

Reunión con Diputados Leonardo Soto y Daniel Melo

San Bernardo, 18 de Enero 2024

Sesión inicia a las 11:00 Hrs. / Sala de Reuniones Dirección HEP.

Tabla

1.- Normalización HEP

PRESENTES

Nora Gálvez Díaz	Directora CRS
Ingrid Grandón Carvajal	Enfermera Jefe CRS
Harz Castillo	Jefe Servicio de Urgencia Adulto
Verónica Medina	Enfermera Supervisora Servicio de Urgencia Adulto
Marcela Escudero	Subdirectora Gestión del Cuidado
Carola Contreras Cruz	Subdirectora Administrativa (s)
Edgardo Villavicencio	Jefe Unidad Gestión de Pacientes
Mauricio Muñoz	Subdirector Médico HEP
Luis Roldán Valdebenito	Director Subrogante HEP
Ximena Galaz	Jefa de Finanzas
Manuel Cisternas	Jefe de Recursos Físicos
Marcelo Donoso	Jefe de Recursos Humanos
Ximena Salinas	Jefa IAAS
Claudio González Herrada	Encargado de Control de Gestión
Francisco Figueroa	APRUS HEP
Marjorie del Pino	Concejal de Salud San Bernardo, representante Asenf
Jorge Chamy Orpinas	CCU HEP
Laura Quevedo Cordero	CCU HEP
Karen Romero Tapia	CCU HEP
Mónica Rojas Strukely	Jefa Gestión Usuaria y Comunicaciones

VISITAS

Leonardo Soto Ferrada	Diputado Distrito 14 San Bernardo
Daniel Melo Contreras	Diputado Distrito 13 El Bosque

Reunión dirigida por director (s) don Luis Roldán Valdebenito, inicia agradeciendo a los diputados por haber asistido a la reunión y les explica que esta es una convocatoria que solicita el CCU (Consejo Consultivo de Usuarios) para analizar el presente y futuro del hospital. Presente que se está evaluando y viviendo con muchos problemas para brindar una buena atención a los usuarios. Problemas que, en muchos casos, pueden provocar un peligro en la atención y en el flujo del egreso de los pacientes, como por ejemplo: en los modelos de gestión de los hospitales, todo tiene que coincidir en la coordinación, entre la urgencia, pabellón y las UPC (Unidad de Paciente Crítico) que deben estar en el mismo piso y una misma plataforma. La UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) está en el tercer piso, que se conecta sólo a través del ascensor, el que si llega a colapsar, no hay como bajar a los pacientes a pabellón, aseo quirúrgico, operaciones, etc.

Se tiene un CRS (Centro de Referencia de Salud) que hace tiempo dejó de serlo por las prestaciones que da y se parece más a un CDT (Centro de Diagnóstico y Tratamiento) en el que hay muchas atenciones ambulatorias complejas, como por ej: intervenciones quirúrgicas mayores, endoscopías, etc.

Se cuenta con dos problemas, el modelo de gestión, que permite brindar una mejor atención a los pacientes y un problema estructural complejo. Cuando se corta la luz, hay dos generadores, uno muy antiguo, que es el que abarca la mayor parte del hospital (70%) que parte con mucha presión; lo otro son los 4 estanques de agua, que debido al consumo y aumento de la capacidad del hospital, la autonomía es de 6 horas; hay un estanque de oxígeno, que en tiempo de pandemia fue ocupado en un 109%, teniendo que reponerlo cada dos días, se contrató uno y se compró otro, lo que también implica no solo aumentar la capacidad, sino también los flujos.

Estos son algunos de los problemas principales que tiene el hospital, que son graves como para prestar una buena atención a los pacientes.

Este tema se puso hace tres años en el ministerio, se mandaron todas las cartas que solicitaron y de acuerdo a la priorizaciones de comenzar el estudio de EPH (Estudio Preinversional Hospitalario) fue bajado. La idea es buscar alianzas de las autoridades de las comunas de El Bosque y San Bernardo, para tratar de que se realice el estudio y poder demostrar que sí se necesita la normalización del hospital para la comunidad.

