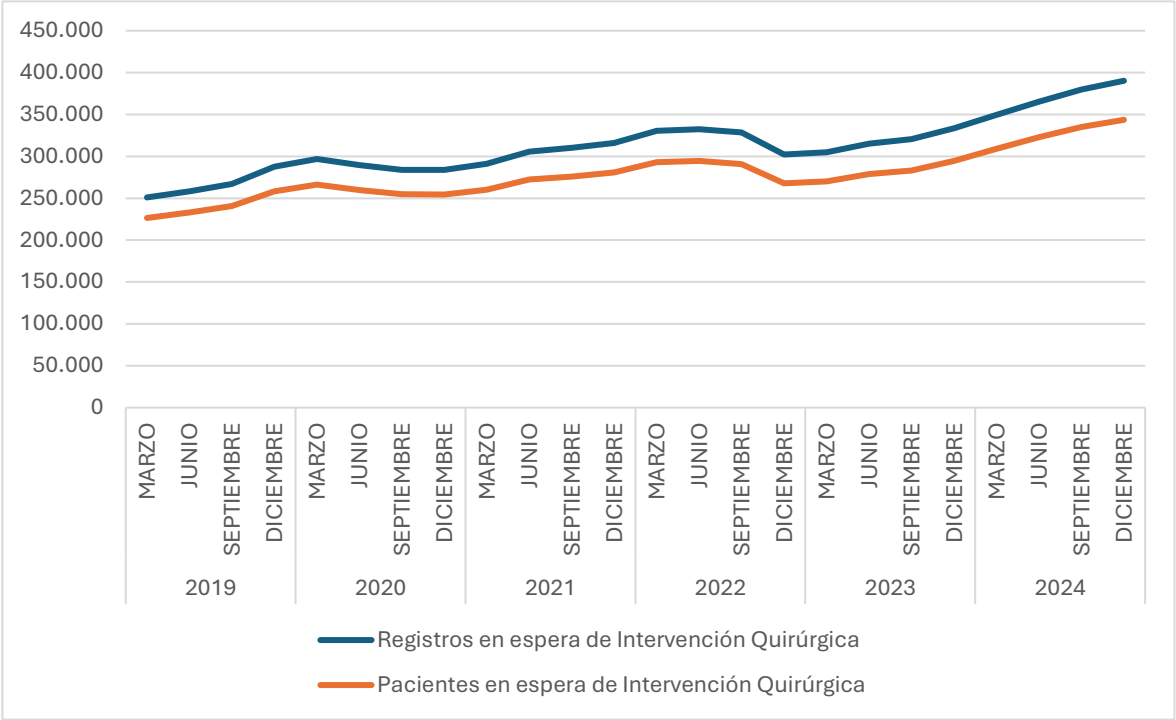
1. Lista de Espera GES 2019 – 2024 (registros, pacientes, promedio y mediana)



2. Lista de Espera No GES Consultas Nueva Especialidad 2019 – 2024 (registros, pacientes, promedio y mediana)



3. Lista de Espera No GES Intervenciones Quirúrgicas 2019 – 2024 (registros, pacientes, promedio y mediana)



F. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La misma Ministra de Salud Ximena Aguilera indicó que se tiene que hacer la Atención Primaria más resolutiva para disminuir la derivación de pacientes a Listas de Espera al nivel secundario. Al respecto, es importante señalar que la ley N°19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, indica en su artículo 49 que *“El aporte a que se refiere el inciso precedente se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente, suscrito, además, por los Ministros del Interior y de Hacienda. Este mismo decreto precisará la proporción en que se aplicarán los criterios indicados en las letras a), b) c) y d) precedentes, el listado de las prestaciones cuya ejecución concederá derecho al aporte estatal de este artículo y todos los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del indicado aporte”*.

Por tanto, año tras año, el Ministerio de Salud tiene la facultad de hacer más resolutiva a la Atención Primaria de Salud sólo modificando actos administrativos como el Decreto que determina el Aporte Estatal a las Municipalidades para sus entidades administradoras de Salud Municipal. Es importante indicar que el Artículo 5 de este Decreto es el que pormenoriza *“las prestaciones y/o acciones de salud, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal, se resumen en el Plan de Salud Familiar (PSF), que se contextualiza en el modelo integral de salud familiar y comunitario, e integra un conjunto de prestaciones y/o acciones de salud para diversas necesidades de las personas en su curso de vida, contribuyendo con éstas a ejercer la función de la atención primaria en su territorio a cargo, en la mantención de la salud de las personas, mediante prestaciones y/o acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación cuando corresponda”* y, a continuación, detalla las prestaciones incorporadas, así como también los exámenes de laboratorio que obligatoriamente debe tener disponible este nivel de atención.

Si uno compara las prestaciones y/o acciones de salud incorporadas en el Artículo 5 de la Resolución N° 84, que era aplicable para el año 2019, y el Decreto N° 21, que es aplicable para el año 2025, sólo se han incorporado dos nuevas prestaciones a la canasta de prestaciones de la Atención Primaria de Salud, a saber aquellas que se incorporaron a propósito del Problema de Salud 85 “Enfermedad de Alzheimer y otras demencias” en el Sistema de Garantías Explícitas en Salud y Anticuerpos de Virus Hepatitis C.

En paralelo, existen múltiples Resoluciones Exentas que aprueban el Arsenal Farmacológico para los Establecimientos de Atención Primaria de Salud que varían de acuerdo con cada región del país.

Hacer realmente resolutiva la Atención Primaria de Salud está en manos del Ministerio de Salud a través de la incorporación de nuevas prestaciones, exámenes de laboratorio e imagenológicos en el Decreto al que hace referencia el Artículo 49 de la Ley N° 19.378 y la actualización periódica del Arsenal Farmacológico Básico para cada una de las regiones.

Es necesario también avanzar en el Proyecto de Ley que modifica el Código Sanitario para regular el ejercicio de las profesiones de la salud (Boletín N° 13818-11) a fin

de permitir que algunas prestaciones que hoy solo las pueden realizar profesionales médicos puedan ser realizadas por otros profesionales.

En salud visual, se solicita un trabajo coordinado entre la Sociedad Chilena de Oftalmología, Ópticas de Chile y otros gremios a fin de abordar en conjunto con la autoridad las abultadas Listas de Espera de consulta en esta especialidad. Adicionalmente, se solicita al Ministerio de Salud revisar, entre otras, las normas del Decreto N°4 de 1985 (Reglamento de Establecimientos de Óptica), el Instructivo Salas de Procedimiento de Vicios de Refracción y la Circular sobre Salas de Venta A15-46 de 2015 a fin de que los profesionales de salud visual puedan desempeñar su actividad profesional con la mayor eficiencia y productividad.

De igual modo, en áreas rurales se debe fomentar la existencia de unidades móviles (como mamógrafos móviles) que incluyan especialistas, equipamiento, métodos diagnóstico y personal de apoyo.

G. ESPECIALISTAS

Existe una brecha muy grande de especialistas en el sector público que se agrava en la medida que los establecimientos de salud se alejan de las 3 grandes conurbaciones (Santiago, Valparaíso y Concepción). Existen dos problemas en esta área: la capacidad de formación de las universidades y la capacidad de retención de los establecimientos de salud.

Respecto a la capacidad de formación, la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) indicó que ellos más que cualquiera quiere formar más especialistas producto que es parte de su rol y objetivo, sin embargo, hoy para que un médico especialista egresado pueda inscribirse en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, debe el programa de formación de especialidad estar acreditado por la Comisión Nacional de Acreditación (CNA). La cantidad de docentes –que deben ser especialistas– que exige la CNA para abrir nuevos cupos y mantener la acreditación es muy alta; y cuesta mucho conseguir nuevos docentes para los programas de formación de especialistas dadas una serie de trabas administrativas.

Una de las principales dificultades que existe para tener más especialistas docentes se produce producto que no se puede sobreponer un contrato asistencial con un contrato docente. Por ejemplo, un cirujano que está operando un paciente con un médico en formación de especialidad, el tiempo que destina a esa cirugía no se contabiliza dentro del contrato asistencial y debe ser descontada producto que estaba siendo docente; lo mismo en el ámbito de la atención ambulatoria. Se debe avanzar a compatibilizar los contratos asistenciales con los docentes cuando implique atención de pacientes; no así cuando sea tiempo que no esté destinado a atención de pacientes, obviamente.

Otra de las dificultades indicadas tanto por el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH) como por ASOFAMECH tienen relación con los cobros que realizan los establecimientos de salud por utilizarles como campo docente-asistencial que son elevadas y muy diversas dependiendo del centro asistencial. Igualmente se planteó

avanzar en programas que fusionen la especialidad y la subespecialidad o en la posibilidad de realizar la subespecialidad inmediatamente después de realizada la especialidad.

Respecto a la retención de los especialistas, se valoran los esfuerzos por centralizar los procesos de selección dado que se tiene una mirada general de la capacidad formadora de especialistas a nivel nacional, sin embargo, se debe dotar a este proceso de mayor arraigo territorial buscando que sean médicos de la zona quienes opten a los cupos de especialidad asociados a una devolución en la misma zona. También se planteó buscar que cuando se destinen especialistas no se envíen solos producto que, para favorecer la retención, ayude la confección de equipos en los establecimientos de destinación.

Igualmente, se criticó la inexistencia de plazas vía contrato regular para los especialistas que terminan su Período Asistencial Obligatorio y desean quedarse trabajando en el lugar de destinación. Debe existir una mayor planificación para evitar que esto ocurra. Igualmente, es necesario modificar la denominada Ley Médica a fin de mejorar los incentivos para la retención en el sector público e incentivar la productividad.

Respecto de las renunciaciones al Período Asistencial Obligatorio de especialistas que, si bien es un bajo porcentaje respecto al total de especialistas egresados, afecta a las Listas de Espera GES y No GES dado que de las 41 renunciaciones entre 2022 y 2024, las especialidades en que se observan son críticas (2 oncólogos, 2 oftalmólogos, 4 dermatólogos, 2 neurólogos pediátricos, 3 psiquiatras adultos, 3 anestesiólogos, entre otros). También existe un déficit en el cobro de las garantías dado que del total de especialistas que renunciaron a su período asistencial obligatorio solo 1 ha pagado, 1 se indica que el proceso está concluido y 19 procesos de cobranza no han sido iniciados; mientras que el resto está en proceso.

Respecto al traslado del Período de Asistencial Obligatorio a otro Servicio de Salud, entre los años 2023 y 2024 se gestionaron 35 casos, de los cuales se autorizaron 11 traslados: 6 sin permuta y 5 con permuta. Esto impide que el Servicio de Salud reciba un especialista que requeriría la población.

Está en tramitación el Proyecto de Ley que modifica la Ley N° 15.076 en lo relativo al período de práctica asistencial obligatorio de los becarios de especializaciones médicas (Boletín N° 17.426-11) que busca desincentivar el incumplimiento al impedir la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales que hayan renunciado a su período de devolución; al cual el Ejecutivo debería colocarle urgencia legislativa.

Se hace presente que en la actual legislatura se ha presentado un Plan de Formación de Especialistas para Zonas Extremas al Ministerio de Salud que, lamentablemente, no ha prosperado hasta el día de hoy. Dicho plan considera, entre otras cosas, mecanismos de selección transparentes, centros de formación acreditados –tanto en Chile como en el extranjero– y su financiamiento a cargo de los respectivos Gobiernos Regionales.

