

COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA ENCARGADA DE REUNIR ANTECEDENTES RELATIVOS A LOS ACTOS DE GOBIERNO REFERIDOS A LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y DE LA FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE LOS REGISTRO DE LISTAS DE ESPERA NO GES, DESDE EL AÑO 2022 A LA FECHA (CEI 63,64)

ACTA DE SESIÓN ESPECIAL N°5, LEGISLATURA 372ª, CELEBRADA EN LUNES 3 DE MARZO DE 2025, DE 19:30 A 21:03 HORAS.

SUMA

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió, en representación de la Presidenta del Colegio Médico de Chile, el Tesorero Nacional, doctor Carlos Becerra Verdugo.

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

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

I. ASISTENCIA

Asistieron, de manera presencial, la diputada Emilia Nuyado, y los diputados Jaime Araya, Andrés Celis, Mauro González, Tomás Lagomarsino, Henry Leal, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero y Jaime Sáez.

Asistió además la diputada Marlene Pérez.

Participó de forma presencial, en representación de la Presidenta del Colegio Médico de Chile, el Tesorero Nacional, doctor Carlos Becerra Verdugo, acompañado del vicepresidente, doctor Iván Mendoza González, del abogado señor Rodrigo Gaete, y de la periodista, señora Ariandna Valbuena.

II. ACTAS

El acta de la sesión 4ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 3ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

III.- CUENTA¹

Se ha recibido el siguiente documento para la cuenta:

1.- Correo electrónico por el cual el Colegio Médico de Chile confirma su participación en la presente sesión.

IV.- ORDEN DEL DÍA

Se recibió en representación de la Presidenta del Colegio Médico de Chile, al Tesorero Nacional, doctor Carlos Becerra Verdugo.

Asimismo, se adoptaron acuerdos sobre el cronograma y futuros invitados de la Comisión.

La exposición de los invitados y las intervenciones de los diputados constan en detalle en el acta taquigráfica confeccionada por la Redacción de Sesiones de la Cámara de Diputados, que se adjunta a continuación.

V.- ACUERDOS

No se adoptaron acuerdos durante la sesión.

El detalle de lo obrado en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del Reglamento.²

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 21:03 horas.

LEONARDO LUEIZA URETA
Abogado Secretario de la Comisión

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=340501&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

² <https://www.youtube.com/watch?v=5MbUBTVeEpc>

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

Sesión 5ª, celebrada en lunes 03 de marzo de 2025,
de 19:30 a 21:00 horas.

Preside el diputado Tomás Lagomarsino.

Asisten las diputadas Emilia Nuyado y Marlene Pérez, y los diputados Jaime Araya, Andrés Celis, Mauro González, Henry Leal, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero y Jaime Sáez.

Concurre, en representación de la presidenta del Colegio Médico de Chile A.G., la doctora Anamaría Arriagada Urzúa y el doctor Carlos Becerra Verdugo, tesorero nacional de la institución.

TEXTO DEL DEBATE

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

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

*-El señor **LUEIZA** (Secretario) da lectura a la Cuenta.*

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

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra sobre puntos varios.

Tiene la palabra el diputado Agustín Romero.

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a todos los integrantes de la comisión.

En el chat de nuestro grupo estaba escribiendo una solicitud para analizar la opción de que usted someta a la consideración de la comisión la posibilidad de cambiar el día y horario de nuestras sesiones.

La petición es sencilla, ya que con el inicio del año escolar a muchos de los que viajamos desde Santiago se nos complica el horario. Si las sesiones comienzan los martes a las 8:30 horas, se me hace prácticamente imposible llegar a tiempo.

Por lo tanto, me gustaría saber si es posible fijar los días lunes para el desarrollo de las sesiones de la comisión, de manera que podamos mantener una regularidad hasta el 14 de abril.

Considerando que no es un periodo tan largo, me gustaría preguntar a los miembros de la comisión si estarían dispuestos a aceptar este cambio.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Señor diputado, creo que someterlo a votación en este momento podría ser apresurado.

Tiene la palabra el diputado Andrés Celis.

El señor **CELIS**.- Señor Presidente, en relación con este punto, quiero señalar que me complica, ya que debo asistir a otra comisión en paralelo. Sin embargo, si se implementa dicho cambio, haré todo lo posible por participar en ambas comisiones.

Me sumo a la solicitud del diputado Agustín Romero.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Considerando que solo estamos cinco integrantes en la sala, si les parece bien, someteremos la solicitud a un análisis más profundo en el chat

de la comisión para evitar que la decisión sea impositiva, dado que no todos los miembros están presentes en esta sesión.

No obstante, haremos todos los esfuerzos necesarios para conciliar las posturas. Esto, sin perjuicio de que la sesión ordinaria de mañana ya está citada.

Ofrezco la palabra sobre puntos varios.

Ofrezco la palabra.

Doy la bienvenida al doctor Carlos Becerra Verdugo, tesorero nacional del Colegio Médico, quien asiste en representación de la presidenta de la institución, doctora Anamaría Arriagada Urzúa.

Tiene la palabra, doctor Becerra.

El señor **BECERRA** (tesorero nacional del Colegio Médico de Chile A.G.).- Buenas tardes, Presidente, por su intermedio saludo a todos los parlamentarios presentes.

En primer lugar, quiero ofrecer las excusas de parte de nuestra presidenta. Ella no pudo asistir hoy, ya que se encuentra participando en otra actividad en este preciso momento

Soy médico salubrista, he trabajado en el sistema público de salud y en servicios de salud por varios años.

Como Colegio Médico hemos manifestado nuestra postura ampliamente. De hecho, participamos activamente en la discusión presupuestaria para abogar por recursos adicionales para lograr salir de esta situación. Me refiero específicamente al problema de que aqueja a un poco más de 3 millones de personas que, al último corte, estaban en listas de espera.

Cabe mencionar que formamos parte del Consejo de Seguimiento, que sesionará nuevamente este jueves. Participamos junto a otros actores y actrices, incluidas nuestras autoridades, y representantes del Congreso Nacional. Estamos en esa instancia, como gremio, haciendo un seguimiento del buen uso de los

recursos para avanzar en la resolución de las listas de espera que, en su momento, fue planteada con un horizonte de tres años; los números obligan a dosificar, ya que la capacidad instalada del sistema público está muy sobrepasada. Eso sumado a los problemas presupuestarios por todos conocidos, que impactan fundamentalmente en el subtítulo 22, que es el que permite hacer funcionar los hospitales a través de los bienes y servicios.

No trajimos una presentación, pero estamos aquí para responder las preguntas que esta comisión investigadora quiera formularnos, a fin de conocer el parecer del Colegio Médico de Chile. Por eso acudimos al llamado.

En otro orden de cosas, es preciso señalar que nos parecen preocupantes los resultados de las distintas auditorías realizadas por la Contraloría. Sabemos también que, en este momento, muchos de los problemas mencionados son parte de procesos sumarios administrativos que están en curso y, obviamente, esperamos conocer los resultados -que imagino serán públicos- para desarrollar nuestro rol en el Consejo de Seguimiento.

En ese sentido, no solo esperamos que el buen uso de los recursos se limite a temas financieros, sino también a la gestión de las listas de espera, para que tengamos certeza de que durante este año se producirá la disminución de esos 3 millones de personas, así como para dar cuenta de que esos números son fidedignos.

Luego de la revisión de todas las auditorías de la Contraloría, parece ser cierto que, al menos en los hallazgos que se mencionan, la acuciosidad de los datos no es tal, y eso es muy preocupante, porque todos confiábamos en ese registro, que poco más de 3 millones esperaba en los tiempos señalados.

Por lo tanto, creemos que este tema debiera ser prioridad nacional, porque hemos llegado a cifras alarmantes de personas que esperan.

Si consideramos que en la actualidad el 85 por ciento de las personas están aseguradas por el seguro público Fonasa, es relevante que dicho seguro pueda avanzar en resolver estos casos para que, ojalá a fin de este año, tengamos números azules; es decir, que esa cifra de 3 millones disminuya, que sean menos personas las que estén en listas de espera.

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

El señor **PALMA**.- Gracias, Presidente, por su intermedio, saludo a los colegas integrantes de la comisión y también al colega expositor.

Quiero preguntarle al representante del Colegio Médico qué disposición hay en el gremio, al cual muchos de acá pertenecemos, a abrirse a la posibilidad de "desmedicalizar" algunas especialidades, atendidas, las experiencias extranjeras, por ejemplo, en tecnología médica.

Sabemos que oftalmología es una de las especialidades más recurridas y en la que hay más listas de espera, porque en Chile hay pocos especialistas. Sin embargo, sabemos que hay experiencias internacionales muy valederas en las que tecnólogos médicos, debidamente capacitados, están en condiciones de hacer, por ejemplo, exámenes de exploración de fondo de ojo.

Lo mismo respecto de las ecografías abdominales. Hoy, en algunas clínicas como Bupa y otras, son los tecnólogos los que hacen las ecografías. Muchas veces, son ellos quienes detectan los cálculos biliares, por ejemplo; sin embargo, los tecnólogos no pueden hacer ningún tipo de derivación, están vetados para eso.

No sé si se entiende bien, si la he formulado bien, pero ese es el tenor de la pregunta que quiero hacerle al representante del Colegio Médico.

Gracias.

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

Tiene la palabra el diputado Daniel Lilayu.

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a los colegas y a los representantes del Colegio Médico, aunque lamento que no esté su presidenta.

Las listas de espera es un tema que venimos tratando hace bastante tiempo. Por eso, quienes hemos sido médicos durante 50 años en el servicio público, lamentamos que no esté presente la presidenta del Colegio Médico para abordarlo.

En su exposición, el tesorero dijo que lamentaban este tema. ¡Todos lo lamentamos, doctor! Echo de menos que el Colegio Médico, al cual pertenezco, no haya tenido una voz potente para referirse a las 90.000 personas que murieron el año pasado en listas de espera, así como para las 5.000 personas con cáncer de mama. Insisto, honestamente, echo de menos que mi Colegio Médico no tenga una voz potente para los chilenos.

