

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°7, LEGISLATURA 372ª, CELEBRADA EN LUNES 10 DE MARZO DE 2025, DE 19:44 A 21:20 HORAS.

SUMA

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió, en representación de ASOFAMECH, 1) el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y presidente de la Asociación, doctor Antonio Orellana Tobar (presencial); 2) La decana de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo y miembro del directorio de ASOFAMECH, doctora Marcela Castillo Franzoy (telemático); 3) La decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, doctora, Ana María Moraga Palacios. (telemático); En representación del Consejo de Rectores 1) La Académica de la Universidad de Tarapacá para la Comisión Multidisciplinaria de Salud, doctora Vilma Mansilla Guevara Vilma Masilla (telemático); y, 2) la Profesora Asociada Departamento de Pediatría Escuela de Medicina, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, doctora Lorena Cifuentes Águila.

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 Goic.

I. ASISTENCIA

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

Participó en representación de ASOFAMECH, 1) el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y presidente de la Asociación, doctor Antonio Orellana Tobar (presencial); 2) La decana de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo y miembro del directorio de ASOFAMECH, doctora Marcela Castillo Franzoy (telemático); 3) La decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, doctora, Ana María Moraga Palacios. (telemático); En representación del Consejo de Rectores 1) La Académica de la Universidad de Tarapacá para la Comisión Multidisciplinaria de Salud, doctora Vilma Mansilla Guevara Vilma Masilla (telemático); y, 2) la Profesora Asociada Departamento de Pediatría Escuela de Medicina, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, doctora Lorena Cifuentes Águila.

II. ACTAS

El acta de la sesión 6ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 5ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

III.- CUENTA¹

Se han recibido los siguientes documentos para la cuenta:

1.- Correo electrónico por medio del cual se confirma la participación del Consejo de Rectores de manera telemática a esta sesión. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

2.- Correo electrónico por medio del cual se confirma la participación de los representantes de la Asociación de Facultades de Medicina, ASOFAMECH. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

3.- Correo del Comité Mixto PC, FRVS, informa que el diputado Hernán Palma Pérez será reemplazado por el diputado Sebastián Videla Castillo. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=339428&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

IV.- ORDEN DEL DÍA

Se recibió, en representación de ASOFAMECH, 1) al decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y presidente de la Asociación, doctor Antonio Orellana Tobar (presencial); 2) La decana de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo y miembro del directorio de ASOFAMECH, doctora Marcela Castillo Franzoy (telemático); 3) La decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, doctora, Ana María Moraga Palacios. (telemático); En representación del Consejo de Rectores 1) La Académica de la Universidad de Tarapacá para la Comisión Multidisciplinaria de Salud, doctora Vilma Mansilla Guevara Vilma Masilla (telemático); y, 2) la Profesora Asociada Departamento de Pediatría Escuela de Medicina, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, doctora Lorena Cifuentes Águila.

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 esta 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 21:20 horas.

LEONARDO LUEIZA URETA
Abogado Secretario de la Comisión

² <https://www.camara.cl/prensa/Reproductor.aspx?prmCpeid=4622&prmSesId=79659>

**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 7ª, celebrada en lunes 10 de marzo de 2025,
de 19:45 a 21:20 horas.

Preside el diputado Tomás Lagomarsino.

Asisten la diputada Emilia Nuyado, y los diputados Mauro González, Henry Leal, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero, Patricio Rosas, Jaime Sáez y Jorge Saffirio.

Concurren, como invitados, el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech), doctor Antonio Orellana Tobar; la decana de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo y miembro del directorio de Asofamech, doctora Marcela Castillo Franzoy; la decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, doctora Ana María Moraga Palacios, y la doctora Giselle Myer, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile.

En representación del Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCh), la académica de la Universidad de Tarapacá para la Comisión Multidisciplinaria de Salud, doctora Vilma Mansilla Guevara, y la profesora asociada del Departamento de Pediatría de la Escuela de Medicina, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, doctora Lorena Cifuentes Águila.

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).- Antes de ofrecer la palabra sobre puntos varios, quiero comentarles que el jueves vamos a sesionar en el Hospital de Antofagasta. Vamos a partir a las 9:30 horas, con una visita de inspección, y posteriormente, a las 10:30 horas, sesionaremos en el auditorio. Está todo confirmado.

El diputado Hernán Palma sería reemplazado por el diputado Sebastián Videla, y el diputado Andrés Celis, por el diputado José Miguel Castro. Vamos a contar con la presencia del diputado de la zona, señor Jaime Araya, integrante de la comisión, el suscrito y también la Secretaría. En consecuencia, tenemos el *quorum* asegurado.

También estaremos informando sobre los próximos viajes a regiones, y pedimos a cada uno de los integrantes de la comisión que nos ayude en las conversaciones con los diputados de sus respectivos distritos para alcanzar el *quorum*.

Habiendo dicho aquello, esperamos que sea una sesión muy exitosa en la Región de Antofagasta.

Sobre puntos varios, tiene la palabra el diputado Hernán Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, una consulta. En el chat hubo comentarios respecto de posibles invitados. De hecho, solicité una invitación.

¿Cómo se está resolviendo el tema de las nuevas invitaciones, posteriores a la sesión de Antofagasta?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tenemos su proposición de invitada, que es Carolina Lillo, de la asociación..

¿La segunda?

El señor **PALMA**.- Optometría.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Optometría, efectivamente. Vamos a ir agendando en las sesiones venideras. Todavía tenemos espacio para recibir invitados.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

La presente sesión tiene por objeto tratar la formación de especialistas, materia que ha surgido en las últimas sesiones, con dos de las rectorías más relevantes en la formación de estos médicos especialistas, que es el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCh), quienes participan de manera telemática, y la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech), representada por el doctor Antonio Orellana, que fue mi profesor y decano, cuando yo estudiaba Medicina en calle Hontaneda, por lo que estoy feliz de tenerlo en esta comisión.

Como el doctor Antonio Orellana ha venido de manera presencial, le vamos a ofrecer primero el uso de la palabra y enseguida procederemos con el Consejo de Rectores.

Tiene la palabra, doctor Orellana.

El señor **ORELLANA** (presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile).- Gracias, señor Presidente.

En primer lugar, junto con agradecer la invitación a esta sesión, quiero reconocer que en Chile faltan especialistas. Al respecto, no hay vuelta que darle. Pero no faltan médicos.

En este momento, si ustedes buscan y comparan la cantidad de médicos que se forman en Chile -hacemos la comparación con las cifras de la OCDE-, nosotros estamos realmente un poquito por encima, incluso, de la media de la OCDE, en cuanto a médicos. Por consiguiente, lo que realmente nos falta son especialistas.

También hay que reconocer que falta una buena distribución de estos especialistas en nuestra larga y angosta geografía, porque, obviamente, los especialistas se forman durante una cierta cantidad de tiempo y todos aquellos que son formados por el Ministerio de Salud o financiados, más bien dicho, por el Ministerio de Salud, tienen que hacer un período asistencial obligatorio, el famoso PAO, que corresponde al doble del tiempo de la beca; es decir, si la beca, la especialización es por tres años, ellos tienen la obligación de estar, en un lugar predeterminado, seis años.

Ahora, uno de los grandes problemas es cómo los retenemos; o sea, cómo podemos retener a esa persona que hace un PAO en Magallanes, para que se quede ahí con su especialidad ya formada.

Indudablemente, en este problema se han utilizado muchos sistemas. El primero fue, yo diría, una asociación entre el Ministerio de Salud y las universidades, en la cual el ministerio se comprometió -esto fue en los tiempos de la entonces Presidenta Michelle Bachelet- a formar mil especialistas por año. Y se cumplió la meta, se formaron mil

especialistas, incluso un poco más, porque en los cuatro años se formaron cuatro mil especialistas. Pero, al parecer, termina siendo insuficiente.

Sin embargo, el problema sigue siendo la retención en los lugares. Terminan en la Región Metropolitana, en la Región de Valparaíso y en la Región del Biobío. Ahí se distribuyen los especialistas, finalmente.

Ahora comienza una serie de pensamientos muy particulares y que los hemos conversado en la Asofamech, pero es una visión muy personal sobre el tema.

Creo que el problema es multifactorial. ¿Por qué? Porque los estudios de medicina duran siete años, uno sale de la carrera entre los 24 y 25 años de edad; luego, se hace una especialidad de tres o cuatro años, terminando como a los 29 años, y después de los 30 años se empieza a formar familia. Formar familia va a exigir tener un lugar adecuado para residir y, sobre todo, colegio para los hijos, que es una necesidad social lógica básica; eso hace que, en lugares como Calama, lo único que quiera el especialista sea volver a Santiago, a Valparaíso o a Concepción.

Por eso, creo que una de las cosas que debería existir o intentarse es la necesidad territorial, con gente de los territorios y que pueda tener un arraigo en la zona, y que pueda volver. No importa dónde se haga la pega, porque la pega se puede hacer en Santiago, en Valparaíso o en Concepción, pero que su pago se haga en las regiones desde donde provienen y que a esas regiones les signifique un arraigo y una permanencia. El estímulo económico no ha resultado, no ha sido realmente el estímulo que logre retener a los especialistas que nosotros necesitamos.

Asimismo, el especialista se ve sobrecargado porque el modelo de salud no es el adecuado, el modelo de salud se salta la atención primaria; la gente no va a la atención primaria, sino que va directamente al especialista, ya sea por el servicio de urgencia o por los hospitales de alta complejidad. Por consiguiente, también requiere una educación y una atención primaria que sea resolutive, porque hoy la atención primaria es como una oficina de partes, o sea, si a una persona le duele la cabeza, se la deriva al neurólogo, y se comienza con la lista de espera para atenderse con un neurólogo.