Actualmente durante el día están presentes entre 600 y 700 funcionarios, pero el casino tiene una capacidad para 112 personas. La urgencia, antes que comenzara el metro, se amanecía con 32 a 36 pacientes, hoy esa valla se superó, se está sobre los 40 pacientes hospitalizados en urgencia, un día incluso con 56. El cuello de botella no es el cara a cara con el paciente, sino dónde, después de la urgencia va la derivación, para eso, en un proyecto anterior, se estimó que faltaban 120 camas, según las proyecciones de acuerdo al INE (Instituto Nacional de Estadísticas), las que deben haber variado en estos 10 años por

el aumento de la población, también a las políticas que se han ido dando. Hoy la gente está volviendo en gran cantidad a FONASA y eso el INE no lo tiene considerado, tampoco tenía considerado la llegada del metro, que es un flujo expedito para la gente.

Director expone datos del hospital, ya que se necesita la normalización y se requiere del apoyo de los diputados para idear una estrategia que permita visualizar la importancia que tiene esta normalización para las comunidades. Inicia entregando algunos datos estadísticos de la población usuaria (414.062 habitantes) y los grupos étnicos.

Comenta que esto en un principio era un sueño, pero que ahora ya es una necesidad para la población y es importante llegar a un proyecto de normalización, porque se puede correr algún peligro de poder dar una atención si es que alguno de los sistemas o de especialidades falla.

Hay una idea de diseño que se ha ido conversando, en el cual se pueda funcionar sin perjuicio y se cree es posible brindar la atención con coordinación y algún tipo de mitigación para implementar el proyecto y que se permita desarrollar el estudio de EPH en este año 2024.

El flujo de ingreso está en la Unidad de Emergencia, listas de espera, se pasa por el CAEC (Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas) y están los hospitalizados.

Detalla la categorización y demanda hospitalaria en el servicio de urgencia desde la pandemia al 2023, en la que hubo una baja llegando a la atención que había antes de la pandemia. Un dato importante es el número de indicaciones de hospitalización, la que se ve un aumento en los últimos años. En el año 2023 hubo 8.442 pacientes que tenían indicación de hospitalización y para eso se necesitan camas que habría que proyectar en un futuro estudio para la población. La lista de espera también ha ido en aumento (12.022 pacientes) en las patologías de cirugías, ginecología, medicina, dermatología, oftalmología, urología adulto y en las subespecialidades (722 pacientes) y en la cuarta edad en cirugía de urología, abdominal, oftalmológicas, ginecológicas, cardiología y cardiovascular.

Hace mención honrosa para 3 patologías que es difícil obtener en un hospital periférico o fuera del ámbito de la zona central, patologías que están dadas por dermatología, odontología y oftalmología. Patologías escasas, porque los especialistas son escasos, sin embargo el hospital lo tiene para la población y la que está muy agradecida de este tipo de especialidades y que se ha implementado en los últimos 7 años en forma importante, dermatología ya ha cumplido 10 años y la lista de espera no pasa los 127 días, lo ideal es que la espera no pase los 90 días, pero al hospital se le está pidiendo hacerse cargo de centros de salud del sector surponiente correspondientes al convenio con el Hospital Parroquial de San Bernardo (CESFAM Carol Urzúa, Dr. Raúl Cuevas y Padre Joan Alsina) que están solicitando que el hospital resuelva patologías como la diabetes y toda la parte oftalmológica.

La normalización implica no solo la atención terciaria, si no también la atención secundaria. Hoy en día el hospital, de acuerdo a la cantidad de pacientes que están llegando a solicitar atención, se necesitan más box, más especialidades, de acuerdo al nivel epidemiológico que está teniendo las comunas de El Bosque y San Bernardo.