También se plantea desde la perspectiva de la consideración de un Proyecto de Ley para Profesionales de Salud en Zonas Extremas que ayude a atraer y retener especialistas en regiones periféricas y que considere un Bono de Permanencia, un Subsidio Habitacional y recursos para el Desarrollo Profesional.

H. SITUACIÓN FINANCIERA DE LOS HOSPITALES

Se reconoce que los recursos de la Partida 16 Ministerio de Salud ha crecido sostenida y progresivamente en los últimos años y, en un contexto de restricción presupuestaria, ha ocupado una parte importante del crecimiento presupuestario de los últimos años.

Sin embargo, se destaca que respecto al Subtítulo 22 que es aquel con que se realizan compras de artículos médicos, insumos y compras de servicios, este no ha crecido año a año en proporción con el encarecimiento de los productos de salud. La directora de presupuestos Javiera Martínez indica que los directores de Servicios de Salud se han acostumbrado a que exista una suplementación presupuestaria en el tercer o cuarto trimestre de cada año, siendo que deben planificarse con los recursos aprobados en la Ley de Presupuestos y gestionar mejor. La Dirección de Presupuestos está buscando acercar el presupuesto de cierre al presupuesto de apertura y por ello no hubo suplementos durante el año 2024 como existían en años anteriores.

Cabe señalar, que, efectivamente, todos los años se ha suplementado el marco presupuestario de los hospitales del país, sin embargo, al año siguiente el presupuesto de apertura inicia con un marco menor a lo que se suplementó en el año anterior.

Respecto a las transferencias de recursos tan fragmentadas a los Hospitales del país, la Directora de Presupuestos indica que hubo un acuerdo de gestión respecto al manejo de las cajas de los Servicios de Salud dado que durante el transcurso del año acumulaban (apozaban) muchos recursos que no gastaban.

Para colocar un ejemplo de la fragmentación con la cual se transfieren los recursos a los establecimientos de salud, el Hospital Carlos Van Bühren (respuesta a Oficio N° 96.516 de la Cámara) terminó el año 2024 con una deuda de \$23.630.537.031 en el Subtítulo 22 y de un marco presupuestario aprobado en el mismo subtítulo para el año 2025 de \$44.615.000.000, se transfirieron 2 remesas en el mes de Enero (\$1.774.285.476 y \$559.182.940) equivalentes al 5,23% del marco presupuestario, 4 remesas en el mes de Febrero (\$800.000.000, \$130.000.000, \$700.000.000 y \$1.331.191.941) equivalentes al 6,64% del marco presupuestario, y dado que escaló el tema comunicacionalmente se liberaron 5 remesas en el mes de Marzo (\$1.500.000.000, \$750.000.000, \$4.518.000.000, \$457.151.000 y \$2.500.000.000) equivalentes al 21,80%.

Para mayor abundamiento, esta misma situación de transferencias fragmentadas y con abultadas deudas de arrastre del año 2024 se constata en otros recintos asistenciales autogestionados en red de acuerdo con las respuestas recibidas a los Oficios Nro 96.508 al 96.582 de la Cámara de Diputadas y Diputados. Es importante destacar la variabilidad de los recursos que disponían distintos hospitales autogestionados en red al término del primer trimestre en comparación con la deuda que arrastraban del año anterior: El Hospital Eduardo Pereira había recibido el 100% (deuda 2024: \$1.155.940.000), Hospital Luis Tisné había recibido el 6% (deuda 2024: \$6.205.042.000), el Hospital Luis Calvo Mackenna el 44% (deuda 2024: \$6.193.744.263), Hospital San Juan de Dios 15% (deuda 2024: \$34.369.091.000), Hospital de Talagante 40% (deuda 2024: \$4.963.580.237),

Hospital de Lota 25% (deuda 2024: \$395.279.739), Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro 74% (deuda 2024: \$483.326.949), Hospital Intercultural de Nueva Imperial 0% (deuda 2024: 880.426.731), Hospital de Pitrufquen 75% (deuda 2024: \$859.130.786), Hospital de Villarrica 36% (deuda 2024: \$1.842.592.023), Hospital Complejo Asistencial Las Casas 44% (deuda 2024: \$922.809.716), Hospital de Osorno 36% (deuda 2024: \$5.028.892.366), Hospital de Parral 6% (deuda 2024: \$269.772.000), Hospital de Cauquenes 12% (deuda 2024: \$371.822.905), Hospital de San Javier 24% (deuda 2024: \$168.776.000), Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo 52% (deuda 2024: \$1.409.244.574) y el Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer 17% (deuda 2024: \$1.700.055.000).

Actualmente, los hospitales del país tienen una deuda con proveedores muy grande y, en particular, se escuchó a la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud (APIS) quienes señalaron que la deuda ha llegado a un límite que los tiene muy asfixiados y que, de los 62 socios que tienen, 20 de ellos han informado deudas del sector salud por \$20.109.634.899 en facturas de más de 60 días.

El 9 de marzo de 2023 la Dirección de Presupuestos terminó con el pago automatizado, manteniendo esta modalidad de pago el Instituto de Salud Pública, Servicio de Salud Metropolitano Norte, Servicio de Salud Ñuble y Servicio de Salud Magallanes. Se deben hacer todos los esfuerzos para retomar el pago automatizado en los restantes 26 Servicios de Salud del país.

La Directora de Presupuestos planteó que la razón por la cual se suspendió el pago automatizado corresponde a la existencia de pagos duplicados, y algunos de ellos hasta el día de hoy no reintegrados, por la Contraloría General de la República y que, para reincorporarse al pago automatizado, debe firmarse un convenio con la DIPRES.

Con miras de abordar el problema de las Listas de Espera como una emergencia nacional, se solicita al Ejecutivo que, en consecuencia, en la Ley de Presupuestos para el año 2026 mejore la trazabilidad de los recursos destinados a la resolución de Listas de Espera dado que hoy está desagregada y poco sistematizada. De hecho, durante el año 2024 se gastaron \$105.757.156.000 en compra de Intervenciones Quirúrgicas (\$21.795.970.000 para compra de Intervenciones Quirúrgicas Intrahospitalarias con personal interno, \$56.364.463.000 para compra de Intervenciones Quirúrgicas Intrahospitalarias con personal externo y \$27.596.724.000 para compra de Intervenciones Quirúrgicas Clínicas) y \$106.423.113.000 para compras de consultas (\$61.805.733.000 para compra de consultas médicas y \$44.617.380.000 para compra de consultas no médicas) según informó el Ministerio de Salud (Oficio CP N° 6929/2025).

I. HOSPITALES CONCESIONADOS

Dados los hallazgos constatados tanto en el Hospital Regional de Antofagasta como en el Hospital El Carmen de Maipú, se puede afirmar que los hospitales concesionados de primera generación están fuertemente cuestionados. Esta generación de establecimientos concesionó una cantidad abrumadora de servicios que provoca una

difícil fiscalización y que, siendo algunos de ellos muy fáciles de dar cumplimiento, cuando se promedian en la evaluación semestral esto provoca que en una gran cantidad de oportunidades esté sobre los 70 puntos (puntaje establecido para un incumplimiento grave).

Que el Inspector Fiscal (IF) dependa del Ministerio de Obras Públicas, es decir, una cartera distinta al Ministerio de Salud dificulta la operación de este recinto asistencial; situación que se agrava en el Hospital El Carmen y el Hospital La Florida que comparten Inspector Fiscal.

Respecto a las multas cursadas a la empresa concesionaria estas han sido un total de 148 multas por 27.000 UF. Todos los incidentes que han afectado gravemente el funcionamiento del Hospital han llevado a que se esté empujando una modificación de contrato con la concesionaria.

Respecto al Hospital de El Carmen de Maipú, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) estuvo cerrada muchos meses producto de problemas en el sistema de climatización. Esto, evidentemente, también generó grandes problemas en el establecimiento de salud.

Todo lo anterior ha afectado seriamente la operación de ambos establecimientos de salud y su capacidad de resolutivez de Listas de Espera GES y No GES. Sin embargo, en la sesión destinada a abordar esta materia, la Ministra de Obras Públicas Jessica López defendió la política de hospitales concesionados indicando que es una ventaja que contemplen recursos predefinidos para la mantención de la infraestructura y equipamiento, además de permitir que se hayan construido dichos recintos asistenciales; lo que no impide que se ha buscado resolver las dificultades que han surgido de cada uno de ellos con posterioridad.

Se propone una iniciativa para el fortalecimiento contractual de concesiones hospitalarias que asegure su cumplimiento y automatice las sanciones a las empresas que incumplan.

J. VISITAS A HOSPITALES

La Comisión Especial Investigadora sesionó en 8 hospitales en 7 regiones distintas: Hospital Regional de Arica, Hospital Regional de Antofagasta, Hospital Carlos Van Bühren de la comuna de Valparaíso, Hospital Dr. Sótero del Río de la comuna de Puente Alto, Hospital El Carmen de la comuna de Maipú, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de la comuna de Temuco, Hospital Base San José de la comuna de Osorno y el Hospital Regional de Coyhaique. Las principales conclusiones se detallan a continuación:

1. HOSPITAL REGIONAL DE ARICA

Se pudo constatar en terreno que los directivos de salud tienden a minimizar los problemas de su red, algunas veces incluso invisibilizándolos. Existe una desconfianza generada años anteriores por la manipulación de datos entregados a la opinión pública sobre Listas de Espera. Lo anterior es reiterativo en este Servicio que cuenta como

antecedente con falseamiento en la información de Listas de Espera GES, estados financieros del hospital y encuestas de satisfacción usuaria manipuladas en años anteriores.

Es importante destacar que esta región posee buenos indicadores dado que muchos pacientes viajan a Tacna para acceder a prestaciones de salud que no reciben, o para las cuales tienen muchas trabas para acceder, en el Hospital Regional de Arica. En las sesiones se solicitó al Ministerio de Salud cuantificar la población que se atiende en Tacna, sin recibir respuesta a la fecha.

Las grandes distancias existentes entre el Hospital Regional de Arica y otros centros de referencia de mayor resolutivez hace difícil el traslado en situaciones de emergencia que debe realizarse en aviones ambulancia que tienen un gran costo tanto para el sector público y privado, y también para las familias cuando deben financiarlo.

Se constató que el emplazamiento del actual Hospital Regional de Arica le impide expandirse y crecer en infraestructura. Solo como ejemplo, para constituir la unidad de hemodinamia se tuvo que cerrar un pabellón quirúrgico, así como está ad-portas de inaugurarse un servicio de psiquiatría infanto-juvenil con un número insuficiente de camas por falta de espacios. Lo anterior, justifica la necesidad de un nuevo hospital para la región.

Las prácticas clínicas de las carreras de la salud que se imparten en la región, entre ellas medicina, no cuentan con un campus clínico de práctica profesional; repercutiendo en una formación inadecuada de los estudiantes, así como muchos de ellos deben trasladarse a otras ciudades distantes corriendo con los gastos que ello implica.

Existe una deuda tremenda en materia de contaminación por polimetales en la Región de Arica y Parinacota de la cual el Estado aún no se hace responsable en su integralidad.

Finalmente, se pudo constatar que la falta de vuelos interregionales entre las ciudades de Arica y Antofagasta repercute negativamente en la salud de los pacientes, cuando deben viajar a dicha ciudad a recibir tratamiento, lo que agrava su condición. Algunos deben trasladarse más de 800 km por tierra en un viaje largo y con controles intermedios, mientras que otros deben hacer transbordos aéreos en Santiago debiendo recorrer más de 3 mil kilómetros con esperas en el Aeropuerto de Santiago. Han existido esfuerzos parlamentarios para reanudar estos vuelos interregionales, pero no nos consta que el mismo esfuerzo haya sido hecho por el Ejecutivo.

2. HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Es importante partir indicando que el 91% de la población regional, que equivale a aproximadamente 350.000 son beneficiarias de FONASA ejerciendo una presión asistencial en la red de salud pública de la región; sin considerar el impacto del creciente fenómeno migratorio en la Macrozona Norte.

Es importante destacar que la lista de espera de atención de traumatología tiene 1.200 pacientes en espera con un promedio de 14 meses de espera; mientras que la atención de cardiología intervencionista tiene una lista de espera de 850 pacientes con un

promedio de espera de 18 meses; oncología tiene 420 casos en espera con un promedio de espera de 12 meses y salud mental infantil tiene 1.050 niños en espera con un promedio de espera de 10 meses.

Igualmente, se debe destacar las brechas de especialistas como son 4 plazas desocupadas de traumatólogo, 2 plazas desocupadas de cardiocirugía y 3 plazas desocupadas de oncólogo.

El nuevo Hospital Regional de Antofagasta trajo consigo una reducción en el número de camas de 578 a 454 (-21%) y un aumento de 93 a 117 camas UCI/UTI sin cubrir el 60% del personal de enfermería especializado que se requería.

Existen graves e inexcusables falencias en el Hospital Regional de Antofagasta que son indiscutiblemente asociadas a la calidad de concesionario del establecimiento de salud. Han existido incidentes que hicieron perder una gran cantidad de cirugías y consultas de especialidad. Estos problemas se han asociado al sistema de climatización. Estos incidentes comprenden las fallas de 3 de los 5 esterilizadores simultáneamente en el período de Enero a Febrero de 2025, las fallas en el sistema de climatización que llevaron a una operación al 50% de su capacidad –afectando laboratorios y áreas críticas– y demoras en la entrega de resultados del laboratorio central (mayor a 72 hrs promedio) retrasando diagnósticos y tratamientos.

Respecto a las cláusulas del contrato, este exige reporte de incidentes críticos en menos de 2 hrs, con notificación tanto a MINSAL como a MOP. Se han identificado los siguientes incumplimientos:

- Reporte tardío de fallas de esterilización (hasta 48 hrs de demora).
- Falla de bitácora de mantenimiento de chillers y laboratorio.
- Ausencia de protocolos de contingencia aprobados ante quiebres tecnológicos.
- Aumento constante de filtraciones y fallas diversas en climatización, además de numerosas otras fallas de la infraestructura, que redundan en la postergación de procedimientos, atenciones y cirugías que se realizan en el recinto asistencial.

Todo lo anterior generando como consecuencia un incremento en el riesgo de infecciones intrahospitalarias, pérdida de procedimientos programados y aumento de reprogramaciones (15% de cirugías).

El Estado es responsable de hacer cumplir el contrato y cursar las multas que correspondan, que, a nuestro juicio, no se ha hecho cargo. Sólo gracias a una gran presión ejercida por la comunidad y los funcionarios ha abierto una ventana de oportunidad para modificar el contrato de concesión a fin de mejorar los términos de este; habiéndose identificado 14 puntos del contrato de concesión que requieren modificaciones para mejorar sustancialmente la operación hospitalaria.

La información respecto de estas modificaciones fue puesta en conocimiento del Ministerio de Salud en Octubre de 2024 y han transcurrido 8 meses sin consideración ninguna por parte de la autoridad de lo prioritario que es su pronunciamiento, pues su falta

de respuesta tiene paralizado cualquier avance en las soluciones de naturaleza contractual, lo que constituye una negligencia grave por parte de la máxima autoridad ministerial.

Igualmente, es importante destacar que la cantidad de camas con que se construyó el hospital ya son insuficientes para la demanda asistencial de la región. Es importante relevar que el centro oncológico de este hospital recibe pacientes tanto del Servicio de Salud Arica como del Servicio de Salud Tarapacá.

3. HOSPITAL CARLOS VAN BÜREN – VALPARAÍSO

Este recinto asistencial es uno de los más postergados del país y de la región dado que, mientras otros hospitales han sido repuestos por infraestructura de punta, el Hospital Carlos Van Büren tuvo más de 12 años sin avances reales en su proceso de normalización siendo que corresponde a un hospital base del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio y centro de referencia de la macro red de oncología y neurocirugía.

El desplome de la Central de Alimentación, cortes del suministro de agua potable en la torre médica, la imposibilidad de aumentar el número de camas dada la falta de espacios para expandirse, entre otros, han tensionado fuertemente a los profesionales y funcionarios que allí trabajan, así como a su cuerpo directivo. Hoy existe una luz de esperanza asociada al Informe de la Comisión de Búsqueda de Terreno que dibuja una ruta para su reposición a través de la adquisición de terrenos que se ubican frente a la Urgencia Infantil y una construcción por etapas similar a la experiencia del Hospital de Talcahuano.

A la crisis de infraestructura se ha adicionado una crisis financiera que llevó al cierre de 9 pabellones durante el año 2024 y un desabastecimiento de artículos médicos críticos para la atención de pacientes y cirugías. El término del pago automatizado, así como la fragmentación en pequeñas remesas de los recursos del subtítulo 22 han agravado una situación que de por sí era insostenible y que solo a través de la presión pública se ha logrado aliviar a través de la gestión de recursos que vienen a paliar la deuda de \$23 mil millones que posee el recinto asistencial.

Para dar un ejemplo, en el mes de Marzo de 2025 del total de camas del Servicio de Traumatología el 100% estaba ocupada por pacientes esperando una cirugía de urgencia, teniendo la persona que más llevaba esperando más de 120 días. Problemas similares se produjeron en otros servicios.

Es importante destacar que, a pesar de ser centro de referencia de radioterapia para la Región de Valparaíso y Coquimbo no se ha concretado el proyecto de un segundo acelerador de partículas para realizar este tratamiento después de varias licitaciones que han fracasado.

El Estado ha mantenido por más de una década abandonado al Hospital Carlos Van Büren y hoy debe ser puesto en el centro de la gestión ministerial para su reposición, lo que implica voluntad política y recursos para agilizar los procesos que actualmente se están desarrollando con este propósito. Igualmente, debe tenerse en vista las crisis que ha sufrido el Hospital en materia financiera para que se suplemente su presupuesto durante el

año 2025 para que de esta forma pueda saldar su deuda de arrastre y terminar adecuadamente el ejercicio presupuestario actual.

4. HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO – PUENTE ALTO

Se manifiesta una profunda preocupación por los pacientes que fueron mal egresados en el Complejo Hospitalario Dr. Sotero del Río. En el año 2023 fueron egresados más de 323.327 interconsultas de las cuales 250.543 se egresaron sin ninguna revisión aduciendo que ya se habían efectuado; 92.210 casos en los que el paciente no había asistido, 52.213 casos hubo error de digitación y 16.059 casos de duplicación 16.059. Por este motivo se sesionó en dicho establecimiento.

En dicha sesión se escucharon las exposiciones de la directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente y del actual director del Complejo Hospitalario Sotero del Río. En dicha instancia llamo profundamente la atención la ausencia de la autoridad municipales de Puente Alto. Lo anterior nos parece grave dado que hemos coincidido distintos actores en que la mejor herramienta para abordar la crisis de las Listas de Espera es el mejoramiento de la resolutivez de la Atención Primaria en Salud.

En las exposiciones de las autoridades sanitarias no se dio cuenta de los mecanismos de reingreso de los pacientes que habían sido egresados arbitrariamente.

También intervinieron distintos representantes del área de la salud.

Cabe destacar que este Hospital cuenta con una deuda de más de \$20 mil millones por incumplimiento de pagos a proveedores de insumos y pagos debido a que la Dirección de Presupuestos no efectúa en este caso el pago automático de las facturas lo que podría ayudar a resolver esta arista del problema.

Por otra parte, este complejo hospitalario se encuentra crónicamente colapsado por la sobredemanda, que se exacerba en periodos de urgencia sanitaria, y la baja planta profesional. Es necesario un proyecto de normalización de este recinto asistencial para mejorar la atención y optimizar el manejo de las Listas de Espera GES y No GES.

Finalmente es relevante señalar la urgente necesidad de optimizar la interoperabilidad de los sistemas de información que retrasa la administración de datos de entrada y salida del sistema de interconsultas.

5. HOSPITAL EL CARMEN – MAIPÚ

En el transcurso de la sesión que se realizó en este establecimiento de salud, quedó en evidencia que la situación de las listas de espera en este hospital presenta elementos de especial preocupación, tanto por sus dimensiones como por las condiciones estructurales que afectan su resolución efectiva. Si bien se expusieron cifras que reflejan una aparente disminución en los tiempos de espera, esta comisión ha estimado necesario subrayar que tales datos deben ser contextualizados adecuadamente y sometidos a una verificación rigurosa que permita distinguir entre reducciones reales por atención efectiva y aquellas que corresponden a depuraciones administrativas (como reprogramaciones,

fallecimientos, traslados fuera del sistema o derivaciones sin trazabilidad clara del tratamiento final).

A juicio de esta comisión, resulta ineludible mencionar que los problemas estructurales que afectan la gestión del Hospital El Carmen —como la reducción de 40 camas para adultos producto del denominado Proyecto de Clima, la falta de climatización adecuada en sectores clínicos, la precariedad del funcionamiento de unidades críticas como la UCI, y los sumarios pendientes por insumos vencidos o por fallas en la cadena de custodia de medicamentos— no pueden ser atribuidos exclusivamente a deficiencias heredadas. Si bien es cierto que muchos de estos problemas son de arrastre, su persistencia, agravamiento y la insuficiencia de medidas de mitigación bajo el gobierno actual sí constituyen elementos sujetos a legítima crítica y fiscalización.

En tal sentido, esta comisión constata que la gestión actual ha fallado en brindar garantías efectivas de continuidad asistencial, en garantizar una infraestructura acorde a la complejidad que exige la comuna de Maipú —una de las más populosas del país— y en adoptar una estrategia financiera y administrativa que permita sostener los avances logrados en 2024 más allá del mero esfuerzo del personal clínico. La ausencia de un plan de recuperación de camas cerradas, la falta de respaldo presupuestario específico para reforzar especialidades críticas, y la debilidad en la trazabilidad de resultados clínicos tras los anuncios de mejora, constituyen omisiones que esta comisión no puede dejar de advertir.

Es relevante indicar que es necesario que haya un Inspector Fiscal (IF) diferente para el Hospital El Carmen y el Hospital de La Florida, dado que en la actualidad lo comparten.

6. HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA – TEMUCO

Se evidenció que se consolidó un entramado de obligaciones incumplidas que derivaron en graves distorsiones de la Lista de Espera No GES, atribuyéndosele la responsabilidad principal al director del Servicio de Salud Araucanía Sur, Vladimir Yáñez Méndez, dentro de los que podemos evidenciar que se mantuvo registros locales incongruentes con el repositorio nacional SIGTE, permitiendo que más de 16.000 intervenciones y 1.300 consultas quedaran fuera del conteo oficial, contraviniendo lo dispuesto por el artículo 7 del Decreto N.º 34/2012 del MINSAL. Por su parte, el director del Hospital, no acreditó protocolos de priorización ni auditorías internas, infringiendo los principios de igualdad y transparencia consagrados en la Ley N.º 20 584 y en la circular MINSAL C37 2019, ante el trato preferencial para funcionarios y sus familias; lo que posibilitó que la espera promedio para este grupo descendió a 87 días frente a los 1.628 días del resto de los usuarios, lo que fue permitido por el director del Servicio de Salud ya mencionado.