Entonces, la atención primaria debe ser resolutive, que ante un absceso en una pierna, por ejemplo, no se derive al servicio de cirugía de un hospital, porque debe ser solucionado en la atención primaria. Por lo tanto, también se trata de un cambio de modelo.

Además, respecto de ese médico que se va a provincia, y esa es otra cosa -perdonen si vuelvo a lo que dije antes-, ¿quién va a atender esa atención primaria? ¿La hará un médico general o un médico de familia, que es un especialista, o vamos a llevar a los especialistas a la atención primaria, cosa que veo cada vez más difícil? Por tanto, se tiene la visión de que llevar un especialista a la atención primaria es muy difícil. En consecuencia, ese médico va a ser el médico general.

En cuanto a la parte educativa, nosotros como universidades tendríamos la obligación de capacitar al médico general para que pueda aprovechar una atención primaria resolutive, y, por otro lado, está la necesidad territorial, que también vaya de la mano con las universidades del territorio, que puedan prestar o realizar la formación de especialistas.

En general, eso es lo que les puedo mostrar como una visión de experiencia de algunos años en la materia, donde la idea de que formemos más especialistas, por ejemplo, como sucede con los PAO en zonas extremas, los períodos asistenciales obligatorios, posteriores a una beca, ha disminuido a la mitad. Los médicos se fueron igual, y están felices porque se van a ir antes. Y eso no es bueno, porque no hay arraigo.

Por ende, creo que hay que buscar elementos que generen arraigo por el territorio, en el lugar donde los médicos han crecido y se han formado, donde tienen un círculo de protección con sus familias, están sus abuelos, etcétera. Hay una serie de elementos que uno muchas veces no toma en cuenta o los mira desde la vereda de enfrente, pero que a veces son bien importantes para alguien que a los 30 o 35 años está intentando formar familia.

Es cuanto puedo decir, señor Presidente.

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

Están presenten, de manera telemática, la académica de la Universidad de Tarapacá para la Comisión Multidisciplinaria de Salud, doctora Vilma Mansilla, y la profesora asociada del Departamento de Pediatría de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, doctora Lorena Cifuentes.

Tiene la palabra la doctora Vilma Mansilla.

La señora **MANSILLA**, doña Vilma (académica de la Universidad de Tarapacá para la Comisión Multidisciplinaria de Salud) [vía telemática].- Señor Presidente, por su intermedio, buenas tardes a todas y a todos.

La verdad es que lo que dijo el doctor Orellana es sumamente cierto. Somos una facultad nueva; recién este año estamos preparando una beca, pero nuestra realidad acá en Arica es bien particular.

En cuanto a lo que dijo el doctor Orellana respecto de la retención, acá los PAO se van, terminan su PAO y se van, no tienen arraigo, y me parece que estamos perdiendo, sobre todo las universidades que están en los extremos del país, porque más del 60 por ciento de quienes ingresan a nuestra facultad son ariqueños. Por lo tanto, cuando egresan, se mantiene ese porcentaje alto; y quizás sería bueno que exista una situación de poder retener, porque todos quieren volver. Son ariqueños que, como dijo el doctor Orellana, tienen la enorme probabilidad de que se queden como especialistas.

Otro planteamiento -que nosotros hemos conversado y también es un pensamiento personal- es que la universidad debería trabajar incluso con el Servicio de Salud y tratar de premiar, por ejemplo, a los mejores egresados y enviarlos a hacer una beca a otra universidad, pero que sepan que van a volver, que sepan que van a regresar a hacer una especialidad en concreto, y también trabajar en la necesidad de la especialidad que requiere la región. Por ejemplo, ahora no tenemos PAO de oftalmólogos, y los necesitamos, y probablemente no los haya.

Creo que la universidad y los servicios de salud locales podrían hacer mucho, y a lo mejor un dar incentivo, algo que haga que los mejores egresados puedan hacer de inmediato la beca, que sean de acá y que sepan que en cuatro años van a volver y tendrán la especialidad.

Ese es mi pensamiento, para poder retenerlos.

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

Tiene la palabra la doctora Lorena Cifuentes.

La señora **CIFUENTES**, doña Lorena (profesora asociada del Departamento de Pediatría de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile) [vía telemática].- Señor Presidente, muy buenas tardes.

Quiero comentar que voy a aportar desde mi experiencia. Los últimos seis años fui la directora de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Estuve a cargo de las especialidades médicas de la misma universidad, y tuve la fortuna de trabajar en la Asofamech, así que aprovecho de saludar al doctor Orellana. También fui parte del comité de tres o cuatro universidades que trabajamos con el Departamento de Capacitación y Formación del Ministerio de Salud.

Estoy muy de acuerdo con el doctor Orellana; y quizás pensando en cómo abordar esto, lo dividiría en dos partes: una es el tema de formación de especialistas y otra es la retención.

Con respecto a la formación, quiero resaltar dos cosas. Nos dimos cuenta, a lo largo de los años, que es bien importante trabajarla y que ha dado muy buenos resultados en los últimos años, me refiero a los procesos, por una parte, y a la rapidez con que formamos especialistas y subespecialistas, por otra.

Con procesos, me refiero a los que pueda llevar el Ministerio de Salud.

En los últimos dos o tres años hemos visto muchos avances. Como les decía, nos tocó trabajar estrechamente con el departamento encargado de capacitación y formación y el solo hecho de haber mejorado el proceso central y haber centralizado, por ejemplo, el concurso de subespecialidades,

permitted order from knowing how many slots we have among all the universities available to form sub-specialists, until we can award them and give them in the best way.

It is like in 2024 -perhaps the doctor Orellana can correct-, only with this process, we were able to award 30 slots more, without spending resources. I think that we should highlight that, because we did not succeed by injecting more monetary or economic resources, but only by ordering the process between the universities and the Ministry of Health, in such a way that those specialist doctors interested could access a slot in time, because we had many times that we were late about the slots available in some specialty determined, but the process had already passed to the competition, so that we could not award them that year.

That would be in terms of the processes.

The second one has to do with facilitating the expeditiousness of the formation. Obviously, there are laws that govern us, but after many years we managed to produce a modification of the law, in such a way as to allow that those who have just graduated could take the four-year scholarships that offer the universities, which are the scholarships of the National Commission of Scientific and Technological Investigation (Conicyt) of four years, instead of the five or six years, which is the time it takes to form a sub-specialist.

Nevertheless, for a long time there was no possibility that they would take those scholarships, because the system did not allow them to take the four-year ones, at least if they were civil servants of the health services. With this, in the end, we were also losing an important group of doctors who were interested in taking the scholarships and, afterwards, returning and making the payments, as mentioned by the doctor Mansilla and the doctor

Orellana. Eso, en relación con hacer una formación más expedita.

Con respecto a la permanencia, escuché atentamente a la doctora Mansilla, efectivamente, es un tema importante, sobre todo en regiones. Ahora bien, hay dos cosas a resaltar, tal como dijo el doctor Orellana, los incentivos económicos no han sido la solución, pero algo importante de trabajar a nivel de médicos es no enviar a los especialistas o subespecialistas solos, especialmente a lugares que están más aislados.

En general, los médicos sabemos que necesitamos a un par con quién comentar, con quién trabajar y con quién hacer proyectos. Eso va afianzando la comunidad médica y lo que uno puede hacer por el cuidado de los pacientes. Por lo tanto, otra estrategia que yo invitaría a explorar es enviar siempre a más de a un becado, para que puedan ir conformando equipo en los lugares a los que son enviados.

Además, algo que me parece importante y que no debemos olvidar es potenciar a las universidades de regiones. Es una realidad lo que dice la doctora Mansilla, pues lamentablemente los becados cuentan los días para terminar el pago y muchos vuelven a Santiago; sin embargo, a su vez, en Santiago se adosan a universidades, porque a muchos les gusta la docencia.

Como decía la doctora Mansilla, en la Universidad Católica estamos explorando la formación de especialistas que nos envían universidades de regiones. Hay, al menos, dos universidades de regiones a las que les formamos especialistas. Son docentes que están contratados por la universidad, y vuelven como especialistas o subespecialistas, con lo cual se van potenciando las universidades, que creo que también es un núcleo muy

importante. Alguien que tiene una universidad de base y que, además, está haciendo equipo con otra persona, tiene una chance mayor para que tenga interés en quedarse en el lugar donde se le necesita.

Por último, en cuanto a formarlos de manera más expedita y más rápida, hay un punto muy importante que no hemos podido lograr, a diferencia de modificar la entrega de becas de cuatro años a los recién egresados. Un punto que está enlenteciendo la formación de subespecialistas, que es un especialista que termina y que es funcionario de los servicios de salud, es que tienen que devolver la especialidad antes de poder tener la opción de tomar una beca de subespecialidad. A eso se refirió el doctor Orellana. A esa altura ya tienen familia, hijos en el colegio y están residiendo en un lugar, por lo que es difícil que se puedan mover. Por lo tanto, nosotros y todas las universidades que forman especialistas tenemos muchos interesados; ellos terminan y muchas veces tienen el interés y la oferta de hacer inmediatamente una beca de subespecialidad, pero no se puede.