Han aumentado los egresos desde la pandemia (13.553) con índice ocupacional de un 98%, esa es la real necesidad de camas. Las que se llaman camas calientes, son aquellas que cuando sale un paciente está esperando inmediatamente otro paciente después de hacer el aseo a las camas, lo que dice relación con una mejor gestión de 6,8 días de estada, se ha disminuido lo que antes estaba, se ha aumentado el índice ocupacional. La cantidad de camas son 301, estos indicadores muestran la real necesidad de camas que se están solicitando.

El uso de pabellón se ve reflejado en dos variables, hay un aumento considerable en las programadas y en las de urgencias hay a lo menos 150 operaciones más en lo que va del año.

La cantidad de exámenes (1.183.035), 130.000 más que el año anterior y 8.000 más en imagenología, producto de tener un mejor diagnóstico de los pacientes.

La normalización también quiere decir, adecuarse a la demanda, no solo en las unidades finales, que son aquellas que dan el egreso, las que están dadas por los servicios clínicos, si no también, en las unidades de apoyo para responder a la demanda, y estas unidades de apoyo son, esterilización, imagenología, laboratorio, banco de sangre, movilización, etc., tiene toda una reestructuración y un estudio para satisfacer la demanda actual y la demanda futura, casi todos los estudios de EPH se hacen a 15 años.

Las consultas médicas de especialidad se mantienen mensualmente sobre las 10.000. La proyección del INE, que no refleja variables que llegaron, como es el metro, la población beneficiaria que se está pasando de la ISAPRE (Institución de Salud Previsional) a FONASA (Fondo Nacional de Salud).

Se estima que para el año 2028 llegaría a 487.000 habitantes. Entre el 2018 y el 2023 creció casi 100.000 habitantes.

Esto es en cuanto a la atención clínica, demanda y oferta, capacidad que se tiene de atención y a la incapacidad de poder dar una mejor atención a los pacientes.

Con respecto a la infraestructura y el capital humano, el hospital desde el año 2018 a 2023 ha crecido en 34.36% respecto la dotación de funcionarios, lo que provoca un hacinamiento laboral y un aumento en la complejidad médica, mayor especialización para el diagnóstico y tratamiento, mejor accesibilidad y comodidad para los pacientes.

En infraestructura, la capacidad ha aumentado en el consumo eléctrico, con dos subestaciones que tienen una capacidad de 1.500 KVA y eso lleva a un consumo de 74.5% entre los años 2018 a 2023, llegando a una capacidad máxima a 92/100%, capacidad que está sobre los límites y permitido, que es un 80% de capacidad. 80% porque hay peak de consumo de corriente, como cuando se elevan los scanner, los equipos de rayos, en invierno los calefactores eléctricos y los peak no saturan la energía. Se tienen muchos cortes de energía durante el periodo invernal.

El consumo de agua potable ha crecido un 40.49%, esto limita la capacidad de almacenamiento y reduce la autonomía en un corte de suministro en solo 6 horas, después de eso generalmente los camiones aljibes de la municipalidad o de bomberos llegan con

piscinas, las que se llenan y de ahí se hace el trasvasije hacia los estanques para que proporcionen agua al edificio. En UPC y Medicina que se encuentran en el tercer nivel del edificio de hospitalización, hay pérdida permanente de presión. Complejiza posibles eventos de emergencia.

Todo crece, por lo tanto los insumos y los medicamentos también. La farmacia cuenta con el 70% del almacenaje total de bodega, se han puesto containers alrededor y con eso se ha ido soslayando en parte las necesidades de almacenamiento y farmacia.

Los desafíos y riesgos asociados, la antigüedad del edificio presenta riesgo, hay limitación de expansión, comprometiéndolo la seguridad, especialmente en emergencia, los pacientes de UPC no hay como bajarlos si llegan a fallar los ascensores.

La infraestructura obsoleta limita la capacidad de camas, resultando en una baja oportunidad de accesos y posible transferencia, generando sobrecarga en el sistema de atención médica y personal clínico.

Costo de almacenamiento elevado consumen recursos financieros, limitando la inversión en mejoras y tecnología actualizada, afectando la sustentabilidad financiera y competitividad. Aumento en tiempos de espera y mayor necesidad o demanda de derivaciones a otros centros.