Entonces, no se trata de lamentarnos, por eso las preguntas, estimado doctor.

El Colegio Médico tiene mucho que decir respecto de esto y la gente tiene su propia mirada. Me gustaría que hiciéramos una encuesta o un plebiscito para saber qué opinan los chilenos, porque probablemente existe un juicio crítico sobre el gobierno, pero también respecto del Colegio Médico.

En el área de la salud, los médicos somos un equipo más, pero al final, estamos a cargo de muchas cosas, como hospitales, sociedades médicas y otros temas. Entonces, mi pregunta es: ¿Qué ha hecho el Colegio Médico con las sociedades médicas? ¿Tiene una acción activa con estas?

Aclaro mi consulta: soy de Osorno, y sé que en Puerto Montt están mandando chilenos a Bariloche para tratar problemas oncológicos con radioterapia. Todos saben que he reclamado mucho por esta situación, porque creo que hay un problema de tipo diplomático o de relaciones exteriores. Además, esto se está pagando con recursos chilenos. No sé cómo se hace, pero entiendo que hay que transportar no solo al paciente, sino también a la familia, con el costo que implican trasladarse a otro país.

En este caso, no he visto responsabilidad ética ni legal por parte del Colegio Médico. ¿Qué pasa con esas personas? ¿Qué pasa si hay mala praxis? Ahí veo un problema.

Como parlamentario, hablé personalmente con el presidente de la Sociedad Chilena de Radioterapia Oncológica, quien me dijo: "¡Pero si tenemos capacidad instalada! ¡Lo podemos hacer en Valdivia!". Entonces, echo de menos las conversaciones del Colegio Médico para solucionar estos temas, en este caso, relacionados con oncología y radioterapia.

Las cifras ya las conocemos, estimado colega.

Hace un mes, interpelamos a nuestra querida ministra de Salud Ximena Aguilera, a quien estimo mucho y considero una gran colega, pero quedamos con gusto a nada, porque no llegamos a ninguna respuesta. Así, después de un mes y medio desde esa interpelación, le quiero decir al Colegio Médico que no he escuchado ninguna opinión, resumen ni nada de parte de ustedes con respecto a la interpelación que hicimos en nuestra bancada. Por tales razones, tanto el Colegio Médico como nosotros debemos hacer una autocrítica, porque debemos hacer las cosas de forma más activa.

Hay muchos otros puntos que me gustaría preguntar, como la formación de médicos: ¿Qué estamos haciendo para formar más?

¿Qué pasa con los médicos que en estos momentos necesitamos en Chile para sacar las listas de espera?

Claramente, esto está en manos de la Contraloría; sin embargo, debió haber sido una voz potente del Colegio Médico, no de la Contraloría.

Esto es lo que quería decir; más bien se trata de una autocrítica, porque soy médico.

Gracias.

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

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, saludo a los integrantes de la comisión y a las visitas.

Dentro de la fiscalización que ha hecho la Contraloría General ha detectado que varios jefes de servicio, abusando de su posición, cometieron actos que, a lo menos, son contrarios a la ética.

Por su intermedio, quiero preguntar si el Colegio Médico ha abierto algún tipo de juicio o procedimiento ético a esos profesionales que, sabiendo la precariedad en que se encuentra nuestro sistema y abusando de su posición, han favorecido a parientes cercanos para ser atendidos, en desmedro de una población que hoy espera plazos que son absolutamente aberrantes, mientras que ellos, gozando de privilegios, se saltan la fila.

En relación con este tema, algo deslizó el diputado Lilayu. ¿Qué pasa con la oferta médica? Lo que se ha comentado acá es que gran parte de las listas de espera corresponden a consultas de especialidad. Tenemos pocos especialistas, pero son los médicos quienes regulan la oferta de becas para especializarse;

es decir, no se trata de que una persona acceda a una especialidad en cualquier universidad, sino que existen ciertos cupos, muchos de los cuales son comprados por el Estado debido a la escasez que tenemos.

Otro problema que esperamos solucionar con un proyecto de ley que vamos a presentar con el diputado Tomás Lagomarsino es que, una vez terminada la especialización, algunos no devuelven esas becas en el sistema público. Pero el problema es que tampoco he escuchado al Colegio Médico decir si eso es ético; si es ético que sean los mismos médicos quienes regulen la oferta de profesionales ante un problema nacional que se funda precisamente en la escasez de estos profesionales especialistas.

Por lo tanto, me gustaría plantear dos preguntas, porque debemos traer soluciones y desarrollar proyectos de ley que vayan desatorando esos nudos. Lo primero es lo ético. ¿Cuál es su opinión acerca de los profesionales que abusaron de su posición para favorecer a sus familiares? La segunda pregunta es la siguiente: ¿qué acciones va a tomar el Colegio Médico respecto de aquellas especialidades, sociedades o agrupaciones de médicos especialistas que tienen la llave para ciertas especialidades y que tienen en este momento al país cautivo con una falta de atención médica que es dramática? ¿Qué puede decirnos el Colegio Médico respecto de eso?

Gracias.

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

Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, pido disculpas por el atraso. Estaba en la Comisión de Zonas Extremas y Antártica Chilena, como usted sabe.

En primer lugar, me llama la atención que no esté la presidenta del Colegio Médico, y no puedo dejar de preguntar cuál es el valor de que esté el tesorero del Colegio Médico acá; cuál es el aspecto que va a vincular sus declaraciones en una comisión investigadora. No sé si viene en representación de la presidenta, y si tiene ese poder.

Dicho eso, quiero preguntar cuál es la evaluación que tiene el Colegio Médico respecto de la problemática de las listas de espera, y qué poder tiene para actuar al respecto.

Por otro lado, también quiero señalar que me llama la atención que últimamente se ha visto poco al Colegio Médico, así como también a los representantes de los profesionales médicos, de los cuales yo también formo parte. Me parece que el Colegio Médico actúa más bien cuando los gobiernos son de determinado signo político. Me llama mucho la atención esta politización de la evaluación de un problema, dependiendo de quién sea el Presidente de turno. No sé si esa es una apreciación mía o si efectivamente ocurre así, pero sería lamentable que fuera así. Me gustaría saber cuál es la posición del Colegio Médico.

Finalmente, como se ha dicho aquí, las listas de espera no son para medicina general, sino para medicina de especialidad. En ese sentido, el Colegio Médico forma parte de la Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (Conacem), que incluye también al Ministerio de Salud, a Fonasa y a la Asociación de Facultades de Medicina. Al acceder a la base de

datos de Conacem, uno se da cuenta de que está absolutamente desactualizada.

Entonces, por su intermedio, Presidente, quiero aprovechar que aquí está presente un miembro de la directiva para solicitarle al Colegio Médico el registro que ellos tienen sobre la distribución de especialistas en cada una de las regiones del país.

Muchas gracias.

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

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, seré breve.

Me sumo a las palabras del diputado Romero, las comparto plenamente. Creo que, a veces, algunas especialidades son verdaderos guetos.

Sin embargo, quiero agregar un punto que no es menor. Anteriormente, la posibilidad de especialidad estaba determinada por dos opciones: una, a través de las becas, y otra, por años de experiencia. Lamentablemente, en la administración anterior eso se cortó en algún minuto.

Entonces, quiero preguntar al invitado, por su intermedio, señor Presidente, si el Colegio Médico maneja información al respecto, ya que sería fundamental que una persona con 15, 20 o quizás más años de experiencia en un campo, lo que no es menor, pueda acreditar esa experiencia como especialización.

Estoy hablando específicamente en el área de la salud mental, en que muchos médicos, por la propia praxis, se ven forzados a un aprendizaje que no necesariamente es vía beca.

Gracias, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- También quiero hacer uso de la palabra.

Quiero pensar que, quizás, justo estamos en una mala fecha, de vuelta del período estival, en el superlunes. Por eso la presentación del Colegio Médico ha sido -disculpen la expresión- tan pobre en comparación con otras instancias en las que he tenido la oportunidad de verlos intervenir en esta Cámara de Diputadas y Diputados.

Este es un tema que considero del todo preocupante. El Colegio Médico tuvo un rol activo durante la discusión del presupuesto. Ahora bien, también coincido con lo que dijo el diputado Lee, ya que a veces nos gustaría ver la misma vehemencia que tuvo la expresidenta del Colegio Médico, la doctora Izkia Siches, durante la pandemia, en la actual presidenta, respecto de la crisis que tenemos de iguales o mayores características en este gobierno; es decir, no debería depender del color político del gobierno para tener una mayor fiscalización. El Colegio Médico es una institución que le habla al país en materia de salud, no solo a los médicos.

En ese sentido, habiendo dicho aquello, me gustaría hacer dos preguntas. La primera es cómo evalúan la situación hospitalaria para 2025, en vista de que se parte con una deuda hospitalaria en torno a los 50 millones de dólares, al menos a proveedores. ¿Cómo ven en perspectiva eso reflejado en lo que sucedió en 2024, en que el Ministerio de Hacienda aprobó remesas presupuestarias para el segundo, tercer y cuarto trimestres, más pequeñas de lo que lo hacía habitualmente, lo que afectó significativamente la red hospitalaria? Y una pregunta bien técnica, pero que no creo que esté de más decir, sobre todo porque el doctor Becerra es salubrista: ¿cuál es su apreciación de la mejor forma de medir la eficiencia de un

sistema de salud para manejar las listas de espera? ¿Debería ser promedio, mediana o el número absoluto de pacientes? ¿Cuál es su opinión?

Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, con todo el respeto que me merece el doctor Becerra, sobre todo considerando que es el único representante que ha venido a esta comisión, me gustaría saber si la información que nos entregará es vinculante con la posición del Colegio Médico o simplemente vamos a estar escuchando la opinión de un salubrista?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- El doctor Becerra viene en representación del Colegio Médico. Nosotros invitamos a la presidenta del Colegio Médico, pero ella presentó sus excusas diciendo que en su representación vendría el doctor Becerra.

Tiene la palabra el doctor Carlos Becerra.