Hoy en día no se puede por ley, y es algo que las universidades hemos pedido hartas veces. Pensamos que con ello también está la posibilidad de retener momentáneamente en la universidad a alguien más joven, que es más precoz en su institución, formarlo como especialista o subespecialista y que se vaya formado a devolver sumando. Ellos están dispuestos a sumar las devoluciones, absolutamente. Lo que les complica es que tienen que devolver primero la especialidad antes de poder optar a la beca de subespecialidad. Tal como dijo el doctor Orellana, eso puede tardar hasta seis años, tal vez un poco menos. Con eso, uno pierde el momento de interés de ellos y el momento de la vida en que pueden terminar una especialidad y seguir inmediatamente con la subespecialidad.

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

Tiene la palabra la doctora Marcela Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Marcela (decana de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo y miembro del Directorio de Asofamech).- Señor Presidente, soy Marcela Castillo, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo y miembro del Directorio de Asofamech.

A modo de complementar lo dicho por la doctora Cifuentes, en el sentido de hacer equipo, soy parte de una formación quirúrgica y si me tuviera que ir a trabajar a un lugar alejado, sola, sería imposible o tendría la capacidad de resolver solo cirugías muy simples. Si quiero tener realmente resolutivez, que es lo que va a aportar para disminuir la lista de espera y tener atención en todas partes, es necesario formar equipos.

Probablemente, en cirugía es aún más importante tener a alguien que pueda ayudar en el proceso quirúrgico, pero, al mismo tiempo, que permita hacer las transiciones de cuidado de los pacientes; porque si estuviera sola, nunca podría tomar vacaciones ni tener una licencia. Sería muy complejo embarcarme en algo para lo que, tal vez, tengo las competencias para resolver.

Creo que eso es algo muy importante de tener en consideración, además, para una correcta calidad de vida de los profesionales médicos.

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

Tiene la palabra la doctora Giselle Myer.

La señora **MYER**, doña Giselle (decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte) [vía telemática].- Señor Presidente, soy médico internista y actualmente decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte.

Más allá de sumarme a las palabras expresadas por nuestro presidente y mis colegas, cabe agregar la necesidad de una mejor articulación entre las distintas instituciones implicadas en el proceso de formación de especialistas: universidades, directorio de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech), Ministerio de Salud y todas las instituciones involucradas.

Esto aportaría a mejorar las articulaciones entre las distintas unidades que están tan implicadas.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Perfecto, muchas gracias.

Para entender bien, la doctora Marcela Castillo, la doctora Giselle Myer y el doctor Orellana representan a Asofamech.

Por su parte, la doctora Vilma Mansilla y la doctora Lorena Cifuentes representan al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (Cruch).

Asimismo, para claridad de los colegas, cabe hacer dos precisiones, a propósito de las preguntas que me realizaron tras micrófono. Para aquellos colegas que no son médicos, el pago que se ha aludido es el Período Asistencial Obligatorio (PAO), que corresponde al doble del período de formación, que es cuando se le destina a un lugar relativamente alejado respecto del servicio de salud que pagó el costo de la especialidad.

En relación con los especialistas y subespecialistas, también para aquellos que no son médicos, hay algunas carreras que son subespecialidades, entre comillas, directas y otras que no son directas. Por ejemplo, un cardiólogo primero tiene que ser médico internista, por lo tanto, la cardiología es una subespecialidad de la medicina interna; el cardiólogo infantil primero tiene que ser pediatra. Asimismo, hay algunas directas,

como neurocirugía, a diferencia de cirugía cardiovascular, en que se requiere primero ser cirujano general. Neurología también es una de las especialidades directas.

Es un enredo, pero lo comento a modo de información para los colegas que no son médicos. Solo para clarificar esas dos preguntas.

Tiene la palabra al diputado Daniel Lilayu.

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, es cierto que podemos estar de acuerdo o no en algunas cosas.

Primero, me voy a presentar. Soy médico cirujano vascular, esa es mi especialidad. Estudié en la Pontificia Universidad Católica de Chile y durante 20 años fui formador de médicos en la Universidad Austral de Valdivia. Sé que la Universidad Católica apoya mucho este tema.

Hice el PAO (Período Asistencial Obligatorio) en Osorno, seguí en Osorno y me vine a esta región solo para ser diputado. Tengo dos hijos, uno es oftalmólogo y el otro psiquiatra. Ambos son especialistas, también cumplieron con todo, durante los años correspondientes, y por eso puedo dar fe de que es una experiencia multifactorial y difícil.

Ahora bien, respecto de la forma de retener a los profesionales, puedo equivocarme, y ustedes podrán perdonarme, pero lo primero que haría es implementar la teoría del garrote y la zanahoria. Es claro que los médicos tenemos un compromiso con el Estado y con la sociedad y se nos paga para especializarnos; sin embargo, ocurre que cuando algunos ya tienen la especialidad -y menos mal que es un porcentaje ínfimo-, prefieren simplemente pagar la multa, que actualmente es más alta que antes. A veces, son las mismas clínicas que les ofrecen a los especialistas -por ejemplo, a los

oftalmólogos- pagar las multas para que se vayan a trabajar con ellos, porque les conviene. Con eso quedan vetados por un tiempo para trabajar en servicios públicos.

Por eso propuse un proyecto -y me van a perdonar los colegas, porque aquí viene lo del garrote- para que a los colegas que no cumplen, no se les entregue inmediatamente el título de la especialidad; la idea es que cumplan con el periodo obligatorio, para que no prefieran pagar la multa y seguir trabajando como especialistas en el ámbito privado. Insisto, creo que no hay que reconocerles de inmediato la especialidad, porque se trata de cumplir el compromiso con el Estado y con la gente; que un tema de índole ético, entre otras cosas.

Ese es el garrote que tenemos que endurecer; no sé si valga la pena subir más las multas. Creo que es más efectivo que, simplemente, no se les entregue de inmediato el título de la especialidad. Esa sería la parte del garrote.

En relación a la zanahoria, hay un aspecto multifactorial muy importante. Cuando llegué a Osorno, éramos 40 médicos. Y, como decía la doctora, uno quería tener al lado especialistas que pudiesen aportar con su experiencia. Pero al final, uno va adquiriendo experiencia solo y con lo que va aprendiendo en los cursos que toma. Y ahí hay un punto que les quiero comentar. Hay una situación que no me pasó a mí, pero sí a mis hijos. Uno de ellos, después de cumplir el PAO, quería seguir trabajando como oftalmólogo en el hospital, porque faltaban médicos en esa especialidad. Pero, ¿qué sucedió? Que los directores y el Estado siempre dicen que si no quieren cumplir con las 33 horas o con las que se les asignen, simplemente, deben irse. En el caso de mi hijo, hoy tiene una clínica enorme afuera, pero él quería seguir trabajando en el hospital. A la gran mayoría de los médicos nos gusta el servicio público, pero

los directivos de los servicios piden cumplir solo las horas asignadas y eso sería todo.

En segundo lugar, respecto de los sueldos, aquí hay algunos colegas que en algún momento han hecho más de una crítica a los médicos, pero quiero que sepan que los sueldos que, de acuerdo a ley N° 15.076, se les pagan a los médicos son indignos. ¡Es nada!

Como les decía a mis alumnos, los médicos también tienen que mandar a sus hijos al colegio y a la universidad. Pero, lamentablemente, son mal pagados. Los especialistas pueden tener 22 o 33 horas y les pagan solo por esas horas. Yo creo que el Estado debería invertir más en ellos. Esa es la palabra: "invertir". ¿Por qué? Porque si un hospital público le paga solo un sueldo acorde al mercado, y la Clínica Alemana de Osorno o una clínica en Santiago les ofrece el triple, el médico obviamente se irá. Por lo tanto, obviamente, están solo un tiempo en el hospital y luego se van.

Hay que decir las cosas francamente. Es cierto que uno trabaja por vocación, pero también hay necesidades que cubrir, como enviar a los hijos al colegio, entre otras cosas. Y si existe la posibilidad de que el Estado invierta más, tiene que hacerlo en materia de remuneraciones. ¡No puede ser que la ley N° 15.076 sea tan mísera! Critican porque los especialistas se van, pero los sueldos son bajos en relación con la calidad de esos profesionales.

En tercer lugar, no todo se trata de plata. Creo que se debieran contemplar cursos. Si he llegado a ser el cirujano vascular que soy es porque pagué por mi cuenta; aprendí más de mi especialidad porque pagué un curso en el extranjero. Recuerdo que me ponían dificultades en el hospital, y tenía

que ocupar mis vacaciones para ir a perfeccionarme, para ser mejor y para entregar un mejor servicio de salud a la gente. Entonces, el Estado tiene que invertir en cursos internacionales o en la Universidad Católica. Y eso no tiene que ver con el garrote, sino con incentivar, porque los servicios de salud son realmente rígidos.

Sin embargo, veo algo bueno en mi región, donde llegué junto con otros 40 médicos. En este momento en Puerto Varas se está construyendo un hospital que estará listo en dos o tres años. No va a haber ninguna dificultad para que se llene de especialistas, porque el hospital queda mirando el lago y porque la calidad de vida de Puerto Varas es muy buena. Por lo que, evidentemente, van a ir muchos médicos hacia allá.

Pero hay que entender que los polos de atracción nacen de sociedades con buenos hospitales, con buenos sueldos y con la posibilidad de hacer cursos. Los servicios de salud, de alguna manera, deberían ser más prácticos. A veces, incluso se pelean y eso no lo han dicho acá. Les voy a poner un caso como ejemplo, donde falta un poco de gestión. Tengo dos colegas anestesistas que se fueron a Osorno por dos o tres años, y les gustó. Es un matrimonio que quería quedarse a vivir ahí, por la calidad de vida y porque los colegios son buenos. Pero resulta que tienen un acápite en otro servicio, en Santiago, me parece, y no les permiten quedarse en Osorno, tienen que volver al servicio en Santiago, porque el director así lo ha dicho. No existe un ente que, como dijo la doctora de Asofamech, regule esta situación. En este caso, mis colegas quieren quedarse en Osorno, y estoy tratando de que así sea.