Aumento de listas de espera para cirugías electivas con necesidad de camas.

Falta de equipamiento médico moderno, especialmente un resonador magnético, causa demoras en diagnóstico crítico, afectando la oportunidad de atención desde urgencias.

Disminución de la autonomía de los estanques de oxígeno, recargándose en promedio cada 3 días en temporada de invierno y 15 días en temporada estival.

El almacenaje ha aumentado en un 21.60% al año 2023.

El casino posee una capacidad de 112 personas y la carga de ocupación es de 234 promedio y 320 en hora peak, produciéndose aglomeraciones.

Situación actual, desfavorable relación funcionario, entre la UPC, Unidad de Emergencia Hospitalaria y Pabellón Quirúrgico.

El 100% de la UCM (Unidad de Cuidados Medios) funciona como una unidad de tratamientos intensivos médico clínico, quiere decir que debido al aumento de la complejidad de los pacientes, donde al poco andar, se debió usar camas que fueron adquiridas para urgencia y cuenta con 24 camas.

Medicina cuenta con 38 camas y cirugía con 32, que es muy escaso.

Estas son las situaciones actuales, se ha hecho un resumen en los temas que son más críticos del hospital.

Dr. Mauricio Muñoz dice que el promedio de camas según la OCDE es de 4,2 por mil habitantes, Chile tiene un estándar de 2 por cada mil habitantes, el SSMS tiene 1,2 y el hospital 0,9. De la disposición de cambiar camas, las 24 que ayudó el diputado Leonardo Soto a conseguir, la pandemia llevó a complejizarlas y convertirlas en unidades críticas, que el ministerio después reconoció. El hospital está por debajo del estándar de Chile, considerando la población del sector y muy por debajo del estándar de la OCDE.

Desde las camas UPC, se va haciendo la sumatoria a los demás servicios, siempre la UPC tiene estándar de camas y recurso humano y ese se duplica según baja la complejidad, pero sigue siendo el mismo número.

Director, hay un déficit muy grande con respecto a la población asignada de acuerdo a lo que tiene la orbe como estándar de camas que se debiera ocupar.

Dr. Harz Castillo, hay varios puntos a revisar:

-Todas las altas que da el hospital, más de 3.000, son del servicio de urgencia, eso indica que desde ese servicio nunca salió, sino que fue resuelto en el servicio con el apoyo de todo el hospital. Se tiene una urgencia de alta complejidad, donde se trabaja muy bien adentro, pero se está quedando la gente afuera, porque las camas en las que se están compensando los pacientes, a los que se les está dando manejo hasta de UCI, está impidiendo entrar gente desde afuera.

-Se tiene un alto porcentaje de rechazo (30% a 35% aprox.) que más que rechazo, se retiran porque no hay cómo atenderlas. Existen estadísticas de eso, que se pueden incluir en la presentación.

-El día de ayer, además, se asumieron todos los pacientes neurológicos del sector sur de Santiago, porque no había neurólogo en Buin y Barros Luco, y se les dió la atención correspondiente, están hospitalizados y hoy tienen una segunda evaluación neurológica.

-El servicio de urgencia pasó de tener médicos posteros a un servicio de alta complejidad, donde van los médicos especialistas de otros servicios. Ha trabajado en varios hospitales y nunca había visto que fueran los diferentes especialistas para evaluar y resolver.

Sra. Nora Gálvez, refiere que el paciente queda atrapado en urgencia y que no se puede trasladar a ningún lado, así que se tiene que desplazarse la subespecialidades y las especialidades hacia el servicio de urgencia.