El señor **BECERRA** (tesorero nacional del Colegio Médico de Chile A.G.).- Señor Presidente, por su intermedio me permito aclarar este punto.

Efectivamente, mi intervención es vinculante, ya que vengo en nombre del Colegio Médico. He participado en otras comisiones investigadoras, particularmente en dos de ellas: una que investigó la situación del laboratorio Sanderson y otra sobre los tratamientos de hormonización en ciertas personas con disforia de género. Por lo tanto, me gustaría despejar eso.

Antes de abordar cada uno de los temas planteados, quiero señalar que tenemos claro que la voz del Colegio Médico es escuchada y eso lo agradecemos. Sin embargo, también debemos señalar que no tenemos en nuestros estatutos ni en nuestra orgánica una función fiscalizadora que se pueda igualar a lo

que hacen los parlamentarios en su rol o la Contraloría General de la República, que se encarga de resguardar el buen uso de los recursos de toda la administración pública.

Por tanto, nos parecen graves todas aquellas situaciones en que se afecta la probidad, nos parece grave que el registro de listas de espera no sea acucioso, que el sistema de salud pública no logre interoperar entre sus sistemas y que tengamos múltiples sistemas entregándonos información y cada uno de ellos nos dé un número diferente, cuestión que es parte de lo que la Contraloría determinó en su auditoría, esto es, que miles de pacientes, que se supone que están en lista de espera, no lo están en el registro del Ministerio de Salud.

Otro de los aspectos que nos parece grave es que haya pacientes egresados por fallecimiento de las listas de espera, aunque en verdad no estaban fallecidas.

Ciertamente, nosotros tenemos representación en todo Chile, de Arica a Magallanes, pero conocemos las dificultades que tienen los distintos servicios públicos para poder operar.

Dicho eso, debo señalar que le hemos dado la mayor importancia a las listas de espera, hemos hecho múltiples declaraciones y, de hecho, estuvimos acá mismo tratando de abogar desde nuestro rol, para que existieran recursos adicionales para resolver las listas de espera.

Ustedes mismos han planteado las soluciones. La solución es, obviamente, una gestión de las listas de espera más eficiente por parte de quienes tienen que hacerla, que es el Ministerio de Salud, el rol rector y de administración del sistema que tiene y, acompañando eso, el rol de los 29 gestores de red que existen en los servicios de salud, que son quienes tienen a cargo la responsabilidad de esa red asistencial, público y privada. La normativa les da esas facultades. Prueba de esto

es la forma como se gestionó la pandemia, con integración virtuosa entre lo público y lo privado para poder salir de ese gran problema que teníamos como país.

Por lo tanto, ellos son quienes están llamados a resolver este problema, pero también sabemos de las dificultades que eso tiene. Además, la situación a lo largo del país es diversa. Chile, comparado con los países de la OCDE, tiene una cantidad adecuada de médicos. El problema es la distribución de especialistas, lo cual es evidente.

He tenido la oportunidad de trabajar en regiones gran parte de mi desarrollo profesional, particularmente en las regiones del Libertador Bernardo O'Higgins, de Los Lagos y de Aysén y, evidentemente, el problema es de distribución. Y vinculando el problema con algunas de las otras preguntas, es ahí donde los médicos extranjeros han cumplido un rol relevante, pues en hospitales donde los cargos médicos estaban vacantes, también han podido certificar sus competencias. Hoy, muchos de ellos, incluso han podido hacer una especialidad en Chile. Por tanto, el tema de la especialidad no está limitado por este gremio. Quienes dan los cupos son las universidades. Poder certificar una especialidad con la experiencia sigue siendo un camino a través de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (Conacem), con reglas de juego que puso el mismo Ministerio de Salud, que para cada una de las especialidades puso ciertos requisitos, siendo Conacem la agencia que vela porque esos requisitos se cumplan. Realiza un examen de competencias, tanto teórico como práctico, para asegurarse de que esos estándares mínimos, que han sido definidos por la autoridad, se cumplan. Si se cumplen, se certifica, certificación que es válida, tal cual operan los títulos que entregan las distintas universidades que tienen programas de formación de especialistas.

Por lo tanto, nosotros, obviamente, no representamos a las sociedades científicas, a las de hematología u oftalmología. Gran parte de ellos son médicos colegiados, pero, hoy, quien regula la cantidad de cupos, es la autoridad. El ministerio los compra, de una u otra manera, a las universidades y los ofrece en los distintos concursos públicos abiertos a médicos que trabajan en el sistema público. Insisto, eso lo regula la autoridad. En eso no tenemos ninguna injerencia.

Al respecto, es dable aclarar que cada una de las especialidades que certifica la Conacem pasa por un comité, que es la que finalmente administra las bases en función de los estándares que pone el ministerio para hacer esas acreditaciones. La Conacem tiene comités de expertos para cada una de las especialidades para tomar los exámenes de esos médicos.

Esa es la única injerencia que tiene el Colegio Médico en la Conacem, más allá de que su directorio esté conformado por varias instituciones, incluido este gremio.

En cuanto a los asuntos relacionados con las sociedades médicas, mal llamadas sociedades médicas, la verdad es que varias son administradas por operadores que no son médicos; por el contrario, los médicos son contratados por esas sociedades. Al respecto, hay un caso emblemático relacionado con la anestesiología, bastante conocido en su época. Esas sociedades, en lo que respecta a su conformación y sus capitales, no tienen que ver con nosotros, más allá de que cualquier médico, como cualquier otro profesional, tenga también, en el ejercicio libre de su profesión, la posibilidad de formar personas jurídicas y ofrecer servicios como cualquier profesión en Chile. Así lo pueden realizar, en el ejercicio libre de la profesión.

Por tanto, sí estamos de acuerdo, y en ese sentido hemos sido enfáticos, en que el incumplimiento de los pagos raya con la ética, obviamente. Hay muchos de nuestros médicos que están en los tribunales de ética por ese motivo. Eso representa solo el 3 por ciento de los médicos que están comprometidos a cumplir un periodo asistencial obligatorio, por tanto, no es una conducta generalizada; la gran mayoría, el 97 por ciento -a estas alturas, a esos programas ministeriales, van miles de ellos- ha cumplido con lo que corresponde, y muchos, incluso, laboran en el sistema público.

En este punto me gustaría hacer un llamado, porque se suele personificar en los médicos estos problemas de distribución de especialistas. Generalmente se critica a quienes estamos en el sistema público. Pero insisto en que uno de los problemas es que nosotros, como colegio, no tenemos potestades para resolver, pero claramente nos preocupa que el 50 por ciento de los médicos en Chile ejerza solamente en el sistema privado, lo cual condiciona la posibilidad de contar con horas médicas en el sistema público. Obviamente, eso tiene múltiples factores que inciden en la distribución. Además, el 50 por ciento del sistema privado se concentra en las tres grandes urbes: la conurbación del Gran Concepción, en la conurbación Viña-Valparaíso y, obviamente, en la Región Metropolitana.

Hemos propuesto al ministerio una serie de comisiones en las que participamos para generar mejoras a las leyes que nos regulan en el sistema público para poder poner mayores incentivos; hemos apoyado políticas como los médicos generales de zona, que hoy, por ejemplo, están en los establecimientos de salud de Colchane, en el de Puerto Williams, en el de la Isla de Pascua o en el del archipiélago Juan Fernández, otorgando salud a esas personas que no tienen otra alternativa,

porque el sistema privado obviamente en esos lugares no está presente.

Por lo tanto, el Colegio Médico ha tenido un rol bastante importante en fomentar el ejercicio público en el sistema de salud.

Pero quiero ser claro en que no podemos hacernos cargo de las listas de espera en términos de su gestión, porque ese es un rol que está definido por el DFL1 y son los 29 directores de servicio quienes tienen el rol de gestor de la red.

En esa línea, para responder otra de las consultas, el gestor de red es quien tiene la potestad para establecer convenios, incluso con establecimientos de fuera del país.

Trabajé muchos años en la Región de Los Lagos y conozco de cerca el caso mencionado por un señor diputado. Efectivamente, esos convenios existen hace varios años para paliar los grandes problemas que tenemos de distribución geográfica. De hecho, el convenio más antiguo es uno que tiene, a lo menos de hace 15 años, con el Hospital Zonal Esquel, al cual pueden acceder gracias a este convenio las personas que viven en Futaleufú y en Palena, y que, en vez de viajar un día entero para poder llegar al hospital de Puerto Montt, simplemente cruzan la frontera y en 40 minutos están en el Hospital de Esquel.

En la misma línea, el Servicio de Salud del Reloncaví suscribió este tipo de convenios, que son los DFL 36, a través de los cuales funcionan ciertos hospitales, como el Parroquial de San Bernardo, el Hospital San Francisco de Pucón y otros hospitales del sur de Chile, como el de Puerto Varas, para poder dar una solución a gente que vive, por ejemplo, en el sector de Puelo, en la cordillera, a la que le resulta mucho más fácil atravesar la frontera que está en el límite de la localidad, y así poder llegar al Hospital El Bolsón o, en su

defecto, acceder, como estos pacientes de la radioterapia, al Hospital Zonal Bariloche.

El DFL 36 es de los años 80, y a través de este funcionan muchas de las instituciones que ustedes deben conocer, como, por ejemplo, algunos proyectos de atención primaria que tiene la Universidad Católica, algunos consultorios o cesfam que están vinculados con la iglesia e, incluso, la propia fundación Teletón tiene este tipo de convenios. Por eso no tenemos mayor interés en pronunciarnos respecto de eso en particular, porque son convenios que están vigentes desde hace muchas décadas.

Por eso, no nos corresponde hacer un juicio de legalidad sobre ese convenio DFL 36 con hospitales, excepto de la provincia de Neuquén, en particular Bariloche, porque no acuden y están suscritos bajo las condiciones de ese DFL 36, que, insisto, es los años Ochenta, y hay firmados, a estas alturas, con hospitales, incluso extranjeros, como el caso de Esquel, que es un convenio que está vigente a lo menos hace 15 años.