Todos sabemos que cuesta que los especialistas se queden en provincias, pero en este caso les han pedido que vuelvan a Santiago, porque ese había sido el compromiso; por eso pido

que seamos dúctiles. Debe existir alguien, una cabeza que piense y regule esto.

También creo en lo que dice la doctora en cuanto a potenciar las universidades en las regiones. Yo formé a médicos durante veintitantos años; fui uno de los fundadores de la Universidad Austral en el área de medicina. Allí nos tocó formar jóvenes, y en su gran mayoría se han quedado allá. Una universidad tiene que tener apoyo. La Universidad Austral de Valdivia, felizmente, es una institución buena; tiene un problema económico, pero es una universidad buena, que atrae a los médicos y estos se quedan allá. Pero también debiera existir la posibilidad de que la Universidad Austral los mande a Bélgica; de hecho, creo que lo está haciendo. La Universidad Católica los manda a Estados Unidos. Insisto, tiene que haber una inversión.

Eso es lo que quería decir sobre la teoría del garrote y la zanahoria. Ojalá, fueran más zanahorias que garrotes. Hay que que invertir. Esa es la palabra: invertir. El Estado debe invertir, porque necesitamos especialistas, subespecialistas e intervencionistas.

Lo que dice la doctora me hace mucho sentido. Uno tiene que trabajar con otras personas, por ejemplo, con un hemodinamista, en su caso; evidentemente, tiene que ser así. Un cardiocirujano, tiene que estar ahí; en mi caso, en cirugías vasculares de cinco horas, obviamente, necesito que alguien me acompañe, porque son cirugías bien especializadas.

Respecto del sueldo, recuerdo que, a veces, me quedaba los sábados y los domingos para cubrir los accidentes de tránsito, haciendo baipás, y me pagaban cero. Pero lo hacía porque me gustaba, porque sabía hacerlo y llevaba bastante tiempo. Pero

el Estado no invierte, nos pagan por la ley N° 15.076, que no considera horas extraordinarias.

Los médicos cumplimos los horarios, y da lo mismo si somos especialistas o no, más encima nos sancionan si no cumplimos el horario del reloj control, y después no pagan.

En definitiva, no hay reconocimiento hacia nosotros.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el diputado Hernán Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, fue muy buena la exposición del colega.

Quiero agradecer la exposición del doctor Orellana y de las colegas del CRUCh.

Por su intermedio, Presidente, quería hacer una consulta. Entiendo que las especialidades que tienen más listas de espera son oftalmología, otorrino, salud mental, traumatología y ginecología.

Primero, ¿basta con incorporar a más especialistas y adolecemos de equipamiento? Pregunto, porque si el especialista no tiene el equipamiento adecuado, por ejemplo, para hacer procedimientos diagnósticos, o terapéuticos o de rehabilitación, según sea el caso, tampoco sirve solo tener la especialidad. Asimismo, saber si tienen alguna percepción respecto de aquello.

Segundo, particularmente en la especialidad de salud mental -y tuvimos la experiencia durante la pandemia-, el teletrabajo fue una modalidad que permitió mejorar la resolutivez en salud mental y creo que llegó para quedarse. De hecho, todavía

está en espera la estrategia digital en el 29° servicio de salud, de salud digital.

Tercero, me gustaría saber si en especialidades como oftalmología y otorrinolaringología, que no suelen ser de extrema urgencia, y probablemente por eso se concentra la espera, es posible pensar en concentrar en algunos puntos los usuarios y las usuarias que están en espera y derivar hacia allá a los especialistas. En general, tiende a pasar lo contrario, por cuanto la gente está juntando unas lucas para trasladarse, por ejemplo, a la Región Metropolitana o a las regiones donde hay mayor concentración de especialistas para poder resolver sus temas, pero se encuentran con largas esperas.

Entonces, ¿por qué no hacerlo al revés? ¿Por qué no concentrar a pacientes en algunos territorios y derivar hacia allá a los oftalmólogos? Sé que en algún momento eso se hizo. Conocí a oftalmólogos que lo hacían, pues iban a Punta Arenas; incluso, conozco a un otorrino que también lo hacía. Entonces, a lo mejor, esa también es una vía, una arista que podríamos explorar de mejor manera y, quizá, potenciar.

Gracias.

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

El señor **LEE**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saludar al presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech) y a las invitadas que están conectadas vía telemática.

En 2022, y con ocasión de estar proponiendo un nuevo hospital en Arica, se entregó al Ministerio de Salud una estrategia que

fue conversada con la ministra de la época y el entonces subsecretario de Redes Asistenciales, señor Fernando Araos, como también ha sido compartida con la ministra y el subsecretario actuales, que básicamente ataca lo que identificamos como los grandes problemas de la falta de especialistas a lo menos en zonas extremas, en particular en Arica y Parinacota.

En cuanto al arraigo, se propuso seleccionar a médicos generales ya arraigados en la zona, como una cuestión bastante obvia.

Luego, y a propósito de que los centros formadores nacionales estaban acusando un límite en su capacidad formadora, como también las sociedades científicas, se sugirió hacer un listado de los centros formadores en el extranjero de distintas especialidades.

Posteriormente, en relación con el incumplimiento de la devolución de la beca, se propuso derechamente una eliminación de los registros de especialidad, y pasar de este castigo, de esta sanción financiera, que muchos colegas cumplen o la pagan instituciones privadas, a una eliminación de los registros que le impidiese trabajar en centros públicos o hacer convenios con el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y distintas instituciones, incluso privadas. Esto es muy relevante y novedoso. Considero que la sanción, que es el retiro o la eliminación de los registros de especialistas, es una propuesta concreta que va a zanjar el tema del incumplimiento de colegas que van a regiones a pagar su beca con una obligación de tres, cuatro, cinco o seis años de devolución y que, finalmente, por un subterfugio u otro se terminan yendo. En ese sentido, ha quedado demostrado que la sanción económica es insuficiente,

por lo tanto debe ir acompañada de una sanción ética de este nivel.

Asimismo, en razón de que esto también tiene un costo, creo que los gobiernos regionales, muchos de los cuales hoy están pagando a especialistas para que vayan a través de fundaciones de uno u otro tipo a los territorios los fines de semana a operar y luego se van, una fracción de ese dinero, del que ya disponen, porque lo están usando para pagar a esos especialistas, lo deben destinar al problema de fondo: la formación de especialistas. Ya lo he conversado con el gobernador regional de Arica y Parinacota y está dispuesto a hacer esa inversión, sin embargo también quiere conocer la orientación del Ministerio de Salud, que todavía no llega.

En términos de calidad, otro problema que tenemos en regiones es que muchas veces los especialistas también chocan por sus propios caracteres o personalidades. Todos quienes somos médicos sabemos que cuando llega un especialista nuevo, con mejor visión o con un nuevo conocimiento adquirido, y se encuentra con un especialista que ya está en alguna jefatura, que toma las decisiones, el choque es insalvable y finalmente uno de los dos se termina aburriendo, que generalmente es el nuevo especialista. Creo que eso también se puede salvar para que los médicos generales, antes de irse a los procesos de especialización, ya que estamos apuntando a médicos generales del territorio, tengan una pasada, de a lo menos un año, en los servicios en los cuales se quieran especializar. Por ejemplo, si un médico general quiere ser otorrino, lo razonable sería que antes pasara por el servicio de otorrino por un año, porque eso le va a servir para interactuar con los especialistas que están en el servicio y con el personal, eso le va a portar conocimiento y un léxico de la especialidad y,

por tanto, cuando vaya a formarse será otro tipo de alumno o de residente mucho más avanzado.

Es una consideración que también debe tomarse en cuenta, porque los premiados de hoy son médicos generales que se han esforzado y que han cumplido una labor social, que son los médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF). Muchos de ellos son médicos generales que trabajan en pueblos y ciudades muy pequeñas, sacrificándose cuatro, cinco, a veces seis años, y luego llegan con un puntaje a seleccionar su especialidad no por vocación. Incluso, muchas veces ellos sienten que ya han cumplido con su labor social y buscan la especialidad que no hace turnos, que es mejor pagada y que seguramente los va a concentrar en las grandes urbes.

Creo que nuestro sistema formador de médicos especialistas está absolutamente obsoleto, y ya es bueno que el Ministerio de Salud recoja estas ideas que están plasmadas además en una solicitud de resolución. Lo comento, porque me gustaría que esta comisión las apoyase, pues son básicamente los puntos que he planteado a modo muy resumido. Creo que por lo menos va a resolver los problemas de falta de especialistas en zonas extremas.

Sobre el particular, me gustaría que el presidente de la Asofamech diera su impresión y una respuesta concreta en relación con la siguiente pregunta: ¿es cierto que los centros formadores nacionales están a capacidad completa? ¿Es cierto que, si los forzamos a través del Estado a formar más especialistas, los especialistas nuevos que se habían formado empezarían a disminuir los estándares de calidad?