Respecto a este último funcionario, su gestión deficiente también incluyó la omisión de planes de contingencia frente a la suspensión de 1.937 cirugías programadas en 2024 —segunda cifra nacional— debido a fallas reiteradas en la cadena de esterilización y carencia de pabellones operativos. Tal situación demuestra que la dirección hospitalaria

omitió implementar planes de contingencia y mantención, vulnerando el artículo 91 del Código Sanitario, mientras la Subsecretaría de Redes Asistenciales omitió priorizar recursos para infraestructura crítica en sus presupuestos sectoriales. Su gestión deficiente también llevó a la permanencia irregular de más de 250 trabajadores subcontratados, pese a los dictámenes de la Contraloría que exigen su internalización.

Asimismo, se ventiló en la comisión que más de 250 trabajadores subcontratados continúan sin vínculo estatutario, lo que contraviene la jurisprudencia de la Contraloría (dictámenes E27851 2023 y E921 2024) que exige la internalización de funciones permanentes. La responsabilidad administrativa recae en las direcciones de los hospitales de la región y, jerárquicamente, en el director del servicio; quienes no han regularizado las contrataciones pese a las observaciones formuladas desde el Ministerio de Salud.

El mismo director también incurrió en omisiones graves de supervisión, al no corregir discrepancias de hasta 9% entre los egresos clínicos informados por el Servicio y los validados por la Subsecretaría, lo que apunta a egresos administrativos realizados para disminuir artificialmente los tiempos de espera. La omisión de verificación por parte de los directivos transgrede los instructivos ministeriales N.º 18/2022 y N.º 06 2024 sobre depuración de listas. Además, quedó al descubierto una cultura institucional de opacidad, en la que varios directivos reconocieron temor a denunciar las falencias por posibles represalias, revelando un sistema desprovisto de mecanismos seguros de denuncia y transparencia, cuya instalación era deber ineludible de los exsubsecretarios Araos y Salgado, y del director del Servicio de Salud Araucanía Sur Vladimir Yáñez Méndez.

Por todo lo antes expuesto, y debido a la responsabilidad ineludible que le cabe al director del Servicio de Salud Araucanía Sur, don Vladimir Yáñez Méndez, es que se hace absolutamente necesario que S.E. el Presidente de la República solicite su renuncia al cargo que hoy ostenta y que ha evidenciado falencias sustanciales en la administración de salud de la región de La Araucanía.

En paralelo, el Hospital de Angol registró demoras extremas de hasta 2611 días entre la solicitud quirúrgica y su incorporación al sistema local, evidenciando la falta de supervisión de su director titular, quien incumplió la obligación de monitoreo mensual establecida en la Resolución Minsal 104 2020.

En materia de cáncer, de acuerdo con datos oficiales de FONASA obtenidos en el marco de la Ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública, las cifras arrojan el siguiente escenario al 28 de Febrero de 2025:

- Más de mil garantías de oportunidad retrasadas
- Más de 150 garantías de oportunidad retrasadas por cáncer cervicouterino, con 105 días de tiempo de espera promedio desde la sospecha hasta el diagnóstico. Es decir, más de tres meses de espera solo para confirmar el diagnóstico.
- Existen 10 mujeres fallecidas con diagnóstico de cáncer de mama y 2 mujeres por cáncer cervicouterino.

- 15 personas más asociadas a tratamientos paliativos o de dolor

El sistema de salud en la región está colapsado, llevando a un número total de personas fallecidas beneficiarias de FONASA con garantía de oportunidad incumplida no atendida que asciende a 127 personas; esto producto que una paciente puede esperar hasta 50 días entre un ciclo de quimioterapia y otro, cuando la práctica clínica internacional recomienda intervalos de 21 días.

También es importante destacar que, según la información de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Región de La Araucanía, luego de Santiago, reúne la Lista de Espera GES con mayor cantidad de personas. En el caso de la Región de La Araucanía, las cifras al corte del 30 de Septiembre de 2024 evidencian que 210.721 personas están en lista de espera de especialista con un tiempo promedio de espera de 512 días en el Servicio de Salud Araucanía Sur; mientras que 56.658 personas están en lista de espera de especialistas con un tiempo promedio de 337 días en el Servicio de Salud Araucanía Norte. En paralelo, se evidencian 22.758 personas en lista de espera de cirugía con un tiempo de espera promedio de 508 días en el Servicio de Salud Araucanía Sur; mientras que 4.423 personas están en lista de espera de cirugía con un tiempo de espera promedio de 225 días en el Servicio de Salud Araucanía Norte.

Cabe también destacar que en este recinto asistencial se generó una lista paralela de pacientes que se encuentran a la espera de cirugía, la cual no fue ingresada a la plataforma ministerial (SIGTE).

La comisión se reveló una cultura de opacidad: varios funcionarios reconocieron temor a reportar falencias por posibles represalias, lo que refuerza la responsabilidad política de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, pues bajo sus mandatos no se establecieron canales seguros de denuncia ni sistemas de incentivos para la transparencia en la gestión.

Finalmente, es necesario potenciar cuatro pabellones adicionales en Temuco y dos en Angol mediante un convenio de programación GORE/MINSAL 2025-2029.

7. HOSPITAL BASE SAN JOSÉ – OSORNO

A partir de las indagatorias de Contraloría General de la República, se constató que el entonces subdirector médico del Hospital Base San José de Osorno operó en tiempo récord a su hermana, quien, además, esperó tan solo dos días para su intervención quirúrgica, tenía domicilio en Rancagua, donde -incluso- se practicó los exámenes previos.

Ante los hechos descritos, el Servicio de Salud de Osorno confirmó el inicio de un sumario administrativo. Sin embargo, el cuestionado profesional continúa prestando servicios en otra área del mismo recinto, operando y participando de licitaciones, lo que no corresponde debido a las graves irregularidades relativas a posibles actos de tráfico de influencias y corrupción para favorecer a su hermana en el ejercicio del cargo que detentaba como subdirector.

Tales conductas ameritaban el cese inmediato de sus funciones, en atención a las demoras que implica un sumario administrativo cuya sustanciación, por lo demás,

habitualmente termina con una medida menos gravosa como una amonestación, la cual no es proporcional a la gravedad de las acciones que el entonces subdirector realizó para operar a su hermana en tiempo récord.

8. HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE

Es importante destacar que la infraestructura del Hospital Regional de Coyhaique limita el crecimiento de la oferta asistencial que, entre otros, incluye el espacio físico para Cirugía Mayor Ambulatorio (CMA). Se lleva más de 10 años esperando, desde su primer RS, el proyecto de inversión para su reposición.

En paralelo, se destaca la falta de avance del Tomógrafo Axial Computarizado (TAC) para el Hospital de Puerto Aysén y el aumento de complejidad de dicho recinto asistencial de baja a mediana, que debe incluir idóneamente un policlínico de cardiología

Si bien existe una alta densidad de médicos especialistas en la región (23,7 cada 10.000 beneficiarios de FONASA, la más alta de todo Chile), su tremenda extensión de 108.494 m² incide en las dificultades de acceso dado que se tienen que gastar muchos millones en traslados médicos aéreos.

K. ANEXOS DE LAS CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES

ANEXO 1. HALLAZGOS PRINCIPALES DE CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD AUDITADO

Hospital San Martín de Quillota (Informe Final N° 449/2022)

1. Se registraron egresos de la Lista de Espera No GES por fallecimiento, antes de la defunción. Además, en 14 casos no habían fallecido (Procedimiento disciplinario en el servicio).
2. De los 30.722 casos pendientes al 31 de diciembre de 2021, 12.348 casos (40,19%) llevan entre 2 y 5 años en lista de espera. A su vez, 17.135 casos (55,77%), llevan entre 1 y 23 meses y sólo 1.239 (4,03%), tienen menos de 1 mes en ese listado, lo que no se ajusta a los principios de eficiencia y control.
3. El tiempo entre el ingreso y la salida de la lista de espera por causales médicas, administrativas o fallecimiento, en algunos casos superó los tres años.
4. Se advirtieron 338 casos correspondientes a 301 personas, que fueron egresados de la Lista de Espera No GES por causal de fallecimiento, con una fecha que es posterior (entre 1 a 1756 días corridos), al respectivo deceso.

Hospital San Juan de Dios Los Andes (Informe Final N° 440/2022)

1. Se egresaron pacientes de la lista de espera por causal de fallecimiento, antes de la defunción y en 9 casos no habían fallecido (Procedimiento disciplinario en el servicio).
2. Hay 25 casos de egreso de lista de espera por causal N° 8 “Inasistencia”, sin que conste inasistencia a 2 citaciones, pues el S.S.Aconcagua instruyó el egreso con sólo 1 inasistencia, es decir, sin cumplir con los requisitos y, por ende, no recibieron la prestación.
3. El tiempo transcurrido entre el ingreso y salida de la lista de espera fluctuó de 0 a 2.656 días en aquellos egresados por causal médica; de 0 a 4.481 días en egresados por causal administrativa; y más de 365 días en declarar la causal de no pertinencia a solicitudes de interconsultas.

4. Se constató 186 casos correspondiente a 170 personas que fueron egresados, de la Lista No GES por Fallecimiento, con una demora de hasta 3 años desde su deceso.
5. Se detectaron 97 casos en que se registró el egreso de la Lista de Espera No GES, con una fecha posterior a la defunción del paciente y registrando en el campo causal de salida un código distinto del Fallecimiento.

Hospital Carlos Van Bühren – Valparaíso (Informe Final N° 84/2023)

1. Hay 33.053 casos pendientes al 31/03/2022 en Lista de Espera No GES desde 1 mes a 4 años.
2. El tiempo entre ingreso y salida de la Lista de Espera No GES, al 31/12/2021, fue entre 0 y 5.284 días por causales médicas; entre 0 y 4.678 días por administrativas; entre 0 y 2.395 días, por fallecimiento; y más de 365 días, por no pertinencia.
3. Se advirtieron médicos no inscritos en el registro de prestadores individuales de salud de la Superintendencia y/o sin registro en SIAPER.
4. Se comprobaron reclamos por Lista de Espera, con demoras de respuesta de hasta 277 días.
5. Se detectaron egresos de lista de espera sin respaldo suficiente en su ficha clínica; además, 9 personas egresadas por las causales de “Atención por telemedicina” y “Atención por Hospital Digital”, pese a que tales causales no aplican en ese hospital.
6. Se advirtió 17.971 casos abiertos y pendientes de ingreso en la Lista de Espera No GES; y 7.105 casos egresados por la causal “Atención Realizada”, que no fueron registrados en tal lista de espera de la plataforma SIGTE (505 de estos casos son números de RUT inválidos y asociados a la atención de extranjeros).

Subsecretaría de Salud Pública (Informe Final N° 733/2023)

1. En algunos establecimientos de la red, se verificó que solo para diciembre de 2021, 22.334 casos se encontraban en la lista de espera No GES, sin haber sido ingresados en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera, SIGTE, quedando fuera de los registros a nivel nacional (Procedimiento disciplinario en el servicio).
2. Falta de oportunidad en la resolución, dado que para la lista de pacientes GES, al 31 de diciembre de 2021, existían 54.333 garantías retrasadas. En tanto, para la lista No GES, a esa misma data, existían 2.288.177 casos en espera.
3. Al dictar el decreto N° 72, de 2022, el SIGGES no disponía de los campos necesarios para el registro de las recientes patologías garantizadas incorporadas en el nuevo decreto, así como ciertos cambios en las condiciones de otras patologías vigentes.
4. De la validación efectuada a los pabellones de la red asistencial, se constató que algunos no se encontraban aptos para efectuar el trabajo quirúrgico y tampoco contaban con las condiciones mínimas para su funcionamiento (Procedimiento disciplinario en el servicio).
5. Demora en el inicio de las cirugías programadas (entre 10 minutos y 2,5 horas) respecto de lo planificado (Procedimiento disciplinario servicio).