Además, creo que había otra discusión en cuanto a las certificaciones médicas. Por ejemplo, respecto de ello, en pandemia se hizo un registro especial en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud para reconocer el rol de esos médicos, que aun sin aprobar los requisitos básicos que deben cumplir todos los médicos que se titulan en Chile, como aprobar el Eunacom, lo pudieran cursar. Como digo, en plena pandemia se hizo un registro donde se autorizó por parte de la autoridad. En ese momento no ejercimos ningún tipo de presión ni de rechazo a aquello, y es así como muchos médicos extranjeros, ya a estas alturas miles, han certificado en Chile su calidad de médico general y su calidad de especialistas a través de Conacem.

Por tanto, no vemos una oposición del gremio respecto de eso. Insisto en que participamos de las instancias que regulan

aquello y de la agencia, que hoy es la única. Asimismo, desconocemos por qué otros actores no han generado algún tipo de agencia y por qué la Conacem sigue siendo la única que certifica, desde hace décadas, las especialidades en Chile. Además, es una agencia que cuenta con el apoyo, tanto de miembros para estos comités de expertos, que deben examinar a los colegas que aspiran a certificar una especialidad, como también con el apoyo financiero del Colegio Médico para poder funcionar, porque el Estado no ha asumido la responsabilidad de certificar las especialidades y hoy lo hace una agencia que, básicamente, es la conjunción de varias voluntades para que sea una agencia seria, que cumpla con los estándares para certificar las especialidades médicas en Chile.

Incluso, ese modelo ha sido replicado por otro tipo de profesionales como, por ejemplo, los odontólogos, respecto de los que, desde hace varios años, existe la Conaceo.

Fueron varias preguntas y puede que se me haya ido algún tema. Si es así, por favor, hángamelo saber, pero creo haber respondido la gran mayoría de las inquietudes.

Agradezco que ustedes estén atentos -como varios lo dijeron- a lo que decimos o no, con o sin fuerza, en los medios. Hemos tratado de ser ecuanímenes. Nuestra directiva está vigente desde enero de 2024 y llevamos un año y un mes a cargo del Colegio Médico e, independientemente de nuestras convicciones políticas personales, representamos al ciento por ciento de los 36.000 médicos colegiados que existen en Chile.

En ese sentido, hemos criticado al actual gobierno y a la actual ministra todas las veces que ha sido necesario, y es así que, insisto, pusimos el tema de los recursos adicionales para las listas de espera, porque -ustedes lo deben saber mejor que nosotros- en el proyecto original de presupuestos eso no estaba, y a nosotros nos preocupa. Creemos que hay que salir

de ahí. Hemos dicho tajantemente que no vamos a salir de ahí sin integración público-privada, porque claramente la capacidad del sistema público no da abasto y porque por algo se generaron los 3 millones de personas en espera. Por lo tanto, es la única alternativa y, por eso, se requieren recursos frescos para llevar a cabo esta integración público-privada y resolver, en los distintos establecimientos públicos, más allá de los horarios institucionales contratados y en los establecimientos de salud privados, esos 3 millones de casos que tenemos.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Emilia Nuyado.

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero excusarme, porque estaba en la Comisión de Zonas Extremas, que coincide en su funcionamiento con el horario de esta comisión.

A partir de lo que logré escuchar de los diputados que me antecedieron en el uso de la palabra y de la exposición que hizo el representante de la presidenta del Colegio Médico, entiendo que se da cuenta de la realidad de que el 50 por ciento de los médicos ejerce en el sistema privado y de que ese 50 por ciento que está en el sistema público, lamentablemente no va a poder responder a la gran demanda, reflejada en las listas de espera. Lo preocupante es que en los diversos establecimientos de salud las personas reclaman que hay pocos especialistas y que son pocas las horas que se entregan.

Entonces, al revisar la situación, creo que esta tiene que ver con un tema de principios y con que muchos doctores requieren, en tiempo oportuno, mayores incentivos, lo cual, probablemente, se da más en el sector privado que en el público, porque no todos quieren ejercer en este último. Además, los

pocos que hay no cuentan con los recursos para tener la posibilidad de realizar más cirugías, ya que, para que se lleven a cabo, se requiere el apoyo de especialistas, equipamiento clínico para llevar adelante muchas cirugías.

Esto ha sido complejo, porque al conversar con los directores de los servicios de salud, que son quienes están encargados de esta red para disminuir las listas de espera, nos dimos cuenta de que hay una serie de debilidades en el sistema respecto de cómo estas se iban incorporando; de ahí también el aprovechamiento de algunos.

Entonces, si no se cuenta con mayores recursos para enfrentar las listas de espera, si no se acompaña y no se hacen los seguimientos respectivos, no vamos a tener resultados idóneos. Además, si no tenemos más doctores trabajando en el servicio público, entonces se tendrá que hacer lo que usted dice, esto es, que se lleve adelante una integración público-privada, que permitiría que las listas de espera sean menores. Y, escuchando a la ciudadanía, el mismo doctor que me atendió tan mal en el servicio público es el que me atendió de mejor manera en el servicio privado.

Me gustaría saber cómo nos podría colaborar el Colegio Médico con todos sus colegiados, porque el trato tiene que ver con el lugar en que estamos, porque seguramente en el servicio público se va a atender gente más humilde, que no puede pagar una consulta en el servicio privado.

Ante esa situación, creo que es importante tener una respuesta para la ciudadanía, porque ellos esperan que prontamente tengamos los recursos para que los directores de servicio los gasten en el servicio de salud pública y no se dispongan para el privado.

Tenemos que adaptar. Conocemos pocas realidades - seguramente el Colegio Médico conoce muchas más- de esta

adaptación que han hecho, esta doble jornada, utilizando los mismos hospitales para operar en la mañana y operar en la tarde, en dos jornadas. Al respecto, ¿qué costo tiene eso, aproximadamente?

Ahora, no sé si el Colegio Médico conoce la realidad que los propios doctores puedan señalar, porque nos encontramos con doctores muy buenos, antiguos en el servicio, que tienen mucha trayectoria en el servicio público y que también trabajan algunas horas en el servicio privado. De alguna manera, esa experiencia se puede ir apoyando en aquellos que son más jóvenes y tal vez tengamos la posibilidad contar con un sistema más fortalecido, donde se requiere que existan voluntades. Los doctores que integran esta comisión, que son muchos, pueden contar su experiencia de cómo atendieron en el servicio público, no sé si todos vienen del servicio privado. Pero si tuviéramos todas esas voluntades creo que tendríamos menos personas que tengan que esperar tanto, menos personas enfermas, si existiera una prevención real de los servicios públicos, porque no existe.

Entonces, todos llegan cuando ya están muy complicados y mientras más se demoran va pasando el tiempo y terminamos con muchas personas con cáncer, muchos de ellos terminando su vida antes de ser atendidos por el especialista.

Gracias, señor Presidente.

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

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, por su intermedio, saludo al tesorero nacional del Colegio Médico y quisiera hacerle una pregunta bien precisa.

En su segunda intervención dijo que el Ministerio de Salud podía formar especialistas, por lo que quería saber si eso es así o yo entendí mal lo que planteó, que en definitiva el Ministerio de Salud podía, para los que trabajan en el sector público, ver la fórmula para que tengamos más médicos especialistas.

Se lo pregunto porque soy diputado de la Región de Antofagasta y tenemos un problema de cáncer que es brutal. Para que se pueda hacer una idea, una de las promesas que no se ha cumplido por parte del gobierno es la creación del centro oncológico en Calama. Pero, junto con las dificultades de infraestructura, lo que más se nos ha dicho es que hay muy pocos oncólogos en Chile, se forman pocos oncólogos, en circunstancias de que quizá es una de las enfermedades más importantes de nuestro país. Reitero, soy diputado de Antofagasta y es una de las enfermedades más terribles, que genera un dolor brutal en las familias.

No es una crítica a este Ministerio de Salud, que yo soy bien crítico con la ministra y su gestión, pero me cuesta entender por qué el Ministerio de Salud no ha formado médicos suficientes. Me llama mucho la atención que sus colegas médicos sean los más duros respecto de la opinión que han vertido del actuar del Colegio Médico, que el Estado de Chile no haya tomado la decisión de tener más profesionales competentes en el sistema, porque tenemos un problema de volumen; me he ido formando la convicción de que hay listas de espera que tienen que ver con falta de especialistas, pero otras que aparentemente serían artificiales, porque, efectivamente, parece más conveniente generar taco en el sistema público, de manera tal que haya una compra de servicios en el privado.

Sabemos, y espero que sea parte de la conversación de esta comisión especial investigadora, las relaciones que hay entre médicos que operan en el sistema público con las prestadoras de servicios privados. Creo que es un tema muy incómodo, es bien complejo de tratar, pero es parte de nosotros resolver un problema que le duele al país.

Detrás de la gente que está en listas de espera hay mucho sufrimiento. Me llama mucho la atención la cantidad de gente que se ha contactado en la región para plantear sus experiencias de lo que han sido las listas de espera y muchos hablan por sus familiares que ya murieron. Y cuando uno se va formando la impresión de que mucho de esto, o una parte no sé si mayor o menor, es artificial y se podría solucionar solamente si hubiese un manejo distinto de los especialistas.

Quiero entender bien lo que usted dijo respecto de los especialistas que trabajan en el sistema público, que era como una facultad del ministerio. En la lógica de construir soluciones, estamos acá efectivamente para ir a las causas, pero lo que más nos importa a nosotros es construir soluciones.

Entonces, en primer lugar, me gustaría saber si entendí bien cuando se refirió a que el Ministerio de Salud podía tomar las decisiones para la formación de especialistas.

Y, en segundo lugar, entendiendo que representa al Colegio Médico, ¿estarían de acuerdo en buscar una legislación que promueva la llegada de médicos especialistas del extranjero, la mayor formación de especialistas nacionales, con todos los incentivos que eso significa? Porque tengo la impresión de que hay algunas especialidades en que hay una suerte de mercado cautivo, y es bien brutal lo que voy a decir y lo quiero decir con mucho respeto: se lucra con el sufrimiento de las familias.