Dr. Mauricio Muñoz, es relevante lo que dice el Dr. Castillo en el concepto de lo que está ocurriendo a nivel del área sur, porque la gente está reconociendo el HEP (Hospital El Pino) como su primer centro, incluso está reconociendo con mayor confianza al HEP que al HBLT (Hospital Barros Luco Trudeau) a tal punto que complica este hito, ya que el hospital no cuenta con neurocirugía ni servicio de neurología, se está conformando un equipo de neurólogos y lo primero que se hizo, a través de la misma urgencia, la urgencia neurológica por telemedicina y se da el tratamiento sin tener que derivarlo, que es la mejor eficiencia del recurso, el paciente no se mueve, se soluciona y se le da una oportunidad de atención. Se partió como un piloto y se fue quedando, al punto de mostrar a otros hospitales cómo se hace, incluso para regiones, pero hoy mismo el HBLT lo reconoce y pide al HEP que se haga cargo.

Se tiene experiencia en hospitalización domiciliaria.

- 1.- A veces también asisten subespecialistas a estas atenciones..
- 2.- Hay domiciliaria adultos e infantil, en la parte infantil es de toda la zona de San Bernardo, El Bosque y otras comunas.
- 3.- Se ha transformado en un servicio aparte, en el sentido que se tiene pacientes muy puntuales, que produce mucho conflicto en tema de estadía, que son los vasculares, todo lo que es vascular no se mueve del hospital. Además está el drama que existe de los casos sociales, abandono.
- 4.- El gran punto que se tiene es el traumatológico. Cuando llega un paciente baleado, se reanima, se opera, pero si tiene también una fractura, se ha tomado la estrategia de sacar al paciente con atención domiciliaria llevando al especialista a control, dando la oportunidad a la gente que llega a pie y no se conoce como al hospitalizado.

Verónica Medina, el servicio de urgencia no puede rechazar a nadie, el rechazo es en los ESI (Índice de Severidad de Emergencia) 3, 4 y 5, pero el más preocupante es el 3, que se debiera acoger, sin embargo se va a la sala de espera y en una reevaluación puede que ya sea un ESI 2.

Hay un problema grave con los pacientes de salud mental, se ha llegado a tener hasta 19 pacientes hospitalizados, pacientes que ocupan mucho espacio físico, pero no están graves y deambulan por todo el servicio, quedando el resto de los pacientes con la idea que hay una cama desocupada. Dentro de los diagnósticos hay muchos pacientes con problema de drogadicción.

Sra. Nora Gálvez dice que es muy importante que se entienda el por qué se pide la acción de los diputados, porque el hospital no tiene tiempo, se tiene una población aumentada a 4 años con déficit muy importantes. Hay varios proyectos de hacer varios hospitales, está el ejemplo de Buin que lleva más de 10 años, el HBLT que aún no pueden hacer y cuando se ha pedido apoyo, se dice que se hará un hospital en otras comunas.

Se ha tratado de suplir todas las deficiencias que ha obligado el hospital base, ha debido desarrollarse, se está atendiendo pacientes en containers porque no hay más box de atención. Existe a corto plazo aumentar los box de CRS en el segundo piso, se hizo el edificio con esa posibilidad, porque no se puede esperar.

CCU expone sus puntos de vista, como que hay cosas que se están minimizando, como que es más la gente que se retira de urgencia.

No hay que olvidarse que es un sector rojo y eso es un gran problema que no se ha tocado y es grave. La limitación está en la urgencia que se lleva todo el trabajo.

Los usuarios no pueden esperar ni un día, son los pacientes, los que adolecen, los que esperan afuera.

Todo lo que se explica en estas reuniones, el consejo como usuarios insertos en el hospital comprende muchas cosas, pero la gente afuera no, más aún el que llega con una enfermedad, incluso personal de salud no comprende que el 80% de las personas que llegan a urgencias son prioridad.

En reunión de la Asociación de CDLS de El Bosque, se plantearon los temas principales, que era la conexión de los hospitales con los CESFAM, dirigentes exigen que se resuelva el tema de las listas de espera y urgencia, porque no es posible que se espere 10 horas por un dolor y viendo el de otro, como también cuando llegan los familiares de los enfermos insultando a los funcionarios. Los usuarios dicen no importarles los problemas que hay dentro del hospital, solo que le solucionen el problema, cuando se llega con dolores.

No se saca nada con construir hospitales si se está despidiendo trabajadores, si no hay recursos para mantener el personal, menos se podrá mantener otros hospitales.