Hospital Regional de Antofagasta (Informe INVE N° 400/2024)

1. Se determinó que 12.537 registros del repositorio regional de lista de espera (RRLE), no se encontraban ingresados en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), quedando estos, fuera de los registros a nivel regional.
2. Se verificó la existencia de 19 egresos de la lista de espera bajo la causal N° 1 “atención realizada”, que no cuentan con antecedentes donde conste la atención prestada al paciente.
3. Se evidenció la existencia de 2 egresos bajo la causal N° 9 “fallecimiento”, cuyos pacientes, según lo verificado en el Servicio de Registro Civil e Identificación y confirmado también por el recinto hospitalario, no estaban fallecidos.
4. Todas las observaciones deberán ser incluidas en procedimiento disciplinario iniciado previamente por el Servicio de Salud Antofagasta, el cual informo mediante resolución exenta N°1.939 de 28 de mayo de 2024.

Hospital de Ovalle (Informe Final N° 555/2024)

1. Se detectaron 16 intervenciones quirúrgicas a un familiar o funcionario de ese hospital en la misma fecha en que, por causas propias del hospital-administrativas, equipo quirúrgico o unidad de apoyo clínico- se suspendió la prestación a pacientes registrados en la lista de espera (Procedimiento disciplinario en el servicio).

2. Se constató que el tiempo de espera en la intervención quirúrgica a pacientes funcionarios de ese recinto o a familiares de éstos, fue menor al resto de pacientes en la lista de espera No GES, (Procedimiento disciplinario servicio).
3. Se identificó a 22 facultativos que efectuaron atenciones vinculadas a Lista de Espera No Ges, inscritos en el registro de prestadores individuales de salud pero que no registran especialidad o subespecialidad respectiva, o alguna autorización temporal, en caso de corresponder.
4. De un total de 340 cirugías suspendidas, 108 (32%) lo fueron por causas no atribuibles al paciente.
5. Se evidenció 582 registros que no se encuentran incluidos en la base de datos SIGTE.

Hospital Dr. Gustavo Fricke – Viña del Mar (Informe INVE N° 465/2024)

1. Se constató que en 6 casos de egresos invocando la causal N° 11 de “Contacto no corresponde”, no se advirtió el registro en el sistema informático del hospital de los 3 llamados telefónicos que establece el manual respectivo. (Procedimiento disciplinario servicio).
2. Para un paciente egresado bajo la causal N° 14 de “No pertinencia”, no consta la existencia de una evaluación efectuada por algún médico u odontólogo contralor (Procedimiento disciplinario servicio).
3. Se constató que en la Base de Dato Local existen 16.267 casos egresados de la lista de espera No GES, que no figuran como egresados en la Base de Dato SIGTE.

Hospital Carlos Van Büren – Valparaíso (Informe INVE N° 399/2024)

1. Se advirtieron errores en los registros mantenidos por ese hospital, por cuanto mantiene en la base de datos del sistema local, 5.348 casos ingresados en la lista de espera No GES que no han sido ingresados en el SIGTE, mientras que, el SIGTE registra 995 casos de ingresos en la lista de espera No GES que no están en la base del sistema local.
2. Respecto de los egresos en la lista de espera No GES, la base del sistema local contempla 8.665 casos que no están registrados en SIGTE, y existen 173 casos de egresos registrados en SIGTE no contenidos en la base local.
3. Se identificaron 154 casos duplicados registrados en SIGTE, al considerar entre otros, los campos de ID Local, RUN, prestación, fecha de entrada y salida.

Hospital Clínico San Borja – R.M. (Informe Final N° 835/2024)

1. Debilidades en la base de datos “ORDEN” (sistema para la gestión de establecimientos hospitalarios), en relación con: 517 registros de prestaciones sin individualización de los profesionales a cargo de las cirugías, registros sin identificación de previsión, intervenciones sin registro del pabellón utilizado y registros sin número de ficha clínica; falta de formalización de perfiles de cargos; demora en la dictación de actos administrativos, entre otras.
2. Sobre las intervenciones quirúrgicas se determinó: falta de evidencia sobre su priorización, intervenciones a funcionarios del establecimiento (104) y a parientes personal del hospital (133); intervenciones a funcionarios o sus parientes con tiempos de espera de 5 días o menos, pese que en la lista de espera abierta del SIGTE, al 31 de marzo de 2024, existían casos pendientes de resolver, con el mismo código de prestación, de hasta 1.985 días (Procedimiento disciplinario servicio).
3. En cuanto a intervenciones suspendidas: 320 no estaban registradas en el sistema de pabellón, impidiendo acreditar su realización, y 704 de ellas (60,33%) se registraban suspendidas por causas no atribuibles a los pacientes (Procedimiento disciplinario servicio).

Hospital Padre Hurtado – R.M. (Informe Final N° 907/2024)

1. Sobre las intervenciones quirúrgicas se determinó: 53 intervenciones a funcionarios del recinto y 182 a parientes del personal del hospital; y otras realizadas a funcionarios o sus parientes con tiempos de espera de 5 días o menos, pese a que en la lista de espera abierta del SIGTE, al 31 de marzo de 2024, existían casos pendientes de resolver, con el mismo código de prestación, de hasta 1.881 días (Procedimiento disciplinario en el servicio).
2. Comparando los registros de pacientes ingresados al Sistema Hospitalario del recinto para la lista de espera No GES de intervenciones, con la base de datos extraída desde el SIGTE, se constató que 2.523 casos no se encontraban en esta última plataforma electrónica (Procedimiento disciplinario en el servicio).

3. En base a este registro el MINSAL emitió un reporte sobre listas espera al Congreso Nacional, omitiendo 99 registros que si se encontraban en el SIGTE. Además, se identificaron 433 casos registros informados por el MINSAL que no estaban en la base de datos extraída del SIGTE (Procedimiento disciplinario en el servicio).
4. Respecto de 20 pacientes egresados de Lista de Espera por causal N° 8 "Inasistencia", indicaron que no tuvieron más de una inasistencia a las citaciones relacionadas con la cirugía consultada. De la revisión de los antecedentes del HPH, si bien se indica las fechas de inasistencias de tales pacientes, no acompañó antecedentes que demuestren haber contactado a los pacientes, por teléfono o carta certificada (Procedimiento disciplinario servicio).

Hospital de La Florida (Informe Final N° 724/2024)

1. En relación con las intervenciones quirúrgicas se determinó: la realización de intervenciones quirúrgicas a funcionarios del establecimiento asistencial (159) y a pacientes con vínculo de parentesco con el personal del hospital (345) (Procedimiento disciplinario servicio).
2. De un total de 1.137 cirugías, 710 de ellas equivalentes al 62,4%, se registran suspendidas por causas no atribuibles a los pacientes, tales como prolongación de tabla quirúrgica, disponibilidad de personal del equipo quirúrgico y otros. Asimismo, respecto de estas se verificó que 144 de ellas no fueron resueltas al 31 de marzo de 2024, corroborándose, en algunos de los casos, esperas en la atención de cirugías que se prolongan desde 61 y hasta 452 días a la fecha de corte del período examinado (Procedimiento disciplinario servicio).

Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (Informe INVE N° 471/2024)

1. Se constató que 4.978 casos no se encuentran cargados en el sistema SIGTE (4.412 corresponden a CNE y 566 a IQ) sin que hayan gestiones para regularizarlo. (Procedimiento disciplinario en el servicio).
2. Se advirtió 12.149 egresos de listas de espera registrados en el sistema local pero no en SIGTE (11.115 son CNE y 1.034 son de IQ).
3. El 20/06/23, la Unidad de Gestión de Demanda envió al CASR un archivo con 31.233 casos de prestaciones clasificadas como GES para su verificación. Sin embargo, al 05/07/24, solo se habían revisado 12.278 casos, quedando pendientes 19.797. El Director (S) informó que, al 19/08/24, quedaban 10.942 casos sin revisar. Ello aumenta el riesgo de incumplimiento de la Ley de Garantías en Salud (Procedimiento disciplinario en el servicio).
4. Se detectó que en el sistema local del CASR, 39.082 casos egresados por "Atención realizada" no cuentan con evidencia que respalde la atención, aunque están registrados como atendidos (Procedimiento disciplinario servicio).
5. 49.539 interconsultas fueron egresadas del sistema local por "Inasistencia del paciente", sin cumplir los requisitos de la Norma Técnica N° 118 sobre Registro de las Listas de Espera. El CASR explicó que fue un error informático. Tras revisar la situación, indicó que 743 prestaciones fueron realizadas, 15.989 fueron egresadas administrativamente, 3.007 permanecen pendientes y 29.800 están en revisión, pero no presentó evidencia de ello (Procedimiento disciplinario en el servicio).
6. Se comprobó que, para egresar 35.897 prestaciones médicas por la causal "No pertinencia", el CASR tardó entre 146 y 6.737 días corridos en realizar dichos egresos administrativos, según los datos extraídos del sistema local SGD (Procedimiento disciplinario servicio).

Hospital San Borja Arriarán (Informe INVE N° 492/2024)

1. Se verificó que la plataforma informática SIGTE, administrada por la SUBREDES no registra 108 casos de la lista de espera de consulta nueva especialidad (CNE) que sí están incluidos en los registros manuales del Hospital (Procedimiento disciplinario en el servicio).
2. Se identificaron 535 casos, que, si bien se encuentran registrados en el SIGTE, no estaban en la nómina de solicitudes manuales ni en el listado de casos de solicitudes de intervenciones quirúrgicas (IQ) extraída desde el sistema informático FLORENCE/SINA. (Procedimiento disciplinario en el servicio)
3. Se determinó que 1.686 y 1.504 registros de pacientes asociados a las listas de espera de CNE como de IQ, respectivamente, no se encuentran incorporados al SIGTE por errores al momento de su ingreso (Procedimiento disciplinario en el servicio).

Complejo Hospitalario San José (Informe INVE N° 495/2024)

1. El sistema informático interno del CHSJ tiene limitaciones en la interoperabilidad de los módulos de gestión de pacientes y registro clínico, debido a que solo el Módulo de Referencia y Contrareferencia -utilizado para la tramitación de las prestaciones de la lista de espera No GES- se conecta a toda la red del área norte, lo que dificulta el procesamiento de la información, su adecuado control y seguimiento de las patologías diagnosticadas o de sus respectivos tratamientos.
2. Se determinó que 3 pacientes egresados por la causal 11 “Contacto no corresponde”, no fueron contactados por el hospital, ni les llegó una carta certificada por parte de dicho complejo, encontrándose a la espera del llamado para su atención (Procedimiento disciplinario servicio).