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Señor diputado, solicito que nos pueda dar el número de la solicitud de resolución, porque así podríamos officiar desde esta comisión especial investigadora a la Secretaría para que priorice en tal sentido.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, se lo agradezco. Dado que mi asesor ya está afuera del Congreso Nacional, me comprometo a entregarle una copia de esa solicitud a primera hora de mañana, a fin de acelerar su tramitación.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Habría acuerdo para officiar a la Secretaría para que priorice esa solicitud de resolución?

Acordado.

Ofrezco la palabra.

Tengo un par de preguntas, que puede responder cualquiera de nuestros invitados.

Primero, ¿cómo es actualmente el procedimiento que tiene cada facultad o universidad en Chile para determinar los cupos de especialistas y subespecialistas? Evidentemente, ustedes han separado muy quirúrgicamente el problema en la capacidad de formación y en la retención. ¿Cómo determinamos esos cupos de especialistas y subespecialistas en cada una de las universidades y centros formadores hoy?

Segundo, sabemos que la Asofamech tiene un rol en el diseño y la toma del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (Eunacom), el que permite, entre otros factores, obtener un puntaje con el cual se deciden las especialidades. Pero, además de la elaboración y la toma del Eunacom, existe otro rol por parte de la Asofamech o el Consejo de Rectores de

las Universidades Chilenas (Cruch) en la asignación de esos cupos disponibles para quienes van a obtener esos cupos.

Finalmente, tengo una pregunta para quienes van a obtener esos cupos y otra por los cupos de planta post período asistencial obligatorio.

Lo planteo así porque aquí parece que esto es como un barril que permanentemente tratamos de llenar con especialistas en período asistencial obligatorio y no tenemos pensado qué va a pasar después con ese especialista que destinamos a un lugar.

No quiero dar ejemplos explícitos, pero hay casos en que el especialista que fue un hospital X generó un arraigo, pero una vez que se terminó el período asistencial obligatorio, no existía en ese hospital el cargo para que asumiera. Entonces, obviamente, en ese hospital, en algunas ocasiones, o en ese sector, no existe el mercado, por ejemplo, para que él se quede en la ciudad y en una clínica. Sin embargo, no hay clínica ni consulta de médico, pero tampoco se puede quedar, porque no está el cargo de planta para esa especialidad en la cual fue formado.

Entonces, ¿cuál es su evaluación hoy día de los cupos de planta o contrata -me refiero a la plaza-, post período asistencial obligatorio?

Tiene la palabra el diputado Jaime Sáez.

El señor **SÁEZ**.- Señor Presidente, usted me quitó gran parte de las dudas que tenía pensado plantear.

Tengo la sensación, y desprendo de su intervención, Presidente, de que la posibilidad de extender el período asistencial obligatorio, más allá de este doble que existe hoy día, pareciera que no es una opción válida o, más bien, no

garantiza que efectivamente se logre una mayor tasa de retención.

Sin embargo, el doctor hacía mención en su intervención inicial de otras características más vinculadas con el ecosistema en el cual un especialista, un médico, se tiene que desenvolver, tales como las posibilidades educativas para su familia y una serie de otros incentivos que, muchas veces, no están tan presentes en la gestión propiamente tal de la salud, porque en realidad escapan a esa dimensión.

El diputado Lilayu también lo planteó, cuando señaló que hay que invertir más, pero yo represento al distrito 26, que es la misma región que representa el diputado Lilayu, pero al lado sur, y tenemos la provincia de Palena, Chaitén y Futaleufú, en donde, por ejemplo, no hay dónde vivir, y esto nos pasa no solo con los médicos, sino también con los profesores, lo que genera una gran tasa de deserción. Porque llegan profesores a hacer clases y duran dos o tres meses, porque resulta que les cobran, por ejemplo, un millón y medio de pesos por un arriendo de un lugar que no reúne, muchas veces, ni siquiera las condiciones de salubridad para vivir adecuadamente.

Entonces, quiero saber de qué forma ustedes, sobre la base de la experiencia que tienen, evalúan que se pueden tomar decisiones que propendan a generar condiciones más estructurales para poder establecerse en un lugar, entendiéndolo que no es solo la variable económica. Estamos de acuerdo con que una remuneración adecuada, salarios que sean competitivos en relación con lo que paga el sector privado, por ejemplo, es una cuestión importante.

Pero también hay otras circunstancias, como mencioné recién, que tienen relevancia y que normalmente no están presentes en

el desarrollo de políticas públicas. Quizás quedan en el diagnóstico, pero luego no se avanza en una solución, porque es caro, porque involucra conversar con otros sectores del quehacer público, que no necesariamente tienen una relación directa y, por lo tanto, ponerse de acuerdo muchas veces es difícil.

¿De qué forma evalúan ustedes que se puede avanzar en un modelo que genere condiciones un poco más sistémicas para que sea atractivo estar en lugares que están relativamente alejados de los centros urbanos más grandes, como la Región Metropolitana, la Región de Valparaíso y el Gran Concepción?

Yalo decía el diputado Lilayu, nosotros recién ahora estamos con un 8 por ciento de avance, pero ya se está trabajando en Puerto Varas, y vamos a empezar a tener, en torno al centro de referencia más importante, que es el Hospital Regional de Puerto Montt, una red de salud que hoy día, en definitiva, no tenemos, y precisamente ahí hay un área metropolitana, Puerto Montt-Puerto Varas, que sí tiene una oferta educacional, académica y un montón de otras cuestiones que pueden hacer atractivo el desenvolverse allí.

Pero, ¿qué pasa con Chiloé, por ejemplo? ¿Qué pasa con otras zonas? Imagino lo mismo en el norte del país.

Termino con esto, Presidente. Escuché parte de las otras intervenciones en torno a especialidades o subespecialidades más concretas. Nosotros lo que padecemos, y salió un fallo de la Corte Suprema -de hecho hace solo algunas semanas-, vinculado con el Servicio de Salud Reloncaví, por la falta de camas de psiquiatría infantil, pero resulta que no hay psiquiatras; es más, encontrar, incluso en forma particular,

una hora para un psiquiatra allá resulta una tarea un tanto imposible.

Entonces, ¿cómo se pueden tomar decisiones más racionales, más centralizadas, más desde el Estado, creo yo, para determinar cuáles son las especialidades que necesitamos y dónde tienen que ubicarse, cuánto tiempo tienen que estar, a qué población deben atender, etcétera?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- A propósito de Palena, la provincia se debería adjudicar en estos días la continuación del Hospital de Chaitén, que, al menos, sirvió para que le agregaran un escáner, porque va a ser el primer escáner de la provincia de Palena.

Tiene la palabra la diputada Emilia Nuyado.

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, valoro mucho la exposición que hace el Consejo de Rectores y la Asociación de Facultades de Medicina de varias universidades. También valoro los planteamientos de cada uno de los doctores que han intervenido, que son diputados, porque también ellos dan cuenta de la realidad que les ha tocado vivir, así como de las sugerencias planteadas para encontrar una solución.

Hoy existe una situación urgente, que son las listas de espera, y se plantea la modificación de una nueva estructura de un modelo de salud, pues esas son decisiones de mediano y largo plazos.

Por lo tanto, quiero preguntar al Consejo de Rectores y a la Asociación de Facultades de Medicina cuál es la propuesta que tienen ahora para esta situación de las listas de espera, que es urgente, y cómo esta se puede vincular con la situación deficitaria que cada uno de ustedes ha señalado, con el

análisis que ha hecho sobre la falta de especialistas, el poco incentivo, la poca inversión del ministerio y, en este caso, del Estado, y la realidad territorial que cada uno ha señalado.

Tal vez hay falta de gestión; sin embargo, al escuchar otras exposiciones, el Colegio Médico nos señalaba que es posible mejorar la gestión actualmente, pero también es necesario saber cómo estas se pueden establecer en las diversas coordinaciones en cada uno de los hospitales.

Asimismo, el propio ministerio nos hablaba de no haber tenido una base de datos histórica del paciente y que se pueda conocer en cualquier tiempo en cualquier establecimiento, porque solo hoy día se está estructurando esta base. Por lo tanto, no conocemos aquel historial.

Escuchaba al doctor Orellana decir cómo se estructura este sistema en la salud primaria para conocer y determinar que muchas de las atenciones pueden darle una respuesta más resolutive a la gente, pero surge la consulta de cómo debiera hacerse, cómo debiera plantearse hoy día al Ministerio de Salud, y también esta comisión tiene que recoger la propuesta más estructural, no en el diálogo, como se plantea tan breve, sino como recomendaciones del Consejo de Rectores y de la Asociación de Facultades de Medicina, porque hay experiencia, han formado de cierta manera y saben lo que está faltando, así como recibir el valioso aporte de los doctores que participan en esta comisión.

Entonces, cuando él decía que a veces hay casos reiterados de dolores de cabeza, lo pueden enviar a un neurólogo. Lamentablemente, ninguno de esos casos reiterados, respecto de los cuales va la persona a la salud primaria, no lo derivan a ningún especialista.

Creo que se debe hacer un análisis al respecto, porque eso ocurre con situaciones reiteradas de este mismo paciente, que en la salud primaria no tuvo la atención y no fue derivado a un especialista de manera oportuna, y luego nos encontramos con situaciones de cáncer en tercera y cuarta fases.

Esa es una situación que se da mucho en sectores extremos y en la ruralidad, donde muchas personas no tienen la posibilidad de hacer consultas, porque no tienen los recursos para ir a ver a un especialista y tomar su hora.