Por ende, no logro entender cómo el Estado... y en esto creo que hay una responsabilidad histórica del Ministerio de Salud de no haber hecho el marco normativo que permitiera una mayor formación de médicos competentes. O sea, creo que los médicos en Chile tienen un alto estándar, pero no son los mejores del mundo y tampoco son los peores; por tanto, esto que nos han tratado de hacer creer que solo los médicos chilenos pueden atender creo que se ha ido cayendo. Insisto, soy diputado de la Región de Antofagasta y se están incrementando las condenas a médicos chilenos por negligencias médicas.

Me gustaría saber cuál es la posición del Colegio Médico respecto de tomar una política de Estado de mayor formación de especialistas, pero números importantes, porque si no podemos tener especialistas oncólogos en Antofagasta en números suficientes, no tenemos en Calama, no hay en Tocopilla. O sea, ¿cuál es la razón de que no quieran que haya más especialistas?

Saber si estarían dispuestos a acompañar la creación de un marco normativo que tuviera todos los incentivos bien puestos, como corresponde, donde tienen que estar, para que tengamos más profesionales competentes; si no hay en Chile, buscar las fórmulas para traer médicos extranjeros o buscar la formación de médicos en el extranjero, porque me llama muchísimo la atención esta lógica de que solo los médicos chilenos pueden atender y eso está instalado en una suerte de prejuicio -o como se llame-, hay mucha reticencia y creo que el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (Eunacom) tiene mucho de eso.

Además, lo quiero decir con toda seriedad, cuando a los médicos no les gusta una cosa hacen cosas brutales. En el Hospital de Antofagasta los médicos no tienen un registro de ingreso y salida, y nadie entiende por qué no hay. Ese es uno

de los temas que vamos a plantear cuando vayamos a Antofagasta, para que la Contraloría pueda establecer por qué no tienen ningún tipo de control, ¿qué pasó ahí? Cada vez que en algunos hospitales, en distintas partes de Chile, se han querido hacer ciertos ajustes que incomodan a los médicos, aparecen los paros, aparecen las presiones, los déficits.

Entonces, es muy extraño que todo sea perfecto, que todo sea normal, pero cuando empiezan a hacer ajustes en temas que tocan a los médicos empiezan los problemas. Se va el director que intentó hacer cambios y todos los problemas se apagan. Eso ha pasado en distintas partes de Chile.

Por lo tanto, insisto en la segunda pregunta para ser bien concreto. Me gustaría saber si como Colegio Médico están dispuestos a acompañar la génesis de una legislación, una arquitectura institucional, que abogue por ir al fondo de esto, que es la falta de médicos especialistas y que pongamos los incentivos donde ustedes puedan decir que están los incentivos correctos, pero que, además, tengan claridad de que es una cosa que es demasiado perversa que está pasando en nuestro país y donde lamentablemente creo que el Ministerio de Salud, históricamente... tengo un juicio -reitero- muy crítico de la actual ministra de Salud, pero este no es un problema que generó la actual ministra, pero por distintas razones esto no se soluciona.

Además, creo que esta es la comisión especial investigadora de listas de espera 14 o 15. Entonces, no es un tema que partió en 2022, y espero que esta sea una de las últimas comisiones especiales investigadoras y que llevemos a cabo propuestas muy concretas, ya que ese es el ánimo de estas preguntas.

Gracias.

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

El señor **LEE**.- Señor Presidente, concuerdo que acá estamos para buscar soluciones y dado que estamos con el tesorero nacional del Colegio Médico, para encontrar una solución, un tratamiento, necesitamos un diagnóstico. Lamentablemente o afortunadamente es así para hacer algo racional.

Quiero insistir con el tema de la Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (Conacem) y me alegra que el tesorero nacional del Colegio Médico haya dicho que es una institución fundamental de registro de las especialidades médicas, y ojalá que los colegas de la comisión me pongan atención.

Tengo el registro actualizado del Conacem de los médicos especialistas, anestesiólogos, de Arica y Parinacota, los voy a nombrar porque esto está siendo grabado, está siendo registrado, para que todos tengan público conocimiento: doctor Duval Aguirre, doctora Fores, Fuentes, Gómez, Kreither, Ramos, Salgado, Tirapegui y Vera, anestesiólogos.

De esta lista, por lo menos dos ya están fallecidos y, a vuelo de pájaro, les puedo decir que cinco no están en la ciudad. Y esta es la lista del Conacem, una institución que el Colegio Médico es parte y que está absolutamente desactualizada. Si ese es el nivel de desidia, entonces estamos claros por qué no tenemos la solución. No quiero tampoco pasarme para el otro lado con la intervención, pero perfectamente acá también les puedo nombrar los médicos que son los encargados del Colegio Médico de estar presentes en Conacem. Esta es la institución certificadora.

Pero, por otro lado, ya que también escuché algunas intervenciones de colegas, quiero decir que la formación de médicos especialistas no es como fabricar latitas de envases de Coca-Cola, por lo que los invito a interiorizarse de cuál es el proceso formativo de los especialistas médicos, que requiere, por lo menos, una población lo suficientemente grande que concentre enfermedades raras para que los médicos puedan prepararse y entrenarse al respecto, porque son especialistas en algo, especialistas en cosas que no son habituales. Las enfermedades habituales las ven los médicos generales; los especialistas ven cosas mucho más complejas, por eso que los grandes centros formadores de especialistas no están en ciudades pequeñas, están en ciudades grandes.

Por ello, en 2022, al subsecretario de Salud y a la ministra de ese entonces -y lo repetí con el actual subsecretario y la actual ministra-, se les entregó un plan formador de médicos especialistas, que se concentró simplemente en zonas extremas, para no provocar un remezón y una sobrerreacción de las sociedades científicas. Queríamos hacer una especie de experimento de formación de médicos especialistas en zonas extremas, buscando la capacitación en el extranjero, en los principales centros formadores de especialistas del mundo, principalmente en Latinoamérica, porque eso es mucho más razonable que estar trayendo médicos especialistas de otros lados a Chile. Era mejor enviar a nuestros profesionales médicos generales a formarse a esos centros.

Sin embargo, ya han pasado tres años y no ha habido ningún pronunciamiento del parte del Ministerio de Salud, entregándoles incluso presupuestos de los gobiernos regionales como financiamiento.

Les quiero poner un ejemplo. En Arica y Parinacota se gastan mil millones de pesos para pagarle a una fundación de médicos especialistas de Santiago, quienes llegan hasta Arica solo un fin de semana a operar y después de eso se van. La mayoría son colegas del doctor Lilayu, es decir, tienen la misma especialidad.

Se pagan mil millones de pesos a esta fundación, pero hay cero pesos para especializar a médicos generales de nuestra región, quienes ya tienen arraigo. Esa es la disonancia que tenemos hoy.

Expreso lo anterior porque espero que el Colegio Médico de Chile, después de esta comisión, por lo menos se lleve como tarea la actualización de la lista de especialistas médicos que tenemos en nuestras regiones.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Solo como dato, estuve revisando lo que ocurre en la Región de Valparaíso y también [...]

Sobre el punto, tiene la palabra el diputado Jaime Araya.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Con el aprecio que le tengo al diputado Enrique Lee, sinceramente, yo entendía, por ejemplo, que un médico con especialidad en rodillas, se especializaba específicamente en rodillas, no en una enfermedad determinada de rodillas.

Tenemos un concepto de especialidad, y es bueno estar en comisiones como esta para aprender. Por ejemplo, traumatología es una especialidad, pero no tiene que ver con enfermedades raras. En definitiva, no logro entender cuál es el concepto o la diferencia.

No se trata de enfermedades raras. Hay disciplinas, especializaciones, no sé si en órganos, pero hay cardiólogos, pediatras, endocrinólogos y otros. Por lo tanto, no hablaría de especialistas en enfermedades raras. Quizás hay algunas enfermedades específicas que podrían estar adscritas a un tipo de especialidad, pero, en Antofagasta, por ejemplo, el común de la gente necesita traumatólogos. Tenemos un problema gravísimo. Necesitamos oncólogos, especialistas en oncología, no en una enfermedad específica.

Entonces, creo que necesitamos una buena conversación en la comisión para que entendamos qué es la formación.

Nadie dice que es sencillo. En ningún minuto he dicho que es sencillo, pero llevamos mucho tiempo en esto, señor Presidente. Creo que en algún minuto hay que partir.

Diputado, con todo cariño, tengo una diferencia con usted. Todos tenemos claridad y ni siquiera hay que hacer un nuevo estudio para saber dónde están las falencias.

Hay cosas básicas y si uno fuera hospital por hospital, vería que hay especialidades que no existen en el sistema público, pero sí en el sistema privado. Hay especialistas que trabajan solo algunas horitas en el sistema público, como decía nuestra querida diputada Emilia Nuyado, y después se van al privado.

No sé si es el momento, pero deberíamos establecer un criterio para especificar bien a qué nos referimos cuando hablamos de especialidad, para no abusar de la disposición del tesorero del Colegio Médico para que nos explique.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Les voy a otorgar el uso de la palabra a los diputados Hernán Palma y Daniel Lilayu, y luego a nuestro expositor.

Ahora, para ser un poquito mediador, creo que el diputado Enrique Lee, más que referirse a una enfermedad, apuntaba a una mayor profundidad de conocimientos. El médico general es como un océano de conocimientos a un centímetro de profundidad. En cambio, cada especialidad es menos océano, pero más profundidad, finalmente, en cada una de las áreas. Asimismo, hay subespecialidades que son como la fosa de las Marianas, superprofundas; es como hablar de subespecialistas en el dedo meñique de un pie.

Tiene la palabra el diputado Hernán Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, el problema es que cada vez hay más gente que sabe más de menos.

Reitero mi pregunta sobre la disposición del Colegio Médico, del gremio, a que personas de otras profesiones, como los tecnólogos médicos, pudieran, por ejemplo, eventualmente hacer exámenes de fondo de ojos. Eso no quedó respondido. Entiendo que hay experiencias internacionales bastante buenas en esta materia.