CRS Hospital Provincial Cordillera (Informe INVE N° 470/2024)

1. Diferencias entre la información de los sistemas locales del recinto y los datos en SIGTE. (Procedimiento disciplinario en el servicio) por:
 - casos no incorporados en SIGTE -sin constar gestiones del recinto para incluirlos-. De ellos, 2.516 son consultas por nueva especialidad (CNE) y 95 intervenciones quirúrgicas (IQ).
 - 16.686 registros de pacientes egresados en los sistemas locales que no se están en SIGTE -sin que se hayan advertido gestiones del centro asistencial para ingresarlos a éste-.
 - 2.509 registros asociados a las listas de espera no se están en SIGTE por errores al momento de intentar ingresarlos, sin que consten gestiones para subsanarlo.
2. Durante el año 2021 el CRS HPC realizó egresos masivos de sus sistemas locales en relación con la lista de espera de controles, tanto médicos como no médicos, por un total de 97.887 registros, que correspondían a pacientes pendientes de atención de los años 2017 al 2019, sin antecedentes de dichos egresos (Procedimiento disciplinario en el servicio).
3. De la revisión de los registros con los pacientes egresados desde SGD, se observó 128 casos de CNE, que fueron egresados con la causal de salida denominada N° 88, la cual no se encuentra contemplada en la normativa que rige la materia (Procedimiento disciplinario en el servicio).

Hospital Barros Luco Trudeau (Informe INVE N° 477/2024)

1. Se determinaron diferencias entre la información emanada de los sistemas locales del recinto hospitalario respecto de los datos consignados en el SIGTE:
 - prestaciones egresadas relacionadas con Consultas Nueva Especialidad, CNE, no se encuentran en el SIGTE.
 - 318 casos que fueron ingresados al sistema informático local, no se encuentran informados en SIGTE.
 - Otras 15.354 prestaciones, no se encuentran incorporados al SIGTE.
 - 159 casos se encuentran cargados en el SIGTE, no se encuentran incorporados en el sistema TRAKCARE (Procedimiento disciplinario en el servicio).
2. Sobre debilidades y riesgos en relación con los sistemas locales:

Los registros de la Lista de Espera No GES en TRAKCARE son traspasados en forma manual al SIGTE, pues carecen de integración e interoperabilidad, realizándose a través de planillas Excel. En la base de datos del sistema informático local existen 11.820 registros, de los cuales 11.654 están asociados a CNE y 166 a IQ, que corresponden a prestaciones no relacionadas con dichas clasificaciones (Procedimiento disciplinario en el servicio).

Hospital Dr. Franco Ravera O'Higgins (Informe INVE N° 377/2024)

1. Se comprobó que existen inconsistencias en los registros utilizados para procesar y almacenar los datos de los usuarios de Listas de Esperas No Ges, del total de 75.799 registros en la plataforma local del sistema de redes asistenciales (Fonendo), solo se pudieron identificar en SIGTE 33.003, de ellos, y de 119.070 registros en SIGTE, se pudieron identificar en Fonendo 33.096 de ellos.
2. Se detectó un error en la causal de salida de un paciente del hospital, la cual fue registrada por causal N°7, Recuperación Espontánea, en circunstancias que la documentación tenida a la vista da cuenta que la persona recibió la atención médica acorde a su diagnóstico.

Hospital Regional de Talca (Informe Final N° 649/2024)

1. Se verificaron 10 situaciones en que funcionarios (grado 1 al 7) y 111 situaciones en que funcionarios (grado 8 al 24) del HRT y sus familiares directos, fueron intervenidos quirúrgicamente en tiempos de espera inferiores al promedio por especialidad que registra ese recinto, en comparación con otros pacientes que aparecen en la lista de espera No GES (Procedimiento disciplinario servicio).
2. Se egresó a pacientes de la Lista de Espera No GES, cuyos RUN no fueron identificados en los registros del Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel). En efecto, 93 pacientes que demandaron 98 prestaciones fueron egresados de la Lista de Espera, detectándose que 90 de ellos no existen; 2 corresponden a RUN incorrectos; y uno obedece a una persona distinta a la atendida (Procedimiento disciplinario servicio).
3. Analizada la base de datos de suspensiones de intervenciones quirúrgicas programadas, y la base de cirugías realizadas a pacientes en lista de espera No GES, se advirtió que, durante el período auditado, una vez reprogramadas, se realizaron 119 intervenciones quirúrgicas a familiares de funcionarios del hospital, cuyo plazo de espera fue menor al promedio (Procedimiento disciplinario servicio).
4. Se identificaron un total de 263 casos en los que el paciente intervenido tuvo un tiempo de espera menor a 100 días y que además se encontraba vinculada por parentesco con personas funcionarias del hospital (Procedimiento disciplinario servicio).

Hospital Regional de Talca (Informe INVE N° 439/2024)

1. Se verificó que el HRT utiliza el SISMAULE para administrar las listas de espera y no el SIGTE (Procedimiento disciplinario servicio).
2. Se detectaron 107.570 registros que contiene el SISMAULE, 34.986 no tenían correspondencia en SIGTE. Asimismo, el SIGTE identifica 2.709 registros sin concurrencia en SISMAULE (Procedimiento disciplinario servicio).
3. Se constató que 1.085 pacientes que demandaron 1.507 prestaciones fueron egresados de la Lista de Espera, sin que sus RUN figuraran en los registros del Servicio de Registro Civil e Identificación (Procedimiento disciplinario servicio).
4. Se detectaron 56 pacientes fallecidos registrados en 58 atenciones médicas de consultas nuevas de especialidad e intervenciones quirúrgicas, las que fueron anotadas como realizadas en fechas posteriores al deceso (Procedimiento disciplinario servicio).

Hospital de Angol (Informe Final N° 554/2024)

1. Se comprobó que, entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2023, se realizaron un total de 3.324 cirugías de las cuales en 359 cirugías -equivalente a un 10,8% de las cirugías realizadas- practicadas a pacientes que son funcionarios del Servicio de Salud Araucanía Norte y su red hospitalaria, o a personas vinculadas por parentesco a ellos, tuvieron menor tiempo de espera para ingresar a pabellón que el promedio general por especialidad (Procedimiento disciplinario servicio).

Hospital Dr. Hernán Henríquez La Araucanía (Informe Final N° 428/2024)

1. Incumplimiento de las normas ministeriales sobre el ingreso de los pacientes a la lista de espera No GES contenida en SIGTE, pues desde octubre del año 2022 el servicio generó una lista paralela de pacientes que se encuentran a la espera de una intervención quirúrgica, la cual no fue ingresada a la referida plataforma ministerial.
2. Dicha lista se ha ido incrementado significativamente cada año, partiendo desde el 31 de diciembre de 2022 en 953 casos, lo que representaba un 10,51% y llegando al 31 de marzo de 2024 a 3.852 casos, lo que representa un 32,46% del total de pacientes.
3. Incongruencias en las causales de egreso de los pacientes en la lista de espera No GES, quienes por error fueron egresados de la lista de espera en circunstancias que no correspondía.
4. Diferencias entre los registros del sistema local - [www.ssasur .cl](http://www.ssasur.cl)- y el SIGTE, los que, por la causal “nueva especialidad”, se pudo evidenciar que de un total de 21.913 registros contenidos en el sistema local, 20.603 fueron ingresados al SIGTE y 1.310 no fueron ingresados, lo que representa un 5,98%. En cambio, por la causal “intervenciones quirúrgicas”, en donde el universo en la plataforma local asciende a 20.262 casos, de los cuales solamente 3.617 registros fueron ingresados al SIGTE y 16.645 casos se encuentran pendientes de ingresar, lo que equivale a un 82,15%.

Hospital Base San José de Osorno – Los Lagos (Informe Final N° 387/2024)

1. El Subdirector Médico del servicio, intervino quirúrgicamente a su hermana, la que estuvo 2 días en lista de espera, en circunstancia que el promedio de espera de esa patología es de 330 días. Además, sus exámenes preoperatorios fueron realizados en Rancagua, ciudad donde registra su domicilio (Procedimiento disciplinario CGR).
2. El recinto asistencial realizó intervenciones quirúrgicas a personas funcionarias de dicho recinto asistencial, así como a su red familiar, en plazos inferiores al promedio de la especialidad respectiva, sin que se adviertan las razones fundadas que justifiquen una resolución quirúrgica más rápida (Procedimiento disciplinario CGR).
3. El servicio licitó las intervenciones quirúrgicas de colecistectomías y hernias, para pacientes GES y NO GES, verificándose que el Subdirector Médico autorizó la modificación del equipo médico y no médico ofertado por la empresa proveedora, pese a que dicho profesional se encontraba en la nómina de cirujanos ofertados en el proceso de licitación respectivo (Se remitió al Ministerio Público).
4. Se suspendieron 273 cirugías programadas de un total de 568, equivalentes al 48,06%, las cuales corresponderían a causas no atribuibles al paciente, tales como: prolongación de tabla, instrumental y/o material con falla de esterilización, error de programación, falta y/o disponibilidad de cirujano, entre otros elementos que son necesarios para la realización de cirugías.

Hospital de Ancud – Los Lagos (Informe Final N° 396/2024)

1. Se comprobó que 167 cirugías practicadas a pacientes vinculados por parentesco con personas funcionarias del Hospital de Ancud, tuvieron un menor tiempo de espera para ingresar a pabellón que el promedio general por especialidad, sin que se advierta alguna circunstancia que justifique estas situaciones (Procedimiento disciplinario CGR).
2. Se constató que 2 profesionales de la salud de la dotación 2023 del Hospital de Ancud, no se encontraban inscritos en el Registro Nacional de Prestadores de Salud y no poseían autorización por parte de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de Los Lagos para desempeñar funciones en dicho recinto asistencial el año 2023 (Procedimiento disciplinario servicio).
3. Un paciente en situación previsional “bloqueado” fue intervenido quirúrgicamente, en circunstancias que su condición de previsión de salud, en dicha oportunidad es “particular” no siendo beneficiario de FONASA (Procedimiento disciplinario servicio).
4. Del análisis de las intervenciones quirúrgicas programadas y suspendidas, se constató que, de 1.972 cirugías, 153 fueron suspendidas (7,76%), de las cuales un 63,40% corresponden a causas institucionales o administrativas, o de recursos humanos o físicos según la clasificación establecida en el Manual de "Solicitud de Pabellón Quirúrgico y Elaboración de Tabla Operatoria".

Hospital de Puerto Montt – Los Lagos (Informe Final N° 405/2024)

1. Se ratificó que 2 profesionales de la salud que registraron haber realizado intervenciones quirúrgicas el año 2023, no se encontraban inscritos en el Registro Nacional de Prestadores de Salud.
2. El Hospital de Puerto Montt suspendió 664 cirugías en el año 2023, de las cuales 472 se atribuyen a faltas u omisiones de responsabilidad de ese recinto asistencial, lo que alcanza un 71% de las suspensiones, entre las causas señaladas se encuentran: Prolongación de Tabla, Instrumental y/o Material con falla de esterilización, Error de Programación, entre otros.
3. Se verificó que 31 pacientes con patologías GES, estaban incluidos en lista de espera No GES, lo que contraviene lo indicado en los numerales 3.1 y 4.4.1 sobre lista de espera de la Norma Técnica N°118.