¿Cómo hacemos con la salud primaria si de manera reiterada van con el mismo dolor? Así, la persona puede tener la recomendación de un especialista, cosa que no hacen y las personas la tienen que buscar por sí solas. Y así, con el historial de muchas personas cuya madre o padre tuvieron cáncer, podríamos detectar a tiempo qué pasa con ese paciente y poder hacer el chequeo general. Vamos a gastar menos, posteriormente, atendiendo y paliando los cánceres terminales por los cuales llegan las personas. Eso es muy duro.

Me gustaría que pudiéramos ser mucho más rápidos y que todos colaboremos con esa información. Ustedes, en el Consejo de Rectores y las universidades, tienen mucho que decir, como también las mismas facultades de Medicina y las propias instituciones del Estado que pueden hacer recomendaciones.

Así que quería llevarlo a ese punto, porque es el reclamo constante de muchos pacientes y familias que nos piden que seamos más ágiles en responder y tener menos personas que se están muriendo de cáncer o por diversas patologías que no fueron detectadas en el tiempo oportuno.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Gracias, diputada Nuyado.

Enseguida, tiene la palabra la doctora Ana María Moraga, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, que se ha incorporado a la sesión. Obviamente, le voy a pedir que también se refiera a los comentarios y respuestas que ha escuchado, para empezar la ronda de preguntas sobre la materia.

La señora **MORAGA**, doña Ana María (decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción) [vía telemática].- Muchas gracias, señor Presidente. Un saludo especial a todas y todos quienes están en la sala. Los saludo desde la Universidad de Concepción, pues soy decana de la Facultad de Medicina.

Quería comentar una pregunta que formularon y que tiene que ver con nuestra capacidad de aumentar la formación de especialistas y unir la consulta al comentario que acabamos de escuchar, que tiene que ver con lo que nos convoca, que es el problema de las listas de espera.

Este es un problema de cierta cronicidad. No es un problema agudo que se esté presentando en las últimas semanas, pero es de gran magnitud. Y cuando estamos con un problema de gran magnitud -soy epidemióloga, esa es mi formación de base como especialista- tenemos que usar al mismo tiempo dos estrategias importantes. Una tiene que ver con disminuir el daño de este problema y eso nos lleva a preguntarnos cómo resolvemos, ahora, el problema de las listas de espera. Y, en eso, las universidades, el Colegio Médico y las sociedades científicas de especialidades médicas, podemos aportar, sin duda, desde la realización de operativos. En la Universidad de Concepción, así lo hacemos para, en los servicios de salud locales, poder ir solucionando las listas de espera.

Sin embargo, estas son soluciones del momento, y tenemos que pensar en la segunda estrategia, cual es, cómo evitar que a futuro esto vuelva a ocurrir. Y ahí es donde lo uno con la

pregunta anterior, que tiene que ver con cómo las universidades pueden formar más especialistas.

En este punto, les quiero contar que aquí hay un círculo que no es de fácil solución. En la Universidad de Concepción tenemos 34 programas de formación de especialistas y cada programa tiene ciertos cupos. Cirugía tiene 9 cupos anuales. Bueno, de un año a otro, podríamos aumentar a 15 cupos, pero no podemos, porque para generar un cupo de formación de especialistas necesito contratar docentes. No tengo problema, como Universidad de Concepción, en contratar más docentes médicos especialistas. Pero esos especialistas que están trabajando, por ejemplo, en el Hospital Las Higueras, de Talcahuano, o en el Hospital Guillermo Grant Benavente, de Concepción, tienen un contrato con ese servicio de salud. Y, lamentablemente, los médicos que trabajan en nuestros hospitales públicos no pueden sobreponer horas de contrato docente con horas asistenciales. No se lo permiten. Y doy un ejemplo. Cuando un académico, cirujano de la Universidad de Concepción, está operando a un paciente, resolviendo un problema, en su horario de contrato asistencial, y está con el becado, o con un interno o con un alumno de cuarto o quinto año, se supone que tiene que devolver la hora, como si no hubiese resuelto el problema del paciente, porque esa hora se asume que no la está trabajando para el hospital, sino para la universidad, a pesar de que solucione el problema o en el "poli" o en pabellón.

Entonces, claramente, nos es muy difícil encontrar médicos que quieran contratarse por más horas porque tendrían que devolver las horas que trabajan como docentes en nuestros campos clínicos u hospitales públicos. Ahí hay una temática importante que resolver con la Contraloría.

Creo que todas las universidades que tenemos campos clínicos u hospitales públicos, quisiéramos aumentar los cupos para formar más especialistas. Sin embargo, en tres años más Chile podría tener un volumen importante de nuevos especialistas y subespecialistas.

Con todo, necesitamos la facilidad de que estos médicos especialistas, que hoy trabajan en nuestros hospitales públicos, se puedan contratar sin la obligación de devolver horario. Por supuesto, yo soy partidaria de que las cosas se hagan bien, y al mismo tiempo que los médicos clínicos enseñen también puedan resolver los problemas de los pacientes, y esto es obvio, porque es la forma de enseñar medicina clínica.

Esto no es solo que las universidades queramos dar más cupos. No es solo que el campo clínico nos dé más espacio o cupos para formar más becados, sino que también hay un problema con la forma en que están contratados los médicos en los hospitales públicos. Ese punto me parece importante.

Como segundo punto importante, la gran mayoría de los médicos que hacen sus programas de especialidad quieren hacer el PAO de buena manera. Los que no lo devuelven son el porcentaje menor. Sin duda, hay que generar sanciones que sean importantes y hacer un seguimiento para que esas sanciones se cumplan, pero ese no es el punto que nos va a ayudar a resolver este problema.

Lo que nos va a ayudar a resolver este problema es tener, por un lado, más especialistas -ya les conté cuál es nuestra piedra de tope- y, por otro, un organismo, alguien o un equipo de gente que esté estratégicamente poniendo en los lugares que corresponda a los nuevos especialistas.

Tengo que tener mi diagnóstico epidemiológico -me sirvo de la epidemiología- para saber dónde se necesitan anestesistas, dónde se necesitan traumatólogos, y ahí poner los recursos físicos, la tecnología, en los centros hospitalarios para que

esos traumatólogos, esos anestesistas o esos neurocirujanos puedan llegar y hacer el trabajo que corresponda.

Y, el último punto que quería comentar, que es una cuestión cultural, es que todos nosotros, incluso los que viven en la Región Metropolitana, viven en una región. No entiendo mucho - vivo en la Región del Biobío- cuando alguien dice: "en región", "que se vayan a región". Todos vivimos en una región. Están la Región Metropolitana, la Región del Biobío, la Región de La Araucanía, etcétera. Todos vivimos en una región.

Esa es mi intervención.

Muchas gracias por su atención.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Muy bueno eso de sobreponer horas asistenciales a horas de formación. Es un buen punto.

El señor **LEE**.- Presidente, para tratar el tema [...]

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Diputado Lee, pero muy brevemente.

El señor **LEE**.- Presidente, primero, saludo a la decana de la Universidad de Concepción, porque es mi *alma mater*. Le tengo muchísimo cariño.

Cuando en la exposición mencionamos las zonas extremas, nos referíamos básicamente a Arica-Parinacota, Magallanes y Aysén. Por ejemplo, en Arica, doctora, nuestro segundo hospital más cercano está a más de 300 kilómetros de distancia, que es muy distinto a cuando Concepción nos manda al hospital Las Higueras o Las Higueras manda al regional de Concepción, que están relativamente cerca.

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

El señor **PALMA**- Señor Presidente, es solo para referirme a algo que planteé, en una sesión anterior, sobre los mecanismos de especialización, porque antes, sobre todo en la especialidad

de salud mental, se podía especializar al médico ya fuera por una beca de psiquiatría o por años de experiencia. Y eso se interrumpió en la administración anterior.

Entonces, no sé si hay posibilidad de retomar ese tema, pero es una arista que, al interrumpirla, dejó una merma en la posibilidad de que médicos con largos años de especialización no puedan ejercer como psiquiatras.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la doctora Vilma Mansilla. Le pido que se refiera al punto, por favor.

La señora **MANSILLA**, doña Vilma (académica de la Universidad de Tarapacá) [vía telemática].- Perdón, señor Presidente, quisiera hacer una aclaración. Me parece que se refiere al tema de la Conacem (Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas), que sigue vigente; o sea, cualquier médico o médica que se dedique a una especialidad en particular en algún servicio de salud perfectamente se presenta al Conacem, pasa su prueba y es catalogado o es reconocido como un especialista. Sigue vigente, por si acaso.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Muy bien.

Tiene la palabra el doctor Orellana.

El señor **ORELLANA** (presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile).- Señor Presidente, quería hacer un comentario sobre lo último que dijo el diputado.

Estamos en conversaciones justamente con la Conacem, porque existía una figura que era el adiestramiento en práctica, que exigía que un médico permaneciera durante cinco años en un servicio de la especialidad, con al menos 22 horas.

¿Cuál era el problema? El problema es que ese médico simplemente permanecía, cumplía sus horas, pero no tenía un programa de formación. Entonces, estamos tratando de que eso se elimine, porque ahora hay muchos programas de formación,

por lo que está la posibilidad de que se formen bien, con un programa, etcétera.

Sin embargo, también estamos conscientes de que las subespecialidades debieran mantener ese sistema. Hay que recordar que la Conacem nace porque muchos de nosotros nos formamos con médicos que habían trabajado en la especialidad o que habían traído la especialidad desde afuera. Entonces, no tenían un reconocimiento en Chile y ya eran jefes de servicio, en fin. En ese contexto nace la Conacem, para reconocer a esos médicos.