Respecto de lo que señalaba el diputado Jaime Araya, hay un resabio de la ley N° 15.076. Personalmente, fui testigo de una huelga cuando era jefe de un servicio, porque les puse reloj control a los colegas. Eso porque se sabe que algunos atienden rápido en el sistema público para arrancarse luego a atender pacientes en sus consultas privadas. Ese es el tema.

Existe una crisis vocacional. No quiero generalizar, porque no son todos los médicos, por supuesto que no, pero hay algunos colegas que se arrancan, para tener otros ingresos. Esa es la cuestión. Como en el sacerdocio, hay una crisis vocacional.

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

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, creo que no hay que pedirle mucho al Colegio Médico. ¿En qué sentido? Yo fui crítico al decir que tenía que estar la presidenta acá, pero el Colegio Médico solo se aboca a cierto ámbito.

Estamos hablando de listas de espera, de eso se trata la comisión. El diputado Agustín Romero tocó el tema de la Contraloría, pero yo quiero enfocarme exclusivamente en lo que ustedes, como Colegio Médico, deberían conocer, que el informe de la Contraloría.

Hay varios sumarios y médicos involucrados. Por ejemplo, está el caso entonces subdirector médico de Osorno que operó a su hermana antes de lo previsto en la lista de espera, y eso fue denunciado. Lo denunció yo, en todo caso. Pero, aparte de eso, hace dos días, el director del hospital de Antofagasta fue desvinculado también del servicio, porque operó a su papá. Ahí hay un problema ético.

Entonces, el diputado Romero tiene razón en lo que dice. Efectivamente, hay actuaciones médicas que no necesariamente tienen que ver con listas de espera en el ámbito del Minsal. ¿Cómo solucionamos el problema de las listas de espera? Sé que el Colegio Médico no lo va solucionar.

Lo otro que me queda muy claro, y qué bueno que usted lo haya actualizado, y lo dijo claramente, como Colegio Médico, es que la única manera de salir tiene que ver con la conjunción público-privada. Se demostró durante la pandemia por covid-19, que el sistema público y el privado tienen que coexistir. Creo que esa es la solución. No es una cosa política, sino que es la única manera de poder salir adelante.

Tengo entendido que las clínicas, en general, ayudan, sobre todo en provincias. Las clínicas privadas aportan mucho en la solución de los problemas de la gente. El sistema privado podría solucionar el 60 por ciento de las listas de espera, porque, al final, lo que interesa es operar a la señora que tiene un cálculo en la vesícula, para que no derive en un cáncer.

Solo me queda aclarar algo a mi colega diputado, con delicadeza. Difiero un poco de lo que él señala. Quiero defender un poco el trabajo de los médicos respecto del tema del reloj control. Yo también fui jefe del servicio de Cirugía, fui jefe del servicio de Urgencias, y en algún momento también me opuse al uso al reloj control. Ahora se está implementando es medida en todas partes y no hay problema con eso.

Es cierto que los médicos tienen que cumplir horarios, pero también es efectivo que en todas las profesiones hay sinvergüenzas que se arrancan y no cumplen.

Yo, como cirujano, operaba, y como hay horarios de veintidós horas, tendría que haberme ido, por ejemplo, a las doce y media -y el doctor lo puede corroborar-. Pero hay algo que ocurre más frecuentemente de lo que usted piensa, colega; por ejemplo, puede que, a las doce y media, en mitad de la operación, el paciente sangre -porque la medicina no es negro o blanco-, lo que significa que uno se tiene que quedar una, dos o tres horas más. Yo, como cirujano vascular, tenía que estar tres o cuatro horas operando, pero me pagaban hasta las doce y media.

Si yo fuera partidario del uso del reloj control, idea que comparte mucha gente, y está bien, me pondría el sombrero, el casco de obrero, y me mandaría a cambiar apenas toquen el pito de las doce y media. No debería haber ningún problema, y para

eso está el reloj control. Pero en la medicina, en el arte de la medicina, por la responsabilidad que tenemos los médicos, a las doce y media no podría pedir que venga otro médico a seguir operando.

Lo que cuento, estimado colega, sí pasa. A veces, estaba operando y había auxiliares, paramédicos o la misma arsenalera, que a las doce y media decían: hasta luego, doctor, me voy, y entraba otra persona. Claro, porque ellos tenían arraigado ese concepto del reloj control.

La medicina no es así y yo defiendiendo esa parte, aunque también sé que hay sinvergüenzas, que hay gente que se arranca, efectivamente, pero ese es un problema ético y ahí está el Colegio Médico o los mismos jefes para decirles: ¡Oiga, cumpla! Pero la gran mayoría de los médicos en Chile cumple con su trabajo.

Estoy seguro de que los que trabajamos 50 años en el servicio público, cumplimos con el horario. No quiero que quede en la gente que nos está escuchando la idea de que los médicos son todos unos sinvergüenzas, que se mandan a cambiar, que no cumplen el horario para hacer horas afuera. No es así.

Eso nomás quería decir.

Gracias.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, también me gustaría hacer un descargo respecto de lo que hemos escuchado.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Muy brevemente, porque el diputado Henry Leal ha pedido hacer uso de la palabra.

El señor **LEE**.- Ya que distinguida diputada Emilia Nuyado dijo que le gustaría escuchar las experiencias de los médicos de aquí, ya que la mayoría somos especialistas, quiero decir que

coincido con el doctor Lilayu, porque yo, durante tres años concurrí en vacaciones, fines de semana, de noche, de madrugada, a atender niños y a adultos quemados, y la retribución financiera que tuve fue de cero pesos, porque nunca se me ocurrió ni siquiera pedirlo ni mencionarlo. Pero en algún minuto, efectivamente puede haber colegas que salen, y entre ellos puede haber algunos sinvergüenzas, como dijo el doctor Lilayu.

Sin embargo, también hay que considerar que muchas veces hay pacientes en las clínicas privadas que se están complicando y que requieren la asistencia de los médicos especialistas, que son los únicos que hay en la ciudad, por lo que deben atender tanto en el ámbito privado como en el público.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Buen punto.

Tiene la palabra el diputado Henry Leal.

El señor **LEAL**.- Señor Presidente, por su intermedio, desde el punto de vista de su experiencia, usted dijo que, a su juicio, la solución pasaba necesariamente por una articulación entre el sistema público y el privado, punto en el que, creo, todos coincidimos.

A su juicio, como estamos funcionando hoy día, con la realidad y los medios que tenemos, y habiendo visto que en el tercer trimestre del año pasado no solo no bajaron, sino que aumentaron los casos de listas de espera, si seguimos a este ritmo, ¿vamos a resolver el problema o en un año más vamos a estar con tres millones y medio de personas en listas de espera?

Entonces, a su juicio, ¿cuál sería la solución para enfrentar este tema? ¿Es solo un tema de recursos o también de gestión? Al finalizar esta comisión, vamos a emitir un informe, pero el

objetivo final es que muera menos gente, que las listas y los tiempos de espera disminuyan.

Por lo tanto, insisto, ¿cómo resolvemos el problema? Hay opiniones, según las cuales, si los médicos siguen manejando todo, el tema no se va a resolver; eso sale para afuera. No soy médico, soy abogado, pero la visión que hay hacia afuera es que si los cirujanos siguen manejando el sistema, los médicos, este tema no se va a resolver; que debe haber más control desde afuera; que los hospitales deben ser administrados por personas que no sean médicos, sino expertos en administración pública o en gestión, para que haya metas.

En la interpelación le pregunté a la ministra muchas veces cuál es la meta para seis meses o para un año más, pero nunca me respondió. Eso significa que no hay metas, solo decía que lo iban a hacer lo mejor posible, pero eso de "hacer lo mejor posible" no sirve para resolver el problema.

Entonces, para concretar mi pregunta, a su juicio, por su intermedio, señor Presidente, ¿qué se podría hacer en el corto y mediano plazos, para que, al menos, la tendencia empiece a bajar?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Marlene Pérez.

La señora **PÉREZ** (doña Marlene).- Señor Presidente, en primer lugar, saludo a nuestro invitado y a todos los colegas que integran esta comisión especial investigadora.

Quise estar presente en esta sesión porque soy de la Región del Biobío, y en mi región he levantado con mucha fuerza la realidad que viven muchas personas; la crisis que hoy tenemos

en materia de salud, en cuanto a las listas de espera, que es realmente preocupante.

Escuché a los colegas, y creo que acá lo más importante es no desviarnos del foco y buscar una solución real. En la interpelación realizada a la ministra de Salud, sinceramente siento que faltó un poco de autocrítica. La única manera que nosotros podemos mejorar la gestión es entendiendo que nos equivocamos, que las cosas no se están haciendo y que se pueden mejorar. De lo contrario, nunca vamos a mejorar.

Las listas de espera han ido aumentando, hay personas que mueren a diario debido a que no reciben la atención oportuna. Además, en la Región del Biobío tenemos el problema de que lamentablemente las cifras distan mucho de las que tienen las autoridades, lo que es preocupante, y no ocurre solo en asuntos de salud, sino también en seguridad. Hace poco también lo vimos en otros temas que son superimportantes, como en lo económico.

En consecuencia, me interesa muchísimo que pongamos real énfasis en la importancia de buscar una solución concreta, porque acá claramente no podemos negar que también hay un problema de gestión, y si no tenemos autocrítica, difícilmente vamos a poder solucionar el problema, y quiero que entendamos que acá estamos hablando de personas que diariamente están muriendo.

Por lo tanto, debemos tratar de dejar de lado todos los sesgos políticos y entender que estamos acá, porque tenemos un verdadero interés en que esta crisis en materia de salud disminuya, no solo en mi región, la Región del Biobío, sino también a nivel país.

Solo eso, señor Presidente, y gracias por darme la oportunidad de intervenir en esta sesión.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Del Biobío norte o del Biobío sur?

-La diputada Marlene Pérez interviene fuera de micrófono.

[...]

La señora **PÉREZ** (doña Marlene).- Del Biobío en general, pero represento a Concepción, Talcahuano, Chiguayante..