ANEXO 2. SUSPENSIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DURANTE 2024

SERVICIO DE SALUD	CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	CIRUGÍAS PROGRAMADAS	% DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS
Arica	406	7.369	5,51%
Tarapacá	374	7.033	5,32%
Antofagasta	641	11.279	5,68%
Atacama	434	8.019	5,41%
Coquimbo	1.793	24.875	7,21%
Viña del Mar – Quillota	1.453	23.316	6,23%
Valparaíso – San Antonio	806	12.558	6,42%
Aconcagua	474	10.056	4,71%
Metropolitano Norte	1.386	14.020	9,89%
Metropolitano Occidente	1.935	29.863	6,48%
Metropolitano Central	1.405	20.321	6,91%
Metropolitano Oriente	1.456	22.939	6,35%
Metropolitano Sur	1.660	27.201	6,10%
Metropolitano Sur Oriente	3.396	34.184	9,93%
O’Higgins	1.562	21.520	7,26%
Maule	1.754	36.619	4,79%
Ñuble	713	12.528	5,69%
Concepción	1.484	17.964	8,26%
Talcahuano	765	11.103	6,89%
Biobío	1.238	14.122	8,77%
Arauco	385	3.877	9,93%
Araucanía Norte	536	9.132	5,87%
Araucanía Sur	2.054	31.186	6,59%
Los Ríos	909	10.313	8,81%
Osorno	510	6.665	7,65%
Del Reloncaví	475	4.138	11,48%
Chiloé	253	3.548	7,13%
Aysén	297	4.262	6,97%
Magallanes	392	6.363	6,16%
TOTAL	30.946	446.372	6,93%

ANEXO 3. SISTEMAS INFORMÁTICOS POR SERVICIO DE SALUD Y POR NIVEL

SERVICIO DE SALUD	NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
Arica	Desarrollo Local	AVIS
Tarapacá	Desarrollo Local	Rayen Salud
Antofagasta	Desarrollo Local	Rayen Salud
Atacama	Desarrollo Local Rayen Salud Intersystems	Rayen Salud
Coquimbo	Desarrollo Local Intersystems	AVIS Rayen Salud
Viña del Mar – Quillota	Intersystems	Rayen Salud AVIS Intersystems
Valparaíso – San Antonio	Sistema Expertos	AVIS
Aconcagua	Desarrollo Local	Rayen Salud
Metropolitano Norte	Desarrollo Local	Desarrollo Local Rayen Salud
Metropolitano Occidente	Intersystems Sistema Expertos	Rayen Salud
Metropolitano Central	Rayen Salud	Rayen Salud
Metropolitano Oriente	Intersystems Desarrollo Local	Rayen Salud
Metropolitano Sur	Intersystems	Rayen Salud
Metropolitano Sur Oriente	Desarrollo Local Rayen Salud	Rayen Salud AVIS OMI
O’Higgins	Desarrollo Local	Desarrollo Local Rayen Salud AVIS
Del Maule	Desarrollo Local	Desarrollo Local
Ñuble	Desarrollo Local Sistema Expertos	Rayen Salud
Concepción	Desarrollo Local	Desarrollo Local AVIS
Talcahuano	Intersystems	Intersystems
Bio Bio	Desarrollo Local	Desarrollo Local
Arauco	Rayen Salud	Rayen Salud
Araucanía Norte	Desarrollo Local	Desarrollo Local
Araucanía Sur	Desarrollo Local	Desarrollo Local Rayen Salud
Valdivia	Desarrollo Local	Desarrollo Local Rayen Salud
Osorno	Desarrollo Local Rayen Salud	Rayen Salud
Del Reloncaví	Desarrollo Local Sistema Expertos	Rayen Salud
Chiloé	Intersystems	Rayen Salud
Aysén	Rayen Salud	Desarrollo Local Rayen Salud
Magallanes	Desarrollo Local Rayen Salud	Rayen Salud

ANEXO 4. DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS GENERALES Y MÉDICOS ESPECIALISTAS POR REGIÓN

	Médicos Generales	Densidad por 10.000 beneficiarios FONASA	Médicos Especialistas	Densidad por 10.000 beneficiarios FONASA
Arica y Parinacota	163	9,7	180	8,4
Tarapacá	278	11,5	244	7,3
Antofagasta	385	11,0	385	7,6
Atacama	216	10,7	207	7,9
Coquimbo	447	12,0	582	9,3
Valparaíso	989	11,2	1.404	10,4
Metropolitana	2.331	9,7	5.607	13,2
O'Higgins	474	10,8	463	6,4
Maule	533	10,8	774	8,2
Ñuble	358	12,5	395	9,4
Biobío	982	11,9	1.634	13,6
Araucanía	756	13,2	1.067	12,3
Los Ríos	269	11,8	380	12,2
Los Lagos	761	14,4	854	11,6
Aysén	194	29,5	205	23,7
Magallanes	120	16,3	253	17,7



ANEXO 5. TABLA DE ESPECIALISTAS QUE RENUNCIARON AL PERÍODO ASISTENCIAL OBLIGATORIO ENTRE 2022 Y 2024

SERVICIO DE SALUD	NOMBRE	ESPECIALIDAD	AÑO	DEUDA (UF)	ESTADO
Arica	Patricio Cabrales Ferrer	Medicina Interna	2022	7.702	En proceso
Atacama	Gabriela Miranda Pinto	Anatomía Patológica	2022	7.070	En proceso
Coquimbo	María Verdugo Santander	Neurología Adultos	2024	6.695	No iniciado
Valparaíso – San Antonio	Nelson Meza Ayala	Anestesiología y Reanimación	2023	6.456	En proceso
	Nicolás Obando Martínez	Oncología Médica	2022	S/I	En proceso
	Camila Fuentes Garcés	Imagenología	2024	6.448	No iniciado
Aconcagua	Andrea Maluenda Ortiz	Obstetricia y Ginecología	2023	5.783	En proceso
Metropolitano Sur	Benjamín Fernández Mac Iver	Obstetricia y Ginecología	2023	5.648	En proceso
	Juan Jordan Díaz	Anestesiología y Reanimación	2022	6.906	En proceso
	Carolina Bustos Pérez	Psiquiatría Adultos	2024	6.171	En proceso
	Luis García Zambrano	Medicina de Urgencia	2022	6.702	En proceso
	Jorge Moreno Montoya	Cirugía Oncológica de Mama	2024	5.683	No iniciado
	Juan Zabaleta Orozco	Psiquiatría Adultos	2022	4.773	En proceso
Metropolitano Sur-Oriente	María González Torres	Neurología Pediátrica	2024	7.129	No iniciado
Metropolitano Oriente	Víctor Vergara Araya	Medicina de Urgencia	2024	6.914	No iniciado
	Jorge Dahdal Sanchis	Medicina Interna	2024	592	Pagado
	María Astete Ríos	Oftalmología	2024	5.654	No iniciado
Metropolitano Norte	Daniela Valle Siede	Psiquiatría Adultos	2024	2.952	No iniciado
Metropolitano Occidente	María Peña Manubens	Endocrinología Pediátrica	2024	9.000	En proceso
	Gilda Muller Santana	Pediatría	2023	5.200	En proceso
	Renatta de Grazia Kunstmann	Dermatología	2022	5.647	No iniciado
	Pía Herrera González	Pediatría	2022	9.000	En proceso
	María Traipe Páez	Dermatología	2022	5.626	En proceso
O'Higgins	Javier Contador González	Dermatología	2023	6.934	No iniciado
	Martín Rivas Ibarra	Cirugía General	2023	6.440	No iniciado
	Hernando Acosta Cárdenas	Obstetricia y Ginecología	2023	5.400	No iniciado

	Miguel Bonilla Figueredo	Medicina Interna	2022	7.070	No iniciado
Maule	Rodrigo Anacona Cocio	Cirugía General	2024	6.500	No iniciado
	Cristian Orellana González	Imagenología	2024	6.132	No iniciado
	Nicolás Yáñez Benavides	Oncología Médica	2022	12.703	En proceso
	Gonzalo Molina Guzmán	Medina de Urgencia	2022	7.758	No iniciado
	Pablo Mardones González	Medicina Familiar	2022	7.210	No iniciado
	Camila Martínez Sanguesa	Oftalmología	2024	6.864	No iniciado
Concepción	Javier Godoy Zandbergen	Neurología Pediátrica	2022	6.440	En proceso
Talcahuano	Claudio Velásquez Silva	Cardiología Adulto	2022	13.603	En proceso
Araucanía Sur	Ximena Vargas Agurto	Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial	2024	1.000	En proceso
Valdivia	Pablo Gayoso Vio	Anestesiología y Reanimación	2023	8.016	En proceso
Osorno	Sergio Aguayo Bastías	Medicina Interna	2024	4.100	No iniciado
	Cristian Sandoval Verges	Gastroenterología	20224	6.597	No iniciado
Del Reloncaví	Rogelio Elgueta Noy	Obstetricia y Ginecología	2022	6.287	En proceso
Magallanes	Diego Orlandí Ballesteros	Dermatología	2023	6.439	Concluida



VII. ENVÍO DE COPIA DEL INFORME.

La Comisión, por unanimidad de los diputados presentes, acordó proponer a la H. Sala que remita copia de este informe al Presidente de la República, a la Ministra de Salud, a la Ministra de Obras Públicas, al Ministro de Hacienda, a la Dirección de Presupuestos, a la Contralora General de la República y al Fiscal Nacional del Ministerio Público.

VIII. DIPUTADO INFORMANTE.

Se designó por unanimidad como Diputado informante al señor Tomás Lagomarsino Guzmán.

Tratado y acordado en las sesiones celebradas los días 7, 14, 20, y 21 de enero; 3, 4, 10, 11, 13, 17, 18, 20, 24, 25 y 27 de marzo; 3, 7, 8, 10, 14, 15, 17, 21 y 24 de abril; y 5, 12 y 19 de mayo de 2025, con la asistencia de las diputadas y diputados integrantes de la Comisión, Jaime Araya Guerrero, Andrés Celis Montt, Mauro González Villarroel, Tomás Lagomarsino Guzmán (presidente), Henry Leal Bizama, Enrique Lee Flores, Daniel Lilayu Vivanco, Emilia Nuyado Ancapichún, Hernán Palma Pérez, Agustín Romero Leiva, Patricio Rosas Barrientos, Jaime Sáez Quiroz y Jorge Saffirio Espinoza.

Por la vía del reemplazo concurrieron las diputadas y diputados Carolina Tello Rojas (sesión 3ª), José Miguel Castro Bascuñán (sesiones 9ª y 15ª), Sebastián Videla Castillo (sesión 9ª y 15ª), Yovana Ahumada Palma (sesión 9ª), Marcia Raphael Mora (sesión 12ª), René Alinco Bustos (sesión 12ª), Miguel Ángel Calisto Águila (sesión 12ª), Luis Malla Valenzuela (sesión 15ª), Miguel Mellado Suazo (sesión 16ª), Coca Ericka Ñanco Vásquez (sesión 16ª), Miguel Ángel Becker Alvear (sesión 16ª), Héctor Barría Angulo (sesión 19ª), Ximena Ossandón Irrázabal (sesión 22ª), Mónica Arce Castro (sesión 22ª), Daniela Serrano Salazar (sesión 22ª), Viviana Delgado Riquelme (sesión 25ª), Rubén Darío Oyarzo Figueroa (sesión 25ª), Hotuiti Teao Drago (sesión 26ª), Luis Sánchez Ossa (sesión 26ª), Jorge Brito Hasbún (sesión 26ª), Roberto Arroyo Muñoz (sesión 27ª) y Nelson Venegas Salazar (sesión 27ª).

Despacho del Secretario, 27 de mayo de 2025.