Uno de los ingresos a la Conacem, que quedó hasta ahora, es el adiestramiento en práctica. Hoy día, por las razones que les contaba, estamos tratando de que no ocurra en las grandes especialidades, porque, indudablemente, la necesidad que en un comienzo hubo para todos, ahora es solamente para las subespecialidades que deberían seguir en eso.

A lo mejor podríamos partir por cómo se forma un especialista, porque resulta que el Ministerio de Salud entrega una cantidad de becas en diferentes especialidades. En la actualidad, el Ministerio de Salud hace un trabajo previo preguntándoles a los servicios de salud cuáles son sus necesidades. Con base en eso, presenta las becas que puede ofrecer, que son más de mil de todas las especialidades, por supuesto.

Respecto de esas becas tuvimos un problema serio, más que nada por desconocimiento de la administración del Estado, en el cual los becados primarios Coniss (Concurso Nacional de Ingreso a los Servicios de Salud), o sea, los que postulan a una beca cuando recién salen, no son funcionarios públicos. Por consiguiente, no pueden tener la garantía de optar a una beca de cuatro años.

Así, se nos cayeron un montón de becas. Esto me costó entenderlo, por eso se los cuento. Ellos reciben un estipendio, por lo que no son funcionarios públicos. Sí son funcionarios públicos los empleados de un servicio de salud, beneficiados en el contexto del CONE (Concurso Nacional de Especialidades Médicas), y, por supuesto, obviamente, los favorecidos en los EDF (Etapa de Destinación y Formación), que han estado hasta seis años en algún lugar de Chile.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- La APS (Atención Primaria de Salud).

El señor **ORELLANA** (presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile).- La APS, exactamente.

Entonces, eso hacía que la Contraloría parara el asunto.

Ahora, felizmente, tal como dijo la doctora, este año recién se superó eso. Hoy se pueden hacer las becas de cuatro años de algunas especialidades que, por supuesto, están bien definidas y determinadas.

El concurso lo abre el ministerio. Entonces, se presentan y los que ganan esa beca reciben un estipendio y, además, se le paga a la universidad una cantidad por cada becado.

La formación de un becado es muy cara, por la cantidad de docentes que tienen que tener relación contractual con la universidad; por consiguiente, tienen que recibir un sueldo. El primer problema que hay con eso es que no hay interesados, por lo que dijo la doctora Ana María. La Contraloría toma esto como sobresueldo.

Eso lo aprendí en el transcurso de toda esta experiencia. Esas resoluciones son de contralorías regionales, porque resulta que llevamos el modelo a la contraloría regional, que era de lógica. Si estás operando con un becado, estás haciendo dos trabajos en uno y cumples con ambas cosas, porque estás enseñando y, a la vez, estás solucionando el problema de salud.

Esto no lo tenemos, porque hubo un dictamen de la contraloría regional, que lo aprobó.

Tenemos problemas con otros docentes, que no son médicos, que trabajan en los hospitales, como kinesiólogo, tecnólogos médicos, enfermeras, que también hacen clases de repente, porque el planteamiento es muy lógico.

Ahora, distinto es que ese profesor salga de sus horas de servicio a hacer una clase enfrente. Ahí le está quitando horas a su contrato y las tiene que devolver. Eso quedó claro en la resolución.

Creo que ese es un argumento bastante lógico, que todos entenderían en este tipo de trabajo, porque la medicina -aquí hay varios médicos- fue, es y seguirá siendo tutorial. La enseñanza de la medicina es tutorial y no hay otra manera de enseñarla, por mucha tecnología que haya ahora. Puedes hacer un par de clases telemáticas, pero la parte humana no te la da el maniquí de goma para prácticas médicas; aunque llore, no te da la parte humana.

Eso eleva mucho el costo del becado. A modo de ejemplo, una beca de neurocirugía. El postulante logró salir, se le dio esa beca y quiere hacer la beca en la Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren, en neurocirugía. Entra a un sistema que se llama habilitación.

Entonces, ¿qué hace la universidad? La universidad lo interroga; luego, dice que cumple con el perfil que tenemos y entra a hacer su beca. Para que sea válida su beca, su programa tiene que ser acreditado solamente por la CNA (Comisión Nacional de Acreditación). No hay otra posibilidad de acreditación que no sea la CNA, porque cuando él se inscribe en la Superintendencia de Salud para ser un prestador legal, tiene que venir de un programa acreditado. Así dice la ley.

La acreditación significa mucho trabajo humano, pero, además, es muy caro. Son muchos millones de pesos por cada programa. Como decía la doctora, son treinta y tantos programas. Tenemos treinta y siete programas, por lo que se imaginarán que eso significa un costo alto y no alcanza con lo que el Estado invierte con los becados.

En consecuencia, ahí hay un problema. Por eso, en la medida que en nuestro caso, Valparaíso, aumentamos el número de docentes, como lo exige la CNA para acreditar el programa. Actualmente se exige casi un docente por becado. Eso nos aumenta el costo y usted comprenderá que, para una universidad estatal, con todas las restricciones existentes y todo lo demás, es imposible, y ese es un problema bastante serio.

Hay cosas muy interesantes. La conversación que se logró entre Salud y Educación ha sido fundamental.

Cabe mencionar que la Asofamech tiene dos comisiones, una de pregrado y otra de posgrado, las cuales tienen relación directa y reuniones mensuales con el Departamento de Formación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Eso se hace mensualmente. Existe una relación directa y conversan hasta las bases de los concursos Connis, para médicos recién egresados y CONE, para médicos con experiencia o de atención primaria, entre otros. Eso es lo que hemos logrado. Se ha avanzado, poco a poco.

Los médicos que no cumplen con el pago, les corresponden las penas del infierno. No se le puede sacar en cara lo que se gastó en ellos, pero sí su falta de compromiso social. Y eso, en una profesión como la medicina, que es absolutamente social, de servicio, no tiene otra definición, no se puede aceptar. Estoy absolutamente de acuerdo con lo que usted decía.

Las becas de cuatro años se acaban de solucionar, pero como decía el doctor, cuando termina el PAO, hay especialistas quiere quedarse, pero no hay cargos disponibles. No hay más horas. ¡No hay! Eso ocurre en Valparaíso, y en otros hospitales hay menos todavía. No hay cargos para oftalmólogos, otorrinos ni traumatólogos. No hay cargos disponibles para que quien termine el pago pueda quedarse, por ejemplo, por 22 horas, lo cual significa trabajar toda una mañana, tiempo en que un especialista podría aportar bastante.

(Varios diputados hablan a la vez)

[...]

Los especialistas no pueden quedarse, porque no hay cargos vacantes, y esa es otra de las reestructuraciones que hay que hacer.

Lo otro es que, desde las universidades, con esta buena relación que tiene con el Ministerio, debería existir un programa de capacitación permanente para la gente de la atención primaria. Se podría hacer de dos maneras, ya sea que nosotros vayamos a los lugares que corresponde a hacer cursos de capacitación cortos, de tres o cuatro días, o bien mandando al general de zona a un lugar adecuado para que se vaya capacitando, no como especialista, sino como general de zona, para que sea resolutivo en el lugar donde está. Eso también es bien importante.

Hay campañas de atención oftalmológica, por ejemplo; pero lo que faltó mencionar es la lista espera de dermatología, que es muy extensa.

Entonces, ya sea por el lado de la universidad o del ministerio se hacen estas campañas. Se va a un lugar distante,

se junta a gente que padece de una patología determinada y se solucionan sus problemas. Pero, son solo eventos, descomprimen, pero el problema vuelve a existir.

Por eso debe haber facilidades para formar, porque queremos formar más. Ya no está eso de que hay que limitar la formación, como sucedió en alguna época, aunque yo no lo viví. Creo que la formación es la esencia de las universidades; por consiguiente, estamos totalmente dispuestos a implementarla, pero tenemos topes de costo o los que pone la Contraloría, pero, a lo mejor, legislando, se pueden lograr algo en esta materia.

Insisto, dentro del conjunto de personas que ayudan, los gobiernos regionales deben tener un rol importante, porque la salud y la educación van a ser siempre los dos pilares que van a permitir el desarrollo de la región.

Eso, Presidente.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Estimados colegas, desde Secretaría me informan que hubo un error en la citación, que la convocatoria no es hasta las 21:30, sino hasta las 21:00 horas, de manera que voy a recabar el acuerdo para prorrogar la sesión, con el objeto de escuchar a nuestras invitadas.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra la doctora Giselle Myer.

La señora **MYER**, doña Giselle (decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte) [vía telemática].- Señor Presidente, efectivamente, formo parte del

directorio de Asofamech. No señalé eso cuando me presenté. Soy la secretaria general de Asofamech.

Para complementar lo que comentaba el doctor Orellana en cuanto al costo de formar especialistas, en esta oportunidad no se ha mencionado lo que cobran los distintos campos clínicos para nuestros becados. Recibimos un monto que aporta el Ministerio por formar especialistas, pero la otra parte nos la quitan los campos clínicos, porque tenemos que pagar una suma importante, que es variable; de norte a sur de Chile nos podrían cobrar entre 6 y 18 UF por becado; no se ha fijado ninguna pauta y el cobro que nos hacen por tener a los becados en los campos clínicos es totalmente arbitrario.

Creo que es importante mencionar eso y considerarlo dentro de los costos de formación, costo que no es parejo a nivel nacional. ¿Cobramos o no cobramos? No hay variación en esto.