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Ya, del Biobío norte.

La señora **PÉREZ** (doña Marlene).- Sí.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Es para saberlo..

(La diputada Marlene Pérez interviene fuera de micrófono)

[...]

Para situarme en los hospitales, porque..

(La diputada Marlene Pérez interviene fuera de micrófono)

[...]

Lo decía principalmente pensando en el Hospital de Los Ángeles, en el Hospital Grant Benavente, en el Hospital las Higueras de Talcahuano.

(La diputada Marlene Pérez interviene fuera de micrófono)

[...]

Perfecto.

Para responder a las preguntas, incluida la pregunta que yo le hice, relativa a su opinión respecto de la mejor forma de medir las listas de espera, tiene la palabra el doctor Carlos Becerra.

El señor **BECERRA** (tesorero nacional del Colegio Médico de Chile A.G.).- Señor Presidente, voy a responder una a una las preguntas.

Como dije delante, en cuanto al tema de la sociedad médica, la verdad es que creo que están mal llamadas "médicas", porque además incluyen a veces al personal completo de un pabellón, no solo a médicos, sino también a arsenaleras, enfermeras, etcétera, y la verdad es que ahí efectivamente puede haber un conflicto de intereses, que, según entendemos, la ley de compras públicas, que tuvo una modificación recientemente puesta en marcha, va en ese sentido. De hecho, limita -también hay un problema que hemos dado a conocer- que un médico que está trabajando a honorarios en un hospital pueda participar en una licitación.

El problema es que hay regiones donde esos médicos, como ustedes también dijeron, son los únicos que hay, y trabajan tanto en el mundo público como en el privado. Por lo tanto, es difícil esa conjunción.

En ese sentido, nosotros hemos planteado a la autoridad modificaciones en nuestros estatutos de médicos para poder modificar lo que hoy día tenemos. Hoy día, un médico, por mucho interés que tenga en un contrato público, puede, en una combinación de un cargo diurno de 22 horas y un cargo nocturno de 28 horas, para hacer un turno rotativo, trabajar a lo sumo cincuenta horas. Sin embargo, la verdad es que los médicos, en promedio, trabajan bastante más que eso a la semana, y la única alternativa que hoy existe es justamente la compra de servicios a través del subtítulo XXII, y eso es un asunto y una regla del juego que no pusieron los médicos.

Hace muchos años, en el subtítulo XXI, la glosa de honorarios fue sistemáticamente limitada, lo cual nos parece bien, porque los cargos a honorarios eran para resolver asuntos de contingencia, no para suplir las falencias y las brechas de recursos humanos que tenían los sistemas en general.

Por lo tanto, como el subtítulo XXI se fue limitando en su glosa de honorarios, lo que vino, entonces, fue la facilidad de poder usar el subtítulo XXII, que es para adquirir bienes y servicios, y es así como se empezaron a comprar servicios de lavandería, de auxiliares de aseo, etcétera, y se fueron comprando cada vez más, como de diálisis, hasta que llegaron a comprarse equipos completos de turno. Hoy día, hay hospitales que compran a través de este subtítulo XXII un turno completo de colegas para hacer funcionar un turno de urgencia 24/7.

Nosotros no estamos a favor de eso. Insisto, es que hemos planteado a la autoridad -hemos estado en un par de comisiones, que, dicho sea de paso, no avanzan mucho- generar otro tipo de vinculaciones. Los médicos tenemos como siete formas diferentes de vincularnos con la administración pública, una serie de leyes, etcétera, y nosotros creemos que, a través de un estatuto unificado, que permita trabajar más allá de las cincuenta horas, con las regulaciones que corresponda, pero que haya vínculos con los médicos como personas naturales y no como personas jurídicas, como ocurre actualmente con las sociedades.

Hemos planteado eso a la autoridad. Entendemos que hay cierta disposición a avanzar en esa línea, pero la verdad es que eso no depende de nosotros.

Respecto de los juicios éticos, también cabe aclarar que los tribunales de ética son independientes de los dirigentes de

turno, porque justamente nosotros también estamos sometidos a esos tribunales, en tanto no cumplamos el mandato que tenemos de nuestras elecciones del colegio. Además, a diferencia de otras instancias, los tribunales de ética reciben denuncias, y esas denuncias generalmente las hacen otros colegas, pacientes y son de todo tipo, pero no tenemos necesariamente la posibilidad de hacer análisis de casos de oficio desde nuestro rol, porque nosotros somos dirigentes.

A diferencia del Poder Legislativo, nosotros no tenemos función fiscalizadora ni siquiera en el mismo colegio. Lo que le decimos siempre a la gente que nos envía cartas a la mesa directiva nacional para reclamar contra el actuar ético de algunos colegas, es que ponemos esos antecedentes a disposición del tribunal de ética. Sin embargo, la verdad es que ese tribunal funciona de manera independiente, porque así tiene que ser. En esa línea, entiendo que hay varias iniciativas en proceso para recuperar la tuición ética de los colegios profesionales, porque hoy no la tenemos. La verdad es que si un médico no está colegiado, no hay ninguna forma de sancionarlo, y la sanción máxima que podemos aplicar a través del tribunal de ética es desafiliarlo, expulsarlo del Colegio Médico. Esa es la máxima sanción que podemos aplicar a un médico colegiado, pero ni hablar de limitar el ejercicio profesional o, lisa y llanamente, de quitarle a un médico la posibilidad de ejercer en tanto que haya cometido faltas éticas graves; eso es así y es con lo que tenemos que lidiar. Funcionan nuestros tribunales de ética, tanto nacional como regional, pero con las limitaciones que menciono.

Jamás estaremos a favor de lo que hizo ver la Contraloría General de la República en relación con el colega de Osorno o con el colega de Antofagasta, quienes habrían intervenido

quirúrgicamente a familiares directos saltándose la fila. Nosotros no estamos a favor de eso, y en otros países también ocurre; de hecho, hay cuotas de cirugía para los funcionarios, porque muchas veces ese funcionario, que está en lista de espera, lleva un año con licencia médica. Ese es otro gran problema que tenemos y que se ha identificado en el sector Salud. Por lo tanto, si un funcionario lleva un año o un año y medio con licencia médica, pareciera ser de toda lógica que se le dé prioridad para resolver su problema y se reintegre al trabajo.

En cuanto a las sociedades médicas, efectivamente se pronuncian respecto de la formación y de los respectivos cupos de especialidades, pero son las universidades las que entregan esa formación. La verdad, el ministerio no tiene la capacidad de formar, sino que compra los cupos que ofrecen las universidades. Hoy la formación está a cargo de las universidades, que ofrecen una infinidad de cupos, los cuales, el 80 o el 85 por ciento, son comprados por el Estado, para luego ofrecerlos a los médicos que trabajan en los distintos lugares de Chile.

Lo que creemos y hemos planteado a la ministra es que, hoy, con un sistema centralizado, se incurre en un error porque, por ejemplo, cuando un colega originario de Magallanes, que se pudo haber formado en la misma Universidad de Magallanes, accede a una especialización, y luego lo mandan a Antofagasta. Entonces, ¿qué hará ese colega? Probablemente, tratará de devolver su desempeño obligatorio en su región.

Al respecto, si bien celebro el interés de avanzar en este tipo de cosas, sin duda, creemos que hay que hacer una modificación, para que haya un manejo local. Eso está comprobado por la experiencia de otros países que tienen serias dificultades de distribución. O sea, que en relación con

aquellos lugares remotos, los colegas que han trabajado por algunos años como médicos generales en sus respectivas atenciones primarias, sean los que tengan la primera opción para formarse y devolver su desempeño obligatorio en esa misma región, que es con la cual tienen una afiliación, donde reside su familia y donde probablemente nacieron y crecieron, por lo que están abiertos a seguir sirviendo a esa localidad. Eso se lo hemos planteado a la autoridad, pero no hemos obtenido respuesta. Este año los cupos de especialidad se van a ofrecer bajo la misma modalidad de siempre, en que el Ministerio de Salud define si un dermatólogo va a Arica; otro, a Atacama, y otro, a Magallanes, pero en eso nosotros, como Colegio Médico, no tenemos injerencia alguna.

En cuanto a la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (Conacem), esta tiene un directorio. Como expliqué, es una institución de la que formamos parte y aportamos, obviamente, pero lo que tiene en su registro, que está en la página web, es la lista de aquellos médicos que se han certificado por la Conacem. Sin embargo, el registro de especialistas lo tiene la Superintendencia de Salud (Susalud). Justamente, nosotros registramos a quienes han pasado y aprobado un proceso de la Conacem. Por lo tanto, efectivamente puede haber en el registro colegas fallecidos, pero que en algún momento fueron certificados. Sin embargo, reitero, esa no es la base de datos de los especialistas que existen en Chile, sino que esa información la tiene la Superintendencia de Salud en su registro de prestadores individuales.

Respecto del uso de la mediana o del promedio para poder evaluar un sistema de lista de espera, una discusión que probablemente es estadística, los sistemas comparados hablan de mediana, porque permite reflejar cuántos días la gente

espera para una cirugía y, habitualmente, los sistemas que se parecen al nuestro, como el National Health Service de Gran Bretaña, usan mediana. Eso sí, a diferencia nuestra, ellos tienen definido el tiempo límite para todas las intervenciones, pero, a pesar de ello, en un porcentaje creciente de casos los tiempos de espera se prolongan más allá del plazo establecido por ellos como sus propios estándares, tal como demostró un reporte que se realizó al respecto en el área oncológica en Inglaterra.

A nosotros nos parece que, así como el régimen general de garantías, el AUGGE, dispone tiempos límites para tratarse, es de toda lógica que eso se aplique a todos los problemas de salud. En Chile todos tienen claro que no pueden esperar por una cirugía más de tantos días y es entonces que la mediana nos resulta más afín, digamos, al logro de ese objetivo.