JOHN SMOK KAZAZIAN
Abogado Secretario accidental de la Comisión

CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.	Competencia de la Comisión.	1
2.	Plazo.....	2
3.	Integración.....	2
II.	RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO.....	3
1.	Sesiones efectuadas y personas recibidas.	3
2.	Documentos recibidos.	8
3.	Listado de oficios despachados y documentos de respuesta recibidos por la Comisión en el marco de su investigación.	11
III.	EXPOSICIONES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS CITADAS O INVITADAS A LA COMISIÓN.....	23
1.	Contralora General de la República.	23
2.	Jefa de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.....	26
3.	Colegio Médico de Chile.	29
4.	Directora Ejecutiva del Centro para la Prevención y Control del Cáncer del Centro de Políticas Públicas UC.....	30
5.	Director del Laboratorio de Innovación Pública del Centro de Políticas Públicas UC....	30
6.	Directora Ejecutiva Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS).	32
7.	Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech).	34
8.	Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH).	37
9.	Exministro de Salud y director médico de la Clínica MEDS, Enrique Paris.	39
10.	Director (s) del Hospital de Antofagasta, Pedro Usedo López.	40
11.	Director Servicio de Salud de Antofagasta, Francisco Grisolia.	43
12.	Seremi Salud de Antofagasta, Alberto Godoy Tordoya.	44
13.	Presidente COLMED de Antofagasta, Michel Marín Espinoza.....	44
14.	Secretaria del Consejo Consultivo de Usuarios (CCU) del Hospital Regional de Antofagasta, Ivanica Ostoic Muñoz.	45
15.	Presidente de la Asociación de Enfermeros y Enfermeras hospital regional de Antofagasta, José Carrera.	46
16.	Presidenta de la FENTESS, Marta Ponce Parra.....	47
17.	Coordinadora Zonal de FENPRUSS Antofagasta, Marión Cuevas Jiménez.....	47
18.	Jefe del Servicio de Traumatología y Ortopedia, Juan Péndola.	48
19.	Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular, Javier Labbé.....	49
20.	Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Francisco Bueno.	50
21.	Ginecólogo hospital de Antofagasta, Robert Lehnher.	51
22.	Representante de pacientes, Rosa Pérez Zambrano.....	51
23.	Presidenta ONG, Centro de Obesidad y Reconstrucción PODES, Carolina Lillo.	51
24.	Dr. Emilio Santelices, exministro de Salud.	52
25.	Director (S) del Servicio de Salud de Aysén, doctor Juan Pablo Bravo Quintana.....	54
26.	Presidenta del Colegio Médico región de Aysén, Alejandra Paz Born Estrada.	56
27.	Presidenta COSOC Servicio Salud Aysén, Ximena Ruiz.....	56
28.	Presidenta COSOC Gobierno Regional Aysén, Sandra Vargas.	57
29.	Presidenta COSOC Hospital Regional de Coyhaique, Luz Bastidas.....	58
30.	Presidente FENTESS Aysén, Armando Gacitúa.	58
31.	Representante de Fenpruss Aysén, Luisa Lafuente.....	59
32.	Presidente de FENPRUSS Puerto Aysén, Francisco Díaz.	59
33.	Dirigente social de Puerto Aysén, Francisca Mancilla.	60
34.	Presidenta de la Unión Comunal de la JVV Coyhaique, doña Verónica Legue.....	61
35.	Presidenta de la Agrupación de Pacientes Cardíacos Aysén, Cecilia Chandía.....	61
36.	Dirigente Social de Puerto Aysén, Luis Hernández.	62
37.	Director de Fenats base Hospital Regional de Coyhaique, Bastián Nesperke.....	63
38.	Usuaría del Servicio de Salud de Aysén, Silvia Chiguay.	63

39.	Seremi de Salud de Aysén, Carmen Gloria Monsalve Gómez.	63
40.	Director del Hospital de Coyhaique, Daniel Jara Espinoza.	64
41.	Secretario de la Agrupación de Cardiología de Coyhaique, Jaime Vásquez.	65
42.	Dirigente de FENATS, Horacio Vargas.	66
43.	Jorge Acosta, médico asesor de Ipsuss Universidad San Sebastián.	66
44.	Eduardo del Solar, director ejecutivo APIS A.G.	68
45.	Directora del Depto. de Salud de la Municipalidad de Arica, Claudia Villegas.	69
46.	Director del Hospital de Arica, Alfredo Figueroa Seguel.	69
47.	Directora del Servicio de Salud, Patricia Sanhueza Zenobio.	71
48.	Presidente del Colegio Médico de Arica, Carlos Hidalgo.	73
49.	Secretario del Colegio Médico, Mauricio Osorio.	74
50.	Ana Lobos, hija de paciente neuroquirúrgica.	74
51.	Directora de la Agrupación Polimetales, Marta Quisbert.	75
52.	Representante de la JJVV Los Industriales, Marisol Pinto.	75
53.	Representante del polígono de polimetales, Esperanza Zárate.	76
54.	Rosa Vilches, Agrupación Oncológica Arica y Parinacota.	77
55.	Mario Rojas, Agrupación de Cardiopatas Arica y Parinacota.	77
56.	Ester Quispe, Secretaria de FENPRUSS Arica y Parinacota.	78
57.	Seremi de Salud de la Araucanía, Ricardo Cuyul Soto.	79
58.	Director del Servicio de Salud Araucanía Sur, Vladimir Yáñez Méndez.	79
59.	Director del hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena Temuco, Mauro Salinas Cortés.	83
60.	Presidente COLMED Regional Araucanía, José Marco Cuminao Cea.	85
61.	Presidenta Asociación de Funcionarios hospital Temuco, Teresa Saavedra Segura.	86
62.	Representante Multigremial del Servicio de Salud Araucanía Sur, Claudio Carrasco.	87
63.	Presidenta del Movimiento Social de Pacientes, Fernanda Vásquez.	88
64.	Ministra de Obras Públicas, Jessica López Saffie.	89
65.	Director General (s) de Concesiones, Claudio Soto.	90
66.	Jefa Departamento Operaciones de Infraestructura Hospitalaria, Claudia Khamg.	93
67.	Depto. de Capacitación, Formación y Educación Continua, Subsecretaría de Redes Asistenciales, María Gabriela Hoffmann Rojas.	94
68.	Seremi de Salud de Los Lagos, Karin Solís Hinojosa.	96
69.	Director del Servicio de Salud de Osorno, Rodrigo Alarcón Quesem.	97
70.	Director Hospital Base San José de Osorno, Julio Vargas González.	99
71.	Presidente Colmed Osorno, Francisco Hornig Acuña.	101
72.	Presidenta Fenpruss Hospitales Purranque y Río Negro, Magaly Paredes Cárdenas.	102
73.	Asociación de Enfermeras y Enfermeros Provincia de Osorno, Diego Llancar Rivas.	103
74.	Secretario General Fenats Nacional, Daniel Bartch Sepúlveda.	104
75.	Presidenta Consejo Sociedad Civil Salud de Osorno, M. Eugenia Jaramillo Oyarzún.	104
76.	Concejala Osorno y presidenta de Comisión de Inclusión, Natali Guissen Ibarra.	105
77.	Presidenta de la Red de Salud de Pueblos Originarios, Elizabeth Sandoval Hurtado.	105
78.	Asociación Trabajadores de la Salud Hospital San José de Osorno, Dina Aburto Rupayan.	106
79.	Cámara de la Industria Óptica de Chile, Francisco Javier Vargas Frick.	106
80.	Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, Carlos Marchant Pizarro.	108
81.	Subsecretario de Redes Asistenciales, Bernardo Martorell Guerra.	109
82.	División Gestión Redes Asistenciales Ministerio de Salud, Andrea Solís Aguirre.	115
83.	Directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Patricia Navarrete Mella.	116
84.	Director del hospital Dr. Sótero del Río, Ignacio García-Huidobro Honorato.	117
85.	Seremi de Salud (s) de la Región Metropolitana, Jorge Vilches Apablaza.	119
86.	Presidenta del Colmed Santiago, María Francisca Crispi Galleguillos.	119
87.	Jefe de Cirugía del hospital Dr. Sótero del Río, Alfonso Díaz Fernández.	121
88.	Jefe de Intermedio Quirúrgico del hospital Sótero del Río, Juan Pablo Ramos Perkis.	123
89.	Presidenta de la Asociación de Profesionales Universitarios de la Salud del hospital Sótero del Río, Roxana Guajardo Vidal.	123
90.	Presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile, José Luis Espinoza Díaz.	124
91.	Directora (s) del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Patricia Mellado.	125

92. Director (s) Servicio de Salud Metropolitano Central, Patricio Barría.	127
93. Subdirector de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central, Alexander Recabarren.....	128
94. Seremi de Salud Región Metropolitana, Gonzalo Soto Brandt.	130
95. Representante de Ancosalud, Eduardo Nova.	131
96. Dirigente FENATS Histórica Hospital El Carmen, Emilio Guzmán.	132
97. Dirigenta de “Tu nueva Fenats” y Vicepresidenta de Fenasalud, Paulina Cortes.	132
98. Funcionaria TENS del área ambulatoria del Hospital El Carmen, Catalina Contreras.	133
99. Directora del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Loreto Maturana Gatica.	134
100. Directora del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Dafne Secul Tahan.	135
101. Directora del Hospital Eduardo Pereira, Daniela Siegmund Sanhueza.	138
102. Presidente Colmed Valparaíso, Luis Ignacio De la Torre Chamy.	139
103. Presidenta Fedepurus del Hospital Carlos Van Buren, Sandra Sanguinetti Fava.....	140
104. Presidenta Afutens, Patricia Arellano Araya.....	141
105. Presidenta Fenats Base HCVB, Cecilia Alday Riveros.	141
106. Presidenta Consejo Desarrollo Social, Hospital Van Buren, Carmen Núñez Calderón. .	142
107. Presidenta de FENATS Histórica, Patricia Sepúlveda.	143
108. Directora de Presupuestos, Javiera Martínez Fariña.....	143
109. Ministra de Salud, Ximena Aguilera Sanhueza.	146
IV. CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES.	149
V. DEBATE Y VOTACIÓN.....	150
Discusión.	150
Votación.....	154
VI. TEXTO FINAL DE LAS CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES APROBADAS.	157
A. CONCLUSIÓN PRINCIPAL	157
B. RESPONSABILIDAD LEGAL DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES RESPECTO A LISTAS DE ESPERA	157
C. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LISTAS DE ESPERA	158
D. GOBERNANZA Y GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD.....	162
E. EVOLUCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA.....	163
F. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	171
G. ESPECIALISTAS	172
H. SITUACIÓN FINANCIERA DE LOS HOSPITALES	174
I. HOSPITALES CONCESIONADOS	175
J. VISITAS A HOSPITALES	176
1. HOSPITAL REGIONAL DE ARICA.....	176
2. HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.....	177
3. HOSPITAL CARLOS VAN BÜREN – VALPARAÍSO.....	179
4. HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO – PUENTE ALTO	180
5. HOSPITAL EL CARMEN – MAIPÚ	180
6. HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA – TEMUCO	181
7. HOSPITAL BASE SAN JOSÉ – OSORNO	183
8. HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE.....	184
K. ANEXOS DE LAS CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES	184
ANEXO 1. HALLAZGOS PRINCIPALES DE CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD AUDITADO	184
ANEXO 2. SUSPENSIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DURANTE 2024.....	191
ANEXO 3. SISTEMAS INFORMÁTICOS POR SERVICIO DE SALUD Y POR NIVEL	192
ANEXO 4. DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS GENERALES Y MÉDICOS ESPECIALISTAS POR REGIÓN	193
ANEXO 5. TABLA DE ESPECIALISTAS QUE RENUNCIARON AL PERÍODO ASISTENCIAL OBLIGATORIO ENTRE 2022 Y 2024	194
VII. ENVÍO DE COPIA DEL INFORME.	196
VIII. DIPUTADO INFORMANTE.....	196