Se acota que por falta de recursos el HPSB no puede hacer más prestaciones lo que desencadena que más pacientes lleguen al HEP.

También se habla del artículo 44 donde se permite a los médicos tener algunas libertades y se da el ejemplo de un médico que abre agenda de 3 horas privilegiando otras cosas, como por ejemplo hacer clases u otros con la duda si tiene doble sueldo, sin avanzar en la atención de pacientes y lista de espera, manifiesta que hay que hacer algunos cambios en el artículo.

Traumatología deben ir al HBLT, sin embargo llegan al HEP.

Diputado Leonardo Soto agradece la invitación a la reunión, entendiendo que el CCU la solicitó, pero al parecer fue en sintonía con todo el hospital, porque el diagnóstico es común. Se queda con el HEP, que tiene sueños grandes, los que a veces se tornan muy lejanos y hoy la realidad es tan apremiante que se está al borde del colapso en términos de emergencia, no hay cómo enfrentar una emergencia con electricidad continua ni con agua ni oxígeno continuo, no se está en condiciones de enfrentar emergencias de aumento en más allá de lo que se está haciendo en materia de usuarios, de especialidades, no se tiene las capacidades para absorber los aumentos de hospitalizaciones, creando fórmulas híbridas para afrontar los problemas, ya que no hay una oferta que sea capaz de resolver la demanda que se tiene. En el colapso de infraestructura hay responsabilidad por gestión, al borde de la responsabilidad de los médicos, de todos los equipos de apoyo, porque la gente se muere también por estas cosas, es un cuadro apocalíptico si se prolonga en el tiempo, ya que no se está considerado en el estudio preinversional, en resumen, el hospital no es urgente para ser revisados y mejorados. Siempre se tiene la esperanza que las cosas van a mejorar, de lo contrario llega la crisis que además es evidente, hay tendencia al aumento de la demanda con la derivación de ISAPRE a FONASA, los que seguramente llegarán al hospital con un porcentaje importante (1.000.000 de personas aprox.)

Comparte el diagnóstico, también se ha percibido en la comuna de San Bernardo. El hospital tiene necesidades y que se les niegue, es condenarlo a mantenerse como se está, no se puede aceptar.

Solicita el último corte de los datos.

Cree que la estrategia es pedir una reunión urgente, lo mismo que se hizo con las 24 camas, pero con el subsecretario de redes Dr. Osvaldo Salgado, con las más altas autoridades y de ahí bajar los detalles, no estar disponible o no tener la capacidad de respuesta frente a la emergencia es gravísimo. La reunión se solicitará para marzo por el

periodo de vacaciones, pero se debe ir preparando con algunos oficios pidiéndole al ministerio que se haga cargo de varios problemas a partir de la presentación que se hace. Una vez reunidos con las autoridades habrá que ver una fórmula que no prometa un hospital a 10 años, una normalización acelerada de servicios esenciales para dar respuesta a la población, que evite el colapso inminente que hoy tiene.

Diputado Daniel Melo agradece la reunión y agrega que conociendo la realidad del hospital, se debe plantear el problema visibilizándola públicamente, quizás con información que se trabaje con el hospital se puede presentar un proyecto de resolución en la sala, solicitando al Presidente de la República la normalización del hospital y que la cámara de diputados se manifieste a favor o en contra. Son proyectos que no son necesariamente vinculantes, pero sí son indicativos de la problemática, instalar en la opinión pública el problema del HEP, eso sumado a la gestión correspondiente. Lo vota todo el congreso y hay que masificar la idea de la normalización.

El hospital tiene que establecer una agenda con las cosas más urgentes, hay cosas bien concretas, el no tener sostenibilidad de oxígeno, agua, electricidad, para un hospital que dependen vidas de aquello y por último, el día de mañana se tendrá una reunión de estas mismas características del proyecto Barros Luco porque ahí también hay un problema. Se vió el tema de las 24 camas y también el scanner con la misma estrategia, por eso están las prioridades.