La verdad es que el promedio o la cantidad de personas esperando también tiene relevancia, obviamente, pues no da lo mismo que esperen tres millones de personas a que espere un millón de personas, pero también es cierto que los sistemas, en general, se abocan a los días porque a veces puede ser, y esto, por favor, es solo comparativo, que no sea tan malo, entre comillas, que esperen tres millones de pacientes por 30 días versus a que espere un millón de personas por tres años. Es en ese ámbito que creemos que la mediana tiene un rol, no pensamos que sea un problema, pero sí debe haber metas establecidas.

En relación con ello, el gobierno anunció la meta de bajar, primero, de 250 días y, luego, de 200 días el tiempo de espera para las cirugías. Obviamente, nosotros ejerceremos el rol que tenemos en el consejo de seguimiento para que eso se vaya cumpliendo. Hace pocos días, el Ministerio de Salud emitió cierto informe al respecto, el que expone que no se ha llegado

a esa meta. Entiendo que solo un par de servicios de los 29 han logrado acercarse a esa meta, pero los otros no. Por lo tanto, seguiremos participando de esa instancia para poder avanzar.

Respecto de la integración público-privada, insisto, está más que claro cuál es su rol, pero también creemos que la eficiencia tiene mucho que ver con ello.

En Chile, bajo la modalidad de libre elección, en que las personas afiliadas a Fonasa van y compran un bono para atenderse con un especialista, se venden al año ocho millones de bonos para atenderse con el médico especialista que uno estime conveniente comprando esa atención de salud. En cuanto a las listas de espera para atención de especialidad ese número es de 2 millones 700 mil bonos. En consecuencia, otra cosa que también hemos sugerido al ministerio, es ver de qué manera podemos focalizar que esas ocho millones de atenciones, en vez de realizarse para lo que cada cual estime, vayan dirigidas a las personas que están en lista de espera. A lo mejor hay algunos cambios estructurales que hacer, pero si esos ocho millones de atenciones se enfocaran en los 2,7 millones de personas que están en la lista de espera, el problema se resolvería en un año. El inconveniente es que eso implicaría que, a lo mejor, no todos van a poder comprar el bono y no todos van a tener acceso a esos ocho millones de atenciones para poder priorizar a los 2,7 millones de pacientes que esperan por un problema de salud que ya fue evaluado en la atención primaria, donde se consideró que debía ser resuelto en un lugar de mayor complejidad, versus el bono que yo, como ciudadano a pie, puedo comprar para ir al subespecialista que a mí me parezca por el problema que sea.

Los sistemas de Salud de otros países también han tenido que tomar decisiones al respecto y es por eso que hay sistemas en que, en general, existen incentivos para pasar por un médico familiar o general antes de ir a un especialista, por lo que, cuando las personas deciden ir directamente a un especialista o a un subespecialista, les resulta mucho más oneroso que pasar por el sistema de atención primaria que, también en sistemas comparados, es el que ha mostrado mayor eficiencia en el gasto.

Respecto de la desmedicalización, algo que se preguntó al principio, la verdad es que el Colegio Médico no se ha manifestado en contra de eso; forma parte de una mesa que está, de hecho, discutiendo una reforma al Libro V del Código Sanitario, en que todos los colegios profesionales quieren modificar su artículo, incluso algunos que no tienen artículo, para poder hacer más cosas en la línea de desmedicalizar la atención de salud. Nosotros no estamos en contra de eso, al menos, no esta directiva que encabezamos.

De hecho, ha habido antecedentes en relación, por ejemplo, con los oftalmólogos, pues desde hace bastante tiempo los tecnólogos médicos especialistas en oftalmología, que son los optometristas, pueden recetar lentes. Creemos que eso va en la línea correcta; es más, hace muchos años que en la atención primaria las matronas hacen ecografías y los tecnólogos médicos hacen los ultrasonidos, que luego los radiólogos informan, incluso, a veces a distancia. Eso ya existe en los hechos. Por lo tanto, en el último tiempo, cuando eso se regula y tiene supervisión médica -aquello que debe tenerlo, por un tema de estándar de calidad-, como Colegio Médico no nos hemos pronunciado en contra de esas medidas, aunque sí creemos que deben tener los resguardos en función de las personas.

Hay otras cosas que consultaron respecto de los problemas éticos en la fiscalización de Contraloría. Ahí, nosotros no

podemos en paralelo someter a alguien al Tribunal de Ética si está todavía en proceso la fiscalización de Contraloría o los sumarios administrativos. No tenemos competencias por sobre lo que la Contraloría o los sumarios administrativos puedan determinar.

¿Las listas de espera se pueden disminuir en el ritmo actual? Ese es otro concepto que también hay que aclarar. La lista de espera es un fenómeno dinámico. Es un concepto que cuesta decirlo cuando se trata de personas, pero, básicamente, funciona como un *stock* de personas que están esperando. Por lo tanto, esto siempre va a depender de que entren a la lista de espera ojalá menos personas de las que salen, y en esa medida vamos a ir avanzando.

Los recursos adicionales por los cuales abogamos para que existieran este 2025 iban en la línea de aumentar la oferta de prestaciones y hubiera recursos para gestionarlas en el sistema privado, porque el sistema público está bastante complicado.

Ahora bien, en esa misma línea también hubo otra pregunta respecto de cómo veíamos el panorama. Nosotros hemos dicho varias veces en la prensa que el panorama lo vemos bastante sombrío. El Subtítulo 22 que tiene el sistema público sistemáticamente en los últimos años ha empezado en un primer decreto de apertura y ha terminado en un decreto que fluctúa entre los 400 y 500 mil millones más, reconocidos por la Dipres y graficado en el decreto de cierre. No obstante, en el presupuesto siguiente se vuelve a retroceder en 300, 400 mil millones, y el Subtítulo 22 nuevamente parte más atrás. Y, durante el año, otra vez, en los distintos y sucesivos decretos, se van readecuando los presupuestos, redestinando algunos ítems para ir a ayudar al Subtítulo 22, que es el que siempre no logra llegar a fin de año. Entonces, a fin de año,

otra vez más tenemos un decreto de cierre de 400, 500 mil millones más, y al año siguiente el mismo ejercicio otra vez.

Sin ir más lejos, respecto del decreto de cierre, el año pasado estimábamos que iba a terminar en 3.7, 3.8 billones, pero ahí vino algo nuevo de la Dipres, que lo que hizo fue no reconocer todo ese gasto, sino que traspasar la deuda que ustedes mencionaban hacia el año 2025, y hoy ya sabemos que a este ritmo los recursos del Subtítulo 22, que son los que permiten comprar el oxígeno, los medicamentos y todos los servicios para que las cosas funcionen, es muy probable que, no más allá de julio, se acaben, y empiece nuevamente la presión de gastos sobre la Dipres para que reconozca crecimiento en el Subtítulo 22, en los decretos sucesivos, en una lógica y en un juego que el director del Fonasa y la ministra han reconocido públicamente: que desde enero parte ese juego de explicitar que partimos el año con deuda, aumenten los decretos, y la primera señal que tuvimos en el primer decreto de apertura -que nosotros la hicimos ver- fue, justamente, un retroceso; algo así como 16 mil millones, que, en términos de un presupuesto que tiene billones de pesos, no parecía muy dramático, pero es una pésima señal, porque lo que uno esperaría desde el inicio, en el decreto de apertura, hacerse cargo de esa deuda que todos sabíamos que se iba a traspasar, y, más bien, se hizo todo lo contrario, pues se hizo un decreto que tiene 16 mil millones menos.

Lo anterior, lo hemos discutido; hemos dicho en nuestras intervenciones que creemos que el presupuesto en salud no puede seguir la lógica de la negociación continua. Yo me imagino las horas de personas, de profesionales que se gastan en una reunión semanal entre el Ministerio de Salud y la Dipres, discutiendo si sueltan o no los recursos. Eso, a nosotros nos

parece un contrasentido. Incluso, hemos propuesto en otros ámbitos, hablando de reformas estructurales, que exista otro tipo de gobiernos del Fonasa.

Nosotros aspiramos a que algún día el Fonasa funcione como lo hacen algunas empresas públicas bastante virtuosas como el Metro, donde, gracias a Dios, si va a haber o no línea 7, 8, 9 o 15 no depende del gobierno de turno, sino que forma parte de un plan a largo plazo, con una visión de Estado de lo que queremos para el transporte público. Nos gustaría que eso fuera así, porque en salud pública la claridad de las prioridades está presente. El Ministerio hace un ejercicio todas las décadas, y nosotros tenemos objetivos sanitarios para esta década, que justamente son disminuir el cáncer, disminuir la obesidad; pero, como tenemos que entrar en esta lógica de negociar peso a peso, semana a semana, para que los establecimientos funcionen, la verdad es que en la evaluación de esa estrategia nacional de salud no nos va muy bien. Los cánceres no van hacia abajo; al contrario, van hacia arriba. Y ahí nosotros hemos dicho, más de una vez, que lo que nos interesa es que la lista de espera se priorice.

De una artrosis de cadera probablemente nadie va a fallecer, y, por lo tanto, todos los sistemas tienen tiempos que son más laxos para ese tipo de enfermedades, pero la que no se nos puede pasar es el cáncer que depende de que el tratamiento sea oportuno, si la persona vive o no vive. Eso, como sistema, se nos está pasando.

También hemos dicho que debe haber una lógica diferente respecto de lo urgente para, justamente, aumentar en eficiencia, porque es ahí donde están los mayores dolores de la lista de espera. De esa atención dependen las vidas de las personas. En otros casos, lo que depende es la calidad de vida,

pero en algunos casos la vida de esas personas depende de que se haga oportunamente el tratamiento oncológico.

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

Estamos en el tiempo de finalizar la sesión. Mañana estaremos temprano, por lo tanto, no nos podemos extender. A esa sesión asistirá la doctora May Chomalí, del Centro Nacional de Sistemas de Información en Salud, y a la exsenadora Carolina Goic, quien presentará un estudio del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica.

El señor **LEAL**.- Señor Presidente, habían acordado sesionar en regiones. ¿Existe ya una fecha para ello?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- No están acordadas las fechas, pero mañana espero llegar con la propuesta.

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

-Se levantó la sesión a las 21:00 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.