Muchas gracias, Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la doctora Marcela Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Marcela (decana de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo y miembro del directorio de la Asofamech) [vía telemática].- Señor Presidente, solo quiero contestar una pregunta. En mi rol de otorrinolaringóloga y como miembro de la Sociedad Chilena de Otorrinolaringología, efectivamente, para ser más resolutivos hay que tener equipamiento en el lugar donde uno está. Así, si tengo un microscopio, si tengo un nasofibroscopio, si tengo acceso a cirugías mínimamente invasivas, por supuesto que voy a tener mayor capacidad para resolver problemas, porque, de otro modo, solo voy a poder realizar una cirugía simple.

En ese sentido, el modelo que tiene nuestro país permite, por ejemplo, con el programa de implantes, que haya hospitales los realicen; los casos se derivan territorialmente y permite resolver algo complejo, a lo que tienen acceso todos los niños. Es una maravilla que eso se pueda hacer en Chile. A Todos los niños que nacen con hipoacusia les podemos ofrecer la colocación de un implante, en el centro más completo, cerca de donde viven, o lo más cerca posible.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Finalmente, tiene la palabra la doctora Lorena Cifuentes.

La señora **CIFUENTES**, doña Lorena (profesora de Pediatría, Universidad Católica de Chile) [vía telemática].- Muchas gracias, Presidente, solo quiero agregar algo.

Efectivamente, tal como han comentado, este tema debe tener un abordaje multifactorial. Hay muchos factores involucrados. Ya conversamos todo lo dice relación con la formación.

El doctor Orellana mencionaba que el trabajo de las comisiones de pregrado y posgrado con el Ministerio de Salud ha sido clave para, como les comentaba en la primera intervención, teniendo muy pocos recursos o incluso sin ellos, para optimizar el sistema y adjudicar más cupos.

Lamentablemente, las universidades a veces se quedan con cupos de formación que no se utilizan no por falta de recursos o porque no haya quién los financie, sino por un tema de gestión; sin embargo, se ha logrado mejorar mucho en ese aspecto en los últimos años.

Otro tema es la retención, algo que ya se ha comentado bastante.

La tercera arista está relacionada con cómo resolver las listas de espera. Al respecto, existen dos enfoques: el primero es cómo resolver lo que está ocurriendo actualmente, para lo cual muchas universidades realizan operativos que buscan reducir esas listas de manera inmediata. Sin embargo, el verdadero desafío es pensar a largo plazo para evitar que se vuelvan a formar dichas listas. El operativo soluciona algo en el presente, pero esto se volverá a formar. En ese sentido, creo que ahí se cierra el círculo.

Y volvemos nuevamente al tema de la formación. En la medida en que formemos más y mejores médicos, ya sea profesionales recién egresados, o especialistas o subespecialistas que trabajen en la atención primaria, podremos lograr que la derivación de los pacientes sea oportuna, lo que evitaría casos graves de cáncer, como mencionó la diputada, pero también nos permitiría derivarlos de manera más eficiente.

Como pediatra, nunca olvidaré que tuve un profesor de endocrinología pediátrica que siempre nos decía: "Por favor, solo derivame a los pacientes con sobrepeso u obesidad que tengan patologías endocrinológicas. No me deriven los pacientes que puede tratar un pediatra.". En el fondo, me refiero a ser eficientes con las derivaciones, las que deben ser oportunas.

Con esto cerramos el círculo de formación y retención, para tratar de resolver las listas de espera, pero también evitar que se vuelvan a formar.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el diputado Enrique Lee.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, primero que todo, quiero expresar que, de todas las sesiones que hemos tenido, esta es la que más me ha nutrido. Quiero agradecer al presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech) y a las representantes del Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (Cruch).

Considerando que la Asofamech forma parte de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (Conacem), quiero hacer una acusación. Cuando ingreso al registro de la Conacem para buscar anestesiólogos en la Región de Arica y Parinacota, me figuran nueve profesionales, de los cuales dos están fallecidos, dos se han acogido a jubilación y tres ya no están en la región, se trasladaron a otras zonas. Es decir, la nómina está completamente desactualizada.

Por ello, solicito a nuestros invitados que, como integrantes de la Asofamech y de la Conacem, puedan gestionar una actualización de ese registro. Como indicó un representante del Colegio Médico de Chile, entiendo que existen otros registros, como, por ejemplo, el de la Superintendencia de Salud. Sin embargo, puedo mencionar mi propio caso: aun cuando yo ejercía mi profesión en Arica y Parinacota, figuro inscrito en Santiago. O sea, ninguno de estos registros tiene información actualizada. De hecho, solicité a la Superintendencia de Salud que actualizara esos datos, pero creo necesario hacer un trabajo mucho mayor, más profundo, a propósito del diagnóstico que indicó la doctora Moraga, para saber, por ejemplo, dónde se necesitan más anestesiólogos.

En consecuencia, debemos comenzar con una mejor base de información.

Muchas gracias, seños Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra el doctor Orellana.

El señor **ORELLANA** (presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile).- Señor Presidente, muy importante lo que acaba de exponer el diputado Lee.

En la Asofamech, además de lo que mencioné sobre el equipo de pregrado y posgrado, tenemos un departamento de análisis de datos, dirigido por ingenieros altamente capacitados para analizar y gestionar la información de acuerdo con nuestras necesidades y solicitudes. Por supuesto que abordaremos ese tema con nuestros ingenieros en la próxima reunión que tengamos, con el objetivo de elaborar el estudio correspondiente y hacérselo llegar tan pronto como tengamos los datos más claros.

Muchas gracias.

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

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, concuerdo con el diputado Lee en que esta ha sido una excelente jornada de trabajo, por lo que agradezco las exposiciones tanto del doctor Orellana como de las representantes del Cruch.

Me quedan dando vuelta algunas reflexiones. Por ejemplo, en el proceso de municipalización de la atención primaria, en particular lo sucedido con los odontólogos, recuerdo que muchas personas que se habían acogido a jubilación antes del traspaso fueron recontratadas. Eso generó un conflicto, porque tenían sueldos muy elevados respecto de sus pares, en circunstancias de que estaban reiniciando una nueva carrera funcionaria.

Entonces, considerando que los médicos nunca jubilamos, me pregunto si existen agrupaciones de médicos pensionados. A lo mejor, podríamos preguntar si algunos de ellos están dispuestos a destinar unas pocas horas o a recontractarse parcialmente en su calidad de especialistas, con el fin de ayudar a descomprimir el sistema.

Por otra parte, en relación con lo señalado por la colega sobre oportunidad y eficiencia, un tema recurrente en la atención primaria es la sobrederivación y la subderivación, lo cual está directamente relacionado con las competencias de los equipos de Atención Primaria de Salud (APS). Dichas competencias son muy dispares entre un municipio y otro, una región y otra y una ciudad y otra. Ese tema tiene tantas aristas que, en verdad, el tema da para largo. En esta oportunidad, se ha abierto un capítulo de conversación muy interesante, por lo que nuevamente agradezco a nuestros invitados.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Gracias a todos ustedes. Quiero destacar la diversidad de regiones que están representadas en esta sesión. Si bien el doctor Orellana nos acompañó porque su *alma mater*, al igual que la mía, es la Universidad de Valparaíso, ubicada en la misma ciudad en la que está asentado este Congreso Nacional, contamos con la presencia de representantes de universidades de distintas regiones, como la doctora Moraga, de la Universidad de Concepción; la doctora Giselle Myer, de la Universidad Católica del Norte; la doctora Castillo, de la Universidad del Desarrollo; la doctora Cifuentes, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y la doctora Mansilla, de la Universidad de Tarapacá. Este contexto nos da una visión bastante equilibrada

no solo con una perspectiva centralista, sino también considerando lo que está sucediendo en cada región.

En ese sentido, todo lo que hagamos con respecto a las especialidades no se traducirá en cambios inmediatos. Evidentemente, lo que hagamos hoy se reflejará en cambios programados para, a lo menos, cinco años más. Creo que las recomendaciones que podamos hacer, aunque no aborden de inmediato lo más agudo del problema actual, sin duda contribuirán a futuro. Por eso, nos llevamos muy buenas reflexiones e ideas, que esperamos organizar de manera adecuada.

Tiene la palabra la doctora Giselle Myer.

La señora **MYER**, doña Giselle (decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte) [vía telemática].- Señor Presidente, solo quiero aclarar que la actualización de los datos es médico-dependiente. Por lo tanto, cada médico debe actualizar sus datos en el sistema. Por eso podría haber un desfase en la información, ya que son los propios médicos quienes deben actualizar los datos relativos a su lugar de trabajo.

Solo quería hacer esa aclaración, señor Presidente.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el doctor Orellana.

El señor **ORELLANA** (presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile).- Señor Presidente, según aprendí de nuestro ingeniero, la información se cruza con los datos del Registro Civil e Identificación. Por lo tanto, nosotros sí sabemos quiénes han fallecido, pero la información no está

completamente actualizada. No obstante, quiero asegurarles que nuestro compromiso es actualizar esa información de manera oportuna.

Muchas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- De todos modos, cualquier información que quieran enviar a la Secretaría de la comisión será más que bienvenida.

Me llevo cuatro reflexiones o ideas clave de esta excelente sesión: la territorialidad de la formación para un mayor arraigo; la sobreposición de las horas asistenciales con la formación; la eliminación de los cobros por formación en los centros asistenciales, y la continuidad de los cupos de planta durante el período asistencial obligatorio.

El señor **LEE**.- Señor Presidente, ¿podría agregar a esa lista la participación de los gobiernos regionales?

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

Finalmente, agradezco nuevamente a todos nuestros invitados su concurrencia a la comisión.

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

-Se levantó la sesión a las 21:20 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.