Concejal Marjorie del Pino, sólo agregar la normalización también de los cuidados infantiles del hospital, el 70% de los funcionarios son mujeres y si crece el hospital, va a crecer el personal, por tanto ahí también se tiene una problemática importante, ya que el jardín no tiene capacidad y cuando los niños cumplen los dos años se mandan para la casa porque hay dónde dejarlos, debe ir ligado a lo que se solicita.

Ese proyecto ya está listo, falta la aprobación presupuestaria.

Sra. Nora Galvez, el Barros Luco es un caos también. Este hospital ha seguido atendiendo pacientes y aumentando las prestaciones a pesar de todas las dificultades, cuando hay otros hospitales que deciden no atender, se ha tenido una discusión ética muy potente, que es seguir peleando por más recursos, mientras se abre la puerta llegan más pacientes, o portarse como los demás hospitales de la red que simplemente no atiende más, este hospital no tiene esa falta de ética y sigue atendiendo.

Director, la estrategia que se tuvo para la construcción de este hospital fue con la comunidad, en el rayado de los parabrisas de los autos y muros.

Muestra fotos de farmacia, laboratorio, cardiovascular, paliativo y CRS.

Diputado Soto, comenta que participó en el proyecto del HSLBP (Hospital San Luis de Buin y Paine) efectivamente duró 10 años, pero podría haber durado más incluso, primero se decidió construir el nuevo hospital, la segunda parte después de años y muchas reuniones, se tuvo que decidir si se construía en el mismo lugar del hospital antiguo o en un terreno nuevo, a veces una construcción en el mismo lugar, no es posible, impediría el funcionamiento del hospital antiguo, se compró un terreno, el estudio preinversional estuvo terminado y recién se comenzó a construir.

Hubo una comisión investigadora que atendió las denuncias de corrupción en el diseño de los hospitales y abarcó 3 hospitales que tenían denuncias porque el equipo tenía intervención desde afuera, entre eso el de Buin-Paine, como eran más chicos, se harían los 3 proyectos en una misma licitación y en la denuncia de la corrupción se obtuvo que el ministro separara el HSLBP de los otros dos y en 3 años más se va a terminar, en cambio los otros ni siquiera compran los terrenos.

Está lleno de detalles que son muy complejos, aún teniendo la voluntad política y administrativa de hacerlo, aquí no la hay, tampoco hay la conciencia de que el hospital está al límite de su capacidad humana, de infraestructura, de todo tipo. Se va a tener que hacer el trabajo y el punto de partida con una reunión que hay que preparar con la dirección del hospital, que asistan todos los estamentos, como se hizo alguna vez, con el subsecretario de redes asistenciales Dr. Osvaldo Salgado y su equipo.

Por mientras se hablará con él, se sensibilizará y para eso se necesita la presentación y que se pueda buscar una vía rápida para poder resolver las necesidades más urgentes del hospital en todos los ámbitos, no es solo comprar los grupos electrógenos, no es solo tener más capacidad de estanque, eso es para la emergencia, pero la emergencia humana no son atendidas con problemas de agresión hacia los funcionarios que tiene que ver con lo mismo. Se pedirá un estudio preinversional rápido, para atender las necesidades más inmediatas para 5 años al menos, para que se pueda funcionar como es debido, sin riesgo físico para las personas y la infraestructura y reconociendo que es el hospital de San Bernardo para todos los efectos.

No se debería descartar el conseguir recursos adicionales si hay un buen estudio a través del gobierno regional, que por alguna razón ha apoyado bastante al HPSB, han recibido miles y miles de millones, siendo un hospital privado y que no tiene necesidad de atender a todos los pacientes, solamente los del convenio. Como no va ser sensato atender y mejorar las capacidades de un hospital que es público, que pide tener las facultades para hacer mejor las cosas.

Concejal Marjorie refiere que es el SSMS el que tiene que postular los proyectos, porque como hospital no se puede hacer

Sesión termina a las 12:15 hrs.

CONSEJO CONSULTIVO DE USUARIOS
HOSPITAL EL PINO